**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL**

Lígia Carreira

**Cuidado da família ao idoso portador de
doença crônica: análise do conceito na
perspectiva da família**

**Ribeirão Preto
2006**

Lígia Carreira

Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família

*Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.*

*Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.
Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso.*

Orientadora: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

**Ribeirão Preto
2006**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

C314c Carreira, Lígia
 Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica :
 análise do conceito na perspectiva da família / Lígia
 Carreira. – Ribeirão Preto, SP : [s.n.], 2006.
 240 f. : il. color., figs.

 Orientadora : Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani
 Rodrigues.

 Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de
 Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.

 1. Idoso. 2. Idoso - Cuidado familiar. 3. Enfermagem
 gerontológica. 4. Doença crônica - Idoso. I. Universidade
 de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. II.
 Título.

CDD 21.ed. 618.97

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lígia Carreira

CUIDADO DA FAMÍLIA AO IDOSO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA: ANÁLISE DO CONCEITO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Instituição: EERP/USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Instituição: UFSC/PEN Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon

Instituição: UEM Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Fontão Zago

Instituição: EERP/USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Sueli Marques

Instituição: EERP/USP Assinatura: _____

*A todas as famílias e idosos brasileiros,
especialmente, àquelas que fizeram parte desta
pesquisa, com a esperança de viver com mais
dignidade e melhor qualidade de vida.*

*Ao meu companheiro Christian Fausto,
ao lado de quem espero envelhecer.*

AGRADECIMENTOS

Neste momento, ofereço meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que estiveram, de alguma forma, envolvidos no desenvolvimento desta pesquisa, e que, com certeza, foram fundamentais para a sua concretização. Deste modo, muito obrigada...

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pela concessão da bolsa de pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior (PDDE), a qual possibilitou a realização do Doutorado Sandwich na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, em Porto-Portugal.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, conhecedora da Enfermagem Gerontogeriatrica, pelas preciosas orientações e acompanhamento da pesquisa.

À minha orientadora do Doutorado Sandwich Prof^a. Dr^a. Maria Arminda Mendes Costa, que não somente contribuiu para meus estudos acadêmicos em Portugal, como também me guiou no rico percurso pela cultura portuguesa.

Ao Christian Fausto, meu companheiro e amigo, motivo de minhas lutas e conquistas, por compartilhar as dificuldades e alegrias presentes neste processo.

Ao corpo docente do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP-RP pelas contribuições que deram através dos conteúdos das disciplinas, auxiliando na construção da pesquisa.

À Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, Porto-Portugal, pelo acolhimento durante o desenvolvimento do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior (PDDE).

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem pelas trocas de informações na convivência para além das salas de aula.

À professora Dr^a. Márcia Maria Fontão Zago pelas valiosas contribuições no desenvolvimento desta pesquisa.

À professora Dr^a. Sueli Marques pelas importantes indicações de bibliografias referentes ao referencial metodológico.

À professora Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves que, criteriosamente, ofereceu sugestões preciosas para o aprimoramento deste trabalho.

À Leny e ao Oswaldo por todo o apoio emocional e espiritual.

À amiga Dr^a. Sonia Silva Marcon pelo exemplo de ser enfermeira e pesquisadora, incentivando meu caminhar no mundo acadêmico.

Às amigas Ms. Cremilde A. Trindade Radovanovic e Dr^a. Maria Angélica Pagliarini Waidman, incentivadoras nos momentos de dificuldades e desânimo para desenvolver a tese.

À amiga Ms. Maria Aparecida Salci Molina que para além dos incentivos, também se dispôs a dialogar sobre o referencial metodológico, permitindo uma reflexão importante durante o desenvolvimento do trabalho de campo.

À amiga Ms. Daniela Viganó Zanoti Jeronymo que por vários momentos esteve ao meu lado apoiando e ajudando a transpor tantos contratempos que surgiram durante esses quatros anos.

Ao amigo Dr. Jorge Montenegro, sempre tão prestativo em nos atender com seus conhecimentos na língua de Cervantes.

Aos amigos do Além-Mar Alfredo Freitas e Jorge pela calorosa recepção, boa vontade e atenção com que sempre me trataram durante minha estadia na acolhedora cidade de Porto.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UEM que compreenderam a difícil arte de construir o texto final e assim contribuíram para que eu pudesse concluir a redação final da tese.

