

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

MAYKON DOS SANTOS MARINHO

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS
CUIDADORAS SOBRE O CUIDAR**

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
JUNHO DE 2019

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

MAYKON DOS SANTOS MARINHO

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS
CUIDADORAS SOBRE O CUIDAR**

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

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
JUNHO DE 2019

Marinho, Maykon dos Santos.

M338m Memória e representações sociais de pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidar. / Maykon dos Santos Marinho - Vitória da Conquista, 2019. 155 f.

Orientadora: Luciana Araújo dos Reis.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2019.

Inclui referência F. 114 - 126.

1. Idosos - Aspectos sociais. 2. Cuidador - Idoso. 3. Memória - Idoso - Cuidado. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 362.6

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção - CRB 5/1890

UESB - Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Memory and social representations of elderly care people about caring.

Palavras-chaves em Inglês: Care. Elderly-Care. Memory. Social representations.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (presidente), Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães (titular), Prof. Dr. João Diógenes (titular), Profa. Dra. Poliana Cardoso Martins (titular), Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (titular).

Data da Defesa: 12 de junho de 2019.

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

MAYKON DOS SANTOS MARINHO

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS
CUIDADORAS SOBRE O CUIDAR**

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

Data da aprovação: 12 de junho de 2019.

Banca Examinadora:

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

Ass.: 

Profª. Drª. Lívia Diana Rocha Magalhães
Instituição: UESB

Ass.: 

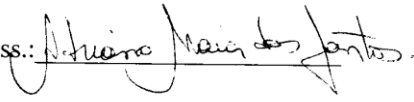
Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos
Instituição: UESB

Ass.: 

Profª. Drª. Poliana Cardoso Martins
Instituição: UFBA

Ass.: 

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Instituição: UFBA

Ass.: 

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter permitido ter saúde e disposição suficiente para a realização e concretização dos meus estudos acadêmicos.

Ao povo brasileiro por subsidiar os meus estudos. À CAPES pela concessão da bolsa de estudos. À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, pela oportunidade de fazer o curso de doutorado. A minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis, pelas orientações e contribuições para a elaboração, condução e finalização deste trabalho, mas também pelo exemplo constante de ética, responsabilidade, humildade e coragem, deixo registrado minha estima e admiração.

Aos Profs. Dr. Adriano Maia dos Santos e Dr. Cláudio Félix, que participaram da banca de qualificação, fornecendo contribuições valiosas, contribuindo para a lapidação deste trabalho. Aos componentes da Banca Examinadora: Profa. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães; Prof. Dr. João Diógenes; Profa. Dra. Poliana Cardoso Martins e Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos. À coordenação do PPGMLS.

Agradeço ao meu companheiro, uma pessoa linda, por estar sempre levantando o meu astral e apoiando nas horas difíceis, quando achava que não daria conta de terminar o doutorado, quando por diversas vezes pensei em desistir, você me fez acreditar que sou capaz. Obrigado por meu ouvir quando eu mais preciso, pela preocupação com a minha saúde. Muito obrigado! À minha família pelo apoio constante, torcida e confiança que sempre depositaram em mim.

Agradeço aos meus colegas de mestrado e doutorado: Elaine, Alessandra, Renato e Pollyanna, pela torcida e apoio experiências compartilhadas. Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade por partilharem seus ricos conhecimentos.

Agradeço profundamente às professoras Livia Diana Rocha Magalhães e Maria da Conceição Fonseca-Silva, que fizeram uma coordenação de excelência no PPGMLS, e à atual coordenadora Edvania Gomes da Silva. Às secretárias do programa: Vilma, Tâmara e Andréia, pelo acolhimento e atenção dispensada.

Às pessoas idosas cuidadoras que me acolheram em suas casas e por meio de suas memórias, permitiram o desenvolvimento desta pesquisa, e a todos que contribuíram de alguma forma para que eu pudesse concluir este trabalho, o meu eterno agradecimento!

RESUMO

A presente tese teve como objetivo geral analisar a memória e apreender as representações sociais de pessoas idosas que cuidam, sobre o cuidado ao idoso dependente em domicílio, e como objetivos específicos: identificar o perfil social, demográfico e de saúde das pessoas idosas que cuidam; conhecer a memória das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras de idosos dependentes, descrever as repercussões do cuidado na vida das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza analítico-descritivo tendo como aporte teórico metodológico a memória coletiva e a Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi desenvolvida com trinta pessoas idosas cuidadoras que cuidam de idosos dependentes em domicílio assistidos pelo Programa de atendimento municipal domiciliar ao idoso com limitação – PAMDIL. Foi utilizado como instrumentos para coleta de dados um Questionário sociobiodemográfico e entrevista temática. A organização dos dados foi realizada por meio do *Software Dscsoft®* e a análise pelo Discurso do sujeito coletivo – DSC. Os resultados do estudo possibilitaram construir três eixos temáticos: Entre a família, a infância e o trabalho: memória de pessoas idosas que cuidam; Memória de pessoas idosas que cuidam: vivências e desafios do cuidar; Cuidar de um idoso dependente: representações sociais de pessoas idosas que cuidam. Apreendeu-se que existem várias representações sociais sobre o cuidado prestado a pessoa idosa em domicílio, como retribuição, amor, carinho e obrigação. As representações sociais sobre o cuidado se ancoraram na memória familiar e nas relações de cuidados estabelecidas durante a vida. O perfil sócio demográfico e de saúde das pessoas idosas cuidadoras caracterizou-se por: predomínio do sexo feminino, idade média de 69 anos, casadas, católicas, baixo nível de escolaridade, aposentadas com renda média de dois salários mínimos, residentes com o idoso dependente, dois membros por família, sendo em sua maioria filhos(as) do idoso dependente, existência de pelo menos um problema de saúde, sendo a patologia mais frequente, a hipertensão arterial. A memória das relações familiares foi intensa e ocupou um lugar importante nas recordações, evocando o tempo da infância vivida na zona rural com suas famílias. As pessoas idosas cuidadoras acionaram suas memórias e evocaram a infância, a vida adulta, fases de suas vidas marcadas pelas dificuldades, trabalho e muitas obrigações e responsabilidades com a família. As memórias sobre o trabalho ocuparam uma posição central na vida dos participantes. A partir da memória foi possível também conhecer a realidade das pessoas idosas cuidadoras a partir do momento que assumiram o papel de cuidadores, desvelando as mudanças e repercussões do cuidado em suas vidas, como a sobrecarga física e emocional, dificuldade de manutenção de uma vida social paralela com a existência de dificuldades financeiras e responsabilidade pelo cuidado com idoso dependente. Evidenciaram ainda a falta de orientações dos profissionais de saúde sobre como realizar os cuidados, demonstrando que a falta de orientação e conhecimento desencadeia medo e insegurança para executar os cuidados. Conclui-se que este estudo foi fundamental para proporcionar uma maior visibilidade para os cuidadores idosos, haja vista que esse grupo de pessoas ainda são “invisíveis” pelos profissionais de saúde, políticas públicas e pela Sociedade.

Palavras-chave: Cuidado. Cuidador-Idoso. Memória. Representações Sociais.

ABSTRACT

The present thesis aimed to analyze the memory and apprehend the social representations of the elderly caregivers, about the care of the dependent elderly at home, and as specific objectives: to identify the social, demographic and health profile of the elderly caregivers; To know the memory of elderly people who are caregivers of dependent elderly, describe the repercussions of care in the lives of elderly people who are caregivers. This is a qualitative research, of analytical and descriptive nature, having as methodological theoretical basis the collective memory and the Theory of Social Representations. The research was developed with thirty elderly caregivers who take care of dependent elderly at home assisted by the PAMDIL. The instruments used for data collection were a socio-demographic questionnaire and thematic interview. Data organization was performed using Dscsoft® Software and analysis by Collective Subject Discourse - DSC. The results of the study made it possible to build three thematic axes: Between family, childhood and work: memory of elderly caregivers; Memory of elderly caregivers: experiences and challenges of caring; Caring for a dependent elderly: social representations of elderly caregivers. It was understood that there are several social representations about the care provided to the elderly at home, such as retribution, love, affection and obligation. Social representations of care were anchored in family memory and care relationships established during life. The socio-demographic and health profile of the elderly caregivers was characterized by: female predominance, average age 69 years, married, Catholic, low educational level, retired with an average income of two minimum wages, residents with the dependent elderly, two members per family, mostly children of the dependent elderly, existence of at least one health problem, being the most frequent pathology, hypertension. The memory of family relationships was intense and occupied an important place in the memories, recalling the time of childhood lived in the countryside with their families. Elderly caregivers triggered their memories and evoked childhood, adulthood, life stages marked by difficulties, work, and many obligations and responsibilities to the family. Memories about work occupied a central position in the participants' lives. From memory it was also possible to know the reality of the elderly caregivers from the moment they assumed the role of caregivers, unveiling the changes and repercussions of care in their lives, such as physical and emotional overload, difficulty maintaining a social life parallel to the existence of financial difficulties and responsibility for caring for the dependent elderly. They also highlighted the lack of guidance from health professionals on how to perform care, demonstrating that the lack of guidance and knowledge triggers fear and insecurity to perform care. It is concluded that this study was fundamental to provide greater visibility for elderly caregivers, given that this group of people are still "invisible" by health professionals, public policies and society.

Keywords: Care. Caregiver-Elderly. Memory. Social Representations.

LISTA DE SIGLAS

ABVD	- Atividades Básicas da Vida Diária
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
ACs	- Ancoragens
AIVD	- Atividades Instrumentais da Vida Diária
E-CH	- Expressão-Chave
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
DPOC	- Doença pulmonar obstrutiva crônica
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
FAINOR	- Faculdade Independente do Nordeste
HA	- Hipertensão Arterial
IC	- Ideia Central
ILPI	- Instituição de Longa Permanência para Idosos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAMDIL	- Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação
PET	-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde
PPGMLS	- Programa de Pós-Graduação em Memória Linguagem e Sociedade
RS	- Representações Sociais
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
USF	- Unidade Saúde da Família

LISTA DE GRAVURAS E QUADROS

Figura 1 - Participantes, critérios de inclusão e exclusão do estudo.....	60
Figura 2 - Procedimentos para coleta de dados.....	64
Figura 3 - Tela do DSCSOFT com a E-CH e IC de uma resposta individual.....	70
Figura 4 - Tela do DSCSOFT com a categorização das ideias centrais.....	70
Figura 5 - Tela do DSCSOFT com o DSC.....	71
Figura 6 - Análise e interpretação dos dados.....	72
Figura 7 - Eixos temáticos.....	80
Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica e de saúde das pessoas idosas cuidadoras.....	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ENVELHECIMENTO HUMANO; DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E FAMÍLIA	20
2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO	20
2.2 DEPENDENCIA FUNCIONAL NA VELHICE	22
2.3 UM ENFOQUE SOBRE A FAMÍLIA E SUAS NOVAS CONFIGURAÇÕES.....	25
2.4 A FAMÍLIA NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE EM DOMICÍLIO	31
3 O CONTEXTO DO CUIDAR DE UM IDOSO DEPENDENTE EM DOMÍCÍLIO	35
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO.....	35
3.2 AS DIFERENTES DENOMINAÇÕES PARA OS CUIDADORES	38
3.3 A QUESTÃO DE GÊNERO E O CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE	40
3.4 AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO NA VIDA DA PESSOA IDOSA CUIDADARA	41
4 MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	45
4.1 MEMÓRIA COLETIVA.....	45
4.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	52
5 PERCURSO METODOLÓGICO	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	58
5.2 CAMPO DE ESTUDO.....	59
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	60
5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	61
5.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	62
5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	66
5.6.1 Dscsoft.....	69
5.6.2 Detalhamento das análises e exemplos.....	70
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	74
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS QUE ESTÃO NA CONDIÇÃO DE CUIDADORAS.....	76
6.2 MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS IDOSAS QUE CUIDAM	82
6.2.1 Eixo temático 1: Entre a família, a infância e o trabalho: memória de pessoas idosas que cuidam	83
6.2.2 Eixo Temático 2: Memória de pessoas idosas que cuidam: vivências e desafios do cuidar	91
6.2.3 Eixo Temático 3: Cuidar de um idoso dependente: representações sociais de pessoas idosas que cuidam.....	99
7 CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	127
ANEXOS	150

1 INTRODUÇÃO

Este estudo versa sobre memória e representações sociais de pessoas idosas que cuidam de idosos dependentes em domicílio.

A motivação para a elaboração deste estudo que traz como temática a memória e representações sociais é decorrente da afinidade do pesquisador com estudos sobre o envelhecimento, que veem desde o curso de formação superior em Enfermagem, na Universidade Federal da Bahia/Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira. Durante esse período se conheceu um pouco mais sobre o processo de envelhecimento, por meio das disciplinas oferecidas no referido curso, dentre elas Enfermagem em Atenção à Saúde do Idoso. Além disso, engajou-se em projetos de pesquisa e extensão envolvidos com questões voltadas para o envelhecimento humano cujo objetivo era o de oferecer atenção à saúde de pessoas idosas e seus cuidadores moradores de uma comunidade no município de Vitória da Conquista/BA, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde). Esse trabalho possibilitou a realização de diversas atividades tais como: palestras, rodas de terapias, oficinas de memória, aulas de danças, atividades educativas e lúdicas, todas com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida a população idosa. Assim, foi a partir dessas experiências acadêmicas que se iniciou a busca pelo aprofundamento nos estudos relacionados ao processo de envelhecimento e suas consequências em âmbitos individual e social, culminando no interesse pela área de envelhecimento e seus entornos.

Em 2014, no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e sociedade (PPGMLS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), foi realizada a pesquisa de mestrado intitulada “*Narrativas sobre o envelhecer: memórias e identidades de idosos longevos*”. Este estudo fez parte do projeto de pesquisa “Memória, envelhecimento e Dependência Funcional”. Após a defesa do mestrado, recebeu-se o convite da prof^a Dr^a Larissa Chaves Pedreira, pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para participar do projeto de pesquisa intitulado “*Idosos cuidadores no cuidado ao outro em domicílio: intervindo na sobrecarga do cuidado*”. Paralelo a este projeto, foi desenvolvido um projeto de intervenção intitulado “*Qualificação dos cuidadores e aspectos relacionados à qualidade de vida dos idosos dependentes na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo*”, sob coordenação da prof^a Doutora Luciana Araújo dos Reis, dando origem aos estudos sobre o cuidador familiar idoso que cuida de um ente familiar também idoso em domicílio.

Seguindo este caminho, em 2016, ingressou-se no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS-UESB), com um projeto que focava a memória e representações sociais de pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras sobre o cuidar, dando início a esta temática, que fazia parte da linha de pesquisa *Memória, discursos e Narrativas*, no Projeto de pesquisa: *Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional*. Desde então se buscou conhecer mais da memória e das representações sociais de pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidado prestado ao ente familiar idoso. Desse modo, partiu-se do pressuposto que a elaboração das representações sociais das pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidado estão ancoradas na memória construída ao longo da vida, haja vista o cuidador é um ator social e o ato de cuidar está envolto pelas relações sociais que são estabelecidas pelos grupos de pertencimentos (família, religião) e interações internas e externas oriundas de experiências individuais e coletivas.

Nesta perspectiva, esta pesquisa envolveu pessoas idosas que cuidam de outras pessoas idosas no contexto domiciliar. É importante considerar o envelhecimento humano como um fenômeno existencial, progressivo, dinâmico e inevitável na vida do ser humano, com construções singulares e heterogêneas, com alterações multidimensionais, que repercutem nas condições de vida familiar, econômica e social (MEIRA, 2017).

O fenômeno do envelhecimento populacional representa uma realidade de dimensão mundial. O acelerado aumento do número de idosos no Brasil demonstra um salto na participação relativa desse estrato etário na população, com taxa de aproximadamente 14% em 2017 e estimativa de 22,7% em 2050. A predominância do número de mulheres idosas em relação ao de homens é outro fenômeno comumente observado na dinâmica demográfica mundial. Este padrão demográfico deu origem ao termo feminização da velhice, cujo percentual das mulheres brasileiras nessa faixa etária chega a 55,82% (CAMARANO, 2004; BRASIL, 2016).

Pode-se afirmar, que a velhice se feminilizou, ou seja, constatou-se que a maioria da população idosa é predominantemente feminina. A presença de um grande número de mulheres em idade avançada é, um fenômeno demográfico recente. A maior expectativa de vida das mulheres trouxe como consequência que, nas famílias, a maioria das pessoas de idade avançada são do sexo feminino (SALGADO, 2002). Estudos têm evidenciado a predominância do gênero feminino em alcançarem mais facilmente a longevidade do que o masculino. Essa vantagem em relação à categoria feminina é coerente com o registro na literatura e decorre de diversos fatores, entre os quais a tendência do gênero feminino se

cuidar mais e melhor, buscar assistência médica ou apoio social (MARINHO, et. al., 2016; SANTOS; MOREIRA; CERVENY, 2014; MEIRA, 2017).

Desse modo, devido a expectativa de vida das mulheres ser maior em faixa etária mais velhas, as mesmas estão claramente em maioria. O mundo contemporâneo do adulto de idade avançada, bem como o futuro, é e será predominantemente um mundo de mulheres. O aumento da longevidade que ocorre a nível mundial implica a existência de gerações de pessoas idosas em uma mesma família, compostas, principalmente, por mulheres idosas que, possivelmente, estejam ou estão cuidando de seus entes familiares idosos (SALGADO, 2002).

O envelhecimento humano é um processo complexo que envolve perdas e aquisições individuais e coletivas, pois a vida é culturalmente construída e vivemos em uma esfera social. Apesar do envelhecimento ocorrer naturalmente e as pessoas se esforçarem para promoção de uma velhice mais ativa e saudável, muitos idosos experimentam algum tipo de fragilidade causada por patologias agudas e crônicas. A doença traz consigo um fator emocional que acentua a fragilidade: a insegurança e fatores psíquicos como preocupações, medos, angústias, alterações na autoestima e autoimagem e algum nível de dependência (DIOGO; DUARTE, 2002; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

A dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e o desempenho das atividades de vida diárias (DUARTE, 2007). Nesse contexto, cabe, muitas vezes, à família a função do cuidado, pois ela predomina como alternativa no sistema de suporte informal no qual o sujeito é o cuidador familiar (CALDAS, 2003).

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

No presente estudo, adotou-se como família um grupo de pessoas que estão unidas por um vínculo, nem sempre caracterizado por descendência/ascendência sanguínea do idoso. Como sistema, a família assume a função psicossocial de proteger seus membros e favorecer a adaptação à cultura existente. A família se organiza a partir de demandas, interações e

comunicações que ocorrem em seu interior e exterior, criando sua identidade e forma de agir a partir de ideologias, crenças e histórias (ALMEIDA, 2011; NERY, 2017).

Nessa perspectiva, o cuidado é indispensável para o crescimento e desenvolvimento da espécie humana e na velhice, última etapa do ciclo da vida, ele se torna essencial para o enfretamento das mudanças advindas do envelhecimento (ARAÚJO, 2015).

O cuidado pode ser entendido de diferentes maneiras, a partir de distintas óticas e assume diversas representações e significados. Pode ser uma atitude, um sentimento, uma necessidade, um processo, uma ação, uma presença. O cuidado abrange dimensões teórico-filosóficas por isso o seu conceito é difícil, amplo e complexo, pois pode ser compreendido, interpretado e caracterizado de diferentes maneiras (BOFF, 1999; ARAÚJO, 2015).

Por sua vez, o cuidador familiar é todo aquele que proporciona ao idoso o suporte no seu domicílio, sendo que este não é remunerado por tal função e o cuidador principal é aquele que permanece diariamente nessa função (NERY, 2017). De acordo com Neri (2005) a atribuição do papel de cuidador a alguns membros e não a outros não é arbitrária, mas obedece às normas sociais de parentesco, gênero e idade e à dinâmica das relações familiares.

A abordagem temática usa sempre o termo linguístico no masculino: o cuidador, porém a maioria dos estudos evidencia que a responsabilidade do cuidado geralmente é assumida por uma mulher que, quase sempre, é um membro da família, como esposas, filhas, irmãs e noras (NERY, 2017).

De acordo com Santos (2003), no contexto familiar:

O cuidador é uma figura que sempre se fez presente, geralmente, era uma função exercida pelas mulheres. Para elas o ato de cuidar era muito natural, quase que incorporado às demais funções relativas às atividades familiares e domésticas. As mulheres normalmente aprendiam a cuidar no convívio com outras mulheres de sua família ou de seu grupo sociocultural e eram elas que detinham o domínio do saber popular sobre os cuidados com a saúde e na doença... Essa distinção de atividade segundo gênero pode ser relativizada no mundo moderno, mas seguramente foi à forma pela qual foram socializados os homens e mulheres que atualmente constituem a grande maioria dos idosos com os quais deparamos no cotidiano (SANTOS, 2003, p.3).

É importante destacar que, muitas vezes, os cuidadores assumem esse papel por terem uma ligação afetiva com a pessoa idosa dependente, a exemplo dos pais que, na maioria das vezes, proveram os filhos de alimento, educação, carinho e amor, ao longo da sua vida e agora, nessa fase, necessitam dos cuidados de quem outrora foram cuidados por eles. Há ainda

os cuidadores familiares que assumem o papel por considerar ser este um dever e uma obrigação (influenciado por valores e crenças) (NERY, 2017).

Para desenvolver este estudo, buscou-se pesquisar a memória e representações sociais de pessoas idosas sobre o cuidar de um ente familiar em domicílio, de maneira mais específica aqueles que apresentam algum grau de parentesco. Assim salienta-se que embora Born (2008) defina o cuidador familiar como esposo(a), filho(a), irmão(ã) “escolhido” por ter melhor relacionamento ou intimidade com o idoso dependente, também podem ser incluídos nesse grupo amigos ou vizinhos mesmo que não sejam parentes. Contudo, para esta pesquisa buscou-se delimitar apenas cuidadores que possuíam laços de parentesco com o idoso dependente.

Cuidar de um idoso dependente em domicílio não é tarefa fácil, pois tanto esse quanto o cuidador principal podem se deparar com sentimentos diversos e conflitantes que podem estar ligados ao medo, angústia, confusão, cansaço, tristeza, irritação e choro. Muitas vezes, o ato de cuidar é uma tarefa duradoura, que exige uma mudança na vida dos dois sujeitos envolvidos, como a reorganização da vida familiar, profissional e social (CALDAS, 2003, NERY, 2017). Nesse processo, a memória e representações têm papel fundamental na constituição da função do cuidador, pois permite trazer a sua realidade vivenciada, os aprendizados, as experiências e significados em relação às práticas de cuidado do outro no contexto domiciliar.

Optou-se por desenvolver este estudo tendo a Teoria das Representações Sociais como campo teórico porque entende-se que esta teoria permite uma melhor compreensão do cuidado dos familiares e das relações entre cuidadores e seus idosos dependentes. Utilizou-se o conceito proposto por Moscovici (2015) e Jodelet (2001), que é descrito como sistemas teóricos do senso comum nos quais atores sociais compreendem e interpretam seu ambiente natural e social e nele se situam.

Ainda segundo Jodelet (2001, p.22), a representação social "é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social". Estas representações vão influenciar os comportamentos sociais, conhecimentos, comunicação e a maneira de pensar e agir do indivíduo (MOSCOVICI, 2015).

Assim, uma representação social é construída a partir das experiências individuais, das informações, saberes e modelos de pensamento, que são recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social e que constitui o conhecimento do senso comum.

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais são tidas como objeto de estudo legítimo devido a sua importância na vida social e na elucidação dos processos cognitivos e de interações sociais.

A Teoria das Representações Sociais tem sido muito utilizada nos últimos anos em pesquisas nos campos da saúde e ciências sociais, haja vista sua contribuição para a compreensão do pensamento e das práticas sociais. Ela também se apresenta como importante ferramenta que auxilia na compreensão de informações, posicionamento e justificativa de ações em uma realidade concreta vivenciada pelos indivíduos (SÁ, 2004), no caso desta pesquisa, na realidade vivenciada pelas pessoas idosas cuidadoras.

Dessa maneira, a utilização da Teoria das Representações Sociais como aporte teórico-metodológico possibilitou a compreensão de conhecimento do mundo no qual os grupos constroem e compartilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fato ou tema, durante as conversações interpessoais que estabelecem no cotidiano (MOSCOVICI, 2015). Assim, ao conhecer e analisar a memória e as Representações Sociais elaboradas pelas pessoas idosas cuidadoras acerca do cuidado, foi possível conhecer a realidade em relação ao processo de cuidar. Segundo Jodelet (2001), conceber o sujeito sob a ótica social dos significados é considerá-lo como detentor de um saber construído e partilhado socialmente pela interação.

De acordo com Ochoa, Argueta e Muñoz (2005) as pesquisas com uso da memória coletiva buscam esclarecer de que maneira as coletividades pensam e se relacionam com o seu passado. Para Halbwachs (2012), há uma relação direta entre a memória individual e as relações sociais que se estabelecem, pois, ao lembrar, cada indivíduo toma como referência os acontecimentos e contextos coletivos. Assim, cada memória individual é um ponto de vista da memória coletiva que é mutável de acordo com a localização espaço-temporal de cada indivíduo e de suas relações com o grupo.

A memória individual é aquela construída a partir de referências e recordações que são próprias do grupo. As recordações para Halbwachs (2006) são reconstruções do passado a partir da representação que um grupo possui de seus interesses atuais. Ainda segundo Halbwachs (2006), os indivíduos percebem o passado através das representações coletivas e apresentam recordações que devem ser compreendidas como parte de um grupo.

De acordo com Bosi (1998), é por meio da memória das pessoas idosas que se torna possível ter acesso a um mundo social com toda a sua riqueza, haja vista que ao fazer a relação do passado com o presente, o idoso seleciona o que lhe foi mais significativo para ser

recordado e reconstrói com imagens do presente o que foi vivenciado no passado. Portanto, foi possível entender como as representações a respeito do cuidado prestado ao ente familiar idoso foram construídas por estes indivíduos.

Neste contexto, a escolha por um estudo a partir da memória e representações sociais das pessoas idosas que cuidam explica-se pela condição de recurso metodológico importante. Analisar as falas, os significados, a memória, apresentou-se relevante na medida em que os resultados de tais depoimentos poderão contribuir para o avanço dos conhecimentos acerca do universo do cuidado, nas suas dimensões individuais e coletivas.

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância de se desenvolver estudos como este que busquem compreender a memória e as representações sociais de pessoas idosas que são cuidadoras de entes familiares idosas, considerando os diversos aspectos que estão envolvidos na construção destas representações. Além disso, a partir desse conhecimento é possível entender como se dão e o porquê das atitudes e comportamentos sobre a difícil tarefa de cuidar de um ente familiar idoso, uma vez que envolve questões humanas complexas que necessitam de um olhar mais abrangente.

Desse modo, este estudo mostra-se importante ao considerar que as recordações, experiências, expectativas, dilemas e episódios marcantes narrados pelas pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras apresentam-se como fundamentais para se alcançar um melhor e maior entendimento do que é, como ocorre e o que representa o ato de cuidar de outro idoso em domicílio para essas pessoas que cuida e que também é uma pessoa idosa. Assim, é possível dar voz a essas pessoas que, muitas vezes são esquecidas, excluídas e desvalorizadas por parte da sociedade, do Estado e até mesmo pela família.

Destarte, acredita-se que o conhecimento a respeito dessa temática proporcione uma melhor compreensão dos aspectos singulares que envolvem o cuidar de um idoso dependente em domicílio. Dessa forma, este estudo torna-se significativo tanto do ponto de vista acadêmico quanto social. Segundo o ponto de vista acadêmico, este trabalho poderá colaborar no desenvolvimento de debates sobre o envelhecimento, família e cuidado, poderá também instigar novos estudos e estimular os estudantes, professores e profissionais da área da saúde a adentrarem nesse novo universo de descobertas e incógnitas que é envelhecer e cuidar de outro idoso dependente em domicílio; do ponto social, as ações nas áreas da assistência social e das políticas públicas poderão conhecer as condições e demandas dessa população para traçar novos caminhos e novas perspectivas para as pessoas idosas que cuidam.

Assim, diante da complexidade do tema que envolve as pessoas idosas cuidadoras que cuidam de entes familiares e com vistas à compreensão dessa temática à luz da memória e das representações sociais, adotou-se como questão central: Como as pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras ressignificam e representam o cuidado ao idoso dependente em domicílio?

Para responder a tal questionamento, traçou-se como objetivo geral: analisar a memória e apreender as representações sociais de pessoas idosas que cuidam, sobre o cuidado ao idoso dependente em domicílio, e como objetivos específicos: identificar o perfil social, demográfico e de saúde das pessoas idosas que cuidam; conhecer a memória das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras de idosos dependentes, descrever as repercussões do cuidado na vida das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras.

Assim, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, desenvolveu-se um estudo qualitativo, de natureza analítico-descritivo tendo como aporte teórico metodológico a memória coletiva e a Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi desenvolvida com trinta pessoas idosas que cuidam de idosos dependentes em domicílio assistidos pelo Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL) desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. O PAMDIL é responsável pelo atendimento de idosos com algum de tipo de limitação que são identificados por um agente comunitário de saúde, tendo como referência uma Unidade de Saúde. O município de vitória da conquista, não é contemplado pelo Programa Melhor em Casa. O Melhor em Casa é um serviço de atendimento domiciliar indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. Sendo assim, o município criou em 2009 o serviço de atendimento domiciliar exclusivo para idosos com algum tipo de limitação. O programa conta com uma equipe formada por um médico, um técnico de enfermagem e um motorista (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

O município de vitória da conquista, não é contemplado pelo Programa Melhor em Casa, que presta atendimento a idosos dependentes, sendo assim, em 2009, o município desenvolveu em 2009 o PAMDIL. O PAMDIL é responsável pelo atendimento de idosos com algum de tipo de limitação e conta com uma equipe formada por um médico, um técnico de enfermagem e um motorista (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

Neste estudo foi utilizado como instrumentos para coleta de dados um questionário sociobiodemográfico e a entrevista temática. Durante a primeira visita os cuidadores foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e se procedeu a apresentação do pesquisador e da proposta do estudo. Após a anuência dos participantes, foi aplicado o Questionário sociodemográfico. Finalizada a primeira visita domiciliar, e seguindo os critérios de inclusão do estudo, o pesquisador agendou uma segunda visita com os cuidadores familiares idosos de acordo com o dia e horário estabelecidos pelos mesmos. Desse modo, as entrevistas em profundidade foram realizadas durante a segunda visita domiciliar, em condições adequadas de comodidade e privacidade, proporcionando a espontaneidade necessária, e o estabelecimento do diálogo com o cuidador dentro de um campo descontraído, que propiciasse a maior liberdade de expressão, tendo como finalidade obter o máximo de informações que o cuidador entrevistado pudesse oferecer.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se um gravador de voz avançado *Easy voice recorder* instalado no celular, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados, para posteriormente serem arquivadas em computador no formato *Som wave*, no *Software Windows Media Player*, ouvidas e transcritas no *Software Word*. Para organização e análise dos dados foi empregado o *software* DSCSOFT (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005) e a análise foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005/2012).

Os resultados deste estudo serão publicados e apresentados para a sociedade, principalmente aos órgãos e recursos humanos do PAMDIL, desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. Essas informações são importantes para que se conheça, a partir das experiências das pessoas idosas que cuidam, como é e o que representa o cuidar de outro idoso dependente em domicílio, para que assim possam ser desenvolvidas ações nos vários campos da sociedade que visem atender às demandas e proporcionar uma melhor qualidade de vida tanto aos idosos dependentes quanto às pessoas que estão na condição de cuidadoras. A divulgação dos resultados da pesquisa também poderá ter um caráter pedagógico para a sociedade, mostrando que o processo de envelhecer e cuidar de outra pessoa idosa em domicílio é um desafio que pode gerar diversos tipos de sentimentos como também pode levar o cuidador idoso a vivenciar um processo de desgaste que potencializa um processo de adoecimento neste cuidador.

Em termos estruturais, esta tese foi organizada em sete partes. A primeira é a Introdução na qual é apresentada a aproximação com a temática, a justificativa para escolha

do tema pesquisado, a delimitação do tema e a relevância de estudar tal fenômeno. Também foram descritas as questões norteadoras da pesquisa, e os objetivos a serem alcançados.

Na segunda parte: envelhecimento humano; dependência funcional e família, foi feita uma abordagem a partir da literatura que trata dos aspectos demográficos do envelhecimento humano; sobre a dependência funcional na velhice; sobre família e as novas configurações e sobre a importância e a responsabilidade da família no cuidado ao idoso dependente em domicílio.

A terceira parte: O contexto do cuidar de um idoso dependente em domicílio, é feito um apanhado teórico sobre o conceito de cuidar/cuidado, as diferentes denominações para os cuidadores, as questões de gênero e o cuidado ao idoso dependente no domicílio, sobre quando o cuidador é idoso e, por fim, sobre o cuidado no contexto domiciliar e as repercussões do cuidado na vida do cuidador.

A quarta parte intitulada Memória Coletiva e Teoria das Representações Sociais é apresentado o *corpus* teórico sobre a Teoria da Memória Coletiva e sobre a Teoria das Representações Sociais. Na quinta parte: Percurso Metodológico, foi descrito, de forma delineada, o tipo de estudo método da pesquisa, fundamentação teórica, processo de escolha do campo de estudo, colaboradores e os critérios de inclusão, as técnicas e os instrumentos de coleta e análise de dados e, também, os princípios éticos da pesquisa.

Na sexta parte foram apresentados os resultados, análises e discussão, sendo subdividido em duas partes. A primeira parte abarcou a apresentação e caracterização sociodemográfica e de saúde das pessoas idosas que cuidam. A segunda parte do capítulo foi composta pela análise da memória e representações sociais das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras, sendo subdividido em três eixos temáticos: 1) Entre a família, a infância e o trabalho: memória de pessoas idosas que cuidam; 2) Memória de pessoas idosas que cuidam: vivências e desafios do cuidar; 3) Representações sociais de pessoas idosas que cuidam sobre o cuidado ao idoso dependente em domicílio.

Por fim, as considerações finais do estudo, trazem o alcance da pesquisa e sugestões. E mais adiante foram apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos da pesquisa.

2 ENVELHECIMENTO HUMANO; DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E FAMÍLIA

“Nunca imagine viver tanto. Não me lembro de pessoas que morreram com mais de oitenta anos em minha família paterna, nem materna... Meu pai, com quem me pareço, cuja idade nunca imaginei ultrapassar, morreu aos 65 anos”

(BOBBIO, 1997, p.33).

Nesta parte foram discutidos os conceitos e questões essenciais a respeito do processo de envelhecimento humano, os aspectos demográficos e algumas repercussões do envelhecimento para a sociedade brasileira; conceitos de dependência funcional e conceitos e novas configurações de família. Dessa forma, a disposição do capítulo foi organizada a partir dos seguintes subtópicos: *2.1 Aspectos demográficos do envelhecimento humano; 2.2 dependência funcional na velhice; 2.3 Um enfoque sobre a família e suas novas configurações; 2.4 A família no cuidado do idoso dependente em domicílio.*

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Vive-se hoje um fenômeno em escala mundial, o qual, por um lado, representa um triunfo da ciência, e por outro, uma preocupação e um desafio social, haja vista que o aumento da expectativa de vida resultou na longevidade do ser humano, que vem acompanhada de implicações (NERY, 2017).

O fenômeno do envelhecimento populacional representa uma realidade de dimensão mundial. Uma das mudanças demográficas mais marcantes e importantes da atualidade é o envelhecimento humano, o qual tem alcançado também boa representatividade em países que se encontram em desenvolvimento (LIMA, 2016). O envelhecimento é uma trilha natural e irreversível, e é percebido por quem vivencia essa fase a partir de diferentes prismas, derivando das experiências, objetivos e perspectivas que integram a vida do ser. No contexto brasileiro, pode-se perceber que a população vem envelhecendo acentuadamente a partir da década de 60 e o principal motivo para esse fato é o exacerbado declínio da taxa de fecundidade (VERAS, 2007).

De acordo com a OMS, até 2025, 70% das pessoas na terceira idade residirão em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, que tem alcançado mudanças consideráveis no panorama demográfico e epidemiológico, com um aumento que se segue a cada década no contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2017), no

Brasil a população de idosos deve ultrapassar o número de 14,9 milhões em 2013 para 58,4 milhões em 2060. O incremento nesses números faz o Brasil configurar-se como um dos países mais envelhecidos do mundo. A estimativa é que até o ano 2025, o Brasil seja considerado o sexto país em número de idosos (OMS, 2005). Ao mesmo tempo, o número de crianças de até quatro anos no país caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões, em 2011 (BRASIL, 2017).

Este cenário pode ser reflexo da combinação de diversos fatores, como a diminuição das taxas de fecundidade, redução da mortalidade precoce, ampliação da expectativa de vida ao envelhecer, melhoria dos serviços de saúde, o uso de novas tecnologias em geral, entre outros (BRASIL, 2017). Os avanços científicos e tecnológicos, como o incremento de exames diagnósticos e a descoberta de medicamentos mais eficazes tiveram forte influência na conquista de uma longevidade maior. Todavia, o estilo de vida, o ambiente, e a herança genética, também têm participação decisiva no envelhecimento humano (NERY, 2017).

Além da diminuição nas taxas de mortalidade e fecundidade, outro fator que determina o envelhecimento populacional é a longevidade, que representa o número de anos, em média, que um indivíduo, ou sua respectiva geração, viverá (NERI, 2005). A expectativa de vida no Brasil tem aumentado rapidamente nas últimas décadas, passando de 70,46 em 2000 para 73,48 em 2010 (BRASIL, 2010a). Acredita-se que o Brasil continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando, em 2050, o patamar de 81,29 anos (BRASIL 2008a).

O aumento da longevidade na população mundial, embora seja aplicável a ambos os sexos, não acontece de forma idêntica, haja vista que é mais significativo para as mulheres do que para os homens, corroborando com o panorama da “feminização” do envelhecimento, que tem sido atribuído à menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco relacionados ao ambiente de trabalho, morte por causas externas, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (TORRES et al., 2009; NERY, 2017).

Esse novo perfil demográfico, de acordo com estudiosos de população, tende a gerar grandes desafios para o sistema público, principalmente os da saúde e da previdência social, devido ao fato de o país não ter se preparado de forma adequada para se adaptar às demandas dessa parcela da população (CARVALHO; WONG, 2006). De acordo com Araújo, Paul e Marins (2011) o século XXI é considerado como o período de envelhecimento populacional e marcado por inúmeros desafios. A literatura aponta que o desafio mais significativo está relacionado com o cuidado a ser dispensado a essa crescente população de idosos, haja vista,

que a maioria apresenta doenças crônicas e degenerativas, sendo que alguns ainda lidam com a presença de limitações funcionais (KUCHEMANN, 2012; BORGES, 2017).

Desse modo, neste cenário de transição, já se observa uma mudança: o que antes era assinalado por enfermidades próprias de uma população jovem deu lugar a um quadro de doenças complexas, onerosas, múltiplas e de longa duração, exigindo dessa maneira, a necessidade de prestação de cuidados contínuos para essa população que envelhece (BORGES, 2017). Portanto, verifica-se uma transição epidemiológica assinalada pela diminuição progressiva das mortes por patologias infectocontagiosas e agudas, e, concomitantemente, o aumento expressivo nas mortalidades por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; BRASIL, 2010b).

2.2 DEPENDENCIA FUNCIONAL NA VELHICE

A condição de longevidade associa-se à fragilização do envelhecimento humano, tornando o idoso vulnerável às diversas condições patológicas. No contexto brasileiro estima-se que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e destes, pelo menos, 10% possuem no mínimo cinco afecções concomitantes (ALMEIDA et al., 2017). Assim, a prevalência de doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais (ALMEIDA et al., 2017).

Dessa forma, é perceptível que o envelhecimento vem atrelado a doenças crônicas e a possíveis incapacidades de realizar atividades diárias, o que causa dependência funcional a qual exige cuidados permanentes que, na maioria das vezes, são realizados por algum membro familiar. Em virtude disso, as famílias precisam adequar-se as demandas advindas do envelhecimento, haja vista que é cada vez mais frequente a presença de um membro familiar idoso (NERY, 2017). Desta forma, Nery (2017) ressalta a mudança na composição dos arranjos familiares como um importante fenômeno a ser considerado face ao processo de envelhecimento no Brasil, com destaque para a família intergeracional, subsidiada pela coresidência, na qual o familiar cuidador do idoso está inserido.

Entretanto, observa-se no contexto brasileiro, que os idosos com algum tipo de comprometimento da capacidade funcional, assim como a sua família, são percebidos como mais um segmento excluído da sociedade, tanto no que se refere à saúde quanto aos aspectos sociais (MAZZA; LEFERE, 2005; BORGES, 2017). Isso acontece porque embora as políticas públicas brasileiras regulamentem questões referentes à saúde da população idosa, com a

preconização de que o cuidado prestado ao idoso seja de responsabilidade do Estado, da sociedade e da família, o que se percebe no cotidiano é que a família assume a maior responsabilidade pelo cuidado do idoso, enquanto o Estado exerce o apoio pontual, com poucas responsabilidades (BRASIL, 2010; BORGES, 2017).

De acordo com Fernandes e Soares (2012) mesmo que a família seja vista como a principal fonte cuidadora da pessoa idosa, o que se observa na prática é a inexistência de políticas que especifiquem os papéis atribuídos a ela. Geralmente, os cuidadores familiares assumem o cuidado em período integral e ininterrupto, fato este que pode acarretar diversos danos à saúde de quem cuida, devido a presença de agentes estressores relacionados à atividade de cuidar de um idoso, influenciando a qualidade de vida e trazendo-lhes comprometimentos biopsicossociais (BAUAB; EMMEL, 2014; ANJOS et al., 2015).

O idoso que vivencia a dependência convive com uma gama de sinais e sintomas provenientes do quadro de pluripatologias, que produzem mudanças na sua vida e de sua família, pois dificultam gradativamente a execução de atividades pessoais básicas para manter uma vida independente. A doença exige um tratamento permanente e com sua evolução surgem algumas limitações e incapacidades na vida diária do idoso cuidado e que demandam a presença de um cuidador.

É importante ressaltar que, no processo de envelhecimento humano, com o avançar da idade, de acordo as características de cada pessoa, começam a ocorrer alterações estruturais, funcionais, morfológicas e bioquímicas nos indivíduos, associadas ou não a processos patológicos. De acordo com Berger e Pourier (1995), o envelhecimento fisiológico normal é chamado de envelhecimento primário, enquanto o envelhecimento decorrente do aparecimento de lesões patológicas, muitas vezes múltiplas, que alteram a vida e a capacidade funcional do indivíduo, é chamado de envelhecimento secundário.

Quando o idoso tem a sua autonomia comprometida, surgem diversas alterações inevitáveis que envolvem afeto, finanças e relações de poder, o que gera um processo de reorganização na família. O fato de ocorrer o comprometimento da capacidade funcional, ou até mesmo perda total da autonomia de um idoso, já pressupõe que, no domicílio, alguém precisa assumir as responsabilidades de cuidador, o que não é uma tarefa fácil (JEDE; SPULDARO, 2009). Segundo Araújo, Paul e Martins (2011), na atualidade, a tendência é o surgimento crescente de idosos com várias patologias crônicas. É sabido que o envelhecimento, traz consigo doenças e incapacidades e tais doenças estão diretamente associadas à dependência funcional.

Segundo Baltes e Silverberg (2004), em um sentido geral, a dependência significa um estado no qual a pessoa se mostra incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem; e a autonomia denota a capacidade do indivíduo em manter seu poder de decisão. Portanto, a dependência consiste na existência da necessidade de ajuda ou assistência importante para a realização de atividades da vida diária, dito em outras palavras, é o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal e/ou psicológico em consequência de uma doença ou acidente, e que leva a uma limitação na atividade normal. Quando esta limitação não pode ser compensada mediante a adaptação do meio, gera-se um processo de restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outras pessoas para realização das atividades básicas e diárias (NERY, 2017).

A capacidade de o indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e diárias é definida como capacidade funcional. De acordo com Frank et al. (2007) a capacidade funcional abrange a capacidade de o indivíduo manter competências e habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma, ou seja, capacidade para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVDs), como usar o banheiro, vestir-se, banhar-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, manter a continência, e também as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) que estão relacionadas com funções mais complexas e que permitem ao indivíduo levar uma vida independente na comunidade, neste grupo estão inclusas atividades como, preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos (NERY, 2017).

As doenças crônico-degenerativas fragilizam e adoecem o idoso progressivamente e promovem limitações e incapacidades que levam o idoso a necessitar da ajuda de outra pessoa para a realização das ABVDs, AIVDs e até mesmo a realização total de todas as atividades diárias. Esse quadro caracteriza-se, portanto, em uma condição de dependência que pode variar de dependência parcial, no qual o idoso doente e/ou fragilizado depende de outra pessoa para realizar algumas atividades até a total, quando este depende de outrem para realizar todas as suas atividades (NERY, 2017)

De acordo com Bortoluzzi et al. (2017) quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a responsabilidade do cuidado fica com a família e com o sistema de saúde, sendo esta responsabilidade muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e autonomia, comprometimento da qualidade de

vida e, conseqüentemente, levando-o a incapacidade funcional. De acordo com Castro e Guerra (2008), é imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo ao idoso para realizar as ABVDs uma vez que, frequentemente, a imobilidade na terceira idade é incentivada pelo fato de a família considerar a velhice como tempo de descanso, o que compromete a qualidade de vida ou até mesmo implica na incapacidade funcional.

Após os 60 anos de idade é comum ocorrerem mudanças fisiológicas nos indivíduos que podem interferir diretamente na capacidade funcional e em suas ABVDs, principalmente se houver simultaneamente acometimento de doença crônica (AGUIAR et al., 2011). Ainda de acordo com Aguiar *et. al.* (2011) quanto maior a longevidade, mais há a tendência do aumento da incapacidade funcional da população idosa e, conseqüentemente, uma maior probabilidade de o indivíduo necessitar de ajuda para realizar suas atividades, o que evolui para exigência de cuidados constantes. Entretanto, verifica-se que no Brasil há uma precariedade de Políticas Públicas efetivas no sentido do apoio ao cidadão que envelhece. Assim, a responsabilidade do cuidar desta pessoa idosa vivenciando uma situação de cronicidade com evolutiva dependência, recai sobre a família.

2.3 UM ENFOQUE SOBRE A FAMILIA E SUAS NOVAS CONFIGURAÇÕES

Ao se falar em família, tem-se diversas definições que quase sempre levam em consideração aspectos como a afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ser encontrados fora dos laços consanguíneos. Porém, independentemente do conceito, a família é uma construção social influenciada pela cultura e contexto histórico em que foi concebida, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade. (SOUZA; SKURBS; BRÊTAS, 2007).

As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que a instituição familiar vem passando nas últimas décadas diante das novas conquistas dos direitos das mulheres, o acesso ao mercado de trabalho, as possibilidades de laços afetivos diferenciados, mostra como os papéis de cada membro familiar vem adquirindo novas funções, conforme pontua Zamberlan (2001).

O fato de a família funcionar como um sistema no qual cada um de seus membros exerce determinada função, alimentados e retroalimentados permanentemente entre si, configurando uma estrutura relacional, quando qualquer movimento que implique a mudança de uma das peças deste

sistema, gera-se um desequilíbrio que busca um novo equilíbrio (ZAMBERLAN, 2001, p.2).

Nessa perspectiva, a construção social do indivíduo se dá por meio das relações sociais, considerando que o indivíduo já nasce dentro de um grupo, o grupo familiar. A família é o “nosso grupo” primeiro e fundamental (MOTTA, 1998). A família é o lugar que dá origem à história de cada pessoa, é o espaço privado onde se dão as relações mais espontâneas. O indivíduo não escolhe a qualidade de membro na família a não ser, talvez, pelo casamento. Ainda que o indivíduo possa acreditar que é possível deixar de pertencer a uma família quando se extinguem os laços com a família de origem e não se enveredando na constituição de outra, mesmo assim as memórias de um convívio familiar ficam marcadas em suas histórias, podendo ser acessadas a qualquer momento (MOTTA, 1998).

As mudanças sócio-político-culturais que ocorrem na sociedade em geral acarretam modificações nas relações sociais, afetivas e emocionais entre os componentes do núcleo familiar, atingindo sua organização interna (SALES, 2016). Desse modo, é possível reconhecer diferentes padrões na organização das famílias ao longo do tempo, assim como diversas formas de relacionamento entre seus membros. Apesar destas diversidades, pode-se observar também muitas características semelhantes ao longo do ciclo de vida das famílias (MOTTA, 1998).

Entretanto, antes de diferenciar os diferentes tipos de organizações familiares, é imprescindível ressaltar que a família como categoria social passa a ser analisada no final do século XVIII, quando a infância começa a ter um lugar de destaque no mundo dos adultos. Foi a partir desse momento, que se começou a pensar sobre a importância da família para o indivíduo em desenvolvimento (ARIÈS, 1981). Nesse momento, a família torna-se território estratégico onde os conflitos entre o público e o privado ganham força. O público e o privado determinam os modos de sentir, viver e morrer que variam em cada época e em cada geração (ARIÈS; DUBY, 1990).

As mudanças ocorridas na sociedade, principalmente após os anos 1989, veem transformando a estrutura familiar. A relação entre as gerações modificou-se, devido a entrada massiva no mercado de trabalho, o aumento no número de divórcios, os recasamentos, a presença de várias gerações na família, o casamento civil igualitário, entre outros fatores, que tem afetado diretamente as formas de reciprocidade, apoio e cuidado entre os membros familiares (SALE, 2016).

De acordo com Motta (1998) a família contemporânea resulta das mudanças histórias e sociais que se articulam entre gerações e gêneros. As categorias gênero e geração são consideradas o ponto de partida para a compreensão das transformações familiares, haja vista que seguem novas formas e novos códigos diante da sociedade, desse modo, as famílias são parte de um contexto social, produtor e reproduzidor de cultura (SALES, 2016). Nesse sentido, Aboim e Wall (2002 p.476) ressaltam que “a diversidade dos modelos conjugais e familiares é explicada pelos modos como os grupos ou os indivíduos interpretam as normas sociais produzidas num determinado contexto histórico”.

Nesse contexto, Rossetti et al. (2009) inferem que para os indivíduos não são apenas ligados por laços sanguíneos, o compromisso e a afetividade compõem as redes de solidariedade. O significado de rede está associado à ideia de relação, reciprocidade, multiplicidade e interligações pluridimensionais. Segundo Ariès (1981), as formas históricas da família variam em relação à estrutura, formas de autoridade, funções, parentesco e autonomia referente ao meio social. O sentimento de família que conhecemos atualmente surgiu no século XV, englobando tanto a necessidade de pertencimento, quanto ao valor de identidade, aceitação, rejeição, compreensão e medo. Ainda de acordo com Ariès (1981), o sentimento de pertencimento a uma família e todos os sentimentos e emoções que norteiam as relações inerentes ao indivíduo, como rejeição ou pertença, amor ou ódio, surgiu no século XV; tais sentimentos eram desconhecidos na Idade Média. Portanto a família pode ser compreendida como um fenômeno sociocultural e histórico, no qual suas manifestações variam no tempo e no espaço.

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

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

constante nas vivências familiares [...]”, Rice (2004, p.49), define família como “unidade familiar, que representa um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contato, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem e uns aos outros”. Portanto, a unidade familiar pode ser entendida como suporte para o crescimento e mudanças que ocorrem na vida dos seus membros, desde que nascem até que morrem (NERY, 2017).

Segundo Sales (2016), a família é o espaço de proteção, cuidado e socialização de seus membros, onde as pessoas se unem por laços de parentesco ou de afetividade. Nesse viés, entende-se família “enquanto um processo de articulação de diferentes trajetórias de vida, que possuem um caminhar conjunto e a vivência de relações íntimas, um processo que se constrói a partir de várias relações, como classe, gênero, etnia e idade” (FREITAS, 2002 p.8).

Giddens (2005) utiliza os conceitos de família nuclear e família ampliada para abordar a temática sobre família. Segundo esse autor, a família nuclear é constituída por dois adultos vivendo juntos num núcleo doméstico com seus filhos, já a família ampliada é quando parentes próximos além do casal e seus filhos vivem juntos no mesmo ambiente familiar ou em um relacionamento próximo e contínuo uns com os outros.

A família nuclear era a que predominava na nossa sociedade, no século XX, ou seja, a família era constituída por pais e filhos morando no mesmo lugar, também caracterizada como sociedade patriarcal. A pessoa que não estivesse inserida em uma família com essa organização era frequentemente julgada, criticada e inferiorizada pela sociedade. Já a família ampliada ganhou visibilidade e espaço na nossa sociedade; ela é constituída por membros da família, com graus mais e menos distantes vivendo em um mesmo núcleo familiar (NERY, 2017).

Ao mencionar os diversos tipos de organização familiar, tem-se a tradicional que é a mais divulgada e mais conhecida na sociedade. A família tradicional é constituída por pai e mãe heterossexuais e seus filhos, nesse modelo os papéis sociais são bem definidos. As características dessa tipologia de família foram preservadas durante muito tempo, e dominaram a sociedade ocidental entre os séculos XIX e XX. Na formação tradicional o pai é o chefe e principal provedor do sustento da família, à mãe cabe a responsabilidade de cuidar dos filhos e do lar e o casamento segue as diretrizes católicas (SALES, 2016).

No entanto, na sociedade contemporânea os arranjos familiares são menos tradicionais, haja vista que se observa um crescente aumento de uniões consensuais e divórcios, o que conseqüentemente aumenta significativamente o número de famílias

reconstruídas, nas quais os filhos podem ser apenas de um dos cônjuges. Outro efeito conhecido das separações e dos divórcios é o aumento do número de crianças que vivem em famílias monoparentais (NERY, 2017). Nessa perspectiva, na atualidade, o aparecimento dessas famílias é cada vez mais frequente tanto no que se refere a uma porcentagem maior de divórcios, quanto ao desejo de ter filhos sem estar em um casamento (SALES, 2016). Já em relação à economia doméstica, muitos casais têm optado por se estabelecer no mercado de trabalho antes de decidir ter filhos, o que gera mudanças nos padrões das famílias devido à postergação da fecundidade feminina (NERY, 2017; IBGE, 2010).

De acordo com Silva e Lunardi (2006), o impacto causado pela globalização da economia e os consequentes ajustes econômicos dessa situação têm provocado uma profunda alteração na organização das famílias, assim como em seu sistema de relações, em seus papéis e nas formas de reprodução social. Ao mesmo tempo, problemas graves como as desigualdades sociais, o desemprego e o subemprego dos chefes de família, resultante desse processo de globalização, também têm causado modificações radicais na estrutura familiar na medida em que a mulher passa a conquistar um espaço significativo no mercado de trabalho formal; o jovem ingressa cada vez mais cedo no mercado de trabalho, principalmente nas famílias de mais baixa renda, muitas vezes abandonando precocemente a escola, em busca de complementação da renda familiar e o homem se vê diante da necessidade de redimensionar seu lugar nesse contexto de transformações (CARVALHO, 1997; SILVA; LUNARDI, 2006).

De acordo com Silva e Lunardi (2006), atualmente vivencia-se um novo modelo familiar, conforme descrito abaixo:

Estamos diante de uma nova família que não mais se organiza a partir de normas dadas, mas pelo resultado de contínuas negociações e acordos entre seus membros, sendo que sua duração no tempo passa a depender da duração dos acordos. Uma família que ao recriar novos contextos, cada vez mais promove a convivência simultânea de diferentes gerações e a necessidade de repensar seus valores, dissolver fronteiras e compartilhar seu modo de viver, sem que por isso seus membros tenham que perder sua individualidade. Deparamo-nos, hoje, portanto, com uma família inserida num tempo onde a visão tradicional que direcionava o modo de ver o mundo, já não consegue mais apreender o caráter complexo e diferenciado das relações que se desenrolam tanto em sua intimidade, quanto em seus nexos com o contexto mais amplo onde se inscreve (SILVA; LUNARDI, 2006, p. 66).

Segundo Maturana e Varela (1995), a família é uma classe especial de sistema, com estrutura, pautas e propriedades que organizam a estabilidade na mudança. É também uma pequena sociedade humana cujos membros sempre mantêm contato e têm vínculos

emocionais e uma história compartilhada. Dessa maneira, corroborando Maturana e Varela (1995), Nery (2017) acrescenta que para transitar sobre o tema família é preciso compreender o indivíduo como unidade do sistema familiar, uma parte separada, mas também uma parte do conjunto.

De um modo geral, é por meio da família que se desenrola o processo de construção tanto das identidades individuais, quanto da diferenciação entre seus membros, os quais decorrem do desempenho de diferentes papéis tanto no âmbito interno quanto externo, seja como pai, mãe, filhos, irmãos, tios, netos, amigos, entre outros. É na própria família que o indivíduo aprende a construir outra família e reconstruir continuamente a sociedade (DIAS, 2012).

Cada pessoa carrega consigo os valores, os símbolos, as crenças, as normas, os vínculos, as noções de limite, de respeito que são mantidos na família e são repassados através das gerações. Por este motivo, a família pode ser compreendida também, como o conteúdo afetivo e cultural que o indivíduo carrega consigo por todos os lugares por onde passa, mesmo aqueles mais distantes. No entanto, a família não se resume somente à soma de seus membros, afinal, vai além e constrói relações de apego e cuidado, as quais se expressam quando se ultrapassa a dimensão individual de seus membros (SILVA; LUNARDI, 2006).

Assim, pode-se entender por família como um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência, compondo o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, responsável por transmitir valores e costumes que constituirão as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. No entanto, é preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica de acordo com os contextos sociais, culturais e históricos (NERY, 2017).

Nesse sentido, é importante compreender a instituição familiar, justamente na complexidade de seu cotidiano, no qual se revelam as identidades, as diversidades e as relações por meio das quais a família se transforma ao longo do tempo, assumindo novas configurações que, muitas vezes, podem ser erroneamente confundidas com sua extinção (DIAS, 2012). Nesta perspectiva, para trabalhar com as representações sociais das pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidado foi imprescindível redimensionar a forma como se compreende esta instituição considerada, em qualquer tempo, como a base da sociedade. O reconhecimento da natureza complexa da instituição familiar é pré-condição para que os profissionais de saúde compreendam os problemas, as contradições, muitas vezes inseparáveis, mas fundamentais para ajudá-las no processo de cuidar do idoso dependente em domicílio mesmo quando vivem em contexto adversos.

2.4 A FAMÍLIA NO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE EM DOMICÍLIO

A família na contemporaneidade tem o seu papel reconhecido socialmente pelo dever na assistência de todos os seus membros, inclusive do idoso (NERY, 2017). As características e dinâmicas das famílias contemporâneas são fatores importantes e afetam a uns mais que a outros na capacidade de serem cuidadores, assim, em relação às mudanças de caráter estrutural, não só está em causa a prestação de cuidados aos idosos dependentes como também a continuidade desses cuidados (NERY, 2017). Tanto os idosos quanto os familiares passam por um processo de adaptação necessário à compreensão e aceitação das diferenças, a partir de então, pode ocorrer uma convivência intradomiciliar mais compreensiva e pacífica, visto que a convivência não implica em anulação das diferenças, mas na capacidade de acolhê-las e viver bem com elas (BOFF, 2006).

De acordo com Arantes et al. (2010) a coresidência com membros familiares, muitas vezes, traz benefícios à dinâmica domiciliar, pois as relações e a intergeracionalidade são sinônimos de velhice bem-sucedida para o idoso. Entretanto, há indícios de que morar com outros familiares não é garantia de relações afetivas mais intensas (ARANTES et al., 2010).

O aumento da expectativa de vida tem gerado situações inovadoras, sem que haja maior preparação dos familiares para lidarem com esse novo momento que exige maiores cuidados (NERY, 2017). Nessa perspectiva Falcão (2006) pontua que a família:

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

Em diversos casos, muitos idosos precisam deixar suas casas para irem morar com outros familiares por apresentarem algum comprometimento na sua autonomia e independência, além de outros motivos (NERY, 2017). O cuidado com a geração idosa é atribuído, ao longo da história, aos descendentes, ou seja, a família tem como responsabilidade satisfazer inúmeras necessidades, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais (ALCÂNTARA, 2009).

No que diz respeito ao papel da família, a Constituição brasileira assinala o dever dos pais de assistir, criar e educar os filhos menores; e de outro lado, os filhos têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Destaca também a

responsabilidade da sociedade e do Estado, juntamente com a família de amparar as os idosos e que isto deve ser feito preferencialmente nos domicílios (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso, em vigor desde de 2003, trata da responsabilidade da família quanto ao cuidado com as pessoas idosas. O Estatuto estabelece que os filhos maiores de 18 anos são responsáveis pelo bem estar e saúde dos pais idosos. No art. 3º cita que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, além da priorização de atendimento por sua própria família, em detrimento do asilar, exceto àqueles que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (BRASIL, 2003).

Portanto, na sociedade brasileira, tanto do ponto de vista da organização social, como legal, recai sobre a família a responsabilidade pelo cuidado dos idosos (SOUZA, SKURBS, BRÊTAS; 2007). De acordo com Zamberlan (2001), há uma reciprocidade entre pais e filhos, os quais apresentam uma relação de cuidado entre eles, enquanto os pais cuidam dos primeiros anos de vida de seus filhos, assegurando-lhes a sobrevivência; estes por sua vez, correspondem a esse cuidado na velhice dos pais. Essa atribuição foi culturalmente propagada por várias gerações, como um ciclo indiscutível: os pais cuidam dos filhos e, um dia, serão por eles cuidados (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008). Com isso, a reciprocidade esperada após os pais cuidarem dos filhos é de forma bastante esperada no cuidado e responsabilidade dos filhos para com os pais, indo para além da retribuição, oferecendo suporte na proteção ao idoso no ambiente familiar assim como aponta a Política Nacional da Assistência Social (2004, p. 29) indicando que:

[...] são funções básicas da família: prover a proteção e a socialização de seus membros; constitui – se referencias morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos membros com outras instituições sociais e com o Estado (BRASIL, 2004).

De fato, é possível observar que houve avanços em favor da população idosa, entretanto sabe-se que sua total efetivação está em um processo onde se precisa avançar para um envelhecimento digno no Brasil, pois apesar de legalmente os cuidados com os idosos serem de responsabilidade de todos, o que se verifica na realidade é a mínima participação do poder público e, em contrapartida, a família acaba representando a sociedade como a principal

protagonista nessa busca para se ofertar uma melhor qualidade de vida aos idosos, na figura do familiar cuidador (SOUZA, SKURBS, BRÊTAS; 2007).

Desse modo, atualmente as famílias são reconhecidas como o maior contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares (GUEDES, 2011). De acordo com Nery (2017), a crise dos sistemas de saúde e de proteção social nas últimas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento da população, deu às famílias a responsabilidade dos cuidados a serem prestados aos familiares idosos, e fez com que o Estado descobrisse o papel central ocupado pela família nesses cuidados em situação de doença e dependência.

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

Neste contexto, a família ocupa um lugar de destaque na vida dos idosos, haja vista que a família se constitui como o lugar da partilha generosa e cotidiana de cuidados e recursos, em benefício próprio e dos seus descendentes (CABRAL, 2005). Posto isto, destaca-se a família como indispensável para assegurar a sobrevivência, desenvolvimento e proteção de seus membros na medida em que proporciona o suporte afetivo e material necessários ao desenvolvimento dos seus componentes, além de se colocar como ambiente onde são assimilados os valores éticos, humanitários e culturais, servindo de lugar para a formação de profundos laços de solidariedade e onde se registra a marca das relações entre as várias gerações, vivenciando experiências mútuas (LIBERATO; SANTOS; COSTA, 2008; NERY, 2017).

A carência das instituições sociais no amparo aos idosos que necessitam de cuidados faz com que a responsabilidade recaia sobre a família e, mesmo assim, é geralmente sobre apenas um membro. Nesse contexto, a doença ou a limitação física no idoso provoca mudanças na vida dos outros membros, que precisa alterar as funções ou papel de cada um, tais como: a filha que passa a cuidar dos pais; a esposa que além de todas as tarefas agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as tarefas domésticas e o cuidado com a esposa, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro

irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, por isso é imprescindível que a família e o cuidador familiar conversem e planejem as ações do cuidado domiciliar (BRASIL, 2008b).

3 O CONTEXTO DO CUIDAR DE UM IDOSO DEPENDENTE EM DOMÍCÍLIO

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”

(BOFF, 1999)

Neste capítulo abordou-se os aspectos e os conceitos de cuidado e cuidador. Dessa forma, a disposição do capítulo foi organizada a partir dos seguintes subtópicos: *3.1 Considerações sobre o cuidado; 3.2 As diferentes denominações para os cuidadores; 3.3 A questão de gênero e o cuidado ao idoso dependente; 3.4 As repercussões do cuidado na vida da pessoa idosa cuidadora.*

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO

A pessoa idosa que vivencia a dependência convive com uma gama de sinais e sintomas provenientes do quadro de pluripatologias, que produzem mudanças em sua vida e na de sua família, pois dificultam gradativamente a execução de atividades pessoais básicas para manter uma vida independente. A doença exige um tratamento permanente e com sua evolução surgem algumas limitações e incapacidades na vida diária do idoso e que demandam a presença de um cuidador(a). Geralmente, esse é uma pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados, com ou sem remuneração, à outra pessoa de qualquer idade, que esteja precisando de assistência por estar acamada, com limitações físicas ou mentais. (NERY, 2017).

De acordo com Boff (1999), o cuidado faz parte da essência da vida humana, que precisa ser continuamente alimentado, a humanidade tem o cuidado como modo de sobrevivência e preservação da vida. A relação de cuidado com o outro é permeada de atenção, responsabilidade, zelo, desvelo e afeto.

Corroborando Boff (1999), Collieère (1999) afirma que o cuidado faz parte da essência humana e é indispensável à manutenção da vida. Ao nascer, o bebê é totalmente dependente e precisa ser assistido para a garanti a sua sobrevivência. Ainda na infância e adolescência, a capacidade de autocuidado é aprendida, o que torna o indivíduo um ser

independente. Na fase adulta, o ser humano apresenta a capacidade de cuidar de outros até que na velhice volta a precisar de assistência.

Nessa perspectiva, o cuidado não é meramente um ato, é algo mais abrangente que envolve preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com a pessoa a quem a assistência é prestada. O ato de cuidar encontra-se enraizado na essência do homem, que, sem ele, deixa de ser humano (CAMACHO et al., 2012), já que é encontrado em todas as etapas da vida, de modo que repercute desde o nascimento até a morte em situações opostas (COLLIÈRE, 2003).

Para Ricarte (2009), cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica, esta ação refere-se à tarefa que tem por objetivo manter a vida e satisfazer um conjunto de necessidades que são indispensáveis ao ser humano. Para Saraiva (2011) implica em entrega, dedicação, empenho, criatividade. É uma ação humana mobilizadora, que, no fundo, se traduz em respeitar o sofrimento, os valores e a dignidade da pessoa que está sendo cuidada.

De acordo com Nery (2017) o cuidar é perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. A partir dessa percepção, o cuidador irá se dispor a desenvolver duas atividades de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Suas ações devem ir além dos cuidados com o corpo, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação é perceber que há questões emocionais, ligadas a história de vida, sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

Numa abordagem etimológica, Rossi (1991) afirma que o cuidar é originado do latim *cogitare*, que significa cogitar, imaginar, pensar, meditar, julgar, aplicar a atenção, o pensamento. Cuidar implica em respeitar o outro com suas limitações, preocupar-se, ocupar-se, responsabilizar-se, inquietar-se com o outro. Nesta perspectiva Meira (2017) afirma que o cuidado humano é polifuncional, polivalente e que tem por essência a relação pessoa-pessoa.

De acordo com Waldow (2001), algumas expressões são utilizadas com frequência pelo senso comum como sinônimo de cuidar, tais como: tomar conta, confortar, tocar, proteger, ser paciente, ficar perto, respeitar, fazer para/com o outro. Esse autor (2001, p.55) reitera ainda que o cuidado humano “[...] não pode ser prescrito, não segue receitas, é sentido, vivido, exercitado”. Ele afirma ainda que “[...] o cuidado implica numa relação interpessoal irrepitível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista as peculiaridades do ser humano de ser único e

potencialmente criativo” (WALDOW, 2001, p. 111) e considera que o cuidado deve envolver respeito, compreensão e planejamento para com o outro.

Segundo Leininger (1991), o ato de cuidar e a forma como as pessoas expressam esse cuidado está vinculado à cultura. Corroborando Leininger (1991), Souza (2005) afirma que a maneira de cuidar sofre influência do contexto sócio-político-econômico-cultural em que se desenvolve. Assim, a substituição da energia humana por máquinas, a partir da Revolução Industrial, a violência gerada pelo crescimento desordenado das grandes cidades, a desigualdade social e a competição causada pela globalização tornaram tênue o modo ser-cuidador humano. Entretanto, o cuidado reside de forma diversificada e universal mesmo diante da atual conjuntura social, política e econômica (SOUZA, 2005).

O cuidado favorece a solidariedade, o exercício da cidadania, aproxima as pessoas, valoriza o ser e o viver. Mesmo quando não há mais possibilidade de prolongar a vida, como no caso de pessoas doentes em fase terminal, o cuidar ainda é imprescindível na mesma intensidade (SOUZA, 2005). Nessa perspectiva Waldow, Lopes e Meyer (1995) apontam o cuidar/cuidado como uma atitude de proteger, promover e preservar a humanidade ajudando pessoas a encontrar significado na doença, no sofrimento e na dor, bem como na existência. O cuidado não é pré-determinado, muito menos padronizado. O cuidado é personalizado, de acordo com as necessidades da pessoa num dado momento e com os recursos materiais, físicos e pessoais disponíveis. Seguindo esses fundamentos filosóficos do cuidar, Waldow afirma que:

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

Tais cuidados podem implicar em muitas e variadas atividades, dependendo de cada família e de quem é cuidado. De um modo geral, destacam-se como tarefas habituais de um cuidador familiar: ajudar nas atividades domésticas, ajudar na higiene e cuidados pessoais, na administração de dinheiro e bens, na administração de medicamentos, na capacidade de proporcionar conforto e tranquilidade ao idoso em situação de crise, na ajuda na comunicação com os outros, quando o idoso tem dificuldades de se expressar, dentre outras (BORN, 2008, NERY, 2017).

Segundo Boff (2002) o cuidado é assumido em dois sentidos fundamentais que estão intimamente unidos: como atitude de solicitude, de atenção e de dedicação pelo outro, e de preocupação e inquietação por ele. A pessoa que cuida sempre se sente afetada e afetivamente ligada ao outro de quem cuida. Por isso, o cuidador trata-se de alguém que desenvolveu pela pessoa cuidada um sentimento de estima e por isso dedica-se à assistência dele.

Nessa perspectiva, cuidar é ajudar o outro quando ele necessita. É estimular a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em simples tarefas. Cuidar exige paciência, dedicação e tempo. Para isso, é imprescindível haver um cuidador, que seja capacitado e possa desempenhar suas atividades com segurança, mantendo também o seu bem-estar (MAGALHÃES, 2016). O cuidado é uma tarefa realizada com o objetivo de ajudar o idoso a realizar as tarefas que não consegue mais desempenhar sozinho, atividades estas que são primordiais para a promoção e manutenção do bem-estar no seu cotidiano, como as ABVDs, além de incluir ajuda nas AIVDs (SÃO JOSÉ, 2012).

Portanto diante do exposto, pode-se considerar o cuidar com uma ação humana mobilizadora, que, no fundo, se traduz no respeito ao sofrimento, aos princípios, valores e à dignidade do dependente na condição de pessoa singular, na busca de proporcionar-lhe melhor qualidade de vida e, simultaneamente, ter qualidade de vida enquanto cuidador (NERY, 2017). Implica entrega, dedicação, empenho, criatividade, no sentido duma (re)construção e atuação conjunta do dependente, do cuidador, da rede de apoio, simultaneamente racional e afetiva, plena de significados e sentimentos de todos os envolvidos. Cuidar é de todos e para todos; “na teia complexa de interações sociais, as coisas se equiparam, e todos têm algo em especial a contribuir; a dependência se resolverá na interdependência” (DURKHEIM, 1989 apud SENNET, 2004, p.148).

3.2 AS DIFERENTES DENOMINAÇÕES PARA OS CUIDADORES

Nos últimos anos, o conceito de cuidador tem sido amplamente discutido na literatura, no entanto ainda não há um consenso sobre uma definição, o que tem propiciado diversas discussões em pesquisas quando se referem ao ato e significados de cuidar (GARRIDO; ALMEIDA, 1999). Segundo o Guia Prático do Cuidador, lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde, o cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de solidariedade e doação. O ofício de cuidador define a pessoa que “cuida” a partir dos objetivos estabelecidos por instituições ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar,

saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura e lazer. O cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que carece de cuidados por estar com limitações físicas ou mentais, acamada, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008b).

Dessa maneira, o cuidador é alguém, familiar ou não, que oferece assistência regular a pessoas com certo grau de dependência, tendo a responsabilidade de suprir as necessidades de atenção e autocuidado por um curto período ou até mesmo vários anos (CARNEIRO; FRANÇA, 2011; AGUIAR, 2011).

De acordo com o vínculo, os cuidadores recebem diferentes denominações. O cuidador pode ser classificado em cuidador formal ou informal, em cuidador principal ou primário, secundário e terciário. Entre os formais estão inclusos todos os profissionais especializados que receberam treinamentos específicos em instituições de ensino oficialmente reconhecida para prestar cuidados ao idoso, de acordo com um protocolo e um código de ética, sendo remunerado para tal função (CONCEIÇÃO, 2010; VIEIRA et al., 2011; MARQUES; TEIXEIRA; SOUZA, 2012). Esse é “uma pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado” (BRASIL, 1999, p.1).

Já os cuidadores informais são os familiares, os amigos, os vizinhos, os membros da igreja, dentre outros, que realizam o processo de cuidar de forma parcial ou integral dos idosos com déficit de autocuidado. Eles proporcionam essa assistência, sem ser remunerado, o que, na maioria das vezes, é representado como obrigação e sentimentos de afeto, proteção e reciprocidade (CONCEIÇÃO, 2010; VIEIRA et al., 2011; MARQUES; TEIXEIRA; SOUZA, 2012). Fica entendido deste modo, que o cuidador informal, particularmente, o cuidador idoso, adotado como público alvo neste estudo, possui maior conhecimento da realidade vivida pela pessoa idosa que necessita de cuidados. Também ao acompanhar de perto o sofrimento causado pela dependência de alguns idosos foi percebido que a assistência prestada pode fazer com que o cuidador sofra processos de desgaste o que pode potencializar um processo de adoecimento. Classifica-se também o cuidador como primário, secundário e terciário: os primários são os principais responsáveis pela pessoa idosa, pela assistência prestada e pela maior parte das tarefas. Os secundários prestam atividades complementares, revezando o cuidado com o cuidador primário, mas sem ter o mesmo nível de responsabilidade e decisão sobre a realização das atividades. Os terciários são coadjuvantes

e não possuem responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas especializadas, como compras, pagamentos de contas e recebimento de pensões (VIEIRA et al., 2011).

De acordo com Floriano et al., (2012) o cuidado ao idoso geralmente é realizado por um familiar. Este pode ser definido como uma pessoa da família ou afim, sem formação na área da saúde, ou ainda, como uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por meio do cuidado às pessoas doentes e fez disso uma ocupação informal. O cuidador em geral, pode ser conceituado como aquele “que assiste, trata e dá atenção ao paciente, seja ele familiar, amigo ou contratado exclusivamente para prestar o cuidado” (ARAUJO, 2004, p.97). Sendo assim, pode-se inferir que todas as atribuições do cuidado recaem sobre esta pessoa, e isso, muitas vezes, gera um desgaste nesse cuidador.

3.3 A QUESTÃO DE GÊNERO E O CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

Dentre os integrantes familiares, o cuidado, geralmente é uma tarefa assumida pelas mulheres, filhas e cônjuges como demonstra a pesquisa realizada por Monteiro, Mazin e Dantas (2015) a qual revelou que os cuidadores eram majoritariamente do gênero feminino (87,1%), sendo representados em sua maioria por filhos (62,9%) e cônjuges (13,6%). Quadro semelhante foi encontrado nos estudos de Bauab e Emmel (2014), Souza et al. (2015), Ballarin et al. (2016) e Magalhães (2016).

No domicílio, geralmente são as mulheres de variadas faixas etárias, especificamente as mais velhas e de meia-idade, que se dedicam em cuidar de uma pessoa idosa. A essas mulheres cabe cuidar dos pais, conjugues, sogros, ou outros parentes, o que faz com que exerçam diversas tarefas (NERY, 2017).

O cuidado é mútuo entre cônjuges e cuidar do outro é tido como uma obrigação, devido à promessa de que o casal se manteria junto até a morte que é feita no momento do casamento. A filha é uma figura para quem a retribuição pelo cuidado recebido é socialmente imposta e aceita. de (AGUIAR, 2017).

As desigualdades de gênero e a desigualdade das distribuições das tarefas condicionam a realidade do cuidado. A função de cuidador é exercida quase em sua totalidade pelas mulheres e, principalmente por aquelas com o menor nível educacional, sem emprego e condição social subalterna (HEDLER et al., 2016). Conforme os estudos demonstram, a questão do cuidado tem sido responsabilidade da mulher, uma vez que geralmente quem

assume a responsabilidade do cuidado são as filhas, esposas, irmãs, netas e noras. Tal fato ocorre, pois o cuidar é inscrito socialmente como uma tarefa feminina, cabendo às mulheres a organização da vida familiar, o desempenho das tarefas domésticas, o cuidado dos filhos, do cônjuge e dos idosos (MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Autores e dados de pesquisa do mundo apontam as mulheres como cuidadoras tradicionais, exceto por razões culturais. Assim, surge outra preocupação: as esposas idosas, que são doentes potenciais e com a capacidade funcional em risco e que cuidam de seus esposos idosos e incapacitados (MARQUES; TEIXEIRA; SOUZA, 2012; MAGALHAES, 2016; ORLANDI, 2017; AGUIAR, 2017).

3.4 AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO NA VIDA DA PESSOA IDOSA CUIDADARA

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

O domicílio é o local onde as pessoas desenvolvem atividades, criam laços de amor e ódio, interagem entre si, têm seus momentos de lazer e de acordo com as circunstâncias, tornam-se cuidadores (as) de seus familiares quando estes necessitam de ajuda. Aponta-se o domicílio como o local mais apropriado para que pessoas idosas portadoras ou não de doenças crônicas possam viver com certa qualidade de vida e estabilidade da doença (MEIRA, 2017).

Ainda em relação ao domicílio como palco do cuidado, a literatura mostra que “[...] a atividade de cuidar de um familiar idoso doente e dependente no domicílio dá-se no espaço onde parte significativa da vida, no qual o conhecimento e a memória de fatos e de relações íntimas são importantes tanto para o cuidado como para quem é cuidado” (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p.03). De acordo com Anjos, Boery e Pereira (2014) a experiência de cuidar no âmbito domiciliar tem se tornado cada vez mais frequente. As políticas de atenção à pessoa idosa defendem que este local pode ser considerado o melhor

para o idoso, envelhecer devido à probabilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

A realização do cuidado no contexto domiciliar não é uma tarefa fácil. Os cuidadores familiares, ao assumirem a responsabilidade de cuidado neste ambiente, precisam desempenhar, concomitante, diversas outras atividades. A construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde é uma estratégia indispensável e desejada para auxiliar nas demandas com a pessoa idosa. (BRONDANI et al., 2010; NERY, 2017).

A partir do momento em que se inicia a instalação do processo de adoecimento do idoso, por vezes de lenta evolução, uma série de acontecimentos passa a afetar a relação idoso/cuidador repercutindo diretamente na vida daquele que desenvolve o cuidado. Essencialmente, são as alterações cognitivas e comportamentais que irão interferir nesta relação e, conseqüentemente, no processo de cuidar. As modificações cognitivas, que, com o desenvolvimento de algumas patologias, levam o idoso à perda total da capacidade de realizar atividades de vida diária, tendem a sobrecarregar o cuidador que geralmente é uma mulher e que também cuida de sua família, e muitas vezes enfrenta dupla, tripla jornada de trabalho. Também, as alterações comportamentais podem ocasionar desgaste psicológico da cuidadora, potencializado, por vezes, pela falta de conhecimento acerca das patologias e do próprio processo de adoecer, o que faz com que ela tenha dificuldades de lidar com o seu familiar idoso dependente (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2013)

Muitas famílias cuidadoras encontram ainda limitações na execução do cuidado, o que se configura sob a forma da falta de suporte social, e impede que estas famílias recebam amparo e informações de forma satisfatória. O despreparo de muitos profissionais de saúde, que não se encontram ainda aptos a oferecer uma assistência apropriada aos pacientes e suas famílias e o número ainda incipiente de políticas públicas voltadas à promoção da saúde do idoso consistem em fatores que impedem a existência do suporte ao idoso (GRATÃO, 2013).

Além disso, tendo em vista que o processo de cuidar de idosos dependentes em domicílio pode ocasionar efeitos adversos, impactos negativos no âmbito físico, psicológico e social do cuidador, faz-se necessário que haja um suporte adequado para essas pessoas com o objetivo de proporcionar benefício tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Assim, destaca-se o importante papel do apoio social durante esse processo. O apoio social reduz o impacto negativo dessa atividade, auxilia os cuidadores na assistência ao idoso, contribui

significativamente para a melhoria da saúde e conseqüentemente proporciona uma melhor qualidade de vida para o cuidador (ALVES, 2013).