Finalizo aqui com agradecimento especial a todos os idosos e sua família que de maneira inestimável contribuíram para esta tese. Estes guerreiros da terceira idade sempre dispostos a tombarem no campo de batalha do cuidado a seus entes queridos.

RESUMO

Carreira, L. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica:** análise do conceito na perspectiva da família. 2006. (Tese Doutorado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.

O envelhecimento populacional vem sendo alvo de atenção no Brasil, uma vez que está ocorrendo um aumento significativo do número de idosos na população. Observa-se que juntamente com essa transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica. A preocupação com doenças infecto-contagiosas perde lugar para a alta prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, e a população idosa é a mais acometida por essas doenças. Nesta situação, a família desempenha um papel fundamental na manutenção e controle da doença de seus membros, pois cabe a ela arcar com a continuidade do cuidado ao indivíduo no seu processo de viver. Assim, o estudo tem como objetivo construir um modelo conceitual de cuidado familiar ao idoso com condição crônica, com base nos significados construídos nas interações sociais, identificando, deste modo, como a família vivencia o processo de cuidar do idoso com condição crônica e interpretando os significados do cuidado familiar à este idoso. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Participaram da pesquisa oito famílias de idosos com doença crônica não-transmissível. As famílias foram selecionadas a partir da Equipe de Saúde da Família 15 do município de Maringá-PR, sendo as mesmas acompanhadas no período de agosto de 2005 a maio de 2006. Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se como técnica de coleta de dados a observação participante, entrevistas e análise de documentos, realizadas nos domicílios das famílias. A participação em diferentes momentos da vida das famílias e seus membros idosos, bem como os depoimentos permitiram compreender a vivência do cuidado ao idoso com doença crônica, expressa através de conceitos desenvolvidos em três processos: A identificação da doença crônica do idoso, A convivência com a cronicidade da doença do idoso e Os serviços de saúde na vida das famílias. O primeiro processo é constituído por quatro categorias analíticas, sendo estas: A vivência das dificuldades na fase aguda da doença; O processo de adaptação; O reconhecimento da cronicidade da doença; e A perspectiva do futuro incerto. O segundo processo também é composto por quatro categorias: A presença do idoso independente na família; A vivência do cuidado ao idoso dependente; Estratégias utilizadas no cuidado do idoso; e Perceber-se vulnerável. O terceiro processo é formado por uma categoria analítica: O serviço público de saúde no cuidado ao idoso. A organização desse modelo teórico revelou que, na construção de significados sobre o viver e envelhecer com a presença da doença crônica, a capacidade funcional do idoso é um fator significativo e determinante no processo de cuidar e ser cuidado.

Palavras-chave: idoso, família, doença crônica, cuidado.

ABSTRACT

Carreira, L. **Family care to the elderly with chronic disease:** concept analysis from the family's perspective. 2006. (Doctoral) Thesis – Ribeirão Preto (SP): University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing; 2006.

The population aging has turned into the target of attention in Brazil, since a significant increase of the number of the senior citizens is going on. It is observed that while the demographic transition happens, there is also the epidemiological transition. The concern with contagious diseases loses its position to the high prevalence of non-transmissible chronic diseases, and the elderly population is the most affected by those diseases. In this situation, the family has a fundamental role in the maintenance and control of the disease of its members, for it is the family duty to continue caring for the individual in the living process. Therefore, the present study aims to build a conceptual model of the care of the family towards the aged person in chronic condition, based on the meanings built in the social interactions, identifying, this way, how the family lives the process of caring for the elderly with chronic condition and interpreting the meanings of care of the family towards the elder. As a methodological reference the Grounded Theory and the theoretical reference of the Symbolic Interactionism were used. Eight families of senior people with non-transmissible chronic disease participated of the research. The families were selected through the Family Health Team 15 in Maringá, and they were followed from August 2005 through May 2006. For the evolution of the investigation, participant observation, interviews and documents analysis in the families' residences were used as data gathering. The participation in different moments of the families and their seniors' life, and also their testimonies permitted to understand the experience of caring for the elder with chronic disease, expressed through developed concepts in three processes: Identifying the chronic disease, Living with the chronicity of the disease and the Health services in the families' life. The first process is constituted by four analytical categories. They are: Living the difficulties in the acute phase of the disease; The adjustment process; The recognition of the chronicity of the disease; and The perspective of an uncertain future. The second process is also formed by four categories: The presence of the independent aged in the family; The living of the care towards the dependent aged; Strategies used on the caring of the elder; and Perceiving oneself as vulnerable. The third process is formed by an analytical category: The health public service towards the caring for the elder. The organization of this theoretical model revealed that, in the construction of meanings about living and aging with the presence of a chronic disease, the capacity of the elder is a significant factor and it is determinant in the caring and being cared process.