O apoio social é fornecido por um conjunto de pessoas, denominadas de rede de apoio social, organizada por meio de vínculos entre elas. Sua estrutura é composta pelas redes informais e formais. A informal é composta de integrantes familiares, amigos, vizinhos. Já a rede de atendimento e apoio formal é constituída pelos sistemas de saúde. As modalidades de atendimento ao idoso são voltadas a garantir um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, buscando maximizar a independência e autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Existes diversas modalidades de atendimento ao idosos, dentre eles destaca-se: o Centro-dia, esta é uma modalidade de serviço que começa a ganhar espaço no Brasil. Os centros-dia públicos são raríssimos no Brasil. É um espaço para atender o idoso independente, ou com algum grau de dependência que não pode passar o dia sozinho. O idoso fica no Centro-Dia por oito horas diárias, período que lhe são prestados serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, social e atividades ocupacionais e de lazer. É importante pela possibilidade da pessoa idosa ser atendida durante o dia e retornar à noite para sua residência - manter seus vínculos familiares. Evita o isolamento social e a institucionalização e reduz os acidentes domésticos.

O atendimento domiciliar, caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado a domicílio, que presta atendimento à pessoas idosas dependentes e semi-dependentes. Destina-se a apoiar idosos e sua família, com vistas à promoção, manutenção e/ou recuperação da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança e melhoria da qualidade de vida.

O centro de convivência, é uma modalidade de atendimento que consiste em atividades realizadas em espaço físico específico, dotado de infraestrutura que permita a frequência dos idosos e de suas famílias no mínimo durante 16 horas semanais. Preferencialmente com permanência diurna de oito horas/dia, para usufruir de programação que vise promover a sociabilidade, o desenvolvimento de habilidades, a informação, a atualização, atividades educacionais, artísticas, esportivas e de lazer, entre outras. É para o idoso saudável, sem nenhum tipo de dependência, que quer se exercitar e ter uma boa integração social e vai até lá por conta própria, sem depender de um familiar que o leve. São desenvolvidas atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no

desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário.

Grupos de convivência, consiste em atividades realizadas com idosos independentes em espaços físicos disponíveis na comunidade, tais como: Igrejas, escolas, centros comunitários, centros de saúde, centros de múltiplo uso e outros. Os grupos de convivência têm como objetivos, realização de atividades incluindo passeios turísticos, encontros intergrupos, atividades recreativas, laborais e artísticas, com a finalidade de serem ampliadas as relações sociais e possibilitar a autonomia dos grupos, em espaços próximos ao local de residência dos idosos.

Segundo Oliveira et al. (2012) quando o cuidador não dispõe de suporte social, ele pode se tornar um futuro paciente, tendo em vista que, geralmente, negligencia seu próprio cuidado, esquecendo-se de si para atender as necessidades imediatas do idoso dependente de cuidados. À vista disso, o apoio social é imprescindível para ajudar o cuidador a manter sua saúde, cuidar de si próprio e do idoso. Dessa maneira, quando o cuidador não dispõe de tal suporte, ele fica exposto a riscos de adoecer pela sobrecarga e estresse ao qual é submetido (POLARO et al., 2013).

Dessa forma, Reis e Trad (2015) constataram em seu estudo que os cuidadores desprovidos de apoio social apresentavam dificuldades na realização das atividades pessoais e sociais, esgotamento físico-emocional, bem como estresse e sobrecarga. O estudo realizado por Anjos et al. (2015) demonstrou que o apoio social recebido pelos cuidadores alivia a sobrecarga física e emocional advinda do cuidado. Dessa maneira, observa-se que o apoio social desempenha um importante papel na manutenção do bem-estar do cuidador.

4 MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O mundo dos velhos, de todos os velhos, é, de modo mais ou menos intenso, o mundo da memória.

(BOBBIO, 1997, p.30)

Neste capítulo foi realizada uma breve apresentação sobre a Teoria da Memória Coletiva a partir do pensamento de Halbwachs (2006) assim como a Teoria das Representações Sociais tomando como base Moscovici (2015) e Jodelet (2001) mostrando a relevância da aplicação destas teorias para promover o conhecimento mais aprofundado sobre as pessoas idosas cuidadoras e as representações sociais sobre o cuidado. Dessa forma, a disposição do capítulo foi organizada a partir dos seguintes subtópicos: *4.1 Memória coletiva e 4.2 Teoria das Representações Sociais*.

4.1 MEMÓRIA COLETIVA

Halbwachs (2006), que norteia as reflexões aqui expostas, parte do princípio que o homem nunca está só, afinal ele é membro de vários grupos e sendo assim, participa de vários pensamentos sociais e seu olhar mergulha sucessivamente em vários pensamentos coletivos. Portanto, as suas recordações vão depender do seu relacionamento com os diferentes grupos de referência e de convívio.

Deste modo, evidenciando o caráter coletivo e social da memória, Halbwachs (2006) assegura que a memória individual não deixa de existir, pois ela está enraizada em diferentes contextos, com a presença de diferentes participantes Segundo Halbwachs (2006):

A rememoração pessoal está situada na encruzilhada das redes de solidariedades múltiplas em que estamos envolvidos. Nada escapa a trama sincrônica da existência social *atual*, é da combinação desses diversos elementos que pode emergir aquela forma que chamamos lembrança, porque a traduzimos em uma linguagem (HALBWACHS, 2006, p.12).

Assim, ao considerar que os indivíduos estão imersos nesta trama social, Halbwachs (2006) chama a atenção para o fato de que a memória individual está atrelada à memória

coletiva e social¹. Embora o indivíduo carregue as suas lembranças, ele não está só neste ato de recordar, ao contrário, está o tempo todo interagindo com a sociedade, com os seus grupos e instituições, ou seja, a memória pessoal está impregnada das memórias dos que o cercam.

Sendo assim, por mais particular que pareça, a memória remete a um grupo, o qual está sempre interagindo com a sociedade, haja vista que, o indivíduo reconstrói o passado tendo por referência os fatos presentes, os valores, os modos de pensar e agir de uma determinada época ou sociedade, dessa forma Halbwachs (2006) afirma que é impossível falar de uma memória absolutamente individual sem vínculos com o coletivo, afinal, o homem é um ser social e nunca está realmente só.

Nesse sentido, como a memória está circunstanciada pelas relações sociais, pois são as relações sociais que a alimentam, então é possível inferir que as memórias são coletivas, haja vista que se referenciam no grupo social ou grupos sociais de pertencimento (HALBWACHS, 2006). Posto isto, Halbwachs (2006) afirma:

Nossas lembranças permanecem coletivas, e elas nos são lembradas pelos outros, mesmo que se trate de acontecimentos nos quais só nós estivemos envolvidos, e com objetos que só nós vimos. É porque, em realidade, nunca estamos sós. Não é necessário que outros homens estejam lá, que se distingam materialmente de nós: porque temos sempre conosco e em nós uma quantidade de pessoas que não se confundem (HALBWACHS, 2006, p. 30).

Portanto, a memória só pode ser compreendida em seus aspectos interativo e social. A memória individual é, então, um ponto de vista sobre a memória coletiva, mas não pode simplesmente ser confundida com ela. Halbwachs (2006) explica essa relação entre memória indivíduo/coletivo de maneira muito clara conforme apontando abaixo:

Se a memória coletiva tira sua força e sua duração por ter como base um conjunto de pessoas, são os indivíduos que se lembram, enquanto integrantes do grupo. Dessa massa de lembranças comuns, umas apoiadas nas outras, não são as mesmas que aparecerão com mais intensidade para cada um deles. De bom grado, diríamos que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda segundo o lugar que ali ocupo e que esse mesmo lugar muda segundo as relações que ali

¹ É imprescindível salientar que expressões *memória social* e *memória coletiva* são duas categorias que não podem ser consideradas sinônimas, pois a memória social tem um caráter de “guarda-chuva” da memória, dado o seu teor generalista, uma vez que toda ela tem um configuração social, assim a memória social é entendida como “o inteiro conjunto dos fenômenos ou instâncias sociais da memória” (SÁ, 2007, p. 292). Por outro lado, a categoria *memória coletiva* se ancora em Halbwachs (2006), que a define como um construto social e, sobretudo, elaborada por grupos sociais.

mantenho com outros ambientes. Não é de surpreender que nem todos tirem o mesmo partido do instrumento comum. Quando tentamos explicar essa diversidade, sempre voltamos a uma combinação de influências que são todas de natureza social (HALBWACHS, 2006, p. 69).

Para Halbwachs (2006) é a partir do presente, do engajamento nos grupos, que se pode reconstruir o passado, isto é, a lembrança é uma reconstrução do passado com a ajuda de dados emprestados do presente, a partir de outras reconstruções realizadas pelos indivíduos que são parte de um grupo social do qual é integrante (HALBWACHS, 2006). Nesse sentido, Halbwachs (2006) pontua que:

Não basta reconstituir pedaço a pedaço a imagem de um acontecimento passado para obter uma lembrança. É preciso que esta reconstrução funcione a partir de dados ou de noções comuns que estejam em nosso espírito e dos outros, porque elas estão sempre passando destes para aqueles e vice-versa, o que será possível somente se tiverem feito parte e continuarem fazendo parte de uma mesma sociedade, de um mesmo grupo. Somente assim podemos compreender que uma lembrança seja ao mesmo tempo reconhecida e reconstruída (HALBWACHS, 2006, p.39).

Se recordar² é reconstruir, repensar com imagens e noções de hoje as experiências do passado, não se pode esquecer que, para Halbwachs (2006), o homem ao evocar o seu próprio passado, tem necessidade de fazer apelo às lembranças dos outros. Nesse sentido, a memória se fortalece com o testemunho de outros, ao passo que, o reconhecimento da lembrança, exige uma reconstrução a partir de noções comuns partilhadas por aqueles que participaram de um mesmo contexto social, afinal, mesmo as lembranças consideradas íntimas e pessoais, estão ancoradas no quadro social da memória (HALBWACHS, 2006).

De acordo com Halbwachs (2004), como a família é o grupo no qual o indivíduo passa a maior parte de sua vida, as recordações familiares do tempo da infância, da casa dos pais, do casamento, velório entre outros se mesclam com a maior parte de seus pensamentos, gerando um sentimento de pertencimento e formação de uma identidade de grupo através de uma memória comum. É na memória da família que se encontra sintetizado o sentimento de pertencimento à família ou a emoção da recordação de uma vivência passada (BARROS, 1989).

Barros (1989) também infere que a importância do grupo familiar na recordação dos indivíduos vincula-se ao fato de ser a família ao mesmo tempo o objeto das recordações e o

² Para Halbwachs (2006) recordar significa voltar a evocar, mediante a interação social, a linguagem, as representações, as classificações coletivas, ou seja, reatualizar a memória do grupo social de pertencimento.

espaço ao qual essas recordações são avivadas. A vida familiar, como palco da vida cotidiana, aciona por meio da lembrança, noções de felicidade quanto de grandes conflitos e tristezas (LOPES; SÁ, 2010).

É pertinente ressaltar, que embora existam hábitos e maneiras de pensar próprios de cada família, e que se impõe igualmente nas opiniões e sentimentos de seus membros, a memória familiar refere-se ao mesmo tempo a individualidade da memória afetiva de cada família, como à memória da sociedade mais ampla, expressando a importância e permanência do valor da instituição familiar (BARROS, 1989).

Nessa perspectiva, a memória familiar, está ancorada por um contexto social, constituído pela linguagem e pelas noções e representações de tempo e espaço (HALBWACHS, 2004). Na concepção de Halbwachs (2006), a memória está ancorada nos “quadros sociais da memória”. Os quadros sociais da memória se referem às relações sociais com a família, a escola, o trabalho, o espaço de lazer, a classe social, a religião, o espaço, o tempo, a linguagem, entre outros (HALBWACHS, 2006). Portanto, os quadros sociais são imprescindíveis no processo de recordações individuais, pois, correspondem à combinação de recordações individuais de muitos membros sociais.

Segundo Halbwachs (2004), a memória da família depende da posição atual dos indivíduos na mesma e a representação desta não é constante, nem temporal nem espacial, havendo, assim, uma variação do modelo familiar, que depende da trajetória de vida, do espaço de vivência e dos papéis sociais familiares. A própria representação de família sofre a marca do tempo. A infância é evocada, no presente, com olhos e elaborações atuais que, embora possam ser explicados e racionalizados em função das mudanças sociais, mudaram as representações dessas pessoas, aparecendo em cada etapa de sua vida com configurações diferentes (BARROS, 1989).

É nesse sentido que Halbwachs (2006, p. 91) fala da memória como “uma reconstrução do passado, com ajuda de dados tomados de empréstimos ao presente e preparados por outras reconstruções feitas em épocas anteriores e de onde a imagem de outrora já saiu bastante alterada”. Nesse sentido, a família é um grupo social em que se desenvolvem as memórias coletivas e que fazem delas algo vivo e passível de transformação pelo desenrolar das mudanças do grupo (BARROS, 1989). Assim, quando os indivíduos reconstróem o seu passado, rememorando a trajetória familiar, eles estabelecem na lembrança, o espaço familiar, a representação da família e suas relações internas, a partir da sua posição atual tanto na família quanto na sociedade (BARROS, 1989).

De acordo com Halbwachs (2006) a memória tem como suporte a linguagem, que pode ser considerada como o principal quadro social da memória coletiva, pois ela possibilita a construção e transmissão dos acontecimentos vividos, sendo assim, a memória necessita da linguagem, pois sem a linguagem a memória fica retida, afinal é a linguagem que permite a formulação de uma narrativa do “passado vivido” do indivíduo, pois como afirma Halbwachs:

Los afásicos menos afectados que no pueden, por falta de palabras, narrar su pasado, y puesto que sus relaciones con los otros hombres disminuyen, deben conservar un sentimiento bastante impreciso de los tiempos, de los lugares y de las personas (HALBWACHS, 2004, p.104).

Nesse sentido, a socialização da memória familiar acontece por meio da linguagem. Mas além da linguagem, o tempo e o espaço também são importantes na reconstrução da memória, pois toda memória coletiva está ancorada em grupos limitados no tempo e no espaço (HALBWACHS, 2006). De acordo com Halbwachs (2006) o tempo é um quadro social da memória porque ele atua como um marcador, pois é no tempo que um determinado grupo de indivíduos procura encontrar ou reconstruir sua lembrança. Compreendido como um fato social, o tempo coletivo ou social se diferencia substancialmente do tempo físico, matemático, que é marcado pela abstração e por uma duração vazia.

Em relação ao tempo Halbwachs (2006) descreve:

Os dias, as horas, os minutos, os segundos, absolutamente não se confundem com as divisões de um tempo homogêneo: Eles têm realmente um significado coletivo definido. São outros tantos pontos de referência de uma duração em que todas as partes diferem, no pensamento comum, e não podem ser substituídas umas pelas outras. O que o demonstra, é que quando ficamos sabendo que um trem partirá às quinze horas, somos obrigados a traduzir essa ideia, e nos lembrar que na verdade ele partirá às três horas da tarde. Da mesma forma, o dia 30 e 31 do mês se distingue para nós do primeiro dia do mês, senão mais, pelo menos de outro modo, do que o primeiro do dia 2, ou do 15 e do 16. Mesmo quando nossa atenção só se fixa nos números, sabemos muito bem que estas divisões não são arbitrárias, e que não podemos modificá-las ao nosso bel prazer, como na mecânica deslocamentos a origem ou como passamos para outro sistema de eixos. É completamente diferente passar a hora do verão para a hora do inverno, e concordar que doravante diremos uma hora, em vez de meio-dia: o grupo não aceita perder sua hora ou o seu tempo, e se este sofre um deslocamento, a vida social não quer sair de seu contexto e o acompanha em seu deslocamento. Isso é uma verdade pois o tempo social não é indiferente às divisões que nele introduzimos. Assim o tempo social não se confunde mais do que a duração individual com o tempo matemático (HALBWACHS, 2006, p. 127).

Halbwachs (2006) assegura que embora exista um tempo universal e único que funciona como uma espécie de convenção social, o tempo tem um significado muito diferente entre os diversos grupos, haja vista que a sociedade se decompõe em uma multiplicidade de grupos, cada um com sua própria duração. Por isso Halbwachs (2006) discorre sobre os diferentes tempos, o religioso, o agrícola, comercial ou industrial, militar, entre outros. Portanto, existem tantos tempos, quantos grupos existem, uma vez que, os tempos são diferentes e não há nenhum que se imponha a todos os grupos (HALBWACHS, 2006, p. 137). Nas palavras do autor:

[...] são as repercussões, não o acontecimento, que entram na memória de um povo que passa pelo evento, e somente a partir do momento em que elas o atingem. Pouco importa que os fatos tenham ocorrido no mesmo ano, se esta simultaneidade não foi observada pelos contemporâneos. Cada grupo localmente definido tem sua própria memória e uma representação só dele de seu tempo. (HALBWACHS, 2006, p.130)

Desse modo, fica evidente que o tempo considerado por Halbwachs (2006) não é necessariamente o cronológico, mas sim coletivo. Esse tempo coletivo não se confunde com o com o real em que os acontecimentos se sucedem. O tempo é visto aqui não como recuperação exata do dia, mas como uma recordação de um contexto de dados temporais que faz com que pouco a pouco haja o reviver de uma recordação (HALBWACHS, 2006). Assim muitas vezes uma reminiscência toma corpo e se completa quando o indivíduo faz reflexões do tipo: naquele tempo, na minha infância, quando eu era pequeno, jovem, homem feito, em plena maturidade, foi em tal estação do ano, na época de tal acontecimento.

Nesse sentido, as recordações da família estão atreladas ao tempo da infância, da juventude, da maturidade, da convivência com os avós, pais, filhos, vizinhança e a parentela, elos fundamentais na trama social (BARROS, 1998). Assim, quando evocam as recordações familiares, os indivíduos se reportam a tempos diferentes, uma vez que cada membro da família tenta se apropriar de um começo da história familiar em função da sua história individual (GONÇALVES, 2016).

Quanto maior for o convívio, as relações, a participação e entrosamento entre os membros familiares, mais nítidas e mais longas (temporalmente) serão as evocações, uma vez que, o sentimento de pertencimento ao grupo faz com que a memória encontre apoio para construir o pensamento e reencontrar determinada imagem sobre o passado (HALBWACHS, 2006).

O espaço, tal como o tempo, é um quadro social da memória. Para Halbwachs (2006), não há grupo nem gênero de atividade coletiva que não tenha qualquer relação com um lugar; não há memória coletiva que não se desenvolva num quadro espacial. É para o espaço que o indivíduo se volta para lembrar os eventos significativos, para compor as imagens do passado por meio do presente (HALBWACHS, 2006). Assim de acordo com Halbwachs (2006):

Não há memória coletiva que não aconteça em um contexto espacial. Uma realidade que dura: nossas impressões se sucedem umas às outras, nada permanece em nosso espírito, e não compreenderíamos que seja possível retomar o passado se ele não estivesse conservado no ambiente material que nos circunda. É ao espaço, ao nosso espaço - o espaço que ocupamos, por onde passa muitas vezes, a que sempre temos acesso e que, de qualquer maneira, nossa imaginação ou nosso pensamento a cada instante é capaz de reconstruir - que devemos voltar nossa atenção, é ne que nosso pensamento tem de se fixar para que essa ou aquela categoria de lembrança reapareça (HALBWACHS, 2006, p. 170).

Ao realizar essa discussão sobre o espaço e a memória coletiva, Halbwachs (2006) enfatiza que o espaço está imbuído de relações sociais criadas ao longo do tempo e sendo assim, o espaço não deve ser percebido somente em seu contexto físico, mas num contexto afetivo, social, religioso e cultural, pois as marcas deixadas no espaço dá a ele uma característica social que possibilita a reconstrução de um passado vivido. Portanto, Halbwachs (2006) entende o espaço como resultante das relações sociais produzidas e reproduzidas.

De acordo com Zonabend (1991) os comportamentos que se enquadram no espaço familiar funcionam também como força de perpetuação do grupo. Os ritos de convivialidade, de sociabilidade, e os comportamentos diferem de uma classe social a outra, de uma região e, por vezes, de uma família a outra. Praticar esses rituais familiares reforça a unidade do grupo, instituindo uma diferença entre aqueles que o conhecem e aqueles que os ignoram, entre os estranhos que não os usa, e os membros do grupo que a eles se conformam (ZONABEND, 1991).

De acordo com Pezeu-Massabuau (1983), citado por Ferreira (1998), a maioria dos ocupantes da casa participa de uma existência comum, assim a casa é o lugar dos ritos que aglutinam os membros, centralizando a vida social de um grupo. Os ritos de passagem estão impressos nessas casas de memória, expressos por frases do tipo: “nessa casa eu nasci, fui mocinha, vivi muitas alegrias e nessa casa eu sei que vou morrer, ou nessa casa eu vi nascer e crescer meus filhos” (FERREIRA, 1998, p.216). Desse modo, a casa da família é o ponto central de um espaço simbólico criado a partir das vivências e temporalidades que evocam

tempo e espaço. Espaços de sociabilidade e lugares de representações e de valores familiares (FERREIRA, 1998).

Assim, diante do exposto, apoiando nas teorias de Halbwachs (2006) pode-se afirmar que a memória familiar retém a imagem que o indivíduo tem de si e das outras pessoas consolidando a memória coletiva ancorada por um contexto social constituído pela linguagem e noções e representações do tempo e do espaço. Linguagem dos sentimentos e emoções que identificam a vida familiar e permitem construir o passado a partir das vivências que evocam o tempo, os espaços de sociabilidade e a representação social da família.

4.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste tópico para refletir sobre o constructo teórico das Representações Sociais, tomou-se por base o criador da teoria, o sociólogo Serge Moscovici. A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi desenvolvida a partir do conceito de representação coletiva cunhado por Emile Durkheim e repensado pelo psicólogo social francês Serge Moscovici em 1961, a partir da publicação do trabalho intitulado *La Psicanalyse: Son image et son public* (MOSCOVICI, 2003).

No entender de Moscovici (2003) as representações sociais são um conjunto de conceitos, proposições e explicações que se originam na vida diária no decurso da comunicação interpessoal, o que equivale, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais. Sendo considerada a teoria do senso comum, as representações sociais “devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos” (MOSCOVICI, 2003, p. 46).

Desse modo, de acordo com Moscovici (2003) as representações sociais são verdadeiras teorias do senso comum, que se elaboram coletivamente no cotidiano e nas interações sobre os mais diversos objetos sociais, na tentativa de tornar o estranho familiar e dar conta do real. Elas se comunicam entre si, são dinâmicas e exprimem um determinado modo de compreender o mundo e de ver a vida. Portanto, as representações sociais acompanham o cotidiano dos indivíduos, dado que, o sujeito elabora o conhecimento no processo de interação social, socializando e (re)construindo valores, ideias e práticas que definem uma ordem para que os indivíduos se orientem (MOSCOVICI, 2003).

Na perspectiva de Moscovici (2003) o senso comum está continuamente sendo criado e recriado em nossas sociedades num processo de modificação e realimentação cujas representações sociais são modificadas ou criadas. As representações adquirem uma autoridade, dado que, por meio de sua mediação os indivíduos adquirem mais elementos que permitem entender os diferentes fenômenos do cotidiano (MOSCOVICI, 2003). Dessa maneira, o senso comum oferece acesso direto às representações sociais.

Jodelet (2001) afirma que as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Nessa perspectiva, as representações sociais são compreendidas como um conhecimento gerado nas situações de comunicação da vida diária, com o objetivo prático de orientação de comportamentos em contextos sociais concretos.

Sêga (2000) reitera que:

As representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações lhes concernem (SÊGA, 2000, p.128).

Dentro dessa ótica, as pessoas e grupos não são apenas receptores passivos de informações e nem simplesmente seguidores de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos que, diante dos diversos eventos presentes no cotidiano das interações sociais, criam e comunicam suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam (MOSCOVICI, 2003).

Isto posto, as representações sociais referem-se ao que as pessoas pensam, isto é, estudam-se indivíduos e grupos como sujeitos que pensam de maneira autônoma, que produzem e comunicam seus saberes e suas ideias no meio social, influenciando efetivamente no modo como suas relações sociais se desenvolvem (MOSCOVICI, 2003). As representações são originadas na vida cotidiana por meio das interações entre os indivíduos, conversas, lugares que frequentam, nas ruas, nas casas, nos pensamentos e na busca de explicações sobre determinado assunto do grupo que pertencem (MOSCOVICI, 2003). Deste modo, as representações sociais concebem a sociedade como um sistema pensante, dividida em dois universos diferentes, que não são opostos, mas que possuem características próprias e se nutrem mutuamente em suas dimensões, denominadas por Moscovici de Universos Consensuais e Universos Reificados (MOSCOVICI, 2003).

Os universos reificados correspondem a um mundo mais formal, onde se manifestam os saberes e conhecimentos científicos, com objetividade e rigor lógicos e metodológico (SÁ, 1998, p. 28). Nos universos consensuais, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais e o seu grau de participação depende de suas competências e qualificações, pois existem informações adequadas para cada ocasião (MOSCOVICI, 2003).

Os universos consensuais correspondem às teorias do senso comum. Nos universos consensuais, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, e, portanto, todos podem manifestar opiniões e respostas para os problemas diários. Sob este aspecto, cada um age como pesquisador amador ou como um observador, buscando as respostas para as coisas sem ser necessariamente um cientista (MOSCOVICI, 2003). Portanto, é no contexto do universo consensual que são elaboradas as representações sociais (MOSCOVICI, 2003, SÁ, 1998).

Na busca por melhor compreensão do fenômeno das representações sociais é questionado o porquê se cria representações. Um dos propósitos das representações sociais é fazer com que o não-familiar se torne familiar, através de novos valores, conhecimentos e ideias já existentes (MOSCOVICI, 2003). É dentro dessa dinâmica de familiarização do não-familiar que são produzidas as representações sociais. Elas são elaboradas coletivamente, a partir das experiências e vivências cotidianas com o objetivo de orientar e guiar as condutas das pessoas e dos grupos sociais (MOSCOVICI, 2003).

A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade (SÊGA, 2000). Segundo Moscovici (2003), o processo de representar acontece no contexto das relações que se estabelecem entre os indivíduos e a sociedade. É nas relações interpessoais que um dado objeto se torna concreto, familiar para as pessoas e grupos (MOSCOVICI, 2003). Para Jodelet (2001) representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a uma pessoa, coisa, acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno da natureza, uma ideia, uma teoria. Diante disto, não há representação sem objeto. As representações sociais são sempre representações de alguém (sujeito) sobre alguma coisa (objeto) (SÁ, 1998). Por esse motivo, não é possível a representação de algo desvinculado de uma população ou de um grupo social específico, que mantenha tal representação (CORDEIRO; DONADUZZI; SCHLINDWEIN, 2008).

Para Moscovici (2003) o ato de representar, de transformar o não-familiar em familiar não é tão simples quanto aparenta. O processo de familiarização põe em funcionamento dois

mecanismos que organizam as representações a partir de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas: a ancoragem e a objetivação, essas duas apresentam-se como maneiras de lidar com a memória (MOSCOVICI, 2003).

A ancoragem é o processo que consiste em incorporar/integrar ideias estranhas e desconhecidas em um contexto familiar. A ancoragem procura classificar, encontrar um lugar ou nomear alguma coisa para adequar o não-familiar (MOSCOVICI, 2003). De acordo com Jodelet (2001) o trabalho de ancoragem, tem por objetivo familiarizar uma novidade e transformá-la para integrá-la no universo do pensamento preexistente. De acordo com Moscovici (2003), ancorar é:

Classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas. O primeiro passo, para superar essa resistência, em direção à conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando nós somos capazes de colocar esse objeto ou pessoa em uma determinada categoria, de rotulá-lo com um nome conhecido (MOSCOVICI, 2003, p.61-62).

De acordo com Patriota (2007, p.7), ancorar é “duplicar uma figura por um sentido”, permitindo a classificação e denominação de coisas desconhecidas. Consiste na junção “do objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente. “Ancorar é encontrar um lugar para encaixar o não-familiar, é pegar o concreto e lhe atribuir um sentido” (PATRIOTA, 2007, p.7). Segundo Moscovici (2003) a ancoragem é um processo que permite classificar o que inclassificável e dar um nome a algo que não tinha nome, tornando possível a imaginação e representação.

Nesse sentido, Moscovici (2003) destaca dois processos distintos no ato de ancorar, a saber: Classificar e denominar. Segundo Moscovici (2003), o processo de classificar, significa que nós confinamos um conjunto de comportamentos e regras sobre o que é, ou não é permitido, isto é, a neutralidade é proibida. Quando classificamos um determinado objeto, estocamos um dos paradigmas estocados em nossa memória e damos a ele uma conotação positiva ou negativa (MOACOVICI, 2003). Sendo assim, quando classificamos estamos automaticamente avaliando. Com isso, ao representar, os sujeitos ingressam num processo ativo, dinâmico que mobilizam experiências vividas, informações, valores, etc. (MOSCOVICI, 2003).

De acordo com Moscovici (2003), é impossível classificar sem dar nome ao objeto. Na representação, “é fundamental, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes” (MOSCOVICI, 2003, p. 62). O que não pode ser nomeado, não se torna uma imagem comunicável, gerando confusão, incerteza e desarticulação. Dessa maneira, quando nomeamos, colocamos um nome em alguém ou alguma coisa, na verdade, nós o incluímos em um complexo de palavras específicas que expressam algum sentido em nossa cultura (MOSCOVICI, 2003).

O segundo mecanismo responsável pela formação das representações sociais é a objetivação. A objetivação tem como finalidade transformar algo abstrato em algo tangível, concreto, transferindo assim, algo que está na mente para o mundo físico, reproduzindo, desta forma, um conceito ou uma imagem (MOSCOVICI, 2003).

A objetivação une o conceito de não-familiar com a realidade e constitui a verdadeira essência da realidade. Entendida primeiramente como um universo simplesmente intelectual e distante, a objetivação aparece, então, “diante de nossos olhos, dado que, “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem”. Comparar é “representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância” (MOSCOVICI, 2003, p. 71).

No que se refere à objetivação, Jodelet (2001) distingue três fases: (a) a construção seletiva, na qual o sujeito se apropria das informações sobre o objeto, retendo alguns elementos e ignorando outros, segundo critérios culturais e normativos ditados pelos valores e códigos do grupo; (b) a esquematização estruturante ou formação do núcleo figurativo, o qual sintetiza e concretiza, em uma imagem coerente e facilmente exprimível, o objeto da representação; e (c) a naturalização dos elementos coordenados por esse núcleo.

Em síntese, ancoragem e objetivação são dois processos consecutivos e complementares, que tornam possível o movimento de familiarização. Para fazer com que o não-familiar se torne familiar, as representações sociais utilizam a memória, cujo intermédio, faz com que o indivíduo ative as imagens e a linguagem para compreender o desconhecido. Assim, a ancoragem e a objetivação demonstram a maneira de lidar com a memória. Na ancoragem, a memória sempre está em movimento e é dirigida para dentro, está sempre armazenando e excluindo pessoas, acontecimentos, objetos classificados e nomeados por essa ancoragem de acordo com os seus tipos. A objetivação, direcionada para fora (para outros) extrai conceitos e imagens para juntar e reproduzi-las no mundo exterior (MOSCOVICI, 2003).

A literatura tem apontado as semelhanças presentes nos campos epistemológicos da memória e das representações sociais, compreendendo as relações estabelecidas entre essas duas abordagens como uma maneira de auxiliar na aproximação das dimensões psicossociais envolvidas na vivência dos fenômenos socialmente produzidos e partilhados (NAIFF; SÁ; NAIFF, 2008).

Bonardi (2003) afirma que tanto a Teria da Memória Coletiva quanto a das Representações Sociais são consideradas como forma de expressão e trocas sociais, regidos por crenças, percepções e memória (BONARDI, 2003). Segundo Bonardi (2003, p.46), a memória e as Representações Sociais “são consideradas igualmente como formas de pensamento social”. De acordo com Jodelet (2001) a interação entre o individual e o coletivo, faz com que a experiência e a memória coletiva se confundam fazendo das Representações Sociais uma articulação entre elementos afetivos, mentais e sociais com a realidade do contexto.

Assim, conforme descreve Jodelet (2001), não há representações sem memória, pois a representação implica em uma evocação dos elementos e de representações do passado. Estas representações se atualizariam mediante as trocas com o meio histórico, social e cultural, levando ao surgimento ou à transformação de uma representação. E isso é possível por meio das trocas com o universo social, cultural e histórico.

Nessa perspectiva, surge a ideia da importância do passado na estrutura das representações sociais como elemento do processo de ancoragem da inserção social do indivíduo. Para fazer com que o não-familiar se torne familiar, as representações sociais utilizam a memória, cujo intermédio faz com que o indivíduo ative as imagens e a linguagem para compreender o desconhecido. Assim, a ancoragem e a objetivação demonstram a maneira de lidar com a memória. Na primeira a memória sempre está em movimento e dirigida para dentro, está sempre armazenando e excluindo pessoas, acontecimentos, objetos, pessoas e acontecimentos, os classificando e os rotulando com um nome. A segunda, direcionada para fora (para outros) tira da memória conceitos e imagens para juntar e reproduzi-las no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já se conhece (MOSCOVICI, 2003).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Os indivíduos não se limitam a receber e a processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social.

(VALA, 2002)

Neste capítulo foi descrito de forma delineada o percurso metodológico da pesquisa, o tipo de estudo; o método da pesquisa; a fundamentação teórica; o processo de escolha do campo de estudo; os colaboradores e os critérios de inclusão, as técnicas e os instrumentos de coleta e análise de dados e, também os princípios éticos da pesquisa. Dessa forma, a disposição do capítulo foi organizada a partir dos seguintes subtópicos: *5.1 Caracterização do estudo; 5.2 Campo de estudo; 5.3 Participantes do estudo; 5.4 Instrumentos para a coleta de dados; 5.5 Procedimentos para a coleta de dados; 5.6 Análise e interpretação de dados; 5.7 Aspectos éticos.*

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo apresenta uma abordagem qualitativa, de natureza analítico-descritivo tendo como aporte teórico metodológico a memória coletiva e a Teoria das Representações Sociais, e tem como aporte teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais. De acordo com Triviños (2009) a abordagem qualitativa responde a questionamentos extremamente particulares, além de oferecer a possibilidade de conhecer pela percepção, vivência, experiência de vida e reflexão a realidade, a fim de transformá-la.

Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. O interesse da aplicação desse tipo de pesquisa neste estudo foi o de captar o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras. E assim, entender os processos e os fenômenos experimentados pelo ser humano com base em experiências vividas e partilhadas com seus semelhantes que não podem ser traduzidos em números (MINAYO, 2010).

A pesquisa também adotou uma natureza analítica, pois esta envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, observacional ou experimental, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo,

grupos ou população (MARCONI; LAKATOS, 2005). Neste estudo buscou-se realizar uma análise mais aprofundada das informações coletadas a partir das entrevistas das pessoas idosas cuidadoras que cuidam de pessoas idosas dependentes em domicílio.

Além da natureza analítica, o estudo também foi descritivo. Valentim (2005) afirma que o estudo descritivo tem como objetivo observar, registrar, correlacionar e descrever fatos ou fenômenos de uma determinada realidade sem manipulá-los, e procurar conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica, e demais aspectos da sociedade. Esse aspecto exploratório do estudo permitiu ter acesso aos cuidadores, suas memórias de acontecimentos vivenciados e outras fontes de dados adquiridos através da entrevista, o que se permitiu alcançar os objetivos propostos.

O uso da teoria das Representações Sociais como aporte teórico-metodológico deve-se ao fato desta ser uma estratégia adequada para o estudo de cuidadores idosos, haja vista que possibilita a compreensão do modo como estes grupos constroem e partilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações a respeito de determinado fenômeno nas relações que estabelecem no cotidiano (MOSCOVICI, 2003), no caso deste estudo, o ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente em domicílio.

Nessa perspectiva, a partir das narrativas dos cuidadores familiares idosos foi possível conhecer as representações sociais sobre o cuidado, sendo estas produzidas, atualizadas ou transformadas à luz das experiências que essas pessoas vivenciam em diferentes momentos e condições sociais (LOPES; MENDES; SILVA, 2014), ou seja, a experiência é socialmente construída favorecendo uma experimentação que contribui para a construção da realidade (JODELET, 2005).

5.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de realização do presente estudo foi o Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação – PAMDIL, desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista/BA. O PAMDIL é responsável pelo atendimento de idosos com algum tipo de limitação que são identificados por um agente comunitário de saúde, tendo como referência uma Unidade de Saúde. O município de vitória da conquista, não é contemplado pelo Programa Melhor em Casa. O Melhor em Casa é um serviço de atendimento domiciliar indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em

situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. Sendo assim, o município criou em 2009 o serviço de atendimento domiciliar exclusivo para idosos com algum tipo de limitação. O programa conta com uma equipe formada por um médico, um técnico de enfermagem e um motorista (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

Além da oferta de atendimento e de toda assistência necessária, como a realização de exames, o PAMDIL também realiza o encaminhamento para diferentes especialidades, caso haja necessidade. A visita ao idoso dependente acontece em um período de 15 e 15 dias, caso não haja agravamento do quadro de saúde do idoso durante esse intervalo. Se isso ocorrer, a visita é antecipada. No município de Vitória da Conquista mais de mil idosos dependentes são beneficiados pelo PAMDIL, o atendimento acontece de segunda a quinta-feira. Na sexta, o dia é destinado à coleta e realização de exames (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2018).

O responsável pela identificação dos idosos que necessitam do atendimento do PAMDIL é o agente comunitário da unidade de saúde, que cobre a área em que a pessoa reside. As unidades que contam com a equipe e o serviço de programa são Dr. Ademário Silva Santos; Dr. João Melo Filho; Dr. Hugo de Castro Lima; Regis Pacheco; São Vicente; Panorama e Vila América (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2018).

O município de Vitória da Conquista/BA está situado na mesorregião do Centro-Sul Baiano, a uma distância de 509 km da capital, Salvador, e possui uma população total de total de 338.855 habitantes, dos quais aproximadamente 30.000 são pessoas com 60 anos ou mais de acordo com o IBGE (BRASIL, 2018).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

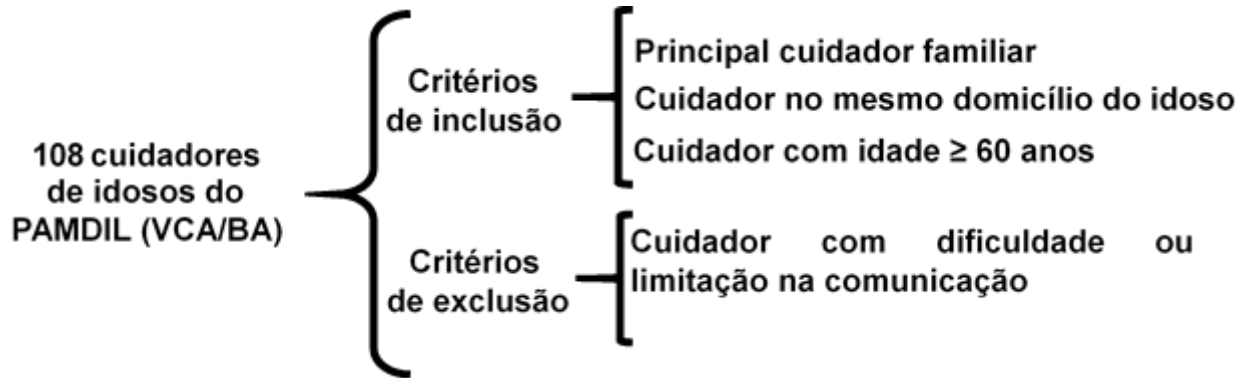
Os participantes da pesquisa são pessoas idosas cuidadoras que cuidam de um familiar idoso assistido pelo PAMDIL, desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista/BA.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos participantes desta pesquisa foram: ser cuidador familiar; cuidador residir no mesmo domicílio do idoso; cuidador familiar que tenha idade igual ou superior a 60 anos; e, cuidador familiar que seja o cuidador principal do idoso dependente em domicílio. Como critérios de exclusão foram utilizados: cuidadores familiares idosos com dificuldade ou limitação na comunicação.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 108 cuidadores de idosos identificados inicialmente, identificou-se trinta e oito pessoas idosas cuidadoras. Após a

identificação das pessoas idosas cuidadoras, deu-se início a primeira etapa da pesquisa na qual realizou-se o levantamento do perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes. Um resumo sobre a amostra do Estudo, critérios de inclusão e exclusão é demonstrado na figura 1.

Figura 1 – Participantes, critérios de inclusão e exclusão do estudo.



PAMDIL= Programa de atendimento municipal domiciliar ao idoso com limitação, VCA/BA= Vitória da Conquista/Bahia. Fonte: Elaboração própria.

Após a coleta das informações sobre o perfil sociodemográfico foi agendando com cada cuidador uma nova visita para a realização das entrevistas individuais. Assim, as entrevistas individuais constituíram-se como a segunda etapa da pesquisa. Durante a segunda etapa da pesquisa ocorrerem algumas perdas de participantes, uma vez que dois cuidadores decidiram não participar mais da pesquisa devido ao falecimento dos familiares idosos que cuidavam, quatro não foram encontrados nos domicílios mesmo diante de diversas tentativas do pesquisador em encontrá-los, e dois mudaram de endereços inviabilizando a localização destes. Sendo assim, no final da busca pelos participantes deste estudo, identificou-se trinta pessoas idosas cuidadoras dispostas a colaborar com o estudo.