Keywords: elder, family, chronic disease, care.

RESUMEN

Carreira, L. **Cuidados de la familia al anciano con enfermedad crónica:** analyses del concepto en la perspectiva de la familia. 2006. Tesis (Doctorado) – Ribeirão Preto (SP): Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo; 2006.

El envejecimiento de la población viene siendo objeto de atención en Brasil, en función del aumento significativo del número de ancianos en la población. Se observa que junto a esta transición demográfica, sucede una transición epidemiológica. La preocupación con enfermedades infecto-contagiosas queda en un segundo lugar frente a las enfermedades crónicas no-transmisibles, y la población anciana es más afectada por esas enfermedades. En esta situación, la familia desempeña un papel fundamental en la manutención y control de la enfermedad de sus miembros, pues cabe a ella arcar con la continuidad de los cuidados al individuo en su proceso de vivir. De esta forma, el estudio tiene como objetivo construir un modelo conceptual de cuidados de la familia al anciano con enfermedad crónica, con base en los significados construídos en las interacciones sociales, identificando, de este modo, como la familia vive el proceso de cuidar del anciano con enfermedad crónica e interpretando los significados del cuidado de la familia a este anciano. Se utilizó como referencial metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos y el referencial teórico del Interaccionismo Simbólico. Participaron de la investigación ocho familias de ancianos con enfermedad crónica no-transmisible. Las familias fueron seleccionadas a partir del Equipo de Salud de la Familia 15 del municipio de Maringá-PR, y acompañadas en el período entre agosto del 2005 y mayo del 2006. Para el desarrollo de la investigación, se utilizó como técnica de recogida de datos la observación participante, entrevistas y análisis de documentos, realizadas en los domicilios de las familias. La participación en diferentes momentos de la vida de las familias y sus miembros ancianos, así como los testimonios, permitieron comprender la vivencia de los cuidados al anciano con enfermedad crónica, expresada a través de conceptos desarrollados en tres procesos: la identificación de la enfermedad crónica del anciano, la convivencia con esa cronicidad del anciano y los servicios de salud en la vida de las familias. El primer proceso está constituido por cuatro categorías analíticas: la vivencia de las dificultades en la fase aguda de la enfermedad; el proceso de adaptación; el reconocimiento de la cronicidad de la enfermedad; y la perspectiva del futuro incierto. El segundo proceso también está compuesto por cuatro categorías: la presencia del anciano independiente en la familia; la vivencia del cuidado al anciano dependiente; estrategias utilizadas en el cuidado del anciano; y reconocerse vulnerable. El tercer proceso está formado por una categoría analítica: el servicio público de salud en el cuidado al anciano. La organización de este modelo teórico reveló que, en la construcción de significados sobre el vivir y envejecer con la presencia de la enfermedad crónica, la capacidad funcional del anciano es un factor significativo y determinante en el proceso de cuidar y ser cuidado.

Palabras clave: anciano, familia, enfermedad crónica, cuidados.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Genograma e Ecomapa da Família 1	65
Figura 2. Genograma e Ecomapa da Família 2	68
Figura 3. Genograma e Ecomapa da Família 3	72
Figura 4. Genograma e Ecomapa da Família 4	76
Figura 5. Genograma e Ecomapa da Família 5	80
Figura 6. Genograma e Ecomapa da Família 6	84
Figura 7. Genograma e Ecomapa da Família 7	88
Figura 8. Genograma e Ecomapa da Família 8	92
Figura 9. Categoria 1 – A vivência das dificuldades na fase aguda da doença.....	95
Figura 10. Categoria 2 – O processo de adaptação.....	104
Figura 11. Diagrama do Processo I – A identificação a doença crônica do idoso.....	113
Figura 12. Categoria 1 – A presença do idoso independente na família.....	115
Figura 13. Categoria 2 – A vivência do cuidado ao idoso dependente.....	140
Figura 14. Diagrama do Processo II–A convivência com a cronicidade da doença do idoso	171
Figura 15. Categoria 1 – O serviço público de saúde no cuidado ao idoso.....	179
Figura 16. Diagrama do Processo III – Os serviços de saúde na vida das famílias.	185
Figura 17. Diagrama das inter-relações dos processos e categorias analíticas do estudo....	191
Figura 18. Diagrama do Fenômeno – O cuidado familiar ao idoso com condição crônica..	218