5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Nesta pesquisa foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados, sendo eles: questionário de informações sociobiodemográficas (APÊNDICE A); e entrevista aberta em profundidade, individual (APÊNDICE B).

O questionário de informações sociobiodemográficas foi elaborado pelo pesquisador para coleta de dados sociais, demográficos e de saúde dos participantes, e informações sobre o

cuidado prestado ao idoso dependente, que constatava as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, renda individual, renda mensal familiar, número de membros familiares que residem no domicílio, o tipo de vínculo com o idoso dependente, se o cuidador apresenta algum tipo de doença e por último se recebe algum tipo de apoio ou ajuda na realização dos cuidados.

A respeito do uso da entrevista aberta em profundidade, Poupart (2008) afirma que a entrevista em profundidade é considerada como um meio adequado para levar uma pessoa a dizer o que pensa, a descrever o que viveu ou o que viu, ou aquilo que foi testemunha, de modo que uma boa entrevista deve permitir que o entrevistado reporte-se satisfatoriamente, e que aquilo que ele diz seja considerado, como uma história verdadeira, uma reconstrução da realidade ou uma mera encenação da mesma.

Entende-se a entrevista em “profundidade ou semiestruturada” quando o pesquisador, diante de uma temática norteadora, e tendo a narrativa como referência principal, realiza o indagações, na busca da compreensão do que o participante está narrando. Ou seja, são indagações em torno de um questionamento norteador, que tem por objetivo a busca de sentido para o pesquisador em relação ao objetivo central da investigação (MORÉ, 2015).

A técnica de entrevista em profundidade deve ser iniciada com perguntas de caráter mais concreto, fatuais e relacionadas às experiências cotidianas dos participantes, para gradativamente passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos (DA SILVA, 2005). É válido ressaltar que o entrevistador não pode induzir perguntas. É importante que ocorra o “discurso livre”. A intervenção do pesquisador deverá ocorrer somente para aprofundar a compreensão de conteúdos que está sob foco (DA SILVA, 2005).

Neste estudo, as questões da entrevista foram elaboradas a partir das inquietações que desencadearam a busca por conhecer a temática, para isso, foi elaborado um roteiro com perguntas que buscava suscitar a verbalização e que permitia ao entrevistado expressar o seu modo de pensar e agir, vinculando-os com sentimentos, atitudes, motivos, intenções e valores. Assim, o roteiro da entrevista foi composto por três questões norteadoras que buscavam desvelar a memória e representações sociais das pessoas idosas que cuidam.

5.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi encaminhado um ofício ao Núcleo de educação permanente da Secretaria municipal de saúde do município de Vitória da Conquista-BA, com cópia do

projeto de pesquisa, solicitando autorização para a coleta dos dados nas unidades de saúde da família. Após liberação do local da coleta pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO A) e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Parecer nº 1.875.418, CAAE nº 58813116.3.0000.0055) (ANEXO B). O processo de coleta dos dados foi realizado no período de fevereiro de 2017 a outubro de 2017.

Foi estabelecido o contato com a coordenadora de saúde do idoso do município a fim de proceder à apresentação da pesquisa bem como identificar os participantes da pesquisa. Ela apresentou o PAMDIL para a realização da pesquisa já que esse programa atendia ao público deste estudo. Entretanto, como o programa estava passando por uma nova reestruturação da sua equipe e estava temporariamente desativado, para não inviabilizar a pesquisa, foi cedido um ficheiro com a ficha de todos os idosos dependentes cadastrados no programa desde o ano de 2009 quando foi implantado o programa no município. Como os dados encontravam-se desatualizados, foi necessário atualizar os dados. Assim durante duas semanas o pesquisador organizou e atualizou os nomes e endereços residenciais dos idosos em uma planilha Excel® 2017, totalizando 587 idosos dependentes cadastrados no programa.

Após a atualização dos dados e criação do banco de dados, visitou-se todas as unidades de saúde que atendiam os domicílios dos idosos cadastrados pelo PAMDIL. Das sete unidades, escolheu-se quatro Unidades de Saúde da Família. As demais unidades foram excluídas da pesquisa devido à violência nas localidades onde estavam localizadas as unidades. Após a escolha das unidades, foi realizada uma visita para explicar para os enfermeiros responsáveis pelas unidades os propósitos da pesquisa. Em seguida, foi realizado um novo encontro com todos os profissionais das respectivas unidades para explicar o objetivo da pesquisa e a necessidade da colaboração dos profissionais das unidades para a identificação dos endereços e realização do primeiro contato com os participantes do estudo.

Em razão de alguns ACS estarem de férias, licença, afastados temporariamente de suas atividades no período da coleta, ou sem disponibilidade para acompanhar o pesquisador, este enfrentou muitas dificuldades para localizar os domicílios e estabelecer o primeiro contato com os idosos e seus cuidadores em algumas localidades. Em alguns casos, o pesquisador tentou ir pessoalmente ao local e o resultado nem sempre foi positivo.

Por outro lado, a disponibilidade e o acolhimento de outros ACS, que demonstraram cotidianamente compromisso e responsabilidade pela comunidade, foram fatores relevantes para a localização das residências e aceitação da presença do pesquisador nos domicílios dos

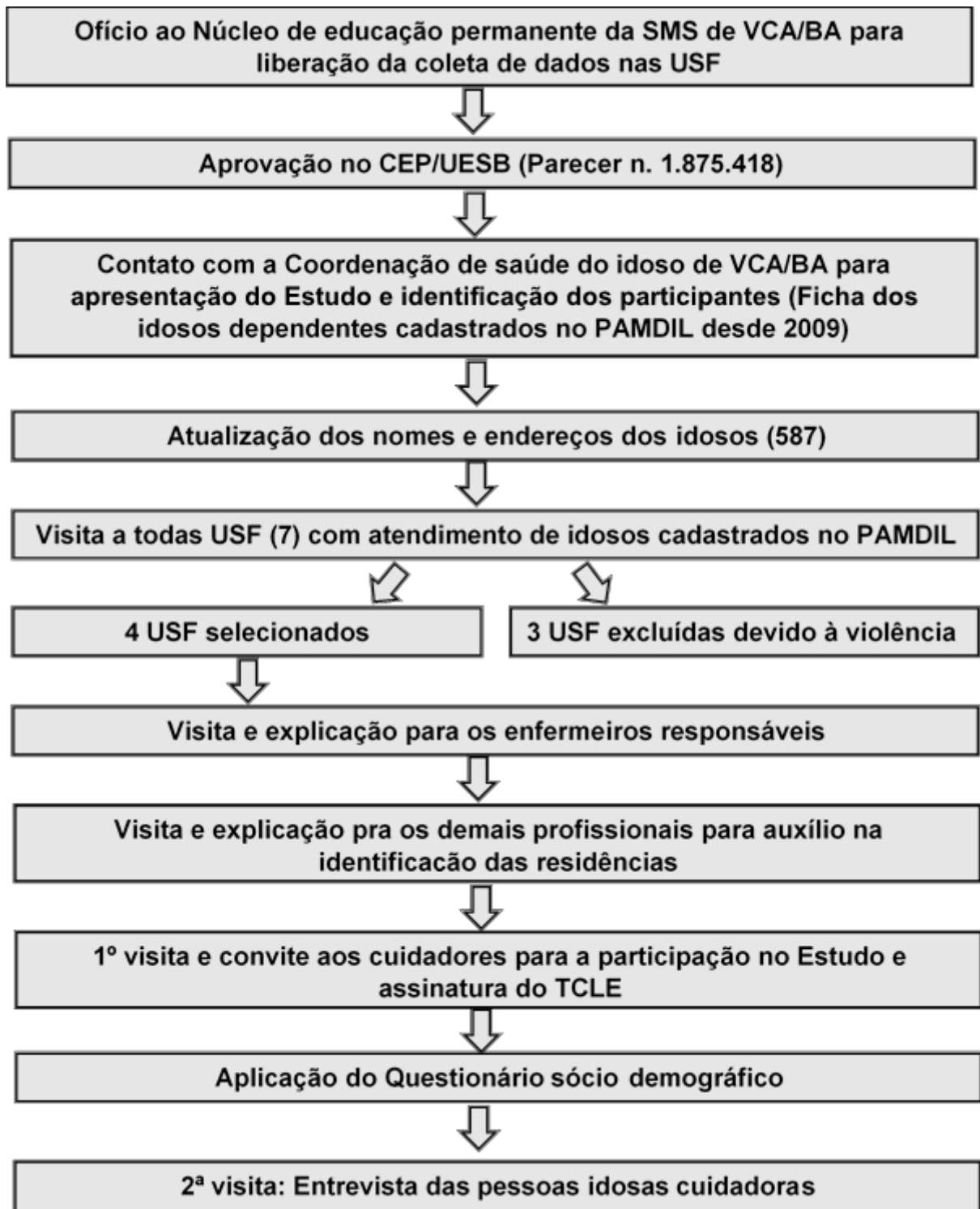
idosos e de seus cuidadores. Assim, durante sete meses foi realizado visitas domiciliares aos idosos dependentes e seus respectivos cuidadores, algumas em parceria com os ACS, outras apenas o pesquisador.

Durante as primeiras visitas domiciliares, para identificar os domicílios, encontrou-se alguns percalços para localizar e captar os cuidadores dispostos a participar do estudo. A identificação dos endereços demandou tempo, exigindo paciência para serem encontrados. Encontravam-se ruas muito longas, sem nome e com numeração salteadas. Além disso, mudança de endereço, dificuldades como desconfiança, por parte da pessoa idosa cuidadora, e por parte da família, falta de boa vontade, desinteresse para dar informações também foram frequentes.

Durante a primeira visita os cuidadores foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e se procedeu a apresentação do pesquisador e da proposta do estudo. Após receberem informações detalhadas sobre o estudo, os motivos que justificam sua realização, seus objetivos, procedimentos para o desenvolvimento, modo(s) de participação, riscos e incômodos potenciais, além de benefícios previstos, os cuidadores que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), elaborado em duas vias, sendo uma entregue aos cuidadores participantes da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Após a anuência dos participantes, foi aplicado o Questionário sociodemográfico preenchido pelo pesquisador. Finalizada a primeira visita domiciliar, e seguindo os critérios de inclusão do estudo, o pesquisador agendou uma segunda visita com os cuidadores familiares idosos de acordo com o dia e horário estabelecidos pelos mesmos. Foi necessário encontrar os melhores horários para a realização das visitas, evitando-se os horários próximos às refeições ou muito cedo pela manhã. Desse modo, as entrevistas em profundidade foram realizadas durante a segunda visita domiciliar, em condições adequadas de comodidade e privacidade, proporcionando a espontaneidade necessária, e o estabelecimento do diálogo com o cuidador dentro de um campo descontraído, que propiciasse a maior liberdade de expressão, tendo como finalidade obter o máximo de informações que o cuidador entrevistado pudesse oferecer. Um resumo sobre o processo da coleta de dados é demonstrado na figura 2.

Figura 2 – Procedimentos para coleta de dados.



SMS=Secretaria Municipal de Saúde, VCA/BA= Vitória da Conquista/Bahia, PAMDIL= Programa de atendimento municipal domiciliar ao idoso com limitação, USF= Unidades de Saúde da Família, TCLE= Termo de consentimento livre e esclarecido. Fonte: Elaboração própria.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se um gravador de voz avançado *Easy voice recorder* instalado no celular, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados, para

posteriormente serem arquivadas em computador no formato *Som wave*, no *Software Windows Media Player*, ouvidas e transcritas no *Software Word*. As entrevistas variaram de 45 a 58 minutos por entrevistado.

5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste estudo adotou-se o método de análise do Discurso do sujeito coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012), que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, escolhido com base em critérios de representatividade social, contribui com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Esse método considera as manifestações subjetivas e é uma forma de lidar com dados qualitativos onde sempre está envolvida a questão de significados. Essa abordagem fundamenta-se na teoria das representações sociais e seus pressupostos sociológicos. Segundo essa abordagem, grupos sociais específicos compartilham ideias, crenças e valores comuns, ou seja, dispõem de um imaginário social, comum, coletivo existente num dado momento (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

5.6.1 Discurso do Sujeito Coletivo –DSC

O DSC é um recurso técnico-metodológico desenvolvido na Universidade de São Paulo (USP), pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Lefèvre, no final da década de 1990, para pesquisas que utilizam entrevistas e depoimentos como material de base. A metodologia do DSC “filia-se àquelas correntes do pensamento contemporâneo que valorizam o múltiplo, o complexo, o diferente, mas considerando, com o mesmo grau de importância, que esse múltiplo e complexo convive em tensão dialética com o semelhante, com o uno, o simples” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p. 28). O DSC “é uma técnica de pesquisa empírica que tem como objeto o pensamento de coletividades que permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p. 27).

Portanto, esta técnica aproxima-se das pesquisas que valorizam a diversidade ao mesmo tempo em que compreende que esta diversidade não descarta o semelhante. Ao

contrário, diversidade e igualdade, conflitos e consensos, complexo e simples não são fenômenos dicotômicos, mas convivem dialeticamente em uma mesma sociedade não sendo possível imprimir rótulos definitivos. Cabe à técnica apenas um esforço exaustivo de agrupar os discursos por semelhanças e coerências, sempre, apresentando-os dentro de um determinado contexto (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC partiu da hipótese de que os indivíduos vivendo em sociedade, como reiteradamente tem colocado a sociologia e as demais ciências sociais desde sempre, compartilham ideias, crenças, valores e representações. Baseado nesta hipótese, montou-se um processo de organização de depoimentos verbais provenientes de pesquisas sociais que utilizam questionários abertos, que, por meio das figuras metodológicas (Ideia Central, Ancoragens, Expressões Chave e DSC), permite ao final construir uma série de DSCs.

O pensamento coletivo, em termos metodológicos, está mais validamente presente no indivíduo do que no grupo, uma vez que o pensamento coletivo é a presença internalizada no pensar de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sócio-cognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. Para obter o pensamento coletivo, é preciso convocar um a um de uma amostra representativa de uma coletividade, para que cada indivíduo possa expor seu pensamento social internalizado e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Nessa perspectiva, o DSC é uma técnica de pesquisa que se presta à abordagem de todo tipo de temática que envolva o vastíssimo campo dos pensamentos, sentimentos, crenças, atitudes, valores, representações sociais, quando estas são expressas sob forma de discursos verbais. É uma técnica qualitativa para a obtenção do pensamento coletivo. A técnica do DSC é um processo complexo, que resulta num conjunto de discursos coletivos ou DSCs, subdividido em vários momentos, efetuados por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Para que se produzam os DSCs, são necessárias quatro operações: 1 - As Expressões-Chaves (E-CH); 2 - As Ideias Centrais (ICs); 3 - As Ancoragens (ACs); 4 - O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito.

As E-CH são pedaços, ou trechos, ou fragmentos, contínuos ou descontínuos selecionados do material verbal dos depoimentos individuais, que melhor descrevem seu conteúdo. As E-CH são fundamentais para a confecção do DSC; por isso precisam ser adequadamente coletadas.

As ICs são fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de cada resposta de diferentes indivíduos, que apresentam sentidos semelhante ou complementar (que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC). Nesse último caso, a IC recebe o nome de categoria. É importante ressaltar que, as E-CH são basicamente concretas, expressivas, descritivas, abundantes, afetivas, literárias; em contraste, as IC são abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas. As IC são o que o entrevistado quis dizer e as E-CH como isso foi dito.

As ACs são como as Ideias Centrais, fórmulas sintéticas que descrevem não mais os sentidos, mas as ideologias, valores, crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou nas agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. Na metodologia do DSC considera-se que existem Ancoragens apenas quando estão presentes, no material verbal, marcas explícitas destas afirmações genéricas. Um ponto importante a assinalar: nem sempre as Ancoragens estão presentes nos discursos analisados.

O DSC é uma reunião de um só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de E-CH que tem a mesma IC ou AC. As IC semelhantes devem ser reunidas em uma única IC ou categoria. A construção do DSC é feita com as E-CH das IC enquadradas na mesma Categoria. Assim, o DSC é construído para cada uma das Categorias identificadas pelo pesquisador.

A categoria indica, de modo sintético, uma determinada direção semântica, que precisa ser completada pelo conteúdo discursivo e argumentativo que, no DSC, é dado pela reunião num discurso-síntese, das E-CH e das IC ou Ancoragens de sentido semelhante ou complementar, emitidas como respostas a uma questão de pesquisa, por distintos indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A técnica para a construção do DSC implica selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as E-CHs, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas E-CH correspondem ICs, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas E-CH. Com o material das E-CHs das ICs semelhantes constroem-se discursos-síntese ou DSCs, na primeira pessoa do singular, com um número variado de participantes, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC consiste numa forma não-matemática e não-metalingüística de representar o pensamento de uma coletividade, o que faz mediante uma série de operações sobre os

depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúne respostas de diferentes indivíduos, com conteúdo discursivo de sentido semelhante, o qual passa a expressar ou a representar a fala social ou o pensamento coletivo na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

5.6.1 Dscsoft

Para tabulação e organização dos depoimentos, foi utilizado o Programa DSCSOFT que auxilia nessa etapa de análise de dados coletados, tornando a análise mais ágil, prática e aumentando o alcance e a validade dos resultados. O DSCSOFT é um programa destinado a facilitar a realização de pesquisas qualitativas nas quais é utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (TOLTECA, 2018).

O DSCSOFT representa um avanço importante nas pesquisas sociais na medida em que permite uma sensível agilização nas tarefas mecânicas da pesquisa e também porque permitem relacionar intimamente as dimensões qualitativa e quantitativa deste tipo de pesquisa, associando pensamentos, crenças, valores, representações, às características objetivas dos portadores destas representações, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda etc. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

O software tem os seguintes componentes: Cadastros: permitem arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistados, pesquisas, perguntas, cidades e distritos entre outros; Análises: são quadros e processos que permitem a realização de todas as tarefas necessárias à construção dos Discursos do Sujeito Coletivo; Ferramentas: permitem a exportação e a importação de dados e resultados de pesquisa; e Relatórios: organizam e permitem a impressão dos principais resultados das pesquisas.

É imprescindível ressaltar que enquanto recurso facilitador, o DSCSOFT não substitui, de nenhuma forma, o papel do pesquisador: ele não faz nada pelo pesquisador, mas faz muita coisa para este. Ele representa uma ajuda importante para o investigador social porque permite produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente fazendo o social falar como se fosse um indivíduo, adotando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, construindo a fala do social com o material empírico proveniente das falas dos indivíduos, o que acaba redundando numa sensível economia de tempo e num aumento da eficácia da atividade investigativa.

Para a técnica do DSC, o resgate do sentido das opiniões coletivas, que desemboca num conjunto de DSCs, é um processo complexo, subdividido em vários momentos e efetuado por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). O pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar. Além disso, graças ao software do DSC, o DSCSOFT, pode-se com amostras bem selecionadas e relativamente grandes de indivíduos e, ao cadastro embutido no programa, segmentar ou filtrar os resultados pelas variáveis de cadastros.

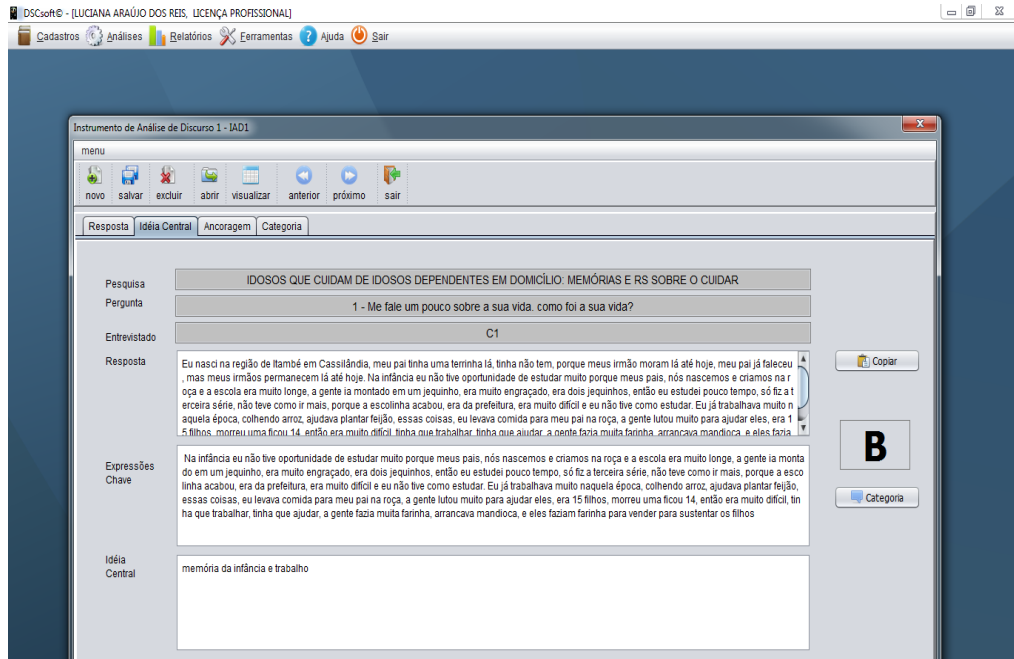
Para compreender, utilizar e empregar o programa, o pesquisador participou de um curso teórico prático “Discurso do Sujeito coletivo” oferecido pela Coordenação do Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do sudoeste da Bahia-UESB, com carga horária de 08 horas, e tendo como Ministrante o Prof. Dr. Luís Antônio Salles - UEFS. O acesso para aquisição do software foi uma parceria com Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, por intermédio da prof^a. Dr^a Luciana Araújo dos Reis.

5.6.2 Detalhamento das análises e exemplos

Após o treinamento e aquisição do software, o primeiro passo realizado para a tabulação dos depoimentos foi o cadastramento do nome da pesquisa; das perguntas e dos entrevistados. Após cadastrar os participantes e suas respostas no DSCSOFT, procedeu-se às análises de primeiro (IAD1) e de segundo nível (IAD2), preconizadas na metodologia do DSC.

A IAD1 foi feita pelo manejo das figuras metodológicas (ou operadores) do DSC, que são as E-CH, as IC, e o DSC. Abrange os procedimentos de selecionar as E-CH e IC para, posteriormente, categorizar as E-CH de sentido semelhante ou complementar. Assim, as respostas dadas às perguntas da pesquisa foram cadastradas no ícone de Análises, no IAD1. Após o cadastramento das respostas de cada um dos entrevistados, deu-se início a criação do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da seleção e extração de cada resposta individual, as E-CH e em seguida, identificadas as IC. Em algumas questões, a resposta já estava suficientemente sintética, sendo copiada integralmente como E-CH. A Figura 3 a seguir exemplifica o trabalho de análise que o pesquisador procedeu.

Figura 3- Tela do DSCSOFT com a E-CH e IC de uma resposta individual.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Para concluir a IAD1, foi feita a categorização das IC de sentido semelhante ou complementar. Após analisar a articulação de sentido ou complementaridade entre as ideias, foi classificado o conjunto equivalente com as letras A, B, C, D etc. A Figura 4 mostra uma tela do DSCSOFT com a categorização das ideias centrais.

Figura 4 - Tela do DSCSOFT com a categorização das ideias centrais.

1. Me fale um pouco sobre a sua vida, como foi a sua vida?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
C3	Eu nasci aqui em Congalata, nessa rua, só que naquela casa lá em frente, minha infância não foi muito boa, era trabalhando e ajudando mãe dentro de casa e ela lutando também.	memória da infância e trabalho	B
C13	Eu não tive infância, infância é brincar e estudar né?, eu não tive porque mãe nunca foi assim muito presente, eu comecei a trabalhar com 8 anos, no caixa vendendo verduras, ninguém.	memória da infância e trabalho	B
O8	Eu nasci na cidade de nove canais, meus pais eram lavadores, tiveram 13 filhos, trabalhavam na roça, eu vim aqui para Vitória da conquista ainda pequena, minha mãe mais.	infância e trabalho	B
C24	Eu nasci e me criei na cidade de São Paulo, Eu não tive uma infância boa, estudar pouco, minha mãe teve muitos filhos, eram 11 filhos, aí a gente parou de estudar muito cedo, pais.	infância e trabalho e educação	B
C10	Eu tenho muitas lembranças dos meus pais, Eles foram muito bons para nós, ensinou nós a viver e trabalhar, nós não teve relação, mas nós não trabalhava, na época né?, pai não.	lembranças dos pais, relação com os pais	C

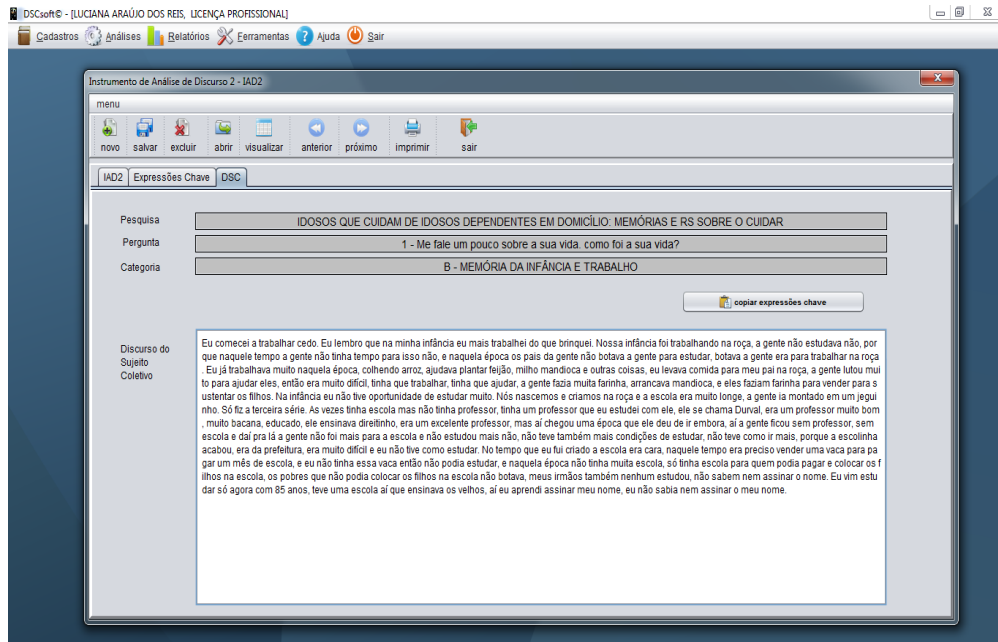
Fonte: Dados da Pesquisa

A IAD2 configurou os procedimentos para construir o DSC. Consistiu em reunir o conteúdo das expressões-chave de sentido semelhante, agrupadas sob a mesma denominação sintética das IC e ou AC, em uma sequência que manteve a coesão e a coerência linguística do discurso.

Objetivamente, para construir um DSC, é preciso que, na IAD1, as categorias estejam adequadamente selecionadas e nomeadas, para que o discurso coletivo corresponda ao pensamento e opiniões dos respondentes, identificadas e transcritas nas expressões-chave.

Com o material das "expressões-chave" de "ideias centrais" semelhantes, foram construídos os discursos-síntese, com número variado de participantes, na primeira pessoa do singular, que são os discursos do sujeito coletivo -DSC. Neles, o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. A figura 5 mostra uma tela do DSCSOFT com o DSC.

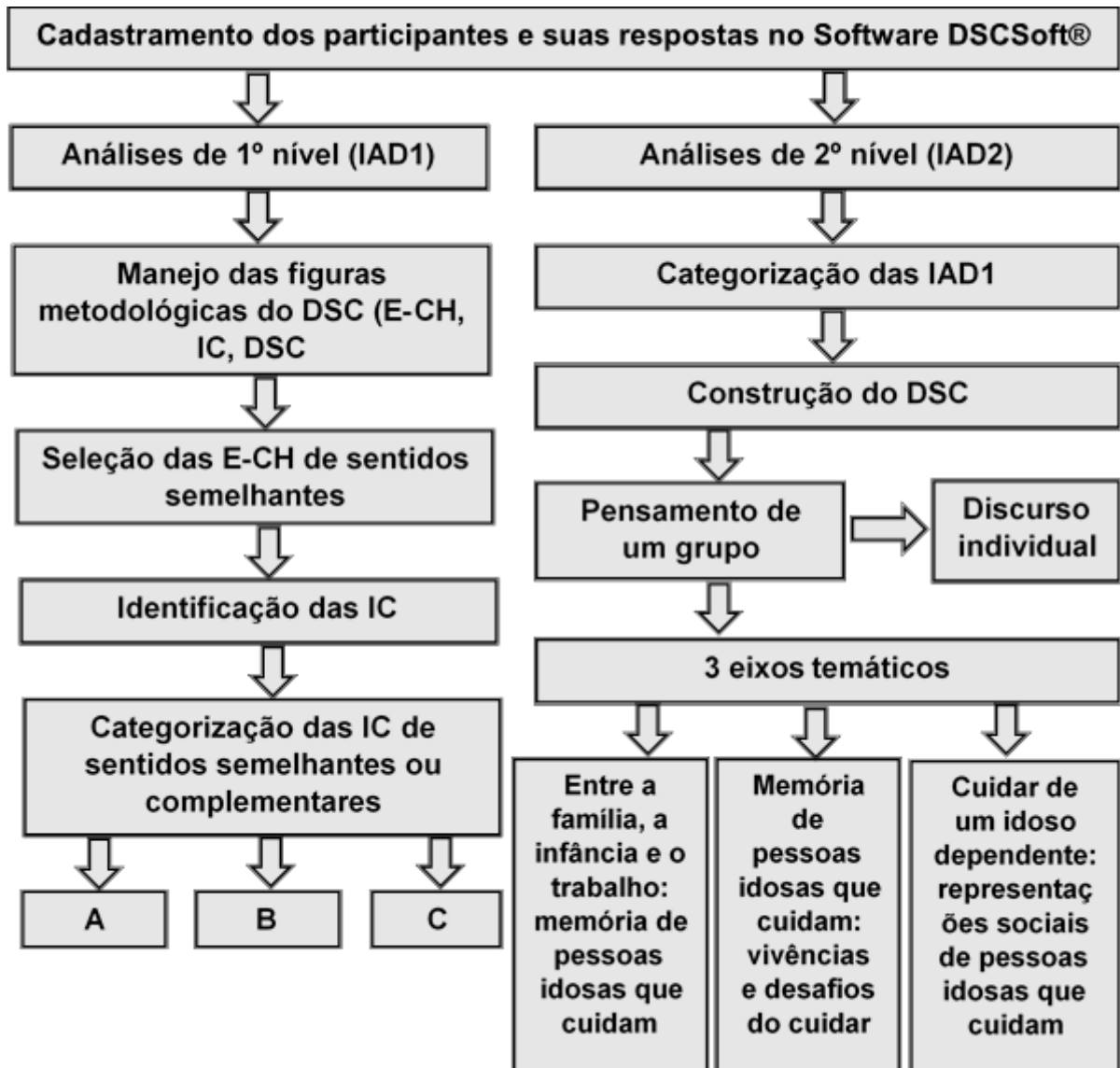
Figura 5 - Tela do DSCSOFT com o DSC.



Fonte: Dados da Pesquisa

É importante ressaltar que cada DSC reuniu diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma visão e/ou opinião, mas que é compartilhada pelo conjunto de pessoas entrevistadas. Estes diferentes conteúdos e argumentos foram reunidos em um único discurso. Assim, os discursos do sujeito coletivo serão apresentados neste estudo através de três eixos temáticos que emergiram das narrativas das pessoas idosas cuidadoras: Entre a família, a infância e o trabalho: memória de pessoas idosas que cuidam; Memória de pessoas idosas que cuidam: vivências e desafios do cuidar; Cuidar de um idoso dependente: representações sociais de pessoas idosas que cuidam. Um resumo sobre o processo de análise e interpretação dos dados é demonstrado na figura 6.

Figura 6 – Análise e interpretação dos dados.



DSC= Discurso do sujeito coletivo, E-CH= Expressões chaves, IC= Ideias centrais. Fonte: Elaboração própria.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo cumpriu com os princípios éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos e exige respeito à dignidade humana, na ponderação dos riscos e benefícios da pesquisa sobre os sujeitos, na relevância social da pesquisa, na garantia da confiabilidade e privacidade, no respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos e no retorno social dos benefícios da pesquisa.

Os participantes do estudo assinaram e receberam uma cópia do TCLE contendo informações sobre os objetivos do estudo, o método, os riscos e benefícios da pesquisa e o

respeito a sua privacidade. O Projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB sendo aprovado conforme parecer nº 1.875.418, CAAE nº 58813116.3.0000.0055 (ANEXO B).

Em respeito aos princípios da bioética de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, foi esclarecido aos cuidadores familiares idosos que eles poderiam retirar seu consentimento em qualquer momento se assim o desejassem, sem qualquer prejuízo. Também foi pactuado o sigilo e confidencialidade das informações e seu uso estrito para fins científicos, assegurando ter cuidadosa e responsável atenção com todo o material coletado, com os registros do relatório, bem como com as apresentações em eventos e publicações resultantes, a fim de que não seja identificada a instituição, tampouco as pessoas, evitando qualquer prejuízo individual ou de redução do prestígio pessoal e institucional.

Considerando que esta pesquisa poderia trazer algum risco para os participantes tendo em vista os relatos das experiências de cuidado, desenvolveu-se a prevenção de eventual desconforto ou constrangimento ocasionados pela observação e tempo gasto para conceder a entrevista. Assim, durante a primeira visita foi pactuado o tempo de entrevista, máximo de 60 minutos, e o local onde o entrevistado tivesse o conforto e privacidade para desenvolver a entrevista

O nome dos participantes foi alterado para preservar o anonimato e garantir a confidencialidade. As pessoas idosas cuidadoras foram identificadas com a letra C (cuidador), seguidas da numeração de 1 a 30.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo foram apresentados os resultados e discussões a respeito dos aspectos sociodemográfico dos participantes do estudo, da memória e representações sociais das pessoas idosas que cuidam, ancorado na Teoria da memória coletiva de Maurice Halbwachs e na Teoria das representações sociais de Serge Moscovici. Assim, os resultados da pesquisa, apresentados a seguir, foram organizados em duas partes. A primeira é composta pela caracterização das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras; a segunda diz respeito à memória e representações sociais das pessoas idosas que cuidam.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS QUE ESTÃO NA CONDIÇÃO DE CUIDADORAS

Neste tópico foram apresentadas as variáveis sociodemográficas e de saúde que são consideradas fundamentais para se alcançar o conhecimento sobre as pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras. A caracterização sociodemográfica e de saúde encontram-se descritas no Quadro 1. A descrição detalhada de cada pessoa idosa encontra-se no apêndice D.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica e de saúde das pessoas idosas cuidadoras. Vitória da conquista – BA. 2018.

VARIÁVEIS	n.º	VARIÁVEIS	n.º
Sexo		Fonte de Renda	
Masculino	04	Sem renda	07
Feminino	26	Aposentadoria	19
		Pensão	03
		Autônomo	01
Faixa etária		Renda familiar mensal	
60-70 anos	22	De 1 à 2 salários mínimos	19
71-80 anos	07	De 3 à 4 salários mínimos	10
81-90 anos	01	De 4 à 5 salários mínimos	01
Estado civil		Nº membros da família	
Casado	11	2 membros	12
Separado	05	3 membros	10
Viúvo	09	4 membros	05
União Estável	02	5 membros	03
Solteiro	03		
Religião		Vínculo com o idoso	
Católica	16	Filho(a)	15
Evangélicos	11	Cônjuge	08
Espírita	01	Irmão(ã)	03

Nenhuma	02		
Escolaridade		Problemas de Saúde	
Sem escolarização	03	Hipertensão Arterial	09
Anos iniciais (1° ao 5° ano)	18	Diabetes	03
Anos finais (6° aos 9° anos)	04	Hipertensão e Diabetes	09
Ensino médio	02	Dor de coluna	03
Ensino superior completo	02	Insuficiência Respiratória	01
Ensino superior incompleto	01	Fibromialgia	01
Recebe algum apoio		Artrite reumatoide	01
Sim	10	Depressão	01
Não	20	Não apresenta	02

Fonte: dados da pesquisa. Elaboração própria.

Os dados encontrados apontaram para uma tendência ainda recorrente no tocante às características das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras de seus entes familiares idosos. Foram entrevistadas trinta pessoas idosas que cuidam, a maioria do sexo feminino. Dessas pessoas, sete eram representadas por mães, oito por cônjuges e quinze por filhos(as), sendo treze filhas e dois filhos. Esses dados são corroborados tanto pela literatura nacional (HEDLER et al., 2016; ORLANDI, et al., 2017) quanto internacional (OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015) e evidenciam que a mulher é quem desempenha o papel de cuidar. Portanto, foi possível observar a indissociabilidade da questão de gênero na função do cuidar que, ao longo da história até os dias atuais, tem sido delegada às mulheres (FALEIROS, 2013).

De acordo com Tomomitsu, Perracini e Neri (2014) e Orlandi et al. (2017) o predomínio feminino entre as pessoas idosas que cuidam reflete o papel da mulher culturalmente determinado no contexto ocidental, uma vez que, são elas quem assumem a responsabilidade do cuidado, quer seja esposa, filha ou irmã, cabendo aos homens a condição de provedor do sustento e administrador financeiro.

Os achados deste estudo estão em consonância com diversos outros estudos nos quais o papel que cabe às mulheres é o de assumirem o papel de cuidadoras (FALEIROS, 2013; BALLARIN et al., 2016; MAGALHÃES, 2016). Tal fato ocorre, pois o cuidar é inscrito socialmente como uma tarefa feminina, delegando às mulheres a organização da vida familiar, o desempenho das tarefas domésticas, o cuidado dos filhos, do cônjuge e dos idosos (NERY, 2017). A justificativa para esse fato, é que culturalmente a mulher foi considerada responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família. E apesar de todas as mudanças sociais ocorridas com o passar do tempo, como a composição familiar e dos novos papéis assumidos pela

mulher, dentre os quais se destacam a maior participação feminina no mercado de trabalho, ainda se espera que a mulher assuma essa função (DANTAS et al., 2015).

Relativo à idade das pessoas idosas que cuidam, os dados evidenciaram uma média de idade de 69 anos. Outros estudos também apontam que idosos estão cuidando de outros idosos (BAUAB; EMMEL, 2014; MAGALHÃES, 2016; ORLANDI et al., 2017) quando na realidade também necessitam de cuidados (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Atualmente, é crescente o número de pessoas com idade avançada sendo cuidadas por outras na mesma condição, pois com o aumento da longevidade, há uma tendência de crescimento no número de cuidadores idosos em nosso país (HEDLER et al., 2016; ORLANDI et al., 2017).

Nesse cenário, as pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras estão mais sujeitas aos impactos negativos do cuidado, haja vista, que apresentam condições de vida semelhante ao idoso dependente de cuidado, e vivenciam também as mudanças relacionadas ao próprio envelhecimento, como modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da força e da agilidade, além disso, cuidar de outro idoso dependente pode gerar nas pessoas idosas cuidadoras a preocupação com uma possível proximidade da própria dependência ou da sua finitude (OLIVEIRA et al., 2012; HEDLER et al., 2016). Desse modo, as pessoas idosas que cuidam são pessoas que também necessitam de cuidados.

Em relação ao estado civil, constatou-se que a maioria das pessoas idosas que cuidam, eram casados. Dado corroborado pela literatura (ARAÚJO et al., 2013). Este dado sinaliza que, além da tarefa de cuidar do idoso, as pessoas idosas que cuidam possuem outras tarefas e responsabilidades, como cuidar da casa, preparar as refeições da família e atender às solicitações dos filhos e cônjuges, o que pode resultar em sobrecarga de atividades.

No quesito religião, a maioria das pessoas idosas que cuidam referiram ter uma religião definida: dezesseis eram adeptos do catolicismo, onze frequentavam igrejas evangélicas, um adepto do espiritismo e dois referiram não ter religião. Este resultado está em consonância com os estudos desenvolvidos por Cavalcante et al. (2015) quando entrevistaram dez cuidadores idosos no interior da Paraíba e verificaram que no tocante à religião, todos os cuidadores referiram seguir uma crença religiosa, sendo os índices do catolicismo maiores. O estudo realizado por esses autores evidenciou também que os cuidadores idosos se sentem fortalecidos por seguirem uma religião e ter fé em Deus, o que contribui na tarefa do cuidado.

Desse modo, os autores concluíram que possuir uma crença em um ser superior, ter fé e seguir uma religião são consideradas pelos cuidadores como alternativas eficazes de

enfrentamento oriundo da sobrecarga do cuidado, diminuindo assim, a angústia, o estresse e a depressão (CAVALCANTE et al., 2015). Cartaxo et al. (2012) estudando as estratégias de *coping* adotadas pelos cuidadores de idosos dependentes concluíram também que o apego à religiosidade é uma das várias estratégias utilizadas para enfrentar as dificuldades relacionadas ao cuidar.