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos oito idosos com condição crônica. Maringá, 2006.....	60
Quadro 2 – Caracterização das famílias de oito idosos com condição crônica. Maringá, 2006	61
Quadro 3 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A necessidade de internação hospitalar’. Maringá, 2006.	97
Quadro 4 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O conflito do negar/aceitar a doença’. Maringá, 2006.	99
Quadro 5 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Desconhecimento sobre a doença’. Maringá, 2006.....	100
Quadro 6 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A família aprendendo a cuidar do idoso’. Maringá, 2006.....	104
Quadro 7 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Algumas adaptações do idoso’. Maringá, 2006.	106
Quadro 8 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Adaptações necessárias para a família do idoso’. Maringá, 2006.	108
Quadro 9 – Códigos que constituíram a categoria ‘O reconhecimento da cronicidade da doença’. Maringá, 2006.	110
Quadro 10 – Códigos que constituíram a categoria ‘A perspectiva de um futuro incerto’. Maringá, 2006.....	112
Quadro 11 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A manutenção da autonomia do idoso’. Maringá, 2006.	117
Quadro 12 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O idoso como suporte para a família’. Maringá, 2006.	125

Quadro 13 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O idoso e o gerenciamento de seu próprio cuidado’. Maringá, 2006.	132
Quadro 14 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A participação da família no cuidado ao idoso’. Maringá, 2006.....	139
Quadro 15 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O idoso dependente’. Maringá, 2006.....	149
Quadro 16 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O cuidado familiar contínuo ao idoso’. Maringá, 2006.....	160
Quadro 17 – Códigos que constituíram a categoria ‘Estratégias utilizadas no cuidado do idoso’. Maringá, 2006.	167
Quadro 18 – Códigos que constituíram a categoria ‘Perceber-se vulnerável’. Maringá, 2006.....	170
Quadro 19 – Códigos que constituíram a categoria ‘O serviço público de saúde no cuidado ao idoso’. Maringá, 2006.....	178
Quadro 20 – Códigos que contituíram a subcategoria ‘Equipe enquanto modelo de saúde para a população’. Maringá, 2006.	180
Quadro 21 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Dificuldades encontradas pela família para o uso do serviço de saúde’. Maringá, 2006.	184

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	15
1.1- Família: conceitos relevantes para o estudo.....	16
1.2- Envelhecimento, processo saúde-doença e família.....	19
1.3- Doença crônica e as dificuldades vivenciadas pela família.....	24
1.4- Família como unidade cuidadora do idoso.....	27
2- OBJETIVOS.....	33
3- REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	35
3.1- Interacionismo Simbólico.....	36
3.2 – Teoria Fundamentada nos Dados.....	39
3.3 – O percurso metodológico.....	41
3.3.1- O local do estudo.....	41
3.3.2- Pesquisa de campo.....	42
• Sujeitos do estudo.....	42
• Coleta e análise dos dados.....	46
- Estratégias para a coleta de dados.....	46
- Instrumentos utilizados.....	47
- Registros dos dados.....	49
- Os critérios de análise dos dados.....	50
3.4- O rigor da pesquisa.....	54
3.5 – Validação do modelo teórico.....	55
3.6 - Aspectos éticos da pesquisa.....	56
4- APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	58
4.1- Caracterização das famílias e dos idosos.....	59

4.2- Apresentação do modelo teórico: cuidado familiar ao idoso com condição crônica.....	93
4.2.1- Processo I – A identificação da doença crônica do idoso.....	94
4.2.2- Processo II – A convivência com a cronicidade da doença do idoso.....	114
4.2.3- Processo III - Os serviços de saúde na vida das famílias.....	172
5- DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO: CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA.....	186
6- CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	219
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	225
8- APÊNDICES.....	236
8.1- Apêndice A – Instrumento de coleta de dados.....	237
8.2- Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	239
9- ANEXOS.....	240

1.1- Família: conceitos relevantes para o estudo

A família, durante as últimas décadas, tem passado por um processo de modernização que envolve mudanças sociais e culturais, bem como sua constituição individual e subjetiva. Neste sentido, Figueira (1987) faz uma reflexão sobre as transformações da família no Brasil, afirmando que este processo de modernização, por ser extremamente rápido, não oferece ao sujeito a oportunidade de se inserir efetivamente nessas novas relações, tanto nos seus conteúdos quanto sua identidade, por isso se observa que o “moderno convive com o arcaico na família brasileira de modos sutis e complexos” (Ibidem, p. 29). Acrescenta que são incipientes os estudos sobre esta nova realidade da vida familiar.