Em relação à escolaridade, dezoito pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras estudaram apenas os anos iniciais (1º ao 5º ano), evidenciando o baixo nível educacional das pessoas idosas cuidadoras. Outros estudos também detectaram a baixa escolaridade entre os cuidadores idosos (HEDLER et al., 2016; ORLANDI et al., 2017).

O baixo índice de educação formal das pessoas idosas entrevistadas deve-se ao fato de que a maioria nasceu e viveu a infância em áreas rurais, em que a educação infantil era privilégio da minoria, sobretudo para as mulheres, havia também muitas dificuldades relativas ao acesso às escolas e carência no número de escolas públicas. Até metade do século XX, a educação formal não era valorizada e as condições socioeconômicas precárias dificultavam o acesso às escolas, além de não haver incentivo por parte dos progenitores, o que dificultava sobremaneira a conquista da educação formal, principalmente para as mulheres (GRATÃO et al., 2013).

De acordo com Orlandi et al. (2017), o baixo nível educacional das pessoas cuidadoras pode influenciar diretamente o ato de cuidar, podendo haver uma redução na qualidade da assistência prestada. Estudos evidenciam a importância de se conhecer o nível de escolaridade dos cuidadores idosos, haja vista que são eles que irão interagir com os profissionais de saúde e realizar as orientações que lhe são oferecidas. Nesse sentido, a baixa escolaridade pode dificultar e/ou comprometer a compreensão do cuidador em relação aos cuidados que devem ser prestados. Dessa forma, é mister uma maior atenção dos profissionais de saúde em relação a estes cuidadores, cabendo aos profissionais a sensibilização de orientá-los com os mais variados recursos em busca de atingir os objetivos desejados e prevenir possíveis equívocos (ORLANDI et al., 2017).

Em relação à renda das pessoas idosas que cuidam, seis não eram aposentados e não tinham outra fonte de renda, um recebia pensão, dois exerciam atividades extradomiciliar remunerada, e os demais eram aposentados. A renda mensal das famílias das pessoas idosas cuidadoras varia entre um a cinco salários mínimos, sendo a média da renda familiar dos cuidadores entrevistados de dois salários e meio.

De acordo com Orlandi et al. (2017) os cuidadores idosos, na maioria das vezes estão impossibilitados de exercer atividade extradomiciliar remunerada, por não ter outra pessoa disponível para assumir sua função. Tal situação diminui o rendimento das famílias, haja vista que a aposentadoria torna-se a única fonte de renda, o que compromete assim a qualidade de vida tanto do cuidador quanto do idoso dependente, uma vez que o que recebem não é suficiente para arcar com as despesas tais como, alimentação, pagamento de contas, medicamentos de uso contínuo entre outros (ANTUNES et al., 2015).

Orlandi et al. (2017) afirmam que a desigualdade socioeconômica e o contexto de pobreza ao qual os idosos estão inseridos podem suscitar o estresse crônico ao longo da vida e afetar os domínios físico e cognitivo tanto dos cuidadores quanto dos idosos cuidados. Nesse sentido, a restrição de recursos financeiros coloca os cuidadores e os idosos dependentes em situação de mais vulnerabilidades, haja vista que essas pessoas idosas estão expostas ao risco de adoecimentos, agravamento de doenças pré-existentes e até mesmo provocando o comprometimento do tratamento, tendo em vista que muitas vezes os idosos fazem uso de medicamentos que nem sempre são fornecidos pelo sistema único de saúde (SANTOS; CUNHA, 2013; ANTUNES et al., 2015; ORLANDI et al., 2017).

Todas as pessoas idosas que cuidam referiram residir junto com o idoso dependente, dado corroborado pela literatura (HEDLER et al., 2016; ORLANDI et al., 2017; MEIRA, 2017). Neste tocante, evidenciou-se ainda que as famílias nas quais estão inseridos estes cuidadores são pequenas, compostas por, no mínimo, duas pessoas e, no máximo, cinco pessoas, sendo a média de dois membros por família, o que diminui as possibilidades de alternância do papel de cuidador entre seus membros (RAMOS, 2011). O número reduzido de membros familiares reflete as composições das famílias imposta pelas transformações nos séculos XIX e XX, tais como: o controle da natalidade, queda da fecundidade e redução do número de descendentes, maior número de separações e relações restritas aos núcleos, reforçando dessa maneira a tese da ampliação dos “ninhos vazios” no envelhecimento (RAMOS, 2011).

Em relação ao vínculo com o idoso dependente, observou-se que a maioria das pessoas idosas que cuidam eram filhos(as), estando em consonância com diversos estudos que apontam para os filhos(as) como os principais cuidadores familiares (HEDLER et al., 2016; ORLANDI et al., 2017; MEIRA et al., 2017). Analisando o grau de parentesco das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras, verificou-se que a responsabilidade dos cuidados foi transferido para os(as) filhos(as) pelo motivo dos idosos dependentes serem viúvos(as)

e/ou divorciado(as), sendo portanto obrigados a cuidarem de seus pais. Entretanto, o cuidado foi delegado também aos filhos(as) pela afetividade existente entre o cuidador e o idoso dependente. Sendo assim, as pessoas idosas cuidadores deste estudo assumiram o papel de cuidador tanto por obrigação como também por escolha e retribuição.

Relativo às condições de saúde das pessoas idosas que cuidam, verificou-se que a maioria é acometida por algum tipo de problema de saúde, sendo a hipertensão arterial (HA) a doença mais presente nos cuidadores familiares idosos. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Orlandi et al. (2017) em que 62,5% dos cuidadores idosos referiram ter hipertensão arterial, assim como os 45,7% citados por Santos e Cunha (2013). De acordo com Orlandi et al. (2017), a prevalência de doenças crônicas e não transmissíveis se constitui em panorama epidemiológico comum à população idosa. O aumento da longevidade traz para os idosos a convivência com essas enfermidades por um longo período, o que pode comprometer sua qualidade de vida. No entanto, estudos apontam que a hipertensão arterial pode se manifestar no idoso cuidador em virtude da exposição prolongada aos diferentes fatores estressores presentes na tarefa do cuidar (SANTOS; CUNHA, 2013; CAVALCANTE et al., 2015).

Em relação à ajuda recebida de outras pessoas para realizar o cuidado ao idoso dependente, a maioria das pessoas idosas cuidadoras relatou não receber essa ajuda, mesmo de familiares ou profissionais. Esse dado está em consonância com estudos realizados com cuidadores de idosos, evidenciando que geralmente os principais responsáveis pelos cuidados destinados aos idosos são mulheres idosas, esposas, filhas e irmãs, que residem com o idoso e não recebem ajuda para realizar o cuidado (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; ORLANDI et al., 2017). De acordo com Santos e Pavarini (2012) ao realizarem os cuidados sozinhos em domicílio, os cuidadores familiares idosos manifestam frequentemente o seu desconforto, pois sentem-se sobrecarregados, estressados e sozinhos por exercer sozinho o papel de cuidar. O cuidador familiar idoso abdica de sua vida pessoal e social para se dedicar quase exclusivamente ao idoso, resultando dessa maneira no acúmulo de funções e desgaste físico-emocional (TESTON et al., 2013).

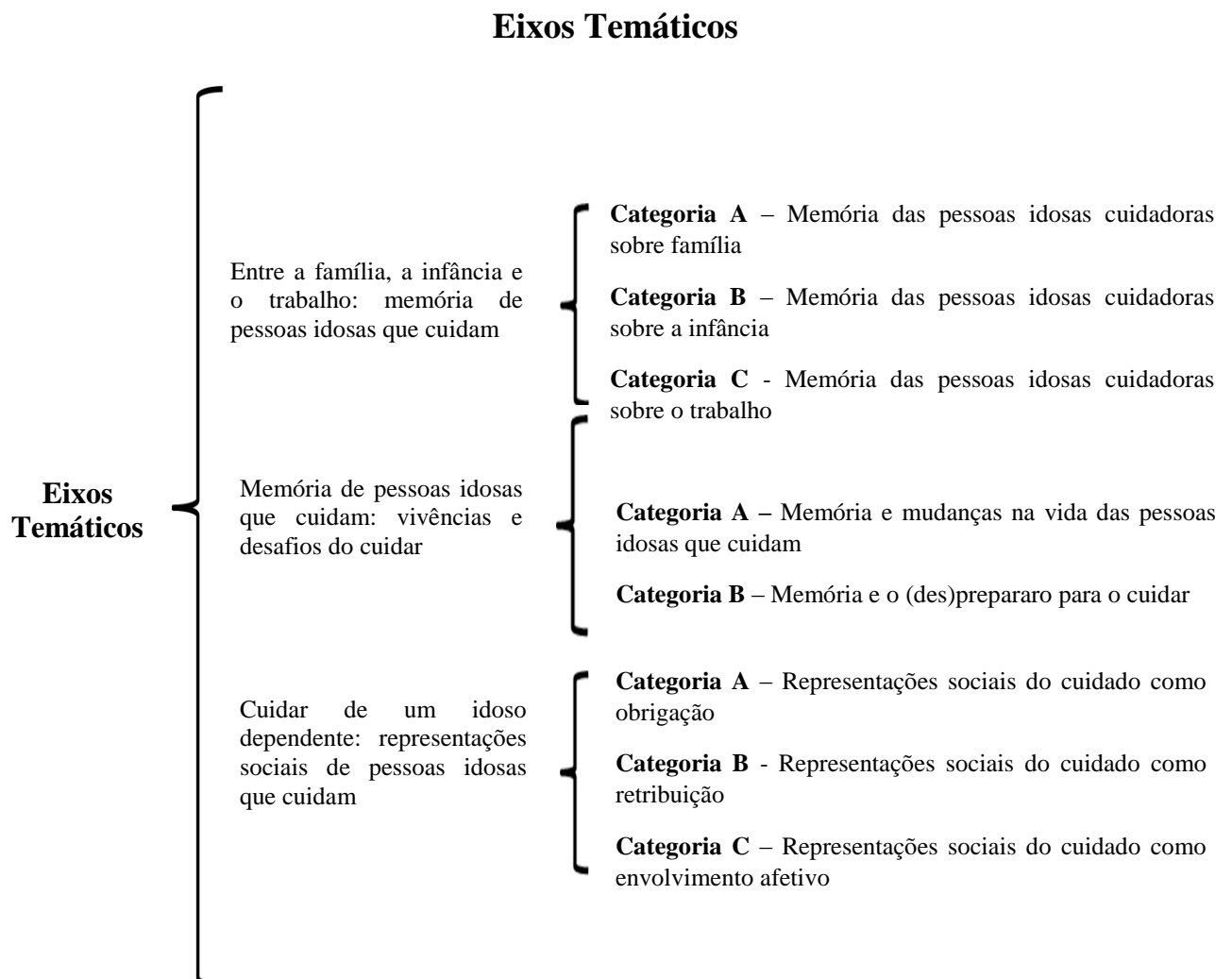
Desta forma, para os profissionais de saúde, torna-se de extrema relevância conhecer o perfil do cuidador familiar da pessoa idosa, no intuito de fornecer informações relevantes para o planejamento de ações que possam beneficiar o idoso, refletindo assim na melhoria da qualidade de vida do idoso e do cuidador.

6.2 MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS IDOSAS QUE CUIDAM

As memórias aqui trazidas das narrativas feitas pelas pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras, obedecem à lógica do momento atual – o fato de serem pessoas idosas que cuidam de outra pessoa idosa em domicílio – considerado elemento marcante nas vidas destas pessoas. A memória das pessoas idosas que cuidam permitiram perceber a visão que elas têm de sua própria vida, de uma vida que ela próprio construiu e da representação que ela tem do ato de cuidar de um familiar idoso dependente.

É imprescindível ressaltar que, a memória recuperada reflete os aspectos culturais e o contexto de inserção das pessoas idosas que cuidam, ou seja, valores, princípios, costumes do grupo ao qual essas pessoas pertenceram. Os discursos das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras foram apresentadas em três eixos temáticos, e suas respectivas categorias, conforme a figura 7.

Figura 7 – Eixos temáticos



6.2.1 Eixo temático 1: Entre a família, a infância e o trabalho: memória de pessoas idosas que cuidam

Neste eixo temático foram apresentados as memórias das pessoas idosas que cuidam, sobre os eventos e acontecimentos mais significativos e relevantes em suas vidas. Ao analisar as recordações das pessoas idosas cuidadoras, mantém-se em contato com histórias dessas pessoas que vivenciaram suas vidas articuladas às de outros, seja no ambiente doméstico, familiar, ou de trabalho. É importante ressaltar que cada DSC reúne diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma visão e/ou opinião, mas que é compartilhada pelo conjunto de pessoas entrevistadas. Estes diferentes conteúdos e argumentos são reunidos num discurso síntese, como apresentados logo abaixo. Assim, os discursos do sujeito coletivo serão apresentados neste estudo através de três eixos temáticos que emergiram das narrativas das pessoas idosas cuidadoras.

6.2.1.1 Categoria A – Memórias das pessoas idosas cuidadoras sobre família

Ideia Central: Foram incluídas nessa categoria todas as ideias das quais as pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras fizeram referência: vida na família de origem, referência aos lugares de nascimento, aos espaços onde passaram a infância e juventude e por fim quando fizeram algum tipo de referência ao tempo.

DSC A

Já andei muito nessa vida. Eu nasci numa cidadezinha do interior, meu pai tinha uma terrinha lá, tinha não tem, porque meus irmão moram lá até hoje. Aquele tempo para mim não foi tão fácil. Minha mãe teve bastante filhos, ela teve 19 filhos. Minha infância naquela época não foi fácil. Naquela época tudo era mais difícil, hoje tudo é mais fácil. Naquela época como a gente morava na roça a vida era mais difícil né? Naquele tempo as coisas era muito atraso. Meus pais eram lavradores, trabalhavam na roça. Naquele tempo a gente ajudava eles a plantar lá na roça. Nós passamos um tempo na roça, mas foi até os meus sete, oito anos, eu vim aqui para Vitória da Conquista ainda pequena, o resto da minha vida eu fui criada nessa Cuiabá aqui, Então a gente mora aqui nessa Cuiabá há muito tempo.

A intensidade como a memória familiar ocupou as evocações das pessoas idosas que cuidam, vai ao encontro com a constatação de Halbwachs (2006), quando ele afirma que, como a família é o grupo ao qual o indivíduo passa a maior parte de sua vida, as recordações familiares do tempo da infância, da casa dos pais, do casamento entre outros são recuperados mais facilmente, sendo tais recordações geradoras de sentimentos de pertencimento ao grupo.

Assim, pode-se afirmar que a memória familiar exerceu uma importância fundamental nas recordações das pessoas idosas que cuidam, gerando um sentimento de pertencimento ao grupo, corroborando com Barros (1989), quando este afirma que, o grupo familiar, por ser objeto e espaço para as recordações, é construtor de identidade, pois é no ambiente familiar e nos seus laços constituídos que o ser humano desenvolve-se, descobre o mundo e a si mesmo, aprende e expressa sua individualidade e constrói sua identidade.

Vivenciados nos espaços da família, as pessoas idosas que estão na condições de cuidadoras evocaram o “seu tempo”, “a sua época”, “o tempo da infância vivida na zona rural”. Discorrem sobre os lugares onde nasceram, viveram a infância até a mocidade, ou seja, ao reconstruírem o seu passado, eles voltaram-se para o tempo e o espaço e retrataram verdadeiros “quadros vivos” no dizer de Halbwachs (2004), quadro esses que resultam das interações em diferentes esferas, entre as quais, do trabalho e da família. Desse modo, tal como destacado por Halbwachs (2006), comprova-se a importância do tempo e do espaço no trabalho da memória; são eles que permitem a localização e a reconstrução das lembranças.

Assim, o espaço foi um elemento primordial na evocação dos cuidadores. Ao rememorar. As pessoas idosas cuidadoras apontaram os espaços nomeando os lugares onde nasceram, onde foram criados e por onde passaram a infância e juventude com o objetivo de contextualizar sua história e reconstruí-las. Tal constatação está em consonância com Halbwachs (2006) de que não há memória coletiva que não se desenvolva num quadro espacial. É para o espaço que o indivíduo se volta para lembrar os eventos significativos, para compor as imagens do passado através do presente.

Pode-se observar no DSC que os lugares específicos, acontecimentos e pessoas que contribuíram com a formação da imagem para recriar o passado, evidencia que o espaço ao mesmo tempo em que é físico é também social. É social porque demonstra o ritmo de vida e as práticas cotidianas e a sociabilidade infantil. Além disso, demonstra também que o espaço é afetivo, pois revela as experiências vividas e reconstruídas nesses espaços.

Retomando-se ao pensamento de Halbwachs (2006), o espaço está imbuído de relações sociais criadas ao longo do tempo, sendo assim o espaço não deve ser percebido

somente em seu contexto físico, mas num contexto afetivo, social, religioso, cultural, pois as marcas deixadas no espaço dão a ele uma característica social que possibilita a reconstrução de um passado vivido. Assim, o espaço marcou não somente os lugares geográficos onde os cuidadores viveram as suas histórias, mas também as diferentes práticas cotidianas e experiências vividas ao longo da vida. Esses espaços, segundo Caixeta (2006) são impregnados por afeto e significados.

O tempo, tal como o espaço, também esteve presente na memória das pessoas idosas cuidadoras. Esses narraram as suas trajetórias de vida em diferentes intervalos temporais, os tempos vividos por eles e apreendidos aqui foram fundamentais para a recuperação de uma memória coletiva entrecruzada de experiências individuais e trajetórias singulares. Pode-se observar no DSC que as evocações do vivido ontem foram enunciadas pelas pessoas idosas cuidadoras com as expressões “*naquele tempo*”, “*naquela época*”, “*no meu tempo*”, “*na minha infância*”.

De acordo com Halbwachs (2006) o tempo é um quadro social da memória porque ele atua como um marcador, pois é no tempo de um determinado grupo que o indivíduo procura encontrar ou reconstruir sua lembrança. É interessante notar que o tempo vivido e descrito pelos cuidadores não se trata de um tempo cronológico, mas sim do tempo coletivo, o tempo visto não como recuperação exata do dia, mas como um recordação de um contexto de dados temporais que faz reviver uma recordação.

É, sobretudo, na “história vivida” que a memória coletiva está ancorada. É para ela que as pessoas idosas cuidadoras se voltaram para realizar o trabalho de reconstruir os acontecimentos que lhes foram mais significativos. Um trabalho metódico que exige alguns atos que são indissociáveis: a localização das lembranças dentro de um quadro espaço-temporal determinado.

6.2.1.2 Categoria B - Memórias das pessoas idosas cuidadoras sobre a infância

Ideia Central: Foram incluídas nessa categoria ideias centrais nas quais as pessoas idosas que cuidam fizeram referência à infância, à presença do trabalho na infância, à falta de oportunidade e dificuldades de acesso à escola.

DSC B

Eu comecei a trabalhar cedo. Eu lembro que na minha infância eu mais trabalhei do que brinquei. Nossa infância foi trabalhando na roça, a gente não estudava não, porque naquele tempo a gente não tinha tempo para isso não, e naquela época os pais da gente não botava a gente para estudar, botava a gente era para trabalhar na roça. Eu já trabalhava muito naquela época, colhendo arroz, ajudava plantar feijão, milho mandioca e outras coisas, eu levava comida para meu pai na roça, a gente lutou muito para ajudar eles, então era muito difícil, tinha que trabalhar, tinha que ajudar, a gente fazia muita farinha, arrancava mandioca, e eles faziam farinha para vender para sustentar os filhos. Na infância eu não tive oportunidade de estudar muito. Nós nascemos e criamos na roça e a escola era muito longe, a gente ia montado em um jeguinho. Só fiz a terceira série. As vezes tinha escola mas não tinha professor, tinha um professor que eu estudei com ele, ele se chama Durval, era um professor muito bom, muito bacana, educado, ele ensinava direitinho, era um excelente professor, mas aí chegou uma época que ele deu de ir embora, aí a gente ficou sem professor, sem escola e daí pra lá a gente não foi mais para a escola e não estudou mais não, não teve também mais condições de estudar, não teve como ir mais, porque a escolinha acabou, era da prefeitura, era muito difícil e eu não tive como estudar. No tempo que eu fui criado a escola era cara, naquele tempo era preciso vender uma vaca para pagar um mês de escola, e eu não tinha essa vaca então não podia estudar, e naquela época não tinha muita escola, só tinha escola para quem podia pagar e colocar os filhos na escola, os pobres que não podia colocar os filhos na escola não botava, meus irmãos também nenhum estudou, não sabem nem assinar o nome.

O DSC mostra que a memória das pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras revelaram a presença do trabalho desde a infância e também a falta de oportunidade de frequentar a escola. Como as pessoas idosas cuidadoras deste estudo eram em sua maioria oriundas da zona rural, elas evocaram a vida dura na roça, o trabalho como forma de ajuda aos pais. Observa-se que não aparece no DSC lembranças do exercício do trabalho remunerado na infância. De acordo com Noronha (1986 apud FERRARINI; MAGALHÃES, 2014), o trabalho infantil exercido na roça sempre é relatado como uma “ajuda” à família, pois trabalham na própria propriedade ou auxiliavam seus pais no serviço.

As pessoas idosas que cuidam de seus entes familiares evocaram o tempo da infância, desvelando os caminhos de seu mundo social, revelando uma relação naturalizada da infância com o trabalho, tecida no universo familiar. Delgado (2007), em pesquisa sobre memórias de velhos trabalhadores aposentados, também evidenciou esse caráter naturalizador da infância com o trabalho presente nas evocações dos idosos aposentados. A infância foi descrita por

eles como um tempo roubado pelo trabalho, mas esse dado foi naturalizado, pois foi percebido por eles como socialização necessária e a única possível para o pobre.

Assim, corroborando o estudo de Delgado (2007) observa-se no DSC essa relação naturalizada da infância com o trabalho que é percebida desde as primeiras palavras, evocativas da infância, revela esse mundo social do trabalho. Inseridos em um grupo familiar, o trabalho apareceu como necessidade para todos os membros, ligando-os em torno da questão da necessidade e sobrevivência. Portanto, as pessoas idosas cuidadoras viveram a infância em uma época em que os pais contavam com a força braçal dos filhos, e quanto mais pessoas trabalhando, mais se produzia alimentos para sustento da família e para fins de trocas comerciais (WILLING, 2012).

O DSC revela ainda, o entrelaçamento do trabalho e a escola. Ainda com imagens da infância, as pessoas idosas cuidadoras evocaram as dificuldades de acesso à escola, a falta da instituição escolar no povoado em que habitavam, e até mesmo a ausência dessa em suas vidas. Delgado (2007) e Ferrarini e Magalhães (2014) também evidenciaram memórias recompostas de exclusão escolar e de dificuldades de acesso à escola por conta da necessidade de trabalhar durante o período da infância por parte de trabalhadores aposentados e mães trabalhadoras rurais.

Assim, as evocações associadas à importância da escola e à dificuldade de conseguirem permanecer na escolar, a necessidade de trabalhar na infância, a inexistência de escola na comunidade, a dificuldade de deslocamento até à sede do município para estudar foi descrita pelas pessoas idosas cuidadoras como principal motivo do abandono escolar. Entretanto, a pouca permanência escolar era muito mais relacionada às dificuldades financeiras vividas pela família; atribuíam a esse motivo a não continuidade dos estudos.

As pesquisas de Azevedo (2011), também evidenciaram a entrada precoce do trabalho na vida de trabalhadores rurais, que se apropriou da infância, tornou-os adultos precocemente na medida em que incorporaram em seu cotidiano tarefas de manutenção da família. Dessa maneira, em tal contexto, o tempo da escola tornou-se secundário diante do tempo do trabalho.

A infância é a idade do brincar, da recreação partilhada, das fantasias, da espontaneidade, das aprendizagens básicas (comer sozinho, andar), do reconhecimento do eu (ASSIS; DEL GROSSO; POLETTO, 2016). Entende-se que toda criança tem o direito ao brincar, à moradia, à saúde, direito à segurança e à educação. Entretanto, devido às circunstâncias, esse direito foi negado aos cuidadores, deixando de lado esta fase tão

significativa Assim eles amadureceram precocemente devido à condição social em que estavam inseridos ao serem impedidos de frequentar a escola, pela necessidade de trabalhar e ajudar no sustento da família.

O DSC aponta que a infância rememorada pelas pessoas idosas cuidadoras evidenciam semelhanças, até porque todos integram a mesma situação regional e geracional. Nesse interim, embora as pessoas idosas cuidadoras tenham evocado acontecimentos vividos de modo singular, quando rememorados e presentificados revelaram experiências coletivas de uma época. Portanto, as lembranças das pessoas idosas cuidadoras, como de qualquer outro indivíduo, assumem aspectos sociais que transcendem a experiência individual, pois conforme atesta Halbwachs (2006) a memória individual está atrelada à memória do grupo e da coletividade.

É claro que quem recorda é o indivíduo, e mesmo as lembranças consideradas íntimas e pessoais, estão ancoradas no contexto social. Os fatos e acontecimentos estão relacionados com outros tantos e, juntos fazem parte de uma “memória comum”, isto é, da memória coletiva. Portanto, conforme afirma Halbwachs (2006), a memória só pode ser compreendida em seus aspectos interativos e sociais. A memória individual é, então, um ponto de vista sobre a memória coletiva.

Sendo assim, o DSC evidencia a memória coletiva marcada pela presença do trabalho na infância e pela dificuldade de acesso à escola, corroborando o momento histórico descrito por Ferrarini e Magalhães (2014), ao descrever a primeira escola a ser instalada no município de Vitória da Conquista, foi no ano de 1953, período em que a maioria dos cuidadores já tinha idade escolar, mas não tinha condições financeiras para se deslocar no meio rural. Portanto, foi nesse contexto-histórico que os cuidadores estavam inseridos. Além disso, a composição de famílias extensas trazia implicações para a vida de todos os membros da família, principalmente para as crianças. O elevado número de filhos e a situação socioeconômica não permitiam que os pais que enviassem os filhos à escola, ou que esses tivessem oportunidades da continuidade dos estudos em uma cidade com mais recursos (WILLING, 2012).

Ademais, a carência de políticas públicas educacionais, a inexistência de escolas locais, ou meio de transporte para permitir o acesso às escolas distantes do local de moradia, o baixo poder aquisitivo e a desvalorização da educação formal constituíam fatores que também dificultavam o acesso e a continuidade dos estudos. Portanto, as pessoas idosas cuidadoras ao reconstruir o seu passado revelaram as suas trajetórias marcadas pelo desfavorecimento do contexto sócio-histórico. Dessa forma, pode-se afirmar que as recordações das pessoas idosas

cuidadoras evidenciam a indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, biografia e história, memória individual e memória coletiva (HALBWACHS, 2006).

6.2.1.3. Categoria C - Memórias das pessoas idosas cuidadoras sobre o trabalho

Ideia Central - Foram incluídas nessa categoria todas as Expressões-chave que continham ideias Centrais nas quais as evocações das pessoas idosas cuidadoras fizeram referência ao trabalho.

DSC C

Meu pai ensinou a gente a trabalhar. Eu sempre priorizei o trabalho para sustentar 3 filhos, eu trabalhei na roça, eu trabalhei em casa de família. Do trabalho é que vem o nosso sustento né? Naquela época a gente não tinha condições, com cinco filhos tudo era mais difícil né? não é igual hoje né? Que hoje tudo é mais fácil. Eu cuidei deles, criei tudo trabalhando né? para ajudar meu marido, dei muito duro na vida. Tudo que a gente tem, graças a Deus, é do trabalho, o esforço do trabalho. E a minha vida sempre foi essa sempre trabalhando, dando duro, pegando pesando. Do suor do nosso trabalho é que vem as nossas conquistas, tudo o que eu conquistei, eu devo ao meu trabalho. O trabalho foi pesado, a gente não achava essas facilidades que tem agora né?, A vida nunca fácil. Naquele tempo eu tinha que cuidar de muitas obrigações, tinha que cuidar da família, trabalhar fora, não desfrutava de nada, não é igual hoje que minhas tem minhas noras que meus filhos levam para ir no shopping, almoçar em restaurante, leva na churrascaria, leva na pizzaria, eu não, minha vida era trabalhando.

A vida das pessoas idosas que hoje estão na condição de cuidadoras foi marcada pelo valor atribuído ao trabalho. Assim como no estudo realizado por Lima et al. (2016) com idosos longevos dependentes funcionalmente, no presente estudo a categoria trabalho é importante, significativo e permanece nas memórias das pessoas idosas cuidadoras, marcando-as desde a infância. De acordo com o DSC, o trabalho, além de ser importante, é um meio de sobrevivência, é uma forma de alcançar uma condição financeira favorável que possa sustentar não só a si, mas à família. Assim, pode-se afirmar que as pessoas idosas cuidadoras têm como representação social do trabalho a dignidade, a sobrevivência, o sustento e a ocupação.

Verifica-se que as pessoas idosas cuidadoras recorreram aos referenciais de sua vida produtiva e valorizam o trabalho tanto no aspecto financeiro quanto como forma de evitar o

ócio. O trabalho nesse sentido possui um sentimento de independência, de ter o que fazer, além disso, impede o tédio e ainda possibilita alcançar objetivos na vida (MORIN, 2001).

Borges e Yamato (2004) destacam que o trabalho, é inerente às condições sócio-históricas em que cada pessoa vive. Nesse sentido, de acordo com os autores, seu significado dependerá do acesso que cada pessoa tem à tecnologia, da sua posição na estrutura social, das condições em que ela executa suas tarefas, das ideias e da cultura do seu tempo, dos exemplos de trabalhadores que cada um tem em seu meio, entre outros, deixando claro que não existe uma homogeneidade em relação ao seu conceito.

Para Neves et al. (2017), o sentido do trabalho pode ser compreendido como um componente da realidade social construída e reproduzida, que interage com diferentes variáveis pessoais e sociais e influencia as ações das pessoas e a natureza da sociedade num dado momento histórico. O trabalho exerce um papel importante na constituição da identidade, da auto realização, e da sociabilidade; também proporciona renda e sustento, possibilita atingir metas e objetivos de vida, possibilita demonstrar suas ações, iniciativas e habilidades, e pode, dessa forma, ser considerado uma categoria fundante do ser humano, à medida que este só pode existir trabalhando (NEVES, et al. 2017).

No contexto das pessoas idosas cuidadoras, o trabalho foi exaltado e possuiu um caráter de dignidade e de obrigação moral. O DSC aponta que o valor do trabalho foi constante no discursos das pessoas idosas cuidadoras, ocupando uma posição central em suas vidas. De acordo com Borges e Yamamoto (2004), o trabalho deriva de necessidades naturais, mas realiza-se na interação entre os homens ou entre os homens e a natureza. No entanto, o surgimento do capitalismo permitiu uma concepção do trabalho que o exalta como sendo central na vida das pessoas, como o único meio digno de ganhar a vida, independente do seu conteúdo (BORGES; YAMAMOTO, 2004). De acordo com Campos e Saraiva (2014), além da concepção do trabalho como algo central na vida das pessoas, a consolidação do capitalismo permitiu a modificação dos modos de produção e a alteração de todo o estilo de vida e valores sociais.

Segundo Morin (2001), ao mesmo tempo em que milhares de pessoas sofrem pela falta de uma vaga de emprego, outras sofrem por terem que trabalhar excessivamente. Esta afirmação se justifica, pelo fato de que o trabalho conserva um lugar importante na sociedade (MORIN, 2001), além de suprir necessidades básicas, como permitir o acesso à alimentação e satisfação de necessidades pessoais, o trabalho é visto como símbolo de dignidade e

honestidade, ou seja, o sujeito na condição de trabalhador está livre do ócio e ocupa seu tempo de acordo com o que a sociedade julga ser correto (VILAS BOAS, 2017)

O DSC aponta que as pessoas idosas cuidadoras ocupavam serviços braçais. Desse modo, as memórias do trabalho das pessoas idosas cuidadoras são direcionadas a essa realidade. Essa realidade pode ser esclarecida por Silva e Freitas (2016) quando ressaltam que os trabalhadores de baixa renda, em sua maioria, possuem famílias orientadas para o trabalho braçal e uma vida de circunstâncias difíceis, necessitando iniciar suas vidas profissionais cedo para complementar ou assegurar o próprio sustento. Entretanto, essas pessoas contam com uma instrução educacional deficitária, sendo que em si o estudo deficitário ou a falta dele é um dos grandes responsáveis pela perpetuação das difíceis condições de vida vivenciadas por essas pessoas (SILVA; FREITAS, 2016).

É importante destacar que, como a maioria das pessoas idosas cuidadoras são oriundas da zona rural, elas tiveram contato com o trabalho desde cedo e consideram que o trabalho exige esforço físico, compreendem o trabalho como algo meramente operacional, ou seja, para elas o trabalho é visto como trabalho “pesado”. Desse modo, o trabalho para as pessoas idosas cuidadoras é tido primeiramente como artifício de sobrevivência, seguido pela necessidade de possuir dignidade perante a sociedade, sendo tratado como mecanismo para obtenção de conquistas e realizações pessoais e por último visto como obrigação e sofrimento.

O trabalho para as pessoas idosas que cuidam de seus entes familiares é compreendido como obrigação, acompanhado de sofrimento frente à precária realidade social que se encontravam. Ao mesmo tempo, para elas, o trabalho é necessário, pois implica em “ter dignidade” e possibilita conquistas pessoais, ao passo em que é essencial para a própria sobrevivência e manutenção da família.

6.2.2 Eixo Temático 2: Memória de pessoas idosas que cuidam: vivências e desafios do cuidar

Neste eixo temático foram apresentados as memórias a respeito das mudanças na vida da pessoa idosa que cuida. Ao trabalhar com as narrativas, é possível situá-las no nível da memória, isto é, da representação da realidade. Quando se fala das experiências concretas, o indivíduo está representando, haja vista que as experiências nunca traduzem exatamente o acontecido. A representação do fenômeno, do que aconteceu, sempre traz a interpretação de quem fala sobre ele. Embora esteja calcada em uma situação real, a experiência individual não se processa da mesma forma, isolada e solitária. Ela se expressa como parte da experiência coletiva (HALBWCHS, 2006).

A memória tem relação com as vivências do presente e essas repercutem, são fonte de constituição da vida atual. A pessoa idosa cuidadora vive no presente, um momento que também faz parte de sua história, mas que, de alguma forma, difere da sua vida antes de assumir esse papel, configura-se uma ruptura entre o que foi (vida anterior) e o que é (vida atual – cuidador). Nesse eixo temático emergiram duas categorias: “Memória e mudanças na vida das pessoas idosas que cuidam” e “Memória e des(preparo) para o cuidar”.

6.2.2.1 CATEGORIA A - *Memória e mudanças na vida das pessoas idosas que cuidam*

Ideia Central: Foram incluídas nessa categoria todas as Expressões-chave que continham ideias centrais acerca das mudanças na vida das pessoas idosas que cuidam

DSC A

Mudou muita coisa, eu parei a minha vida, para cuidar dele. Depois que ele adoeceu eu passei a enfrentar muitas dificuldades, muita dificuldade financeira, porque os remédios é caro, quando dá crise eu tenho que tirar da aposentadoria que ele tem para comprar os remédios. Eu passei fome quando ele adoeceu, eu fiquei fraca debilitada, eu chorava muito, teve um dia que eu ajoelhei ali e pedi a Deus que ele tivesse misericórdia da minha vida porque ia falta comida dentro de casa, porque os remédios era caro e com as fraldas o dinheiro tava indo embora. Depois que passei a cuidar dele, eu fiquei mais presa, eu não gosto assim de passear de ir em festa, mas eu não vou num casamento, não vou num aniversário, mas minha maior alegria era nos dias de terça e domingo era participar dos movimentos na igreja, mas aí eu não pude mais participar de nada, porque ele é muito dependente de mim. Tem 3 anos que eu não vou a Igreja. A gente tinha o costume de ir para a igreja juntos, sabe o que parar a vida? Eu não posso mais sair de dentro de casa, tem que ficar sempre cuidando dele, eu fiquei presa em casa, não posso mais sair, nem de dia nem de noite. Mudou muitas coisas né?, porque as vezes que quero viajar, eu quero ir para uma praia, aí eu não posso, eu não posso deixar ele só, é complicado né?, eu me sinto muito presa, tenho que ficar com ele. Só tem eu, e eu que tenho que levar pra banho, colocar ele para ir tomar o banho dele, eu que tenho que dá o remédio, mandar tomar o remédio, porque ele não sabe a hora que é pra tomar, assim, é pra tomar de tantas e tantas horas, aí é muito complicado, eu que dou o almoço dele prontinho, a alimentação, eu faço tudo, cuidado da casa, lavo roupa, depois que ele adoeceu o trabalho só aumentou, eu me sinto muito cansada, mas fazer o que né? Não tem outro jeito. Minha coluna dói porque tem que ajudar ele alevantar, eu não aguento, não aguento nem varrer a casa mais.

Ao rememorarem situações vividas relacionadas a dependência do ente familiar, as pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras trouxeram em suas recordações as mudanças e repercussões do cuidado em suas vidas e, apesar de serem memórias aparentemente individuais, é possível afirmar que são coletivas. Acredita-se que as narrativas presentes no DSC fazem parte de uma memória coletiva haja vista que as memórias das pessoas idosas cuidadoras não restringem- apenas a situações individuais, mas também situações que envolvem todo um grupo de um contexto social (HALBWACHS, 2006).

As narrativas das pessoas idosas que cuidam permitem compreender as mudanças e repercussões do cuidado em suas vidas. A atividade de cuidar de um familiar idoso dependente é, basicamente, desenvolvida no domicílio, espaço este onde parte significativa da vida transcorre, no qual há conhecimento e memória de fatos, acontecimentos e relações importantes (MENDES, 1995).

O DSC revela que o cuidar provocou a reorganização da vida familiar. As adaptações foram de ordem físico-ambiental, financeira e comportamental. O cuidado é uma tarefa que ocasiona modificações na vida dos cuidadores. Todas as pessoas idosas entrevistadas referiram mudanças em suas vidas quando passaram para a condição de cuidadoras. As alterações mencionadas estão relacionadas à falta de tempo para o exercício de atividades sociais, problemas econômicos devido ao aumento de gastos e sobrecarga física. Para as pessoas idosas cuidadoras, a chegada da doença e dependência do familiar idoso alterou significativamente o convívio social e os projetos de vida. A vida de antes, as viagens, os passeios, os encontros religiosos, as festas de casamento, de aniversários foram interrompidos, ou seja, a sociabilidade ficou restrita aos relacionamentos familiares da casa.

As pessoas idosas cuidadoras, recordaram que ao estarem na condição de cuidadoras enfrentaram também mudanças em seu cotidiano. A rotina foi totalmente transformada com mudanças desde os assuntos menos relevantes do dia a dia, até temas mais significativos, como conflitos conjugais, excesso de trabalho, falta de privacidade, aumento de responsabilidades e privações de lazer. Portanto, pode-se afirmar que exercer o papel de cuidador causa diversos impactos na vida e no cotidiano do cuidador, alterando na maioria das vezes de forma abrupta a maneira deste cuidador ver e lidar com as situações habituais.

O DSC revela que as pessoas idosas que cuidam enfrentaram muitas mudanças em sua rotina e inúmeras dificuldades financeiras depois de estarem na condição de cuidadoras, pois além da tarefa de cuidar, assumiram também tarefas antes feitas pela pessoa idosa dependente, tais como: realização de tarefas cotidianas a exemplo de preparar alimentação, fazer compras,

cuidar dos recursos financeiros. Com a restrição do idoso ao leito, a pessoa idosa que cuida passou a administrar as despesas e, com isso, o que antes era motivo de preocupação para o idoso foi repassado para a pessoa idosa que está na condição de cuidadora, o que gerou repercussão em sua vida. A sobrecarga financeira é fator gerador de estresse e desgaste físico e emocional, não só do cuidador, mas de toda a família, pois o familiar cuidador geralmente tem que assumir e administrar sozinho, além das atividades do cotidiano e do cuidar, as finanças da família (ARAÚJO et al., 2013).

Nota-se no DSC que o aumento das despesas relacionadas aos gastos com remédios, transporte, exames e materiais específicos para o cuidado, contribuiu ainda mais para a diminuição da renda familiar, gerando estresse e desgaste físico e emocional no cotidiano do cuidador. A falta de dinheiro pode gerar angústia em quem presta assistência, já que este quer dar o melhor para o seu parente idoso (ROCHA; VIERA; SENA, 2008). De acordo com Vilela et al. (2006) um dos aspectos que afetam o cotidiano da maioria dos familiares cuidadores é a dificuldade financeira da camada pobre da população, pois muitos estão desempregados ou aposentadas, sobrevivendo apenas de sua própria aposentadoria ou da aposentadoria do idoso dependente que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas dele próprio.

Dessa forma, este estudo traz à tona uma problematização a respeito das dificuldades enfrentadas pelas pessoas que estão na condição de cuidadoras, a dificuldade financeira enfrentada devido aos gastos com o idoso dependente. A falta de dinheiro aumenta as preocupações da pessoa que cuida, uma vez que ela quer oferecer o melhor para o idoso, porém as condições financeiras não permitem, o que gera frustração, angústia e estresse. Desse modo, este estudo aponta a necessidade e urgência da criação de políticas públicas de saúde que englobem este público, tanto os idosos como as pessoas que são cuidadoras, pois a dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados (ROCHA; VIEIRA, SENA, 2008).

Além das dificuldades financeiras enfrentadas pelo cuidador, outro ponto que merece destaque no DSC é sobre a redução do tempo dedicado à vida social e ao lazer. A rotina intensa de cuidado faz com que o cuidador fique confinado no domicílio e tenha dificuldade de vivenciar atividades de lazer. O fato de não haver suporte de outras pessoas para apoiar no cuidado ao idoso dependente, intensifica a ausência de possibilidade de ter lazer e contribui para anular a sua vida social. O DSC também revela que quando vai sair para algum lugar, o cuidador conta com a ajuda de familiares e/ou vizinhos que ficam olhando o idoso, mas

mesmo assim ele ainda fica preocupado, tendo que retornar para o domicílio. A privação social, em função do cuidado disponibilizado ao idoso dependente é uma realidade presente na vida dos cuidadores (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

De acordo com Marzari e Girardon-Perlini (2005), o cuidador, ao assumir o cuidado de uma pessoa idosa dependente, percebe que é um papel ao qual tem que se doar, privando-se, muitas vezes, de atividades que praticava habitualmente, antes de se tornar cuidador. O compromisso, a responsabilidade e a dificuldade em ser substituído levam o cuidador a afastar-se das atividades que para ele têm significado importante, tais como: receber a aposentadoria ou cuidar do jardim, somando-se às mudanças na vida social, o afastamento do grupo de convivência, inclusive da igreja. Dessa forma, determina-se um processo de reclusão do cuidador no domicílio.

O DSC revela que cuidar do idoso em domicílio é um desafio constante, é uma tarefa árdua para a pessoa idosa cuidadora à medida que vão surgindo as demandas, haja vista, que a pessoa idosa cuidadora passa a realizar atividades que antes o idoso realizava sozinho, como ajudar nas atividades que vão das mais simples como ajuda para tomar banho, vestir, andar, alimentar, prestar ajuda em atividades que exigem conhecimento e habilidades de acordo com as necessidades do idoso, como realização de curativos.

Portanto, a pessoa idosa cuidadora, assume uma carga de obrigações árduas, e muitas vezes deixa a sua vida em segundo plano para se dedicar ao cuidado com o outro. O acúmulo de tarefas por uma única pessoa pode provocar problemas relacionados à saúde, acarretar problemas para a vida pessoal, profissional e familiar em função do cuidador se anular nestes aspectos para garantir a sobrevivência e a qualidade de vida do idoso sob seus cuidados (CARDOSO; ROSALINI; PEREIRA, 2010; FLORIANO et al., 2012).

Fala-se na literatura em sobrecarga e exaustão, porque o cuidado ao idoso dependente em domicílio exige uma dedicação integral e muitas vezes o cuidador é forçado a redefinir seus projetos de vida, suas relações no âmbito social e negligenciar suas próprias vontades e, ou as suas necessidades para viver a vida da pessoa idosa, ou seja, coloca sua vida em segundo plano, pois deixa de dar importância aos seus interesses pessoais, haja vista que o tempo que dispõe é para realizar os cuidados. Dessa maneira, a sua vida circula em torno das necessidades e da prestação de cuidados de e para outrem (HEDLER, 2016).

Cartaxo et al. (2012) também afirmam que as repercussões negativas na vida do cuidador, provenientes do cuidado ao idoso dependente em domicílio ocorrem em virtude da intensa sobrecarga que a pessoa que cuida fica submetida, pois, geralmente, exerce sozinha a

tarefa de cuidar, abdicando de sua vida pessoal e social para se dedicar quase exclusivamente ao idoso dependente, resultando dessa maneira no acúmulo de funções, desgaste físico-emocional (TESTON et al., 2013).

Diversos estudos realizados recentemente relatam problemas para a saúde do cuidador, e destacam que a prática do cuidar traz consigo estresse, desamparo, incômodo, exclusão, risco de adoecer, acúmulo de trabalho em casa e sobrecarga nos diversos domínios da vida do cuidador, tais como: social, físico, emocional, espiritual e familiar (TESTON et al., 2013, BALLARIN et al., 2016). Deste modo, observa-se que as tarefas de cuidado, desempenhadas pelas pessoas idosas cuidadoras, favorecem manifestações de cansaço físico e emocional. Cuidar de um idoso doente exige o esforço físico na realização de alguns cuidados associados à atividade do lar, o que requer da pessoa idosa cuidadora muito esforço para conseguir realizar todas as atividades. Assim, observa-se o relato de cansaço emocional que é caracterizado por perda progressiva de energia, fadiga e esgotamento emocional (VIEIRA et al., 2011).

De acordo com Oliveira et al. (2012) e Hedler et al. (2016) quando o cuidador é um idoso, a sobrecarga física gerada é ainda maior, haja vista que a pessoa idosa que cuida apresenta condições de vida semelhante ao idoso cuidado, e vivenciam também as mudanças relacionadas ao próprio envelhecimento, como o desgaste físico e a diminuição da força e da agilidade. Segundo Orlandi et al. (2017) as pessoas idosas cuidadoras podem apresentar sintomas depressivos diante da responsabilidade do cuidar, da sobrecarga e do próprio envelhecimento e comprometimento físico. Os cuidadores em idades avançadas sentem-se incapazes de realizar tarefas como antigamente sofrendo com angústias e preocupações. Com isso a prestação de cuidados pode ficar comprometida diante de suas limitações. A pessoa idosa cuidadora, ao assumir a sobrecarga do cuidado, sem suporte ou informação, é submetido a esforços físicos e emocionais, transformando-o em um doente, ou agravando patologias já existentes (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

6.2.2.2 CATEGORIA B – Memória e o (des)preparo para cuidar

Ideia Central: Foram incluídas nessa categoria todas as Expressões-chave que continham ideias Centrais sobre o despreparo para cuidar

DSC B

Não recebi orientação de nenhum profissional, ninguém me explicou como cuidar dele, Ninguém nunca veio aqui falar assim “olha você faz assim, assim”, não!, eu sempre cuidei dele do meu jeito, entendeu?. Eu aprendi a cuidar sozinha, ninguém me orientou nada, quem me orientou foi papai do céu. Eu sou orientada por Deus. Pelo SUS não, eu não recebi nenhuma informações nem orientação nem quando saí do hospital, nem depois quando já tava aqui em casa, nada. Então assim, como nós temos um parente que é médico, ele as vezes aparece aqui, e olha se meu pai está debilitado, ele pede os exames e a gente faz, mas assim, o médico mesmo aí do posto não vem aqui não, é muito difícil, muito difícil. Então nós passamos a procurar por conta própria qual era a medicação certa, as pomadinhas para assadura, aquele pozinho que a gente põe, que é hospitalar, que é para poder não criar feridas, a gente muda de direto, trocamos direto as fraldas descartáveis, então assim, eu sigo as orientações é lendo mesmo, é pesquisando na internet, procurando, buscando, lendo, vendo o comportamento e tal, porque se você não tem uma condição financeira boa e você não procurar, o paciente morre ali, começa a apodrecer vivo, a se decompor vivo. Nós pagamos nossos impostos para nada. Você vai lá no posto e é um maior trabalho para eles atender a gente, para conseguir uma consulta a gente tem que ir de madrugada, e demora muito para marcar, já tem 1 ano e 2 meses que espero o resultado de um exame, a gente não acha um médico nesse posto de saúde. Ele precisa fazer a fisioterapia que é 5 vezes na semana, a minha vida é corrida e é difícil, porque não tem um carro para vim buscar, então tem que ir de ônibus, eu fico muito cansada, sinto dor nas costas, é muito difícil.

O DSC evidencia que assumir os cuidados de um idoso dependente em domicílio não é uma tarefa fácil, de modo que receber informações sobre as condições de saúde e a maneira de cuidar, mediante a situação, pode auxiliar o cuidador a enfrentá-la (BIOLO; PORTELLA, 2010). Entretanto, um dos aspectos mais marcantes da experiência de cuidar, sempre presente nas narrativas das pessoas idosas que cuidam, foram da falta de orientações do médico por ocasião da alta; ou pelos profissionais de saúde da família, ou durante as visitas domiciliares da equipe do PAMDIL.

As pessoas idosas cuidadoras recordaram que, quando da alta hospitalar, os familiares raramente receberam informações sobre como cuidar. Foram orientados superficialmente, e quando foram esclarecidos sobre quais os cuidados tomar, isso aconteceu porque o médico ou o técnico de enfermagem, ou ainda o enfermeiro era parente, amigo ou vizinho da família. De acordo com (MENDES, 1995), a alta hospitalar é dada muitas vezes quando o idoso é ainda bastante dependente de assistência pessoal. Os familiares são informados, superficialmente,

sobre as características e demandas desses cuidados que envolvem locomoção do paciente, higiene diária, administração de remédios, dieta alimentar, quando necessária, fisioterapia e retornos para acompanhamento médico. Além disso, esses familiares muitas vezes não são informados sobre as características de uma doença crônico-degenerativa (MENDES, 1995).

Portanto, o DSC aponta que os profissionais de saúde não ofereceram orientações e nem capacitou o cuidador sobre como realizar o cuidado com o idoso dependente no domicílio. Nota-se no discurso que a falta na transmissão das orientações deu-se desde o nível hospitalar até a atenção domiciliar. Não houve comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e aos cuidadores o que causou insegurança, angústia e medo no cuidador comprometendo, dessa maneira, a qualidade da assistência prestada ao familiar idoso. Esse achado está em consonância com o estudo realizado por Almeida (2015) no qual apontou que mais da metade dos cuidadores pesquisados não recebem nenhuma orientação ou treinamento dos profissionais de saúde.

O abandono, a falta de orientação e a falta de recursos estão presentes, não só no momento da alta hospitalar, mas também no tratamento domiciliar. As pessoas idosas cuidadoras descrevem que existe muita demora para se conseguir as consultas de acompanhamento médico, demora esta que é ainda maior quando é preciso consultar especialistas ou fazer exames complementares.

Muitas vezes, os familiares nem sequer recebem orientação sobre onde conseguir o tratamento necessário. Além do que, quando conseguem o recurso, falta transporte adequado para as limitações do idoso, já que muitos são totalmente dependentes. Essas questões estabelecem, então, um círculo vicioso: doença, falta de tratamento, agravamento da doença.

Segundo Gratão (2013) muitas vezes, os cuidadores se tornam responsáveis pelos cuidados sem qualquer treinamento prévio. Eles são impelidos a aprender com a prática e por não serem devidamente capacitados para suprir as necessidades de cuidado em domicílio, exercem tarefas de forma empírica, ou, até mesmo improvisadas. De acordo com Souza et al. (2014), 60% dos cuidadores afirmam não saber cuidar do paciente, o que configura alta prevalência dessas pessoas sem o preparo adequado, por isso, a função de cuidador deve ser criteriosamente acompanhada pelos profissionais de saúde, a fim de que os familiares estejam em condições saudáveis para assistirem de forma efetiva o paciente. Os cuidadores, com frequência, necessitam de informações e orientações sobre as especificidades do idoso dependente, que deveriam ser supridas pelos profissionais de saúde (ALMEIDA, 2015).

De acordo com Gonçalves et al. (2005), cuidar no domicílio é um processo de aprendizagem que deveria ocorrer a partir de orientações, acompanhamento e supervisões dos profissionais de saúde. Entretanto, o estudo realizado por Gonçalves et al. (2005) também constataram, que por falta de acompanhamento, orientações e suporte de apoio por parte dos profissionais de saúde, os cuidadores pesquisados aprenderam a cuidar sozinhos do idoso acamado. Assim, conforme aponta a teoria de Gonçalves et al. (2005), o DSC revela que as pessoas idosas cuidadoras deste estudo também descobriram como cuidar a seu modo, por vivenciar a experiência de ser cuidador.

6.2.3 Eixo Temático 3: Cuidar de um idoso dependente: representações sociais de pessoas idosas que cuidam

Compreender as representações das pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidado e como essas são construídas, foi a proposta deste eixo temático. O modo de representar o cuidado é bastante variado e é influenciado por um conjunto complexo de fatores. Assim, a forma como o cuidado é visto depende de fatores econômicos, sociais, culturais, psicológicos e relacionais que podem contribuir para a construção dessa representação (MOSCOVICI, 2015).

À luz da Teoria das Representações Sociais, inferiu-se que as representações sociais estão ancoradas na memória coletiva e na memória das relações familiares, na afetividade e nos cuidados estabelecidos com o idoso dependente ao longo de suas vidas. Desse modo, sendo essas representações resultado da forma como os indivíduos pensam, elas podem ser compreendidas como um conteúdo mental estruturado, ou seja, é cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico sobre um fenômeno social relevante que toma forma de imagens ou metáforas e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social (MOSCOVICI, 2015).

6.2.3.1 CATEGORIA A – Representações sociais do cuidado como obrigação

Ideia Central: Foram incluídas nessa categoria todas as Expressões-chave que continham ideias centrais acerca do cuidado como obrigação.

Eu cuido porque eu tenho a obrigação de cuidar porque ela é minha mãe. Cuido porque ela mora perto de mim, aqui do lado, então sou eu que tenho que cuidar né?, A responsabilidade de cuidar é dos filhos, dos maridos né?”. Então, eu cuido por isso, porque é minha obrigação. Já do meu esposo, eu cuido porque também é minha obrigação, porque eu sou a companheira dele, sou a esposa, então é minha obrigação cuidar dele, zelar dele, ele é meu esposo né?. A esposa tem que cuidar e os filhos devem ajudar, a obrigação de cuidar é nossa, é da gente, da esposa mesmo não é mesmo? Eu cuido porque ele é meu companheiro de vida, então eu tenho que cuidar. Eu não falo com firmeza, mas talvez se ele estivesse no meu lugar ele não cuidaria de mim não igual eu cuido dele, porque hoje tem muitos esposos e você sabe?, não cuidam, muitos quando veem a esposa cair em cima de uma cama ele vai arrumar outra. Misericórdia neh?, para mim não, tem que ir até o fim. Quando a gente vai casar, faz ali a pergunta neh?, a gente tem que ser fiel na doença, na saúde, né meu filho?.

O cuidado refere-se aos fenômenos abstratos e concretos relacionados com a assistência, o apoio ou o possibilitar de experiências ou comportamentos no sentido próprio ou para os outros, com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana (RAMOS, 2011).

As ações de cuidado desempenhadas todos os dias pelas pessoas cuidadoras estão imbuídas de valores simbólicos e denotam vários sentidos, de acordo com suas visões de mundo. Há ações de cuidado que são vistas e sentidas pelas pessoas que cuidam como obrigação. Por perceber-se como filhos(as), irmãos(as), e esposas, e diante da indisponibilidade de outros cuidadores-potenciais para cuidar, as pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras se viram impelidas e obrigadas a cuidar de seus entes familiares, como destacada no DSC.

Embora o ato de cuidar seja representado por razões diversas e os motivos que levam alguém a assistir o outro também se dê por motivações diferentes, o ato de cuidar pode variar conforme as características e os valores que permeiam a interação entre os familiares, a obrigação e o dever moral se mostram enraizados no compromisso do cuidado e são reforçados por valores, normas e comportamentos, fazendo com que esse, muitas vezes, seja algo socialmente imposto (AGUIAR, 2017).

Cuidar pela necessidade imposta, pela imposição social, associada a “obrigação” de cuidar atribuída ao esposo(a), ou ao irmão(ã) é tratada com naturalidade, ou, esperada para a situação. Nas famílias nucleares, que dispõem de poucas opções para o cuidar, eventualmente

é gerado um certo conformismo por parte do cuidador que, na maioria das vezes, já se mostra ciente do seu papel (AGUIAR, 2017).

O DSC mostra que as representações sociais sobre o cuidar como “obrigação” está ligada à ausência de opção entre cuidar ou não do idoso que se encontra dependente. Os resultados deste estudo estão em consonância com outros estudos, em que os cuidadores afirmam sentir que não tinham escolhas a não ser adotar o papel de cuidador, pois não havia outra pessoa para desempenhar essa função (ALMEIDA, 2015; AGUIAR, 2017). A ausência de opção para cuidar, confere destaque ao dever e a obrigação entre os motivos que levaram o cuidador familiar idoso a cuidar de outra pessoa idosa dependente em domicílio.

Portanto, pode-se afirmar que o cuidador construiu as representações sociais a partir de valores e normas sociais que são essencialmente compartilhados e que estão contidos na memória do grupo, assim, tal constatação corrobora a afirmação de Abric (2001) de que a RS possui como característica, a ligação com a memória coletiva, normas e com a história do grupo.

Em sua essência, o ato de cuidar está contido na memória como uma relação de obrigação e de responsabilidade para com o idoso dependente e nas relações de proximidade e intimidade que a situação envolve. Esse papel baseia-se em questões sociais de parentesco, gênero e idade, sendo o ato de desempenhar o papel de cuidador uma norma social influenciada pelos eventos socioculturais vivenciados. Assim, o sentimento de cumprimento de normas sociais – tais como reciprocidade e dever moral – e a necessidade de autopreservação, na busca por se evitar sentimentos de culpa, além da relação de empatia e ligação afetiva entre os indivíduos, são alguns dos fatores que levam alguém a cuidar de outra pessoa (MAFRA, 2011).

O DSC revela ainda que o cuidado é representado como um dever ou obrigação em virtude do compromisso matrimonial, mesmo os cuidadores ressaltando que cuidam também por amor, afinal a cumplicidade e o amor são sentimentos que sempre estiveram presentes durante as suas vidas. No DSC, as pessoas idosas cuidadoras evocaram o compromisso matrimonial para construir as suas representações sociais sobre o cuidado.

A evocação dos votos do casamento que, a princípio, parece individual, mas que, com um olhar mais atento, evidencia seu carácter social, haja vista que remota ao contrato, normas e religiosidade do grupo, fizeram com que o cuidado com o cônjuge idoso fosse de sua responsabilidade, sendo, portanto, uma obrigação moral e social. Sendo assim, retomando ao pensamento de HALBWACHS (2006), de que a memória nunca é estritamente individual;

sempre estar relacionada à memória coletiva, independente de, em algumas lembranças, predominarem componentes individuais (HALBWACHS, 2006).

Nessa perspectiva, o compromisso intuído como obrigação assumida pelo cônjuge é firmado e entendido como sendo para uma vida toda. O ato de cuidar torna-se, então, uma consequência inerente ao matrimônio e remonta aos contratos, promessas e marcas de um período em que casais se manteriam juntos até a morte (AGUIAR, 2017). Autores afirmam que a tarefa de cuidar é assumida pelas mulheres casadas pela relação de obrigação matrimonial de cuidar do esposo, haja vista que existe um projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (ARAÚJO et al., 2013; CAVALCANTE et al., 2015).

Assim, ao apreender as representações sociais sobre o cuidado na ótica das pessoas idosas cuidadoras pode-se afirmar que a obrigação do cuidar é permeada por evocações do compromisso matrimonial. De acordo com Moscovici (2003), ao representar algo o indivíduo escolhe referências que estão em sua memória e dá a ela uma conotação positiva ou negativa. Sendo assim, quando representa o indivíduo está automaticamente avaliando. Desse modo, ao representar, os sujeitos ingressam num processo ativo, dinâmico que mobilizam experiências vividas, informações, valores, crenças, normas, etc. (MOSCOVICI, 2003).

Confirmando as representações sociais trazidas pelas pessoas idosas cuidadoras, Aguiar (2017) afirma que as representações sociais sobre o cuidar como obrigação, são inerentes ao enlace matrimonial, o que evidencia a existência de um elemento afetivo e religioso que contribui para a maneira de representar e agir. A esposa torna-se cuidadora do seu marido baseado na condição de conjugalidade, em aspectos religiosos, na construção social de obrigação moral, mas também, pelo bom relacionamento e interações positivas estabelecidas entre eles ao longo de suas vidas. O desejo de retribuir as experiências gratificantes faz com que o dever de cuidar não seja transferido, e sim, incorporado como algo de sua responsabilidade (AGUIAR, 2017).

6.2.3.2 CATEGORIA B – Representações sociais do cuidado como retribuição

Ideia Central – Foram incluídas nessa categoria todas as Expressões-chave que continham ideias centrais acerca do cuidado como forma de retribuição.

Ela é uma pessoa muito boa, ela era muito amorosa, foi muito boa para mim. Ela era muito amorosa, eu lembro que sempre que um dos filhos adoecia ela ia visitar um, ia visitar o outro, e cuidava com todo amor e carinho. Eu cuidado com muito carinho, porque ela sempre foi uma mãe trabalhadora, muito boa mãe e muito dedicada. Sempre lutou muito pelos filhos, trabalhou muito fez de tudo, de tudo pra não deixar faltar nada. Eu tenho consideração por tudo que ela fez por mim durante a vida inteira, foi ela que cuidou de mim quando eu era criança, foi ela quem me deu força depois que eu fiquei viúva, que me ajudou com as crianças e depois de todo o carinho que ela teve por mim, a vida inteira todo mundo percebia que ela tinha uma preferência por mim, aí como é que agora ela em cima de uma cama eu vou virar as costas para ela?, não tem sentindo. A mão que ela me deu eu estou dando agora, quem faz o bem merece o bem, então eu tenho que fazer com ela a mesma coisa que ela fez comigo. Me ajudou muito. Eu tenho muita gratidão por ela, além de ser minha mãe, eu tenho muita gratidão porque eu criei os meus filhos porque ela criou para mim, ela olhava enquanto eu trabalhava, eu trabalhava de dia em um e corria para o outro a noite, e ela que segurava para mim né? Ela cuidava dos meninos para mim, eu nunca paguei ninguém para olhar eles, então foi ela que sempre cuidou dos meus filhos. Vale a pena cuidar, nossos pais cuidaram da gente, então quando chega uma terminada idade a gente que tem cuidar deles, os papéis se invertem, e o que aconteceu com minha mãe foi isso aí ela cuidou da gente a gora a gente é que cuida dela, chega o tempo da gente retribuir.

As representações sociais sobre cuidar de um idoso dependente em domicílio foram expressas pelas pessoas idosas cuidadoras como “retribuição”, ou seja, ela cuida porque foi cuidada um dia por essas pessoas que hoje estão necessitando de cuidados e, portanto, é a sua vez de retribuir os cuidados recebidos.

Desse modo, o cuidado é representado como um retorno, como uma consequência do que recebeu, dito em outras palavras, as pessoas idosas cuidadoras cuidam porque ela se recorda que foi cuidada um dia por essa pessoa que hoje se encontra acamada. Nessa perspectiva, fica evidente que as recordações, sobretudo as familiares, fazem repercutir na forma desse cuidador agir e representar o cuidado. Para Santos (2003), a história familiar pregressa é um fator que influencia muito na tomada de decisão de cuidar de um familiar. Portanto pode-se afirmar que as representações sociais sobre o cuidado estão ancoradas na memória familiar e nas relações de cuidados estabelecidas durante a vida. A recordação do passado sintetiza hoje para a pessoa idosa cuidadora o sentimento de gratidão e reconhecimento pelos cuidados recebidos.

Verifica-se no DSC, que ao elaborarem as representações sociais sobre o cuidado como retribuição, as pessoas idosas cuidadoras evocaram os cuidados recebidos durante a sua infância. Esta constatação também aparece na pesquisa realizada por Mazza e Lefêvre (2005) sobre as representações sociais dos cuidadores de idosos com incapacidade funcional. De acordo com Mazza e Lefêvre (2005), o fato de terem sido alvo de cuidados na infância, exercido pelos pais, é fator determinante para que este cuidador comprometa-se para o cuidado, no presente, ou em um futuro próximo.

A internalização dos cuidados vividos na infância, cuidados estes indispensáveis para o bom desenvolvimento emocional infantil, só acontece quando a criança pode se sentir cuidada por seus pais (MAZZA; LEFÊVRE, 2005). Neste sentido, nota-se que as memórias recuperadas acerca dos cuidados recebidos durante a infância, bem como a forma como se deu a convivência com os pais, constitui na pessoa idosa cuidadora a crença de que muito lhe foi ofertando, e sendo assim, no momento presente em que o seus pais se encontram fragilizados chegou o momento de retribuir.

Todavia, conforme evidencia o DSC, as pessoas idosas cuidadoras não evocam apenas os cuidados recebidos durante a infância, elas também evocam os cuidados recebidos ao longo de toda a sua vida, como os recebidos pela mãe quando elas se encontravam enfermas, mesmo na vida adulta, a ajuda da mãe na criação dos filhos, recordam do amor, dedicação e cuidado recebido do cônjuge. Portanto, o DSC revela que ao construir as representações sociais sobre o cuidado, as pessoas idosas cuidadoras acionaram a memória familiar, reconheceram e avaliaram o cuidado recebido ao longo de suas vidas, assim, a partir do presente, elas se colocaram no lugar do idoso dependente, e optaram por retribuir, como um mecanismo de *feedback*, o amor, carinho, os esforços, atitudes e os cuidados recebidos no passado.

Oliveira e Caldana (2012) abordaram este tema, em seu estudo, ao indicar que a maioria dos cuidadores pesquisados cuidavam dos idosos como forma de reconhecimento e retribuição do cuidado recebido por estes, ao longo da sua vida, fato que trazia para estes cuidadores o sentimento de satisfação por tal oportunidade. Nardi e Oliveira (2009) também constataram em seu estudo sobre o significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar, que o cuidar foi relatado pelos cuidadores como uma tarefa que deve ser realizada com muito amor, carinho e prazer, sendo influenciada pelo sentimento de reconhecimento e retribuição relacionado com os bons momentos vivenciados e acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador.

Assim, conforme verifica Aguiar (2017), o ato de reconhecer o cuidado recebido pelos idosos ao longo de toda a vida traz para os cuidadores a sensação de estar retribuindo o amor e carinho que receberam, o que contribui para a sensação de dever cumprido e de realização por estar dando continuidade à tradição familiar de cuidar dos mais velhos.

Os atos e feitos executados no decorrer da vida foram paramentos evocados, e avaliados, pelas pessoas idosas cuidadoras nesse processo de construção das representações sociais sobre o cuidado. Sendo assim, a memória familiar influenciou a construção dessas representações sociais e também determinou a qualidade da relação atual estabelecida no cotidiano entre o idoso dependente e o cuidador. Tal constatação permite inferir que as representações sociais sobre o cuidado estão ancoradas nas recordações do passado, afinal os cuidados recebidos durante a vida foram evocadas durante a construção das representações sociais sobre o cuidar, e sendo assim, conforme atesta Jodelet (2001), não há representações sem memória, pois a representação implica em uma evocação dos elementos e de representações do passado.

Dessa forma, corroborando o estudo de Aguiar (2017), quando as pessoas idosas cuidadoras desta pesquisa atribuíram ao cuidado como forma de retribuição, elas estavam recordando as suas experiências nos grupos que fizeram parte, neste caso o grupo familiar. A família é o espaço no qual as recordações de cuidados recebidos durante a vida são avivadas, haja vista que é na família que o indivíduo aprende o autocuidado, adquire o comportamento de bem-estar, presta cuidado a diferentes membros ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital. Habitualmente, os diferentes membros que a compõem apoiam-se uns nos outros em atividades de promoção de saúde e cuidados (REIS et al., 2017). Nesse sentido, e recorrendo a abordagem de Jodelet (2001), é possível entender estas representações sociais a partir de uma visão da realidade que foi construída por influência de um grupo social.

Nessa perspectiva, as representações sociais sobre o cuidar como forma de retribuição partem da compreensão de que é por meio da recordação das relações e interações construídas com o idoso dependente ao longo de sua vida que é determinada a maneira de agir em relação ao idoso que necessita de cuidado. Conforme sugere Aguiar (2017), o ato de cuidar de um familiar idoso relaciona-se com as interações que precederam a existência desse ato, de modo que o cuidado prestado vai depender das vivências e interações construída no passado.

Esta configuração faz retomar os preceitos de Halbwachs (2004), quando afirma que a memória está ligada com experiências a partir dos grupos sociais, pois ela não é

exclusivamente individual, mas deve ser entendida como um fenômeno social. Para ele as recordações estão ancoradas no que ele chama de “quadros sociais da memória”, que são representações do passado que estão pautadas na experiência e vivência dos grupos sociais dos quais os indivíduos participam.

6.2.3.3 CATEGORIA C – Representações sociais do cuidado como envolvimento afetivo

Ideia Central: Foram incluídas nessa categoria todas as Expressões-chave que continham ideias centrais acerca do cuidado como envolvimento afetivo.

DSC C

Amor, afeto, carinho, querer o bem do outro, expressam o que eu sinto. Cuidar é amar, é fazer com a pessoa aquilo que você gostaria que fizesse com você. O amor faz parte da gente, quando a gente gosta de uma pessoa a gente gosta mesmo e quer cuidar dela. Aí a gente sente vontade de ajudar, ser amigo, ser irmão, nas horas necessárias está presente. Cuidar das pessoas é bom demais, porque hoje eu tenho que cuidar dela, amanhã eu vou precisar de alguém pra cuidar de mim. Cuidar é uma doação, é dá um pouco da gente. Olha minha mãe é meu bem precioso, então eu tenho que cuidar dela, é como um filho que adocece e você tem que cuidar, então a gente tem que cuidar do bem precioso que a gente tem. Meus pais eram pessoas simples, humildes, mas sempre fomos uma família unida, sempre existiu muito amor, então sempre fomos uma família bem unida, irmãos, pais. Eu tenho muitas lembranças dele/dela. Ele/ela foram muito bons para nós, por isso eu cuido com maior amor. Enquanto ele/ela estiver viva eu tenho que está aqui. Eu brinco, falo besteira, falo palavrão, porque se eu for chorar não adianta, então ele/ela acostumou com esse meu jeito de falar, e ele/ela acha tudo engraçado, e os outros nem tem coragem de fazer isso. Cuidado é amor, carinho, compreensão. Mesmo ele/ela reclamando de tudo, tudo, mas eu cuido com amor, eu gosto de cuidar, cuido por amor, por carinho. Então eu me sinto feliz em cuidar, em ajudar, o que eu puder fazer e Deus me conceder forças para fazer eu vou fazer, eu faço e me sinto feliz em poder ajudar e cuidar.

A convivência, amor, carinho, zelo, paciência, laços familiares, elementos que se mostraram frequentes nos discursos das pessoas idosas entrevistadas constituem os elementos que deram significação às representações sociais do cuidado na ótica dos cuidadores. Tais termos foram trazidos à memória de 22 participantes, o que corrobora os sentimentos de afetividade apontados por Mafra (2011). Tais palavras estão relacionadas tanto as tarefas do cotidiano como às relações afetivas estabelecidas no passado entre a pessoa idosa cuidadora e o familiar idoso dependente. Esses elementos constituem demonstração de amor pelo idoso

cuidado, uma vez que o amor, na concepção do cuidador, é algo primordial para assumir tarefas que demandam muito esforço físico e emocional.

As pessoas idosas cuidadoras construíram suas representações sociais para o cuidar que se desvelaram por meio de sentimentos, como amor, carinho, dedicação, ajuda, zelo e paciência. Pode-se afirmar que essas representações sociais são fruto das interações estabelecidas no cotidiano do cuidado, assim como pela evocação dos sentimentos de afetividade estabelecida com o idoso dependente. O DSC revela que tanto o envolvimento emocional e afetivo do cotidiano, como as evocações do cuidador foram elementos importantes para a maneira desse representar o cuidado ao idoso dependente.

Ao construir as representações sociais sobre o cuidado, as pessoas idosas cuidadoras evocaram aspectos do seu relacionamento afetivo com o familiar idoso antes da doença. Desse modo, rememorar o relacionamento entre ambos, mostrou-se importante para compreender não só as representações sociais sobre o cuidado, mas a construção da subjetividade desse na medida em que ele se faz na relação com o idoso e no ambiente domiciliar.

Por meio da afetividade, abre-se um espaço para o outro, o que propicia uma ação conjunta de interações. A afetividade concretiza-se no compartilhar, fundamentando o sentido existencial. A afetividade está baseada em significações que surgem a partir de experiências de cada um que busca, nos laços de relações sociais, formas diferenciadas para se realizar como indivíduo, estabelecendo consigo mesmo e com os outros um modo próprio de ser e de viver, constituindo assim, o seu mundo. Refletir sobre os vínculos é possibilitar novos significados (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2004).

O DSC demonstra que as pessoas idosas cuidadoras evocaram a sua boa relação com o seu ente familiar. As lembranças da boa relação com pais, mesmo diante de todas as adversidades vividas os fizeram lembrar que eles lhes ofereciam o máximo possível. O trabalho exercido de forma dedicada tanto pelo pai quanto pela mãe, a preocupação em não deixar faltar alimentos quando a situação real poderia predispor ao pai e mãe a outra postura, a educação rigorosa e os afetos dos pais e irmãos, foram memórias recuperadas, cujos cuidados foram sentidos e internalizados. Assim, a evocação do envolvimento afetivo sintetizou as representações sociais sobre o cuidar, como amor, carinho, zelo, ajuda, dedicação.

Retomando a descrição de Moscovici (2003), representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas, sobretudo em

reconstituí-lo, retocá-lo, modificá-lo. Portanto, as representações sociais estão impregnadas de experiências. Assim, as pessoas idosas cuidadoras, ao elaborarem as representações sociais do cuidado, selecionaram os aspectos memorados, filtraram e organizaram elementos, permanecendo aqueles que lhes são de interesse no presente.

As pessoas idosas cuidadoras evocaram a boa relação com o idoso dependente, sendo tais reminiscências fundamentais na construção das representações sociais sobre o cuidar. É importante salientar, que as reminiscências da relação do cuidador com o idoso estão expressas, sobretudo, nas relações entre pais e filhos (as), esta constatação evidencia que o fato da maioria as pessoas idosas cuidadoras serem filhos(as) demonstra que a situação vivida no momento presente tem influência nos aspectos evocados, pois conforme afirma Halbwachs (2006) o modo como o indivíduo recorda de algo está vinculado com as experiências do presente.

O elemento ‘amor’, o termo mais evocado pela pessoa idosa cuidadora, apontou para uma dimensão afetiva reforçando a complexidade do ato de cuidar. Esse termo denota que o cuidado é perpassado pela afetividade de cuidar de outrem. Moscovici (2000/2003) salientou que os afetos, a história pessoal e a posição do sujeito no grupo onde vive estão engajados ao representar um objeto social. Na mesma sintonia Jodelet (2005) afirma que as representações sociais articulam elementos afetivos, mentais e sociais, ao lado da cognição, da linguagem, da comunicação e das relações sociais. Para Silva et al. (2018), a representação social cumpre uma função em relação à familiaridade com o grupo, e a dimensão afetiva se apresenta na base desse trânsito, apoiada na memória individual e coletiva, nas experiências e situações cotidianas.

Pode-se assim afirmar que as representações sociais das pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidado estão ancoradas, portanto, nas memórias e relações de afetividades do cuidador com o idoso dependente, ou seja, verifica-se que o relacionamento harmonioso no passado interfere positivamente no cuidado. Portanto, o DSC evidencia que as representações sociais sobre o cuidado vão além de atender as necessidades básicas e instrumentais de vida diária do idoso, uma vez que cuidar é também envolvimento afetivo, entre outros atributos.

O cuidado não se restringe a procedimentos técnicos ou conhecimentos científicos adquiridos. Este ultrapassa esses aspectos e se cerca de atitude humana, compromisso e responsabilidade, por se tratar de uma relação que ocorre entre dois seres humanos e é construída e apoiada em suas experiências de vida. O cuidar pode envolver, então, amor, carinho, atenção e alegria, além de outras características que não se baseiam exclusivamente

nas necessidades biofisiológicas do indivíduo (AGUIAR, 2017). Por isso, cuidar representa mais do que o desempenho de técnicas e procedimentos, conforme sugere Waldow (2004), essas intervenções só se caracterizam como cuidado quando há condutas de cuidar como: respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse, compaixão e amor.

7 CONCLUSÃO

A partir das memórias e recordações narradas pelas pessoas idosas que estão na condição de cuidadoras, foi possível conhecer o seu passado, entender a sua realidade e o universo do cuidado prestado ao idoso dependente em domicílio. A reconstrução do passado proporcionou a oportunidade de aproximação com as pessoas idosas cuidadoras e resposta ao objetivo deste estudo. A análise das memórias apresentadas na forma no DSC permitiu uma visão ampliada da vida, como também a complexidade do cuidado que é prestado ao idoso dependente em domicílio.

As representações sociais reveladas pelas pessoas idosas cuidadoras expressaram os significados e contradições de cuidar de um ente familiar. Isso implica que, embora as pessoas idosas cuidadoras sofram com as mudanças em suas vidas, as representações sociais sobre o cuidado se faz de modo singular e abrangente.

Apreendeu-se que existem várias representações sociais sobre o cuidado prestado a pessoa idosa em domicílio, como retribuição, amor, carinho e obrigação. Essas representações sociais estão ancoradas na memória coletiva e familiar. As pessoas idosas cuidadoras construíram as representações sociais a partir de valores e normas sociais que são essencialmente compartilhados e que estão contidos na memória do grupo, como a obrigação do cuidar permeada por evocações do compromisso matrimonial.

As representações sociais sobre o cuidado se ancoraram na memória familiar e nas relações de cuidados estabelecidas durante a vida. Assim, frente às constatações acerca dos achados empíricos e respondendo ao objetivo desta tese, confirma-se que as representações sociais das pessoas idosas cuidadoras sobre o cuidar estão ancoradas na memória coletiva e para construir essas representações no presente foi necessário recorrer à memória. Portanto, compreende-se que a memória contribui ativamente na construção das representações sociais sobre o cuidado prestado ao ente familiar idoso.

Pode-se afirmar que a maneira como o cuidado é representado pode refletir e determinar a qualidade da relação atual estabelecida entre o idoso dependente e cuidador, assim como na execução e qualidade do cuidado prestado, afinal, o cuidado é prestado no presente é reflexo do passado vivido. Neste sentido, para os profissionais de saúde que atuam junto aos cuidadores e aos idosos, o conhecimento das representações sociais sobre o cuidado é de extrema relevância, pois pode ajudar a compreender os comportamentos de cuidar

revelados pelos cuidadores, além de permitir entender melhor a complexidade do cuidado prestado ao idoso dependente no contexto domiciliar.

Por sua vez, o perfil sócio demográfico e de saúde das pessoas idosas cuidadoras caracterizou-se por: predomínio do sexo feminino, idade média de 69 anos, casadas, católicas, baixo nível de escolaridade, aposentadas com renda média de dois salários mínimos, residentes com o idoso dependente, dois membros por família, sendo em sua maioria filhos(as) do idoso dependente, existência de pelo menos um problema de saúde, sendo a patologia mais frequente, a hipertensão arterial.

Por meio da memória, as pessoas idosas cuidadoras centraram as suas recordações nas relações familiares. A memória das relações familiares foi intensa e ocupou um lugar importante nas recordações, evocando o tempo da infância vivida na zona rural com suas famílias. As pessoas idosas cuidadoras acionaram suas memórias e evocaram a infância, a vida adulta, fases de suas vidas marcadas pelas dificuldades, sofrimento, pobreza, lutas, trabalho e muitas obrigações e responsabilidades com a família.

Neste estudo observou-se que a memória sobre o trabalho ocuparam uma posição central na vidas das pessoas entrevistadas, para as quais esta atividade possui grande importância e significado para as suas vidas. Para elas o trabalho é necessário, pois implica em “ter dignidade”, possibilita conquistas pessoais, ao passo em que é essencial para a própria sobrevivência e manutenção da família.

A partir das memórias, foi possível conhecer a realidade das pessoas idosas, a partir do momento que passaram a estar na condição de cuidadoras. As memórias acerca das mudanças e repercussões do cuidado na vida das pessoas idosas cuidadoras revelaram a sobrecarga física e mental, dificuldade de manutenção de uma vida social paralela com a existência de dificuldades financeiras e responsabilidade pelo cuidado com idoso dependente. Sendo assim, as implicações do cuidado com o ente familiar, levaram as pessoas idosas cuidadoras ao cansaço, estresse, falta de lazer. Ao recorrer para os relatos das pessoas idosas cuidadoras, pode-se afirmar que perpetua-se um ciclo vicioso de obrigações e responsabilidades, pois elas abdicam do seu tempo disponível, que deveria ser utilizado para o lazer, para a vida social e desenvolvimento de projetos que não teve oportunidade de executar quando jovem, devido as muitas obrigações com a família e o trabalho, para cuidar do idoso dependente.