Cicchelli e Peixoto (2000) afirmam que as famílias européias também sofreram diversas mudanças, principalmente na segunda metade do século XX, a partir de alterações nas suas relações internas, permitindo maior espaço para a expressão pessoal e autonomia de cada um de seus membros.

Os autores enfatizam ainda que um novo quadro de vida familiar está sendo progressivamente elaborado, seguindo modalidades diferentes em cada país; no entanto, existe uma base comum, na medida em que se permite às relações intrafamiliares sustentar a construção identitária das crianças e dos adultos.

Segundo Durham (1980), a família, como ideologia dominante inserida no processo de reprodução da sociedade, não pode ser superada. Por si só, a prática social que lhe deu origem lhe dá continuidade, continuamente transformando a sociedade e sendo por ela transformada.

Diversas áreas do conhecimento - como a antropologia, sociologia, psicologia, psicanálise - estudam a família para tentar compreender sua estrutura, suas relações cotidianas, suas relações sociais e seus valores culturais. Mais recentemente, as áreas que

envolvem as ciências da saúde, como as da medicina e da enfermagem, também estão desenvolvendo pesquisas com vistas a compreender alguns aspectos do processo saúde e doença presentes no núcleo familiar, para assim poderem realizar um trabalho mais eficaz, direcionado para as reais necessidades da família.

Desta forma, um dos primeiros passos para o desenvolvimento da pesquisa é compreender o conceito de família. Os antropólogos, principalmente os da escola estruturalista, a partir de suas observações de campo, somadas às influências teóricas do momento, tentaram organizar as próprias idéias para elaborar concepções de família. Em geral, afirmavam que a vida familiar estava presente em toda sociedade, mesmo naquelas que possuem hábitos sexuais e educacionais distintos; também definiam família como uma união relativamente duradoura e socialmente aprovada entre homens, mulheres e respectivos filhos. Lévi-Strauss (1966, p. 131) discute a necessidade de uma compreensão mais detalhada sobre família e a descreve por meio de um “modelo idealizado”, o qual a entende como um grupo social contendo três características:

(1) tem sua origem no casamento; (2) é constituído pelo marido, pela esposa, e pelos filhos provenientes de sua união, conquanto seja lícito conceber que outros parentes possam encontrar o seu lugar próximo ao núcleo do grupo; (3) os membros da família estão unidos entre si por (a) laços legais, (b) direitos e obrigações econômicas, religiosas ou de outra espécie, (c) um entrelaçamento definido de direitos e proibições sexuais, e uma quantidade variada e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito, medo, etc.

Sarti (1996) discute o significado da família como universo moral, o qual está vinculado aos papéis familiares e sociais, principalmente àqueles relacionados às atividades laborais. Lembra que a inserção no mercado de trabalho está relacionada à divisão de gênero e etária, tendo maior importância o trabalho do marido e dos filhos. As filhas e mães ou têm sua entrada retardada nesse mercado ou ela nem chega a acontecer; as filhas mais velhas têm como atribuição a ajuda no cuidado dos irmãos mais novos e da casa, principalmente, se a mãe desenvolve trabalho fora do lar, ou ainda se está ausente. Assim, o trabalho é incorporado

como atributo ou identificador positivo, importante para elaboração da identidade masculina, sobrepujando e sintetizando outros atributos de sua identidade (de pai, de filho).

Não obstante, na sociedade ocidental, nas últimas décadas, a dinâmica familiar e social vem sofrendo mudanças, como, por exemplo, a baixa taxa de fecundidade, o aumento da expectativa de vida – com o conseqüente crescimento da população com mais de 60 anos de idade –, declínio da instituição do casamento e a banalização do divórcio. Tal situação não pode ser entendida como um enfraquecimento da instituição família, mas sim, como o surgimento de novos modelos familiares, construídos através de fenômenos sociais, tais como as transformações nas relações de gênero – vistas de uma perspectiva igualitária –, maior controle de natalidade e inserção massiva da mulher no mercado de trabalho, entre outros, conforme comentam Cicchelli e Peixoto (2000). Esses fenômenos compõem as realidades das famílias tanto européias quanto brasileiras, por exemplo.