Os resultados extraídos das memórias revelaram também a insatisfação em relação ao Sistema público de saúde brasileiro, pois não contempla as necessidades dos idosos dependentes nem dos respectivos cuidadores. Assim, foram relatadas dificuldades para a

obtenção de exames complementares, medicamentos e transporte, assim como informações sobre a doença e orientações sobre os cuidados com o idoso. As memórias evidenciaram a falta de orientações dos profissionais de saúde sobre como realizar os cuidados, sendo demonstrado que a falta de orientação e conhecimento gera medo, insegurança para executar os cuidados com o idoso dependente. Desse forma, sem suporte e apoio por parte dos profissionais de saúde, as pessoas idosas cuidadoras descobriram e aprenderam como cuidar do seu ente familiar, a seu modo pela experiência como cuidador.

A Previdência Social e os benefícios reduzidos para os aposentados acentua as dificuldades de cuidar, uma vez que as aposentadorias são insuficientes para as necessidades básicas, sobrecarregando financeiramente a família. Portanto, este trabalho evidencia a precariedade do Sistema de saúde e previdenciário atual que pode se deteriorar ainda mais nos próximos anos com a perda de alguns benefícios e auxílios conforme proposto pelo Projeto de reforma da previdência apresentado e discutido atualmente no Poder legislativo brasileiro.

Assim, percebe-se que a sociedade brasileira não está preparada para o envelhecimento populacional e as suas políticas públicas são ineficazes para atender as necessidade dos idosos dependentes e seus cuidadores. Se não for dada a atenção merecida para as pessoas que cuidam de idosos, ambos, o cuidador e o idoso dependente poderá se tornar duplamente dependente funcional e sem uma pessoa para assumir o seu cuidado, haja vista que a capacidade da família brasileira para cuidar de seus membros idosos mais dependentes está reduzindo, possivelmente pela redução do número de membros na família e jornadas amplas de trabalho. Desse modo, como retorno social, os resultados deste estudo serão apresentados ao PAMDIL, para que aos profissionais e gestores do Programa se tornem cientes da necessidade de uma reestruturação desse modelo de assistência, buscando focar não apenas no idoso com dependência funcional, mas também no cuidador.

Este estudo também evidenciou lacunas significativas na assistência oferecida pelo PAMDIL devido a estrutura frágil do programa, em particular a variabilidade limitada de profissionais que participam do programa, enquanto que o Ministério da Saúde preconiza que o atendimento domiciliar seja realizado por equipes multidisciplinares para a promoção de assistência integral e humanizada para o idoso dependente. A inserção de uma equipe multidisciplinar na equipe do PAMDIL seria de fundamental importância na atenção à saúde dos idosos e cuidadores para a identificação dos fatores de vulnerabilidade, planejamento da assistência de saúde e orientações sobre os cuidados que deverão ser realizados pelos cuidadores.

Outra lacuna identificada no PAMDIL é a assistência limitada apenas ao idoso dependente que necessita de cuidados, enquanto a pessoa idosa cuidadora não é vista como alguém que também precisa de cuidados apesar delas também experimentarem o processo de envelhecimento, apresentarem diversos problemas de saúde e viverem isoladas dentro de casa convivendo com a incapacidade funcional do seu ente familiar. Assim, este estudo traz à tona uma problemática que ainda é pouco visível: o cuidador também necessita de atenção e cuidado. Portanto, observa-se a necessidade de maior visibilidade dos cuidadores pelos profissionais de saúde, políticas públicas e sociedade.

Assim, ressalta-se que a pessoa idosa cuidadora necessita de atenção por parte do Estado e da sociedade, pois o contexto no qual estão inseridos constitui-se um cenário complexo, haja vista que não há diretrizes em lei ou regulação na política nacional de proteção aos cuidadores informais, deixando os cuidadores sem suporte e na maioria das vezes despreparados para realizar o cuidado. É preciso que o Estado ofereça e ofereça uma rede de apoio e ajuda financeira para os cuidadores. Entretanto, observa-se que a proposta de Reforma da Previdência Social, atualmente, em discussão no Congresso Nacional retira o direito de adicional de 25% do seu benefício oferecido aos aposentados com invalidez para o custeio da assistência de terceiros cuidadores, conforme disposto na Lei de Benefícios da Previdência Social, Lei 8.213/91.

Apesar deste estudo ter sinalizado algumas faces da problemática envolvendo pessoas idosas cuidadoras, é necessário a realização de mais estudos sobre a temática, especialmente por pesquisadores da área da saúde, para que outras vertentes dessa problemática sejam desvendadas e intervenções, propostas e instauradas.

REFERÊNCIAS

ABOIM, S; WALL, C. Tipos de família em Portugal: interações, valores e contextos. **Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa**, v.37, n.163, p.475-506, 2002.

ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

AGUIAR, A. C. S. Z. **Significado do cuidar da pessoa idosa na concepção de familiares**. 132f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFBA, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2017.

AGUIAR, R. S. The elderly with home self-care deficit and the implications for the relative caregiver. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.5, n. 10, p.2545-2551, 2011.

ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. 268f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFSC, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

ALCÂNTARA, L. R. **Idosos rurais**: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFRGS, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

ALMEIDA, A. P. D. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. **Rev. Psicopedagogia**, v.28, n.86, p. 201-13, 2011.

ALMEIDA, L. P. B. **Vivência do cuidador idoso no cuidado domiciliar a pessoa idosa**. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFBA, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015.

ALMEIDA, P., et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Revista da Sobama**, v.18, n.1, p. 53-64, 2017.

ALVES, M. R. **Representações sociais de cuidadores informais sobre o apoio social no cuidado ao idoso dependente**. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela UESB. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.

ANJOS, K. F.; BOERY, R. N.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.3, p.600-8, 2014.

ANJOS, K. F., et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.5, p. 1321-1330, 2015.

ANTUNES, J. F. S., et al. Frailty assessment of elderly hospitalized at an emergency service of a university hospital. *Cogitare Enferm.*, v.20, n.2, p.266-73, 2015.

ARANTES, R. C., et al. **Arranjos domiciliares e saúde dos idosos:** um estudo piloto qualitativo em um município do interior de Minas Gerais. (Texto para discussão; 405) Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

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

ARAÚJO, J. S., et al. O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista eletrônica gestão & saúde**, v.3, n.3, p.574-86, 2013.

ARAÚJO, V. S. **Representações sociais sobre o cuidado construída por idosos.** 131f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFPB, João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.

ARIÈS, P.; DUBY, G. (Org.). **História da vida privada.** São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ASSIS, A. B. C.; DEL GROSSO, M.; POLETTO, L. A excelência do brincar: avaliação e melhoria da qualidade do brincar. **Unicamp Sciencia**, v.5, n.1, p.1-19, 2016.

AZEVEDO, A. A. “Trabalhar com os braços e a cabeça para ver o futuro...”: Representações sobre educação a partir de trabalhadores rurais assentados da reforma agrária. **Educar em revista**, n.40, p.207-21, 2011.

BALLARIN, M. L. G. S., et al. Perfil sociodemográfico e sobrecarga de cuidadores informais de pacientes assistidos em ambulatório de terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 2, p. 315-321, 2016.

BARROS, M. M.L. Memória e família. **Revista Estudos Históricos**, v. 2, n. 3, p. 29-42, 1989.

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista brasileira geriatria e gerontologia**, v.17, n.2, p. 339-352, 2014.

BERGER, I.; POUIRIER, D. **Pessoas idosas:** um abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BIOLO, H. F.; PORTELLA, M. R. Vivencia do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia de saúde da família de Passo Fundo. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 15, n. 2, p.177-195, 2010.

BOBBIO, N. **O tempo da memória:** de senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do homem – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. Cuidar da vida e da criação. In: BEOZZO, J. O. (Org.). **Saúde: cuidar da vida e da integridade da criação**. São Paulo: CESEP, 2002.

BOHM, V. **História de vida de cuidadores idosos**. 73f. Dissertação (Mestrado em Psicologia social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia social e Institucional pela UFRGS. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 5. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

BOSI, E. **Tempo Vivo da Memória: ensaios de psicologia social**. 3. Ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2013.

BORGES, C. J. **Estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos: pesquisa participante baseada na comunidade**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFG, Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2017.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. H. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J. C., ANDRADE-BORGES, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BONARDI, C. Représentations sociales et mémoire: de la dynamique aux structures premières. *Connexion*, Paris, n.80, p.43-57, 2003. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-connexions-2003-2-page-43.htm>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050: revisão 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2018.

_____. **Guia prático do cuidador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

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

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações

Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:< <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades. Panorama**. Vitória da Conquista. 2018. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRONDANI, C. M., et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.3, p.504-10, 2010.

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

CAIXETA, J. E. **Guardiães da memória**: tecendo significações de si, suas fotografias e seus objetos. 224f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Brasília: Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

CALDAS, C. P. **O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência**. 74f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

CAMACHO, A. C. L. F., et al. Estratégias de suporte para prevenção de doença do cuidador familiar. **Revista de enfermagem UFPE**, v.6, n.9, p.2258-2265, 2012.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

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

CAMPOS, M.; SARAIVA, L. A. S. O trabalho, suas representações e sentidos: da demissão à recontração de trabalhadores. **Revista Economia & Gestão**, v. 14, n. 36, p. 31-56, 2014.

CARDOSO, C. C. L.; ROSALINI, M. H. P.; PEREIRA, M. T. M. A. O Cuidar na Concepção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **Serviço Social em Revista**, v. 13, n.1, p. 24-42, 2010.

CARNEIRO, V. L.; FRANÇA, L. H. F. P. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n. 4, p. 647-662, 2011.

CARTAXO, H. G. O., et al. Quando o cuidar dói: desvelando sentimentos de um ser que cuida. **Revista de enfermagem UFPE**, v.6, n.1, p. 89-96, 2012.

CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 1997.

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

CASTRO, K. C. M.; GUERRA, R. O. Impacto do desempenho cognitivo na capacidade funcional de uma população idosa em Natal, Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v.66, n.44, p.809-13, 2008.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLIN, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, p. 254-271, 2004.

CAVALCANTE, F. C. G., et al. Cuidadores de idosos portadores do Mal de Alzheimer. **REBES**, v.5, n.3, p.23-8, 2015.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n. 1, p 81-91, 2010.

CORDEIRO, M. H.; DONADUZZI, A.; SCHLINDWEIN, S. M. Psicologia e educação: Representação social do bom aluno: implicações éticas na educação. In: PLONER, K. S., et al. (Orgs). **Ética e paradigmas na psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 152-162.

DANTAS, M., et al. Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.28, n.3, p.411-7, 2015.

DA SILVA, A. L. Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. **Saúde Coletiva**, v.2, n.7, p.71, 2005.

DELGADO, J. A. **Memórias de velhos trabalhadores aposentados**: estudo sobre geração, identidade e cultura. 266f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço social pela UFRJ, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

DIAS, C. A. R. **A família na formação da identidade**: orientações de futuro. 248 f. Tese (Doutorado em Psicologia) –Ciências sociais e humanas, Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2012.

DIOGO, M. J. D' E.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FALCÃO, D. V. S. **Doença de Alzheimer**: um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da UNB, Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

FALEIROS, V. P. Desafio de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **Revista Katálysis**, v. 16, n. esp. p. 83-91, 2013.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. The development of public policies for elderly care in Brazil. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.46, n.6, p.1494-502, 2012.

FERRARINI, P. P. F. L.; MAGALHÃES, L. D. R. Entre a escola, o trabalho e a vida: memória e representações sociais de mulheres rurais sobre a infância. **Revista espaço acadêmico**, n.152, p.77-85, 2014.

FERREIRA, M. L. M. Memória e velhice: do lugar da lembrança. In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou Terceira idade?**. FGV: Rio de Janeiro/RJ, 1998.

FLORIANO, L. A., et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.

FRANK, S., et al. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idosos na saúde comunitária. **Estud. Interdiscip. Envelhec.** v.11, n.1, p.123-34, 2007.

FREITAS, R. C. S. Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade – algumas reflexões a partir do caso de Acari. **Revista Serviço Social & Sociedade**, v.23, n.71, p.80-101, 2002.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer Associado à Resiliência. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.1, p.150-7, 2012.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 57, n. 2, p. 427-434, 1999.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Trad. Sandra Regina Nertz. 4. ed. Porto Alegre: Artmes, 2005.

GONÇALVES, A. M., et al. Cuidadora domiciliar: por que cuida? **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n.4, p.315-20, 2005.

GONÇALVES, A. A família conta: ilustrações a partir do fado. **Sociologia**, s/v, n. temático, p. 94-110, 2016.

GRATÃO, A. C. M., et al. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.

GUEDES, S. I. C. M. Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2011.

HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Rubí; Concepción; Caracas: Anthropos; Universidad de Concepción; Universidad Central de Venezuela, 2004.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

HEDLER, H. C., et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, p. 143-153, 2016.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI I. A.; CASARA, M. B. O asilamento sob o olhar de história de vida. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: EducS, 2004.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, v.6, n.3, p.413-21, 2009.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v.27 n.1, p.165-80, 2012.

LEFEVRE, F., LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo, a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2 ed., Brasília: Liber Livro, 2012.

LIBERATO, E. M.; SANTOS, D. M. S; COSTA, L. C. Convivência familiar na velhice. **Rev. UniVap**, v.15, n.27, p. 124-7, 2008.

LIMA, P. V. **Envelhecer com dependência funcional: memória de idosos longevos**. 116 f. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pela UESB, Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2016.

LOPES, E. V.; SÁ, R. A. Memória Familiar. In: VANANCIO, B. P.; ALVARENGA, M. C. V.B.H. (Orgs.). **Oficinas de memória: teoria e prática**. Editora da UFF: Niterói/RJ, 2010.

LOPES, M.J.; MENDES, F.R.P.; SILVA, A.O. **Envelhecimento: estudo e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 353-363, 2011.

MAGALHÃES, M. S. S. P. **A vivência do cuidador idoso no cuidado domiciliar a pessoa idosa em palição**. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFBA, Salvador: Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARINHO, M. S. et al. Identidades de idosos longevos: significados atribuídos a ser velho. **Argumentum**, v. 8, n. 3, p. 146-158, 2016.

MARQUES, M. J. F.; TEIXEIRA, H. J. C.; SOUZA, D. C. D. B. N. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. **Trabalho, educação e saúde**, v. 10, n. 1, p. 147-159, 2012.

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

MARZARI, F.; GIRADON-PERLINI, N. M. O. Cuidar no domicílio: percepção de cuidadores familiares da área rural. **REME – Rev. Min. Enf**, v.9, n.4, p. 322-28, 2005.

MASCARENHAS, S. H. Z.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.45-54, 2009.

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

MAZZA, M. P.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Humano**, v.15, n.1, p.1-10, 2005.

MEIRA, E. C. **O sentido da memória de mulheres cuidadoras de idosos e idosas dependentes: identidade de gênero e orientação para o cuidado**. 168f. Tese (Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pela UESB, Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. 167f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela PUC-SP, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.3, p.421-8, 2015.

MONTEZUMA, C.A.; FREITAS, M.C.; MONTEIRO, A.R.M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 395–404, 2008.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v.3, p.126-31, 2015.

MORIN, E. M. Os Sentidos do Trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, v.41, n. 3. p.8-19, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 4 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MOTTA, A. B. Reiventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, n.29, p.69-87, 1998.

NAIFF, L. A. M.; SÁ, C. P.; NAIFF, D. G. M. Preciso estudar para ser alguém: memória e representações sociais da educação escolar. **Paidéia**, v.18, n.39, p.125-38, 2008.

NERI, A. L. **E por falar em velhice**. Campinas: Papirus, 2005.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.

NERY, V. A. S. **Memórias coletivas de familiares cuidadores de idosos com dependência funcional**. 134f. Tese (Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e sociedade pela UESB, Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.

NEVES, D. R. et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR**, v. 16, n. 2, p.318-330, 2018.

OCHOA, M. M.; ARGUETA, R. A.; MUÑOZ, E. S. **Historia y memoria: Perspectivas teóricas y metodológicas**. Costa Rica: FLACSO, 2005.

OLAI, L.; BORGQUIST, L.; SVÄRDSUDD K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. **Uppsala J Med Sci.**, v.120, n.4, p.290-8, 2015.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.1, p.129-137, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS: **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORLANDI, A. A. S., et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v.21, n.1, p.1-8, 2017.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista brasileira enfermagem**, v. 65, n.5, p. 730-736, 2012.

POLARO, S. H. I., et al. Dinamica da familia no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.2, p. 228-233, 2013.

POUPART, J. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300-08, 1993.

RAMOS, J. L.C. **Ritual do cuidar de idosos com demência de Alzheimer: História Oral de Vida de Cuidadores Familiares**. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFBA, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011.

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.17, n.3, p.28-41, 2015.

REIS, R. D., et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface**, v.21, n.62, p.641-50, 2017.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal: Universidade do Porto, 2009.

RICE, R. **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários**. Loures: Lusociência, 2004.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.6, p. 801-8, 2008.

ROUSSO, H. A memória não é mais o que era. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Orgs.). **Usos e abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2013.

ROSSI, M. J. S. O curar e o cuidar. A história de uma relação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.44, n.1, p. 16-21, 1991.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1998.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In. SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense. 2004.

_____. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicol. Reflex. Crit**, v.2, n.2, p.290-95, 2007.

SALES, I. S. F. **Envelhecer no recôncavo**: o papel da família e seus desdobramentos sociais na vida dos idosos institucionalizados. 94f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais pela UFRB, Cachoeira: Universidade Federal do Recôncavo Baiano, 2016.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v. 4, p.7-19, 2002.

SANTOS, D. V.; MOREIRA, M. A. A.; CERVENY, C. Velhice: considerações sobre o envelhecimento: imagens no espelho. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 48, p. 80- 94, 2014.

SANTOS, S. M. A. **O cuidador familiar de idosos com demências**: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira. 231f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia pela Unicamp, Campinas: Universidade Estadual de Caminas, 2003.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v.10, n.60, p.47-53, 2013.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: the caretaker's perception. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.5, p.1141-7, 2012.

SÃO JOSÉ, J. Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, n. temático, p. 123-150, 2012.

SARAIVA, D. M. F. **O olhar dos e pelos cuidadores**: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. 135f. Dissertação (Mestrado em Intervenção Social) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação pela Universidade de Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra, 2011.

SÊGA, R. O Conceito de Representação Social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História**, v.8, n.13, p. 128-133, 2000.

SENNET, R. **Respeito**: a formação do carácter em um mundo desigual. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SILVA, M. R. S.; LUNARDI, V. L. A concepção de família como unidade complexa. **Fam. Saúde Desenv.**, v.8, n.1, p.64-72, 2006.

SILVA, A. L.; FREITAS, E. F.; Para além dos critérios econômicos do trabalho de baixa renda no Brasil. **O&S**, v. 23, n. 76, p. 37-56, 2016.

SILVA, V. A. **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em unidade de terapia intensiva**. 354f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFBA, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2017. .

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, p.263-7, 2007.

SOUZA, L. R., et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p. 140-149, 2015.

TESTON, E. F., et al. A vivência de doentes crônicos e familiares frente a necessidade de cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n. 1, p. 131-138, 2013.

TOLTECA. **DSCSOFT**. Disponível em: < <http://www.tolteca.com.br/dscsoft20.aspx>>. Acesso em: 06 jun. 2018. .

TOMOMITSU, M. R. S; PERRACINI, M. R., NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não-cuidadores. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.8, p.3429-40, 2014.

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

TRELHA, C. S., et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p.20-7, 2006.

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

VALENTIM, M. L. P. (Org.). Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação. São Paulo: Polis, 2005.

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

VIEIRA, C. P. B., et al. Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas institucionalizadas, **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.3, p. 348-355. 2011.

VILAS BOAS, L. F. A representação social do trabalho sob a perspectiva de trabalhadores do corte de cana. **Revista Labor**, v. 1, n. 17, p. 92-109, 2017.

VILELA, A. B. A; MEIRA E. C.; SOUZA A.S. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado no contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VITÓRIA DA CONQUISTA. **Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação –PAMDIL**. 2014. Disponível em: < <http://www.pmvc.ba.gov.br/programa-municipal-leva-assistencia-medica-domiciliar-aos-idosos-com-limitacoes/>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar.** A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V. R. As relações de cuidado; O cuidado com o meio que nos cerca. In: WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WILLIG, M. H. **As histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade:** o elo entre o passado e o presente. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFPR, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

ZAMBERLAN, C. O. **Os novos paradigmas da família contemporânea:** Uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ZONABEND, F. A memória familiar: do individual ao coletivo. **Sociologia: Problemas e práticas**, n.9, p.179-90, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIOBIODEMOGRÁFICO

Data ____/____/____

NOME DO ENTREVISTADO _____

ENDEREÇO _____

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **GÊNERO:** M () F ()

2. **IDADE:** _____

3. **ESTADO CIVIL:** () separado () união estável () Solteiro () Viúvo () Não sabe/não respondeu

4. **FILHOS:** () Não () Sim. Quantos _____

5. **ESCOLARIDADE:** Anos de estudo: _____

6. **PROFISSÃO:** _____

7. **TIPO DE RENDA:** Valor individual: _____ Valor Familiar: _____

Fonte: () Aposentadoria () Pensão () Aposentadoria e pensão () Outros especifique

8. **RELIGIÃO:** () Católico () Evangélico () Espírita () Outra: _____

9. **TIPO DE PARENTESCO COM A PESSOA IDOSA CUIDADA:**

10. **APOIO DE OUTRAS PESSOAS PARA O CUIDADO** () Não () Sim. Quem:

11. **PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO E AS RELAÇÕES DE PARENTESCO**

B. SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. **Possui alguma doença, problema de saúde?** () Não () Sim

Quais: _____

Há quanto tempo? _____

2. **Presença de sequelas?** () Não Sim ()

Quais: _____

3. **Faz tratamento?** () Não () Sim

Quais: _____

4. **Faz uso de medicação controlada?** () Não () Sim

Com prescrição médica? () Sim () Não

Quais: _____

APÊNDICE B**ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE**

Data ____/____/____

NOME DO ENTREVISTADO _____

ENDEREÇO _____

- 1. Me conte um pouco sobre sua vida. Como era antes de cuidar dele(a)?**

- 2. Para o senhor(a) o que significa cuidar de um ente familiar idoso?**

- 3. O que mudou na sua vida depois que o (a) senhor (a) assumiu os cuidados com seu ente familiar?**

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE Resolução nº 466/12, segundo o Conselho Nacional de Saúde

Prezado (a) Senhor (a), eu Maykon dos Santos Marinho, juntamente com com a professora Dr^a Luciana Araújo dos Reis, estou realizando o estudo sobre **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO.**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Para participar deste estudo o 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 senhor. 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 a 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: analisar a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes nos níveis primário (Estratégia de Saúde da Família-ESF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA). Específicos: Caracterizar os cuidadores de idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS; Caracterizar os idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS e aspectos clínicos; Identificar os aspectos relevantes da literatura científica contemplados em protocolo para assistência a idosos com dependência funcional; Caracterizar a qualidade de vida mensurada pelo SF-36 dos cuidadores e dos idosos dependentes; Verificar a existência de associação entre os aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS dos cuidadores na qualidade de vida dos idosos dependentes; Desenvolver um protocolo direcionado ao cuidado ao idoso com dependência funcional; Verificar a validade do constructo junto a especialistas; Investigar a validade clínica do protocolo proposto em idosos com dependência funcional; Implementar o protocolo validado pelos especialistas na atenção básica e alta complexidade; Avaliar o protocolo nos serviços de saúde na atenção básica e alta complexidade.

RISCOS: Por se tratar de um estudo de intervenção com no qual haverá contato permanente com os participantes do estudo, os idosos e cuidadores podem se sentir constrangidos com a realização de alguma atividade ou questionamento, neste caso será dado a opção ao idoso ou cuidador de não responder a questão e não realizar a atividade.

BENEFÍCIOS: O benefício do presente estudo diz respeito a elaboração de um protocolo de cuidado ao idoso permanente que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos idosos dependentes e seus cuidadores.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

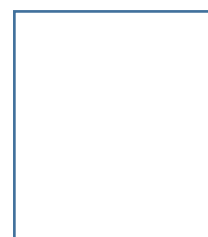
Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO**, e fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora **Luciana Araújo dos Reis** 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 analisado a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes nos níveis primário (Estratégia de Saúde da Família-ESF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA).

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista e da participação na prática do treino sensorio-motor no período de 6 meses. 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 científica 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 **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO**, 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

Luciana Araújo dos Reis
TEL.73-99142-7894
E-MAIL: lucianauesb@yahoo.com.br

Maykon dos Santos Marinho
TEL.77-9105-8526
E-MAIL: mayckon_ufba@hotmail.com

APÊNDICE D

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS PESSOAS IDOSAS CUIDADORAS

C1 – Sexo feminino; 61 anos. É casada; tem 2 filhos. É católica, possui ensino fundamental completo. Não é aposentada. C1 reside com o marido, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidadora do seu marido de 95 anos, que tem diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC. Exerce, o papel de cuidadora do marido há 14 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado e não tem quem a auxilie. C1 nasceu no distrito de Cassilândia no município de Itambé – BA. Morava na roça, longe do comércio e da escola, para chegar na escola ela conta que ia montada em um jegue, e pelo fato da escola ser muito longe ela estudou até a terceira série do ensino fundamental. O pai possuía terras, e os filhos ajudavam no cultivo da terra. C1 teve 13 irmãos, sendo que 4 já faleceram. C1 e os irmãos precisavam ajudar os pais no cultivo da terra, ajudando na plantação e colheita de feijão, arroz, mandioca. A mãe era farinha, fazia farinha para o marido vender na feira e ajudar nas despesas da casa. Aos 16 anos C1 se mudou para Vitória da Conquista – BA, casou no ano seguinte aos 17 anos de idade com um jovem rapaz que conheceu em Vitória da conquista –BA, teve dois filhos, mas o casamento durou poucos anos. O marido de C1 bebia muito, quando chegava bêbado em casa a espancava, deixando ela e os filhos trancados dentro de casa passando fome. O marido chegou a ameaça-la de morte colocando uma faca em seu pescoço na frente das crianças. Para C1 esse foi um dos momentos mais traumáticos de sua vida pois ela pensou que ia morrer, de olhos fechados, ela orava em silêncio pedindo a Deus para salvar a sua vida e a vida dos filhos. Comovido com o choro das crianças o marido então desistiu de cometer o ato. Depois desse fato, não aguentando mais tanto sofrimento fugiu de casa levando os seus dois filhos consigo. C1 conta que pedia a Deus para colocar uma pessoa em seu caminho, que não fosse da mesma idade dela, que fosse uma pessoa mais velha e que tivesse responsabilidade, que ajudasse-a a cuidar dos seus filhos. Depois de um certo tempo, conheceu um homem 34 anos mais velhos que ela. Ela se apaixonou e foi morar com ele. Estão juntos há 32 anos, e se sente muito feliz, pois ele é uma pessoa que ela gosta muito, foi uma pessoa muito boa para ela. Ela não teve filhos com ele. Ele tem 8 filhos, um já falecido, porém depois que passaram amarar juntos, nenhum dos filhos quiseram mais saber do pai. Desse modo, C1 é a única pessoa com quem ele pode contar. Mesmo diante das dificuldades financeiras e da sobrecarga da tarefa de cuidar, C1 cuida do marido com muito amor e

dedicação, se sente feliz, gosta da casa onde mora, que embora seja da irmã do marido, é o lugar que ela se sente bem.

C2 – Sexo feminino; 76 anos. É casada, tem 4 filhos, católica, possui ensino fundamental incompleto, atualmente é aposentada. C2 reside com o marido, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidadora de seu marido de 76 anos com diagnóstico de paraplegia a aproximadamente 40 anos. Exerce, então, o papel de cuidadora do marido há 40 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado e não tem quem a auxilie. C2 nasceu em Vitória da Conquista – BA. Os pais tiveram cinco filhos, três mulheres e dois homens, teve uma infância difícil, de família com poucas condições financeiras. O pai era encanador e a mãe trabalhava lavando roupa em casa da família. Não teve tempo para se dedicar aos estudos pois precisava ajudar os pais. Com dez anos já trabalhava em casa de família, longe do lugar onde morava, tomando conta de crianças. Na adolescência passou a trabalhar de empregada doméstica. Casou aos vinte e nove anos, afirmando que casou muito tarde. Teve 5 filhos. O marido de C2 era motorista de ônibus intermunicipal. Pouco tempo depois do casamento o marido teve um sério problema nos joelhos causado pelos movimentos repetitivos do trabalho de motorista, restringindo os movimentos do joelho. No início foi muito difícil, pois as crianças eram todas pequenas, e o marido precisou fazer alguns tratamentos em Belo Horizonte e São Paulo, sempre acompanhando ele, ela tinha que deixar as crianças com alguém, levando apenas um. Depois da doença do marido ela teve que trabalhar para sustentar a família. Sente-se orgulha de ter cuidado do marido e criado os cinco filhos. Quatro filhos concluíram o ensino superior, três fizeram pedagogia, e o mais novo está terminando o curso de medicina na Bolívia. Hoje estando na terceira idade, e mesmo exercendo a tarefa de cuidar C2 se sente melhor do que antes, pois suas preocupações diminuíram.

C3 – Sexo feminino; 60 anos. É viúva. Tem duas filhas. É espírita, tem ensino superior completo. Atualmente é aposentada. C3 reside com a mãe e uma filha, sendo a renda mensal da família de 3 salários mínimos. C3 tem Artrite reumatoide. É cuidadora da sua mãe de 85 anos, que tem diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC há aproximadamente 6 anos. Portanto, exerce o papel de cuidadora do idoso há 6 anos e dispõe de 24 horas do dia para o cuidado com a mãe. Não possui apoio de outras pessoas para a tarefa de cuidar. C3 nasceu no sul da Bahia, depois se mudou para Vitória da Conquista, em seguida foi morar em Brasília.

Se casou aos 17 anos, fez supletivo, atuou como professora de educação infantil dando aulas na fazenda, foi ela mesma que alfabetizou as suas filhas. Cansada da vida na fazenda se mudou para Brasília teve a oportunidade de trabalhar conseguir um novo emprego, desta vez por contrato. Hoje ela se sente uma pessoa vitoriosa, fala com orgulho que suas filhas são formada e bem sucedidas, uma é professora em Brasília e a outra é advogada em São Paulo.

C4 – Sexo feminino; 66 anos. É casada. É evangélica, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, era comerciante, trabalhava no mercadinho do marido, atualmente é aposentada. C4 reside com o marido e um filho, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos, pois atualmente o filho está desempregado. C4 tem dor de coluna há aproximadamente 2 anos. É cuidadora do seu marido de 79 anos, que tem diagnóstico de AVC, e perda de visão decorrente de complicações da diabete há aproximadamente 4 anos. Tem 7 filhos, sendo 4 mulheres e 3 homens, 6 são casados, apenas 1 é solteiro e mora com o casal, dos sete filhos 3 moram em Vitória da conquista e 4 moram na cidade de São Paulo. Exerce o papel de cuidadora do idoso há 6 anos antes do marido sofreu o AVC. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado do marido. Não possui apoio de outras pessoas para a tarefa do cuidar. C4 nasceu em 1951, na zona rural do município de Itapetinga na Bahia. Os pais eram lavradores, tiveram 7 filhos: 4 mulheres e 3 homens. Quando tinha 9 anos a mãe faleceu. Sua irmã mais velha passou a cuidar dela e dos outros irmãos mais novos. Com a morte da mãe (desconhece a causa), passou a acompanhar o pai na roça, limpando e colhendo o que produziam. Quando completou 12 anos a irmã mais velha se casou, passando a tarefa de cuidar dos irmãos para ela. Estudou até a 5ª série do ensino fundamental, aprendeu a fazer continhas, somar e diminuir. Parou por aí, pois precisava ajudar o pai na roça e depois cuidar dos irmãos. Casou aos 18 anos. Teve 7 filhos, todos criados, estudados e na sua maioria casados. O marido teve AVC e perda da visão decorrente de complicações da diabetes há aproximadamente 4 anos, e necessita de auxílio para a realização das atividades básicas. Embora a cuidadora admita que o ato de cuidar seja uma tarefa difícil e que não tem mais tempo para ir para a igreja, ela afirma ser feliz, e considera que hoje está vivendo um bom momento da sua vida, pois a vida é melhor, as coisas são mais fáceis, e com o passar do tempo as suas responsabilidades foram diminuindo, estando hoje mais sossegada.

C5 – Sexo masculino; 60 anos. É solteiro. Não tem filhos. É católico, possui o ensino fundamental completo. Atualmente não é aposentado, trabalha como autônomo em uma

oficina de automóveis. C5 reside com a mãe e mais dois irmãos, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Não tem problemas de saúde. É cuidador da sua mãe de 87 anos diagnosticada com Parkinson há aproximadamente 15 anos. Exerce, o papel de cuidador há 5 anos, depois que o quadro clínico da mãe se agravou. Dispõe de 12 horas do dia para o cuidado. Recebe a ajuda de dois irmãos. C5 nasceu em Vitória da Conquista – BA. Teve uma infância boa, estudei até a segunda série do segundo grau. Teve 3 irmãos, e sempre teve um bom relacionamento com a família. C5 tem uma grande admiração pelo pai que faleceu em 2013 de AVC, recorda que quando era criança andava com as mãos dentro do bolso da calça do pai, sempre acompanha o pai nas viagens para Bom Jesus da Lapa e Salvador. Com 17 anos de idade começou a trabalhar em uma empresa de construção civil como ajudante de pedreiro, também foi encanador, pintor e atualmente trabalha como montador de automóveis. C5 divide as tarefas do cuidado com mais dois irmãos. E muitas coisas que ele aprendeu sobre o cuidado foi lendo livros de primeiros socorros.

C6 – Sexo feminino; 64 anos. É divorciada. Tem uma filha. É evangélica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente não se encontrada aposentada. Reside com a mãe, sendo a renda mensal da casa de 1 salário mínimo. Tem bursite e diabetes. É cuidadora de sua mãe de 97 anos diagnosticada com câncer no endométrio. A mãe já sofreu um AVC e dois infartos, ficando totalmente dependente há aproximadamente 5 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e tem o auxílio da filha que mora no andar de cima da casa, porém a ajuda é muito pouca pois a família precisa cuidar da família, trabalha e estudar, apenas quando ela está de folga, ela ajuda C6 nos cuidados. C6 nasceu na cidade de Nova Canaã no interior da Bahia, seus pais eram lavradores, trabalhavam na roça de mandioca e feijão. Os pais tiveram 13 filhos, sendo 1 já falecido. C6 desde de criança ajudava os pais na roça e a cuidar dos irmãos mais novos. Ao 9 anos de idade sua mãe a mandou para a cidade de Vitória da conquista para morar com irmã mais velha. C6 começou a estudar e no período que não estava na escola ela cuidava dos filhos da irmã que trabalhava na feira. Devido as dificuldades financeiras da família, C6 saiu da escola e passou a trabalhar como doméstica para ajudar a família. Aos 23 anos se casou, porém o casamento não durou muito tempo, vindo a divorciar-se 3 anos após o casamento. Teve apenas uma filha, que reside no andar de cima de sua casa. Embora C6 seja uma cuidadora muito dedicada, e realiza os cuidados com muito amor e paciência, ela sente falta de visitar a igreja que ela frequentava. Enfrenta dificuldades financeiras, e devido a conflitos familiares ela não recebe ajuda de nenhum dos 11 irmãos,

vivendo apenas com a aposentadoria da mãe que é um salário mínimo. C6 se queixa da falta de apoio dos irmãos, para ela ajuda deles seria bem-vinda, pois além das dificuldades financeiras, ela se sente muito cansada em cuidar da sua mãe sozinha.

C7 – Sexo feminino; 66 anos. É casada. Tem 4 filhos. É católica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente não está aposentada. Reside com o marido, a comadre, uma filha e um neto, sendo a renda mensal do domicílio de 3 salários mínimos. C7 tem hipertensão e depressão. É cuidadora de sua irmã de 67 anos, diagnosticada com câncer de útero há aproximadamente 2 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e não conta com o auxílio de nenhuma pessoa para o cuidado, tendo que prestar os cuidados sozinha. C7 nasceu na cidade de Vitória da Conquista, teve 11 irmãos, embora os pais fossem bastante rígidos principalmente o pai, ela teve uma boa relação com os pais, e considera que a pessoa que ela se tornou deve-se a educação rígida que ela recebeu. C7 era uma criança muito danada, não gostava de estudar e apanhou mais que os irmãos. Mas também sempre gostou de trabalhar, já trabalhou como doméstica, como cantineira de uma escola, em tipografia, em fábrica de macarrão e de bebida, porém por não ter carteira assinada, ela ainda não conseguiu se aposentar. Teve 4 filhos, que para ela são bênçãos de Deus. Há aproximadamente 2 anos C7 perdeu 2 entes familiares no mesmo ano (a mãe e um irmão) que a deixou depressiva. No mesmo ano sua comadre descobriu que estava com câncer de útero, então ela assumiu o papel de cuidadora da comadre. C7 considera a comadre como uma irmã. Ela conta que antes de casar a comadre morava com a sogra, quando se casou ficaram amigas. Depois que a sogra faleceu a comadre não tinha família e lugar para onde ir, então ela convidou para vim morar na casa com ela e com os filhos. Ela tinha um filho com transtornos mentais, e como não sabia lidar com a situação a comadre a ajudou a cuidar do filho. Então agora ela está cuidando da comadre como uma forma de retribuir tudo o que a comadre fez por ela e pelo filho.

C8 – Sexo feminino; 72 anos. É casada. É evangélica. Tem ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside com o esposo, sendo a renda mensal da família de 2 salários mínimos. Tem diabetes. É cuidadora do marido de 73 anos, com diagnóstico de AVC há aproximadamente 14 anos. Dispõe de 24 horas dos dia para o cuidado, e não tem nenhum apoio para o cuidado. C8 nasceu no município de Milagres, e se mudou para Vitória da Conquista – BA aos 15 anos de idade. Teve 12 irmãos, sendo 10 homens e 2 mulheres. C8 lembra que teve uma infância boa, para ela na sua época a infância era uma fase de inocência,

de brincar de boneca, brincadeiras saudáveis, hoje não, hoje a infância está atrelada ao uso das tecnologias, as crianças não largam o celular, o computador, coisas que ninguém nunca viu no seu tempo. Seus pais eram lavradores, gostavam muito de roça e desde pequena ela ia para a roça para ajudar eles, desde de pequena ela já pegava na inchada. Se casou aos 21 anos de idade, e teve dez filhos, sendo oito mulheres e dois homens, tem dezesseis netos. Depois que os filhos já estavam todos criados, C8 se mudou para a São Paulo, morou lá durante 21 anos, e já faz 1 ano que ela voltou, o motivo do retorno foi o marido que não gostava de São Paulo.

C9 – Sexo feminino; 63 anos. É divorciada. Tem 2 filhos. Não tem religião. Possui o ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside com a mãe, uma filha e três netos, sendo a renda mensal da família de 3 salários mínimos. Tem hipertensão, diabetes. É cuidadora da sua irmã de 97 anos com diagnóstico de AVC há aproximadamente 18 anos. C9 dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, a filha que está desempregada a auxilia, ajudando nas tarefas domésticas, no banho, e olhando a idosa quando C9 precisa sair. C9 nasceu em Vitória da Conquista – BA. Teve 9 irmãos. Teve uma infância boa, gostava de brincar de capoeira. Mas desde de criança já ajudava a mãe nas tarefas domésticas. Com 18 anos começou a trabalhar, tinha dois empregos, trabalhava durante o dia e a noite. Se casou aos 23 anos, teve dois filhos, 5 anos depois do casamento se divorciou. A mãe a ajudou a criar os filhos. Fez curso de auxiliar de enfermagem, e trabalhou em diversos hospitais da cidade. Com 42 anos se mudou para a cidade de São Paulo, ficou morando lá durante 5 anos. A mãe sofreu um AVC e então precisou retornar para cuidar da mãe. Há aproximadamente 18 anos ela assumiu o papel de cuidadora. Ela é muito grata a mãe por tudo que ela fez por ela e pelos filhos que precisou criar sozinha, sendo assim ela percebe o cuidado como uma forma de retribuir tudo o que a mãe fez por ela e pelos filhos.