Neste sentido, Romanelli (1997) afirma que a família está estruturada por relações de afeto, poder, autoridade e subsistência, e que as alterações das posições entre os integrantes estão condicionadas ao período histórico e aos ciclos da vida familiar, ou seja, casamento, nascimento, trabalho, envelhecimento e outros.

Deste modo, ao observar as particularidades que permeiam as relações familiares para além do cuidado, ou seja, em todas as fases do ciclo da vida contemporânea, concordamos com o posicionamento de Durham (1983), quando observa que, dentre os conceitos de família propostos por várias áreas do conhecimento científico – como a antropologia, a sociologia e a psicologia – nenhum consegue, individualmente, representar a complexidade da vida familiar, cuja organização e práticas necessitam ainda de uma análise mais aprofundada.

A partir deste entendimento de família, faz-se necessário também refletir sobre a concepção de família saudável, a qual apresenta variações conforme o referencial teórico

utilizado. Dentro de uma perspectiva interacionista, o processo de formação e manutenção da dinâmica do *self social* e do *grupo social* ocorre pela estreita inter-relação entre o indivíduo, a sociedade e ainda os aspectos subjetivos do comportamento humano (HAGUETTE, 2003). Nesta linha de pensamento, Delaney (1986) entende família saudável como aquela que possui canais abertos de comunicação, regras internas flexíveis, elevada valorização própria e negociações bem-sucedidas com elementos externos a ela.

Nitschke e Elsen (2000, p. 36) vêm, de certo modo, confirmar a definição acima de família saudável, caracterizando-a como aquela que “tem equilíbrio de coesão, flexibilidade e comunicação funcional”.

Compreendendo então a família como um grupo social que interage entre si e com a sociedade, inclusive no que diz respeito aos acontecimentos de saúde e doença, Elsen (2002, p. 12), com o olhar de profissional da saúde, refere-se à família saudável como aquela que tem

[...] um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença.

Diante destas concepções de família, vale ressaltar que o sistema familiar é complexo e dinâmico, sofre modificações conforme o contexto histórico, social e cultural que vivencia; e estas relações familiares, por consequência, interferem, direta ou indiretamente, no processo saúde-doença de seus membros e na saúde familiar.

1.2- Envelhecimento, processo saúde-doença e família

O processo de envelhecimento populacional é alvo de atenção em todos os países, uma vez que ocorre um aumento significativo do número de idosos na população em geral.

Estima-se que entre os anos de 1980 e 2020 a população mundial total deverá ter crescido 80%, enquanto o número de idosos deverá ter crescido 160% (RAMOS, 1993).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974) define como “envelhecimento populacional” o aumento da proporção de idosos na população, lembrando que o critério de definição de idosos é o da idade cronológica: são idosos os que tenham atingido 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos em países considerados desenvolvidos.

O Brasil apresenta algumas características próprias no processo de envelhecimento da população, principalmente em decorrência da velocidade com que ele vem acontecendo. Diversos autores estudam este fenômeno, como Veras e Alves (1995) ao afirmarem que em um período de 75 anos (1950 a 2025) a população brasileira crescerá cinco vezes, enquanto o grupo etário com 60 anos e mais idade ampliará em quinze vezes. A proporção de pessoas acima de 60 anos dobrou nos últimos 50 anos, passando de 4% em 1940 para 9% em 2000, quando o número de idosos era de aproximadamente 15 milhões; projeções recentes indicam que este segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020 (CAMARANO, 2001).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) mostram que aproximadamente 15 milhões pessoas com 60 anos ou mais residem no Brasil em 2002, sendo que há na cidade de Maringá cerca de 26 mil idosos, no mesmo período, correspondendo a quase 10% da população do município.

A realidade dos países europeus também está incluída neste processo de alteração da estrutura etária, determinando o envelhecimento acentuado da população. Na Europa, especificamente em Portugal, Costa (2002) comenta que de 1980 a 1997 o número de pessoas idosas no país passou de 11,5% para 15,2%, ou seja, houve um aumento de 3,7%. A autora demonstra ainda que este crescimento está sendo mais acelerado nos últimos anos, porquanto,

de 1980 a 1990 (uma década) a população idosa cresceu 1,6%, ao passo que no período de 1990 a 1995 (cinco anos) ela cresceu novamente 1,6%.