C10– Sexo feminino; 70 anos. É divorciada, evangélica, analfabeta. Atualmente tem 6 filhos. Teve 4 filhos biológicos, criou 6 filhos do marido, 4 já são falecidos. Encontra-se aposentada no momento, sendo a renda familiar de 2 salários mínimos. C10 reside com a irmã. Os 6 filhos moram em São Paulo. É diabética e toma medicamento para o controle da diabetes há 34 anos. É cuidadora da sua irmã de 78 anos, com AVC diagnosticada há aproximadamente 4 anos. C10 exerce o papel de cuidadora da idosa há 8 anos quando a irmã sofreu o AVC. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado da irmã e não tem quem a auxilie. C10 nasceu no

dia 19 de julho de 1947 no distrito de José Gonçalves no município de Vitória da Conquista – BA. Os pais eram lavradores, tiveram 19 filhos. JC10 e os irmãos desde de criança ajudavam os pais na roça, nenhum dos filhos estudou pois não tinha tempo e porque os pais achavam que o estudo não era importante. C10 tem muitas lembranças dos pais, diz quem embora os pais não tenham incentivado os filhos para os estudos, eles foram muitos bons, ensinou os filhos a serem pessoas direita e trabalhadoras. Quando adolescente o pai vendeu a roça, e comprou uma pequena casa no bairro Guarani na cidade de Vitória da Conquista – BA. Depois de um certo tempo o pai faleceu de infarto. Quando C10 mudou para a cidade foi trabalhar em casa de família como empregada doméstica, três meses após a morte do pai ela foi morar com irmão em São Paulo para trabalhar como empregada doméstica. Ela viveu durante muitos anos lá, mas sempre retornava para visitar a mãe e os irmãos que ficaram na Bahia. Nessas idas e vindas de São Paulo para Vitória da conquista, ela conheceu um viúvo, pai de 6 filhos, casou e criou os filhos do marido. Além dos 6 filhos do marido que ajudou a criar, C10 teve dez filhos, quando ia para São Paulo ela deixava as crianças com a mãe para poder trabalhar. C10 criou os dezesseis filhos com muito amor e carinho, não fazendo distinção entre os filhos biológicos e de criação. Atualmente apenas seis filhos estão vivos, e todos moram em São Paulo. C10 cuidou de quatro irmãos e da mãe que que faleceu aos 114 anos de idade. Tem um bom relacionamento com a família. C10 diz que enfrenta muitas dificuldades financeiras, não recebe apoio de outras pessoas a não ser dos filhos que moram em são Paulo e sempre mandam algum dinheiro para contribuir nas despesas. Embora se sinta bem cuidando da irmã, se queixa do cansaço e do seu problema de saúde, ressaltando que não tem ninguém que a cuide.

C11 – Sexo feminino; 62 anos. É divorciada. Tem 3 filhos. É evangélica, possui ensino médio completo. Atualmente é aposentada, e trabalha com artesanatos. Reside como a mãe e o pai, sendo a renda mensal da casa de 4 salários mínimos. É cuidadora de seu pai de 83 anos diagnosticado com Alzheimer e Parkinson há aproximadamente 4 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e não tem quem auxilie nos cuidados. C11 nasceu em Iguá – BA. O pai era fazendeiro, tinha algumas propriedades. Teve uma infância alegre, sempre passava as férias na fazenda do avô. Desde de criança já era apaixonada pela natureza, pelos animais e pelo ser humano. Quando tinha 13 anos o primo que era médico colocou um casa de saúde que era vizinha da sua casa, quando chegava pacientes C11 corria para ajudar, fazia a assepsia e ajuda os profissionais de saúde no atendimentos aos pacientes. C11 ficou maravilhada

quando assistiu o primeiro parto, aquele dia ela viu como a mulher é um ser forte. Na adolescência os pais se mudaram para Itapetinga. Passaram um tempo em Itapetinga, mas depois se mudaram para Vitória da Conquista –BA, onde concluiu o ensino médio. Depois que concluiu o ensino médio se mudou para Salvador. Lá foi aprovada no concurso público da COPEVE para trabalhar no setor jurídico de um polo petroquímico. Conheceu um rapaz, casou e teve três filhos, hoje os três são casados e C11 tem três netos. C11 teve um casamento razoavelmente feliz, pois sempre existia choque de opiniões com o marido, com isso o casamento foi se desgastando, então resolveram optar pelo divórcio. C11 conta que se separou para cuidar do pai, pois o ex marido não entendia que o pai necessitava de um cuidado integral. Assim, diante da situação de saúde do pai, optou por se separar para cuidar dele. De acordo com C11, ela nasceu para servir, ela gosta e se realiza quando ela pode ajudar alguém. Ela se sente abençoada. E depois da doença do pai, ela percebeu que é preciso dá valor a cada segundo da vida, a experiência de cuidar do pai está sendo uma lição de vida que não tem dinheiro que pague, pois ela está vendo a vida sob outra ótica.

C12 – Sexo feminino; 66 anos. É Casada. Tem 2 filhos. É católica. Possui o ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada, mas trabalha como vendedora na feira para ajudar no orçamento familiar. Ágata divide a casa com o companheiro, com a irmã e uma cunhada, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem hipertensão, diabetes e labirintite. É cuidadora da sua irmã de 68 anos com diagnóstico de ferida crônica, mas é cuidadora da irmã há aproximadamente 15 anos. C12 dispõe de 12 horas do dia para o cuidado, a cunhada a auxilia, olhando a idosa quando C12 está trabalhando na feira. C12 nasceu no distrito de Iguá em Vitória da Conquista - BA. Nasceu de parto prematuro, foi um parto difícil, sua mãe faleceu aos 31 anos após complicações no parto. C12 teve três irmãs. O pai trabalhava na roça. Um ano e meio após a morte da mãe, o pai se casou novamente. C12 a considerava como mãe, pois era uma pessoa maravilhosa e à criou com muito carinho e amor. C12 teve uma infância difícil, sua família tinha baixo poder aquisitivo, passou muitas necessidades, frequentou pouco a escola, pois naquela época era muito difícil estudar, não tinha escola próxima de sua casa, além disso, ela precisava ajudar o pai na roça e a mãe em casa. Quanto tinha uns oito anos, o pai decidiu abandonar o trabalho na roça e mudou-se com toda a família para a zona urbana de Vitória da conquista em busca de oportunidade de emprego. Com a venda da sua pequena propriedade adquiriu uma pequena casa no bairro Brasil, na avenida Cuiabá. A situação financeira da família não mudou muito, o pai adoeceu,

ficou muitos meses debilitado em cima da cama, não sobreviveu e faleceu. C12 se casou ao 22 anos e teve dois filhos. Passou a morar próximo da casa da mãe. Duas irmãs foram morar na cidade de Salvador. Uma faleceu de infarto, a outra está com 70 anos e vive sozinha, e devido à dificuldade financeira e mobilidade prejudicada não pode vim visitar as irmãs em Vitória da Conquista. C12 sempre se preocupou com a família, mesmo casada continuava ajudando a mãe e a irmã. Levava pão, leite, comida, o que elas não tinha, C12 levava. A mãe faleceu aos 89 anos, enquanto dormia. A irmã de C12 passou a morar sozinha, ficou deprimida, entrou em depressão. Ela diz que a irmã tinha um temperamento muito difícil. Não casou e nem teve filhos. E Desde a morte da mãe, C12 assumiu o papel de cuidadora da irmã, todos os dias ia visitar e levar comida. Em um certo dia, a irmã caiu do muro ao tentar pegar uma galinha que fugiu para a casa vizinha, o bloco caiu em cima da perna, causando um ferimento que não cicatrizou, prejudicando a mobilidade física da idosa. Sem condições de ficar sozinha C12 a trouxe para a sua casa, e já fazem 3 anos que ela passou a cuidar integralmente da irmã. Mesmo assumindo o papel de cuidadora da irmã, trabalhando na feira para ajudar na renda familiar. C12 enxerga sua vida melhor hoje, pois as coisas para ela nunca foram fáceis, ela sofreu muito, passou muitas necessidades, não teve infância, não teve adolescência, sua vida passou a melhorar depois que se casou e principalmente de uns 10 anos para cá quando os filhos tomaram seu destino.

C13 – Sexo feminino; 61 anos. É viúva. Tem 2 filhos. É católica, tem ensino fundamental completo, e ainda não é aposentada. Reside com a mãe, sendo a renda da família de 1 salário mínimo. Tem HA e diabetes. É cuidadora de as mãe de 91 anos com diagnóstico de AVC. Exerce o papel de cuidadora há aproximadamente 6 anos. Dispõe de 24 horas do dia para cuidar da mãe e não conta com nenhum apoio para realizar o cuidado. C13 nasceu em Vitória da Conquista – BA. Não teve uma infância boa, para ela infância é brincar, é estudar, no caso dela, ela afirma que não teve infância, pois com 8 anos estava vendendo frutas, verduras no ceasa, portanto a sua infância foi trabalhando. Aos 13 anos foi para São Paulo, voltou 2 anos depois para pedir autorização da mãe para casar. Casou e retornou novamente para São Paulo para trabalhar, e sua vida sempre foi assim, trabalhando.

C14 – Sexo feminino; 72 anos. É viúva. Tem 8 filhos. É católica, analfabeta, atualmente é aposentada. C14 reside com a mãe, um filho, uma nora e dois netos, sendo a renda mensal da casa de 4 salários mínimos. Tem hipertensão e sente dores de coluna decorrente das tarefas

domésticas e do próprio processo de cuidar. É cuidadora da sua mãe de 91 anos diagnosticada com AVC há aproximadamente 10 anos. Exerce, então, o papel de cuidadora da mãe há 10 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado. Recebe a ajuda da nora para dá banho e trocar as roupas de cama. C14 nasceu na zona rural de Vitória da Conquista – BA. Os pais eram lavradores, tiveram oito filhos: quatro mulheres e quatro homens. Durante a infância C14 trabalhou mais do que brincou. Nunca frequentou uma escola. Ainda criança ajudava os pais na plantação e colheita de milho, feijão, mandioca e café. Na adolescência passou a trabalhar como empregada doméstica em casa de família. Casou com 18 anos, teve 8 filhos. Logo após o nascimento do último filho, o marido a abandonou, deixando-a sozinha com os oito filhos para ela criar. Teve uma vida difícil, teve que trabalhar muito para conseguir criar os oito filhos. Aos 51 anos de idade, C14 arrumou um companheiro tendo um relacionamento de 20 anos. Ele adoeceu ela cuidou dele até o dia de sua morte em agosto de 2015. C14 tem um bom relacionamento com os familiares. Hoje ela se sente uma pessoa feliz, porque a família é unida. Em sua oração diária agradece a Deus, pois os filhos estão tudo criado e cada um tem as suas famílias.

C15 – Sexo feminino; 63 anos. É viúva. Tem 4 filhos. É católica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente encontra-se aposentada. Reside com a mãe e uma neta, sendo a renda mensal do domicílio de 2 salários mínimos. C15 tem problemas de coluna e faz tratamento para depressão. É cuidadora da sua mãe de 83 anos, diagnosticada com paralisia dos membros inferiores há aproximadamente 8 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e conta com o auxílio dos irmãos que moram em São Paulo, fazendo um revezamento entre os irmãos para cuidar de mãe, ficando uns tempos em São Paulo e outros em Vitória da Conquista. C15 nasceu na cidade de Caculé, teve oito irmãos. Aos 9 anos de idade mudaram para a cidade de Vitória da Conquista. Os pais compraram uma casa no bairro Brasil. C15 frequentou pouco a escola, estudou até a quarta série do ensino fundamental, se casou aos 17 anos de idade, e foi morar em uma casa próxima a casa da mãe, ao qual vive por mais de 40 anos. Teve 4 filhos, sendo 3 mulheres e 1 homem. Tem 7 netos. Depois que o marido perdeu emprego passou por momento de muita dificuldade financeira, passou fome, chegou até faltar água e farinha para comer, então ela se viu obrigada a procurar um emprego para sustentar a família. C15 lembra que já sofreu muito nessa vida e que como diz o ditado popular já comeu o pão que o diabo amassou. C15 já cuidava da mãe há aproximadamente 12 anos quando a mãe começou a apresentar problemas nas articulações, como a mãe morava próximo, ela ia todos os dias

cuidar da mãe, porém como o pai também ficou doente diagnosticado com Alzheimer, C15 resolveu trazer os pais para morar com ela, assim ela assumiu o papel de cuidadora do pai e da mãe há aproximadamente 8 anos. O pai faleceu há 6 anos. C15 afirma que embora a mãe reclame muito, ela sente prazer em cuidar da mãe, pois ela gosta de ajudar e cuidar, sendo assim ela se sente feliz em cuidar.

C16 - Sexo masculino; 93 anos. É casado. Teve 4 filhos, um faleceu há 10 anos. É católico, analfabeto. Aposentado. Reside com a esposa, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidador da esposa de 82 anos diagnosticada com AVC. Exerce o papel de cuidador da esposa há aproximadamente 15 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado e não tem quem a auxilie. C16 nasceu na pequena cidade de Condeúba, mas foi criado na cidade de Ribeirão do Largo. Teve 9 irmãos. Os pais eram lavradores, tinha uma pequena propriedade rural em Ribeirão do Largo. Começou a trabalhar com 8 anos de idade ajudando os pais na roça, serrando madeira, tirando leite de vaca, desde de criança acordava muito cedo, para trabalhar. Não frequentou a escola, pois naquela época não existia escola pública na região, então como a família tinha poucas condições financeiras os pais não tinha dinheiro para colocar os filhos na escola. Na adolescência C16 foi trabalhar nas fazendas tomando conta dos gados. Casou aos 18 anos de idade, e se mudou para Vitória da Conquista em busca de vida nova. Na cidade conseguiu emprego de pedreiro, ao que tornou-se sua profissão para o resto da vida. Teve 4 filhos, um faleceu há aproximadamente 10 anos, e os outros 3 moram na cidade de São Paulo. Aos 85 anos C16 realizou o sonho de assinar o seu próprio nome, ela se matriculou em curso para alfabetização para adultos, e aprendeu a escrever o seu nome, sendo este um motivo de muita felicidade para ele. Há 15 anos a esposa teve um AVC e desde de então ele assumiu o papel de cuidador.

C17 – Sexo feminino; 76 anos. É casada. Tem 10 filhos. É católica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside como marido, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidadora de seu marido de 83 anos diagnosticado com fratura do fêmur há aproximadamente 4 anos. Exerce, então, o papel de cuidadora do marido há 4 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, uma filha que mora no fundo da casa, quando está de folga do trabalho a auxilia nos cuidados. C17 nasceu na cidade de Salinas – MG. Depois os pais se mudaram para uma cidade próxima chamada Berizal –MG. C17 começou a trabalhar ainda criança, ajudando os pais na roça. Estudou

pouco porque ir para a escola era muito difícil naquela época, além de ter poucas escolas, quando tinha uma escola próximo da casa, não tinha professor. Então sem professor, a escola parou de funcionar e C17 parou de estudar. Retornou os estudos depois que se casou, mas por pouco tempo, pois não conseguiu conciliar os estudos, com o casamento, cuidado com os filhos e a casa. C17 teve 19 filhos, porém 9 faleceram ainda recém-nascido. O marido era encanador, ganhava pouco, C17 trabalhava em casa de família como empregada doméstica para ajudar na renda da casa. Criou os 10 filhos com muito sacrifício, passou muitas dificuldades, mas hoje agradece a Deus por ver seus filhos tudo criado, estudados, com suas profissões e famílias. Hoje mesmo assumindo o papel de cuidadora do marido, C17 acredita que sua vida melhorou, pois tem mais liberdade e porque as suas responsabilidades diminuíram, pois antes tinha muitas obrigações, como cuidar da família, da casa, trabalhar, portanto a vida hoje tem mais vantagens e ela está aproveitando agora.

C18– Sexo feminino; 79 anos. É viúva, não teve filhos. É evangélica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside com três irmãos, sendo a renda mensal da casa de 3 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidadora da sua irmã de 84 anos diagnosticada com AVC há aproximadamente 3 anos. Mas exerce, o papel de cuidadora da irmã há 10 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, uma irmã a auxilia nos cuidados. C18 nasceu em Amargosa – BA. Os pais eram lavradores, tiveram 8 filhos. C18 e os irmãos passaram parte da infância ajudando os pais na roça. C18 recorda de um período que passou morando na casa de um tia que não tinha filhos, ela ficou muito, adoeceu, quando os pais mandaram busca-la de volta, quando chegou em casa se sentiu no paraíso, pois a família era grande, e a irmã mais velha é muito engraçada e brincalhona, fazia muita graça e ninguém nunca ficava triste. Enfrentando as dificuldade de um longo período de seca e percebendo a necessidade de colocar os filhos na escola, o pai de C18 vendeu duas propriedades de terra e junto com a família se mudou para a cidade de Vitória da conquista – BA. Passaram a trabalhar no comércio. Comprou uma casa no bairro Brasil, já fazem 55 anos que a família mora na mesma casa, C18 a chama de “casa da família”. C18 não teve filhos, casou ao 51 anos de idade, o casamento durou 18 anos, quando o marido faleceu. O casamento lhe trouxe muito sofrimento, pois o marido era muito controlador. Hoje se sente muito bem, como ela mesma diz “no pedacinho do céu”, pois mesmo diante do problema de saúde irmã, e da sobrecarga do tarefa de cuidar, ela está sossegada, não tem preocupações, não precisa dá satisfação do que precisa fazer, para onde vai, então ela se sente muito bem.

C19 - Sexo feminino; 60 anos. É viúva. Tem 2 filhos. É evangélica, possui o ensino fundamental incompleto. É aposentada. Reside com a mãe e uma irmã, sendo a renda mensal da família é 3 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidadora da sua mãe de 83 anos diagnosticada com Alzheimer. Exerce o papel de cuidadora da mãe há aproximadamente 5 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado e não tem quem a auxilie. C19 nasceu em Vitória da Conquista – BA. Veio de uma família numerosa, teve 12 irmãos. O pai era marceneiro e a mãe era doméstica. Ainda criança os pais se mudaram para a cidade de Bom Jesus da Lapa. C19 desde de criança ajudava os pais na roça, os pais gostavam muito de roça. Durante a infância passou muitas necessidades financeiras. Aos 9 anos os pais retornaram para a cidade de vitória da conquista. C19 começou a estudar mas desistiu da escola, não por falta de incentivo dos pais, mas por falta de paciência para estudar. Com 13 anos começou a trabalhar na casa de pessoas conhecidas como doméstica. Casou aos 19 anos de idade. Teve duas filhas, as duas são casadas. C19 trabalhou durante muitos anos na cantina da escola Sacramentinas até se aposentar. Ficou viúva há aproximadamente 6 anos. Depois da viuvez decidiu morar com os pais para cuidar deles. O pai faleceu a cerca de 3 anos, ele foi atropelado em frente de casa quando retornava da padaria. Assim, hoje ela exerce o papel de cuidadora da sua mãe.

C20 - Sexo feminino; 63 anos. É viúva. Tem 4 filhos. É católica, possui o ensino superior completo. Recebe pensão. Reside com a mãe e dois filhos, sendo a renda mensal da família de 5 salários mínimos. Tem hipertensão e depressão. É cuidadora da sua mãe de 102 anos diagnosticada com AVC. Exerce o papel de cuidadora da mãe há aproximadamente 10 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado e não tem quem a auxilie. C20 nasceu no distrito chamado Caraguataí, zona rural de Jussiape. Teve uma infância boa, embora pobre, a infância foi alegre e com muitas amizades, gosta muito de brincar. A mãe era florista e o pai era açougueiro. Teve 5 irmãos. A relação com os pais foi muito boa, embora a família tivesse pouca condições financeiras os pais não deixavam faltar alimentos, nem lápis, nem farda. Os pais se mudaram para Jussiape para que os filhos pudessem seguir com os estudos. C20 então iniciou o ensino médio. Casou aos 19 anos casou com um caminhoneiro, e se mudou junto com o marido para Vitória da Conquista, teve 4 filhos, abandonou os estudos por falta de tempo. Depois que os filhos cresceram retomou os estudos, fez supletivo, vestibular e fez o curso de assistente social. Os filhos não quiseram estudar, todos seguiram a profissão do pai.

Tem 21 anos que C20 ficou viúva, e hoje ela vive com dos filhos que ainda estão solteiros e com a mãe que ela cuida.

C21 – Sexo feminino; 78 anos. É viúva. Tem 5 filhos, teve 3 do primeiro marido e 4 do segundo marido, 2 faleceram. É evangélica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside com dois irmãos, sendo a renda mensal da casa de aproximadamente 3 salários mínimos. Tem insuficiência respiratória. É cuidadora de sua irmã de 84 anos diagnosticada com AVC há aproximadamente 5 anos. Mas exerce o papel de cuidadora da irmã há 7 anos, quando retornou de São Paulo para auxiliar a outra irmã que também está doente no cuidado com a irmã mais velha. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, uma irmã que reside no mesmo domicílio a auxilia no cuidado. C21 nasceu, cresceu, e se casou na zona rural de Amargosa – BA. Casou ao 17 anos com um jovem rapaz que também morava na zona rural de Amargosa, o casamento perdurou por 12 anos. Pouco tempo depois de casada se mudou para Vitória da Conquista, moraram por algum tempo, até que o marido decidiu ir morar em São Paulo para trabalhar. O marido foi primeiro, C21 foi logo depois, lá em São Paulo decidiu se separar. Um tempo depois conheceu um rapaz do Rio de Janeiro, começaram a namorar e passaram a viver juntos. Tiveram 4 filhos. O segundo casamento perdurou por 18 anos. O marido morreu aos 48 anos após ter sido atropelado por um caminhão em São Paulo. Depois disso, C21 optou por não casar novamente. Seus cinco filhos moram em São Paulo, duas filhas já faleceram, uma do primeiro casamento e a outra do segundo casamento. Para C21 sua vida foi muito difícil. Para ela a vida melhorou depois da viuvez, pois quando era casada não tinha muita liberdade, tinha muitos problemas pra resolver, tem que dá satisfação para o marido, tem que cuidar dos filhos, do marido, da casa. Para ela mesmo tendo um problema de saúde, a velhice está sendo a melhor fase da sua vida, pois ela tem total liberdade de fazer o que quiser, de sair, passear.

C22 – Sexo feminino; 60 anos. É solteira. Não teve filhos. É católica. Possui ensino médio completo. Atualmente é aposentada. Reside com a mãe, o pai e uma irmã, sendo a renda mensal da família de 4 salários mínimos. Tem hipertensão. É cuidadora de seu pai de 85 anos com diagnóstico de artrose há aproximadamente 10 anos. Maria Exerce o papel de cuidadora a 6 anos. C22 dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, a mãe ajuda em algumas tarefas, mas todos o ônus do cuidado é Maria quem faz. C22 nasceu em Vitória da conquista – BA. Teve 2 irmãos, um homem e uma mulher, o homem já faleceu. O pai era mecânico e a mãe era do lar,

teve uma infância boa, estudou e durante o período que estou não trabalhou, apenas ajudou a mãe nas atividades domésticas. Concluiu o ensino médio, fez o magistério e se tornou professora, mas devido as dificuldades de conseguir trabalho como professora foi trabalhar no caixa de uma grande rede de supermercado da cidade, o Superlar. Trabalhou durante 3 anos, até que conseguiu uma vaga para professora na zona rural de Vitória da Conquista. C22 não se casou e não teve filhos. Quando o pai ficou doente era a outra irmã quem realizava os cuidados, mas depois que ela arrumou um novo emprego C22 precisou assumir o papel de cuidadora principal. C22 nunca teve afinidade para cuidar de uma pessoa doente, por isso para ela o início foi muito difícil, ela esperava a irmã chegar do trabalho para ajudá-la. Mas com o tempo foi pegando jeito, e depois se acostumou.

C23 – Sexo feminino; 62 anos. Vive em união estável. Tem 2 filhos. É evangélica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente encontra-se aposentada. Reside com o companheiro e com a mãe, sendo a renda mensal do domicílio de 2 salários mínimos. C23 tem hérnia de disco e fibromialgia. É cuidadora da sua mãe de 91 anos diagnosticada com Alzheimer, mas sua mãe ficou totalmente dependente há aproximadamente 5 anos quando ela fraturou o fêmur. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e conta com o auxílio de cinco irmãos que moram na cidade mineira de Montes Claros. C23 nasceu na cidade de Vitória da Conquista, teve sete irmãos, sendo ela a filha caçula. Seus pais eram pessoas simples e humildes, a mãe era do lar, e o pai era pedreiro. Na infância ia para a escola, a sua mãe era a maior incentivadora para os estudos, porém quando tornou-se adolescente desistiu de estudar. Se casou aos 15 anos de idade, mesmo contra a vontade de sua mãe, que queria que ela se dedicasse aos estudos primeiro. C23 teve três filhos, duas meninas e um menino, uma filha faleceu há aproximadamente 9 anos, ela tinha lúpus. C23 cuida da mãe com muita dedicação, para ela cuidar da mãe é uma forma de retribuir o que a mãe lhe fez quando era criança, e com o apoio e ajuda dos irmãos o cuidado fica mais fácil.

C24 – Sexo feminino; 61 anos. É casada. Tem 4 filhos. É católica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente não se encontra aposentada. Reside com o marido sendo a renda mensal da casa de 1 salário mínimo. C24 sente fortes dores na coluna. É cuidadora do marido de 67 anos diagnosticado com AVC e depressão há aproximadamente 5 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e não tem auxílio nos cuidados. C24 nasceu na cidade de São Paulo. Os pais tiveram 13 filhos. A mãe trabalhava de segunda a segunda em uma fábrica de

doces e bolo. O pai também era trabalhador, porém era viciado no jogo e gastava boa parte do salário jogando. Ele faleceu quando C24 tinha 19 anos. C24 teve uma infância boa, ia para a escola, mas desistiu de estudar ao 13 anos para poder trabalhar e comprar as suas próprias coisas e também para ajudar a mãe. Se casou ao 17 anos de idade, com 18 anos teve a primeira filha e aos 19 anos ficou viúva. Com 25 anos casou novamente e teve mais 3 filhos, atualmente todos os filhos estão casados e vivem em São Paulo. Há aproximadamente 7 anos quando o marido se aposentou, o marido resolveu retornar para Vitória da conquista, a sua cidade natal para descansar e desfrutar da aposentadoria. Mas mesmo aposentado, continuou a trabalhar fazendo bicos (pintando casas). Há aproximadamente 5 anos, o marido sofre um AVC e a partir de então ela assumiu o papel de cuidadora dele. C24 tem uma rotina agitada, depois que passou a cuidar do marido ela assumiu as tarefas do cuidado e toda as atividades domesticas, todos os dias precisa levar o marido para a clínica de reabilitação para ele fazer fisioterapia. C24 dedica todo o seu tempo a cuidado do marido, ela deseja que o marido tenha uma vida com alegria, sem tristeza, sem raiva, sem sofrimento. Afirma que no dia que ele se for, ela vai sofrer muito.

C25 – Sexo Masculino; 60 anos. É solteiro. Não tem religião, possui ensino superior incompleto. É autônomo. Reside com a mãe, sendo a renda mensal da casa de 1 salário mínimo. Tem HA. É cuidador da mãe de 77 anos diagnosticada com Parkinson. Exerce o papel de cuidar há aproximadamente 10 anos. Dispõe de 24 horas do dia para cuidar da mãe. C25 nasceu teve 3 irmãos, nasceu na cidade de Águas Vermelhas em Minas Gerais, começou a trabalhar aos 10 anos de idade vendendo laranja na rua, segundo ela na época que todo munda trabalhava, pois hoje todo mundo quer moleza. Ingressou na universidade e iniciou o curso de física mas não chegou a concluir, chegou a lesionar no município de Encruzilhada, mas se envolveu em uma briga para defender a irmã, foi processado, depois disso abandonou o curso de física. De acordo com C25 sua mãe não lhe dá nenhum trabalho. Ele se sente bem e em paz consigo mesmo e com Deus, pois está fazendo algo pela sua mãe e certamente Deus o recompensará.

C26 – Sexo feminino; 61 anos. É casada. Tem 2 filhos. É evangélica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente não se encontrada aposentada. Reside com o marido e um filho, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem bursite e hipertensão. É cuidadora do marido de 71 anos diagnosticado com paralisia dos membros inferiores há

aproximadamente 12 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e não tem auxílio nos cuidados. C26 nasceu na zona rural de Vitória da conquista, no distrito de Laranjeiras. Os pais eram lavadores, e tiveram 10 filhos. C26 teve uma infância sem muitas oportunidades, frequentou muito pouco a escola, estudou até a 4ª série do ensino fundamental numa escolinha que ficava próxima da sua casa. Aos sete anos C 26 teve que sair da escola para ajudar os pais na roça. Ela ajudava na plantação e colheita do milho, feijão e mandioca. Se casou ao 24 anos de idade quando se mudou com o marido para a zona urbana de Vitória da Conquista. Adotou duas crianças, pois não podia ter filhos. Atualmente um mora na cidade de São Paulo e o outro reside com ela. O marido de C26 foi atropelado há aproximadamente 12 anos por um ônibus no centro da cidade, ficando com paralisia dos membros inferiores. Foi a partir desse acidente que ela viu as suas responsabilidades aumentarem, pois para além das atividades domésticas sua atenção teve que se voltar para os cuidados com o marido que ficou dependente. C26 resume sua vida ao trabalho, pois ela começou a trabalhar desde os 7 anos de idade e de lá para cá não parou e hoje o que ela mais sente falta, é de visitar a roça onde nasceu e de ir para igreja, pois depois que o estado de saúde do marido se agravou nos últimos 4 anos ele ficou impossibilitada de sair.

C27- Sexo feminino; 60 anos. É casada. Tem 4 filhos. É evangélica, possui o ensino fundamental incompleto. Atualmente não é aposentada. Reside com a mãe, o marido, uma filha e um neto, sendo a renda mensal da casa de 3 salários mínimos. Tem depressão. É cuidadora da sua mãe de 84 anos diagnosticada com AVC. Exerce o papel de cuidadora da mãe há aproximadamente 6 anos. Dispõe de 24 do dia para o cuidado e não tem quem a auxilie. C27 nasceu na cidade de Salvador, teve 7 irmãos, atualmente todos moram na cidade de São Paulo e só ela em Vitória da Conquista. A mãe era lavadeira, e o pai era comerciante. Os pais se separaram quando ela tinha 9 anos de idade. O pai ficou em Salvador e a mãe se mudou para Vitória da Conquista. C27 veio com a mãe, mas sempre que podia ia passar uns dias na casa da tia em Salvador para visitar o pai, que se casou novamente. A mãe teve uma vida difícil, ela trabalhava durante todo o dia, e colocava uma vizinha para tomar conta de C27 e dos irmãos que ainda eram crianças. C27 começou a trabalhar desde de nova, aos 7 anos de idade para ajudar a mãe, depois com 13 anos começou a trabalhar em lojas no comércio e como garçone. Casou aos 15 anos de idade, teve 4 filhos, atualmente 3 moram fora e uma filha que se divorciou mora com ela. C27 cuida da mãe com muito amor e

paciência, ela cuida com todo carinho da mãe, pois a mãe é uma parte dela, e sendo assim, ela faz tudo o que estiver ao seu alcance.

C28 – Sexo masculino; 61 anos. Vive em união estável. Tem uma filha. É católico, possui ensino fundamental completo. Atualmente não se encontra aposentado, trabalha como autônomo. Reside com a companheira e a mãe, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. C28 tem diabetes e hipertensão. É cuidador da sua mãe de 84 anos diagnosticada com Alzheimer há aproximadamente 3 anos. Dispõe de 14 horas do dia para o cuidado, e conta com o auxílio de uma cuidadora formal que trabalha durante o dia. C28 nasceu no distrito de Iguá, zona rural de Vitória da Conquista-BA. Com 7 anos começou a ajudar os pais na roça, pegando lenha e buscando água no riacho. Com 9 anos começou a estudar na escola do distrito. Ao 12 anos a família se mudou para a cidade, compraram uma casa que vivem até hoje. C28 não casou, mas constituiu a sua família aos 40 anos de idade quando teve a sua única filha. Durante toda a sua vida sempre trabalhou como motorista de ônibus e de vans, mais especificamente vans escolares. C28 abdica da sua vida para cuidar da sua mãe, para ele vale a pena cuidar dos pais, pois como os pais cuidam dos filhos, os filhos devem cuidar dos pais, sendo este um ato de amor e de afeto.

C29 – Sexo feminino; 68 anos. É viúva. Não tem filhos. É católica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside como a irmã, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Tem hérnia de disco. É cuidadora de sua irmã de 71 anos diagnosticada com ulcera venosa há aproximadamente 4 anos, mas exerce o papel de cuidadora há aproximadamente 9 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e não tem quem a auxilie nos cuidados. C29 nasceu em Cordeiros – BA. Os pais eram lavradores, tiveram duas filhas. C29 teve uma infância sem muitas oportunidades, estudou até a primeira série do ensino fundamental. Se casou aos vinte e dois anos e foi morar na cidade de São João do Paraíso – MG. Alguns anos depois resolveu retornar para a Bahia, e escolheram a cidade de Vitória da conquista para morar. C29 não teve filhos, mas ajudou a criar os dois filhos da irmã, que ela também considera como seus filhos. Um faleceu há aproximadamente 15 anos, o outro mora em Goiás com a família que construiu. O marido faleceu de infarto, e tem 23 anos que ela está viúva. Em 2005 a irmã apareceu com uma bolha na perna (ulcera venosa), e como ela não tinha ninguém, C29 passou a cuidar dedicando a maior parte do seu tempo para os cuidados com a irmã. C29 se sente sobrecarregada pois tem que fazer as tarefas

domésticas, levar a irmã no médico, levar para fazer o curativo na unidade de saúde, preparar as refeições, ajudar no banho. Embora passe a maior parte do tempo dedicando-se aos cuidados da irmã, sempre que percebe que a irmã está menos dependente encontra um tempo para ir na missa, aniversário, ou casamento. Uma das frustrações de C29, é a falta de tempo e oportunidade para viajar, ela é apaixonada por viagens.

C30 – Sexo feminino; 74 anos. É divorciada. Não tem filhos. É católica, possui ensino fundamental incompleto. Atualmente é aposentada. Reside como a irmã, sendo a renda mensal da casa de 2 salários mínimos. Já teve câncer de mama, atualmente tem diabetes. É cuidadora de sua irmã de 90 anos diagnosticada com Alzheimer. Exerce o papel de cuidadora há aproximadamente 9 anos. Dispõe de 24 horas do dia para o cuidado, e não tem quem a auxilie. C30 nasceu na zona rural de Juazeiro do Norte – CE. Os pais eram lavradores. Tiveram 6 filhos. Teve uma infância difícil. Não frequentou a escola pois além de ser longe da casa, ela e os irmãos precisavam ajudar os pais na plantação e colheita da mandioca, feijão e milho. Quando tinha 7 anos os pais se mudaram para a cidade de Itarantim na Bahia. Ficaram alguns anos, e mudaram para a cidade de vitória da conquista – BA. C30 casou aos 16 anos. Teve uma gravidez e um parto de risco, o filho nasceu morto, não pode mais engravidar. O casamento durou menos de 5 anos. O marido além de ser alcoolista a traía constantemente. Ele a abandonou e tempos depois ela teve a notícia que ele havia se casado novamente. C30 sempre assumiu o papel de cuidadora da família, ela cuidou dos pais, de uma tia e de uma irmã. Não se sente velha. Para ela quem faz a velhice é a própria pessoa, por isso ela não se preocupa com a idade, o importante é a mente, na velhice o que importa é a disposição.

ANEXOS

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

01 de Agosto de 2016

CI nº 152/2016

Para: Coordenação da Atenção à Saúde do Idoso
Att, Suzana Maria Santos Pimenta

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer referente ao projeto de pesquisa: "Qualificação dos cuidadores e aspectos relacionados à qualidade de vida dos idosos dependentes na atenção primária e terciária: Proposição, implementação e avaliação do protocolo" do pesquisador Maycon dos Santos Marinho.

A pesquisa foi deferida e a coleta de dados deverá ser efetuada após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Atenciosamente,

Michela Macedo Lima Costa

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

Coordenação do Polo de Educação
Permanente em Saúde

Rua Olívia Flores, 3000, Bairro Universidade (Estrada para UESB)
Fone: (77) 3429-3473
CEP 45031-000 - Vitória da Conquista - Bahia
Escola de Formação em Saúde da Família
apsaude.pmvc@hotmail.com

ANEXO B: PARECER DO CEP/UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO

Pesquisador: LUCIANA ARAUJO DOS REIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58813116.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.875.418

Apresentação do Projeto:

Resumo elaborado pelos pesquisadores. Trata-se de um projeto de candidatura a bolsa de produtividade em pesquisa de acesso ao nível PQ-2 para o período 2017 a 2019 que tem como objeto de estudo a análise a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos, dependentes nos níveis primário (Unidade de Saúde da Família-USF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA). Esta proposta visa consolidar a linha de pesquisa de Memória, Narrativas e Envelhecimento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (Mestrado e Doutorado, conceito 5 CAPES). Além disto, visa contribuir para consolidação da sublinha de pesquisa em Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional no Grupo de Pesquisa - Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento Humano, contribuir no ensino de Graduação e Pós-Graduação em Fisioterapia, demais graduações em Saúde, e Memória: Linguagem e Sociedade da UESB, nucleação de novos grupos de pesquisa em outras instituições de ensino superior (IES), inserção e parcerias com IES nacional e internacionais, ao mesmo tempo, ampliar a formação de recursos humanos em saúde nos níveis de Graduação (Iniciação científica) e Pós-Graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado em Memória, Linguagem e Sociedade) e qualificar as publicações em periódicos (Qualis Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia e

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.875.418

Terapia Ocupacional – A1 a B2), capítulos de livro e eventos científicos nacional e internacional, além de captação e gerenciamento de recursos (capital e custeio), orientação e captação de bolsas (Iniciação científica, mestrado, doutorado e pós-doutorado) nos órgãos de fomento em pesquisa

(CAPES, FINEP, CNPq, FAPESB e UESB). O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem diversas alterações fisiológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas. Essas alterações vão declinando o funcionamento do organismo, tornando-o mais susceptível a agressões. Em função dessas perdas, o indivíduo idoso terá limitações funcionais, conduzindo-o assim à dependência de cuidados prestados por outras pessoas para a realização das atividades da vida diária, que em muitos casos não possui a qualificação necessária para o cuidado ao idoso dependente. A necessidade da implementação de um protocolo de qualificação dos cuidadores de vida dos idosos dependentes, visa proporcionar uma melhor qualidade de vida destes idosos e de seus cuidadores. Diante do exposto, temos como hipótese alternativa que existe relação entre a

qualificação dos cuidadores e a qualidade de vida dos idosos dependentes. Trata-se de um estudo analítico a ser desenvolvido em três etapas: 1) Diagnóstico (2015-2016); 2) Desenvolvimento, validação de conteúdo e clínica do protocolo (2017-2018); 3) implementação e avaliação (2018-2019). Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB. Os resultados serão analisados no programa SPSS 23.0 por meio de

estatística descritiva e inferencial. Os resultados deste estudo poderão proporcionar a implementação de um protocolo de qualificação dos cuidadores de idosos dependentes, para daí então propor políticas públicas de qualificação dos cuidadores de idosos, assim, tentando melhorar a qualidade de vida dos idosos dependentes e seus cuidadores, possibilitará uma ampliação da produção científica e conseqüentemente renovação dos conhecimentos nesta área. Além disso, poderá possibilitar uma reorganização e replanejamento da assistência integral, humanizada e resolutiva ao idoso com dependência funcional e seus cuidadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Analisar a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes nos níveis primário (Unidade de Saúde da Família-USF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA).

Objetivos Secundários:

•Caracterizar os cuidadores de idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS; •Caracterizar os idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS e aspectos clínicos; •Identificar os

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.875.418

aspectos relevantes da literatura científica contemplados em protocolo para assistência a Idosos com dependência funcional; •Caracterizar a qualidade de vida mensurada pelo SF-36 dos cuidadores e dos Idosos dependentes; •Verificar a existência de associação entre os aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS dos cuidadores na qualidade de vida dos Idosos dependentes; •Desenvolver um protocolo direcionado ao cuidado ao Idoso com dependência funcional;•Verificar a validade do constructo junto a especialistas; •Investigar a validade clínica do protocolo proposto em Idosos com dependência funcional; •Implementar o protocolo validado pelos especialistas na atenção básica e alta complexidade; •Avaliar o protocolo nos serviços de saúde na atenção básica e alta complexidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores referem em relação aos riscos que "Por se tratar de um estudo de intervenção com no qual haverá contato permanente com os participantes do estudo, os Idosos e cuidadores podem se sentir constrangidos com a realização de alguma atividade ou questionamento, neste caso será dado a opção ao Idoso ou cuidador de não responder a questão e não realizar a atividade".

Quanto aos benefícios do estudo os pesquisadores referem que "... diz respeito a elaboração de um protocolo de cuidado ao Idoso permanente que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos Idosos dependentes e seus cuidadores".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e seus resultados podem trazer benefícios para os participantes envolvidos na pesquisa e seus cuidadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentam todos os documentos necessários para submissão do projeto de pesquisa ao CEP-UESB.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhuma pendência, portanto, somos de parecer favorável à aprovação do projeto pelo CEP-UESB.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 31/10/2016 a plenária aprovou o parecer do relator.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 1.875.418

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767898.pdf	15/08/2016 22:25:46		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/08/2016 22:25:18	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	comprometimentomaykon.pdf	05/08/2016 19:38:23	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	comprometimentoIuciana.pdf	05/08/2016 19:37:19	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Iucianadeclaracao.pdf	05/08/2016 19:36:29	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Outros	declaracaodeencaminhamento.pdf	05/08/2016 19:35:20	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoHGVC.pdf	05/08/2016 19:33:37	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/08/2016 18:32:12	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Outros	Declaracaopolo.pdf	02/08/2016 23:01:03	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Outros	Instrumento.pdf	01/08/2016 20:50:09	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	01/08/2016 20:48:05	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 20 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com