Vários fatores contribuíram para essa transição demográfica, no Brasil, entre eles a redução da taxa de natalidade e mortalidade infantil, melhoria da qualidade de atenção à saúde, alimentação, habitação, saneamento básico e educação, elevando assim a esperança de vida ao nascer (KALACHE, 1987). A OMS (2003) afirma que a longevidade se deve, em parte, aos avanços científicos e tecnológicos, bem como a melhoria nos parâmetros de saúde pública no decorrer dos últimos 100 anos.

O aumento da expectativa de vida representa um ganho para a sociedade e traz repercussões nos setores social e de saúde. Gastos previdenciários, diminuição proporcional da população economicamente ativa, manutenção da rede de suporte social, aumento do índice de condições crônicas e problemas socioeconômicos, que contribuem para aumentar o risco de idosos com dependência física e social – estes são alguns dos problemas advindos de tal processo.

Paralelo a transição demográfica ocorre a transição epidemiológica. A preocupação com as doenças infecto-contagiosas perde lugar para a alta prevalência das condições crônicas (RAMOS, 2001). As doenças que contribuem para alterar a qualidade de vida são aquelas denominadas incapacitantes. Entre as mais conhecidas como geradoras desta situação enquadram-se as demências e, em particular, a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson e o acidente vascular cerebral (LESSA, 1998).

Vale considerar que a OMS (2003) apresenta esse termo “condições crônicas” com a finalidade de abranger tanto as doenças não-transmissíveis quanto inúmeras doenças transmissíveis que se tornaram crônicas; incluem ainda os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas contínuas. Em suma, as “condições crônicas” abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que apresentam pontos em comum: são persistentes e

necessitam de um certo nível de cuidados permanentes, exigindo mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde.

Entre a população idosa no Brasil, as doenças que têm maior prevalência são as denominadas crônicas não-transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares, as neoplásicas, as cerebrovasculares e o diabetes mellitus (LESSA, 1998).

A autora afirma ainda que, no Brasil, o prolongamento da vida vem acarretando importantes modificações no nível de saúde da população, mas lembra que o envelhecimento ocorre a partir da interação de um acúmulo de processos sociais, biológicos e comportamentais ao longo da vida e que, por isso, a situação de saúde e doença da população necessita de avaliações rigorosas e ações interdisciplinares (Ibidem).

Fries (1980) chama a atenção para a complexa natureza das condições crônicas, as quais sofrem influência de vários fatores, em particular dos sociais e psicológicos. Deste modo, o autor ressalta que a interação social, a promoção da saúde e da autonomia individual são medidas que promovem o envelhecimento saudável.

As mudanças nos hábitos e no estilo de vida também contribuem para o aumento na incidência de condições crônicas em faixas etárias cada vez mais jovens, de forma que mais de 40% da clientela atendida na rede básica de saúde é composta por pessoas acometidas pelas doenças crônicas (DALMASO, 1996). O diabetes mellitus, por exemplo, é hoje um dos maiores problemas de saúde no país, em decorrência do número de pessoas acometidas por essa doença, responsável por diversas incapacitações e até da mortalidade de pessoas ainda na fase produtiva da vida.

A OMS (2003) destaca que questões ligadas ao estilo de vida e de comportamento, tais como tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas e o estresse social são elementos determinantes para as condições crônicas.

Neste sentido, em decorrência da forma acelerada como se processa no Brasil as transições demográfica e epidemiológica existe a necessidade de esforços no planejamento de políticas, programas e ações para proporcionar o envelhecimento saudável da população.

Deste modo, com o intuito de assegurar os direitos de atendimento às necessidades do idoso, em janeiro de 2004 passou a vigorar no Brasil a Lei n.º 10.741, que constitui o Estatuto do Idoso. A lei estabelece, em suas disposições preliminares, no artigo terceiro:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, 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 (BRASIL, 2003, p. 15).

Essa lei prevê ações governamentais em todas as áreas mencionadas acima, pressupondo o envolvimento da família, da sociedade e do governo. Especificamente, o direito do idoso à saúde é assegurado de forma integral por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que o acometem.

Nota-se que existem políticas de assistência ao idoso, as quais devem ser implementadas; no entanto, é necessário considerar a complexidade da assistência a esta população, principalmente no que se refere à unidade idoso-família. Veras (1999) comenta que os problemas de saúde dos idosos, além de serem de longa duração, requerem profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo.

Diante destas necessidades de assistência ao novo perfil social e seu novo processo de viver e adoecer, verifica-se um “despreparo” dos profissionais da saúde para desenvolver atividades dessa natureza, ainda mais quando se associa a ele o desafio de *assistir a família*,

termo utilizado pelos profissionais de enfermagem, os quais, no entanto, normalmente assistem indivíduos que têm família, e não cuidam/assistem a família enquanto unidade.

Desta forma, há a necessidade de reorganização e adequação dos serviços de assistência à saúde para atender às reais necessidades dessa população. Neste processo, a compreensão do conceito de cuidado da família ao idoso com condição crônica é fundamental, uma vez que essa compreensão pode ser crucial no desenvolvimento do trabalho do profissional enquanto agente de saúde pública.

1.3- Doença crônica e as dificuldades vivenciadas pela família

No decorrer da experiência profissional do enfermeiro, tanto nas atividades de assistência como de pesquisa, lhe é dado conhecer a realidade que perpassa o cotidiano das famílias, observando que estas, além de conviverem com a condição crônica de um de seus membros, defrontam-se muitas vezes com diversos tipos de problemas, direta ou indiretamente vinculados ao seu modo de cuidar.

Estudos mostram que um dos problemas mais freqüentemente vivenciados pelas famílias é a dificuldade financeira (MARCON *et al*, 2004; MARQUES, 2004). Constata-se que a situação econômica, quando envolve a condição crônica, agrava-se por dois fatores: os custos elevados de um tratamento contínuo; e a doença crônica e seu tratamento representarem, muitas vezes, impedimento à execução de atividades laborais por parte do indivíduo doente, o que reduz a renda familiar.

Sobre esta questão específica do trabalho para a pessoa que vivencia a condição crônica e sua família, Carreira e Marcon (2003) demonstram que a doença renal e seu tratamento dialítico (tanto hemodiálise quanto diálise peritoneal) trazem limitações à

realização de algum tipo de atividade remunerada, em especial para os pacientes, sendo assim necessárias adaptações e readequações por parte dos familiares e da sociedade, para que estes indivíduos sejam inseridos no mercado de trabalho.

No tocante à condição crônica como um fator, não raro, limitante para o desenvolvimento das atividades laborais, verifica-se que esse fator envolve não somente o problema fisiológico e social, mas também valores culturais, em especial no caso do brasileiro, uma vez que é um dos elementos fundamentais da socialização, ou seja, a pedagogia do trabalho, salienta, na educação familiar, a importância dos filhos assumirem a condição e identidade de trabalhador.

Outras dificuldades de ordem social também são vivenciadas pelas famílias de indivíduos com condições crônicas em seu processo de cuidar, como identificam Marcon *et al* (2004). Um exemplo apontado pelas pesquisadoras foi a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto pelo distanciamento geográfico entre a residência e a unidade de atendimento mais próxima – agravado pela ausência de transporte coletivo que passe próximo dessa unidade – quanto pelo pequeno número de consultas disponibilizadas pelas unidades básicas de saúde, fazendo com que, muitas vezes, os indivíduos enfermos retornem para casa sem atenção à saúde.

A dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde, foi enfatizada por famílias ribeirinhas da ilha Mutum (pertencente ao município de Porto Rico/PR). No estudo que objetivou conhecer os saberes e práticas de saúde dessas famílias, o problema do acesso ao atendimento de saúde era ainda maior entre elas, pelo fato de, para buscar atendimento de saúde, terem que se transportar de barco até a sede do município. Este tipo de transporte tem elevado custo para estas famílias, é lento e ainda depende de condições climáticas favoráveis à navegação. A dificuldade de transporte foi um dos fatores que levaram estas famílias a

utilizar seus recursos e conhecimentos próprios para atender às suas necessidades de saúde e doença (CARREIRA; ALVIM, 2002).

Outras dificuldades relativas às famílias de pessoas que vivenciam condições crônicas também são apresentadas por Marcon *et al* (2004), quando avaliam a capacidade da família para cuidar. As autoras constataam que as famílias enfrentam problemas de cunho cultural, técnicos e relacionados à falta de orientação, precisando assim, com frequência, de ajuda profissional. Exemplo disso é a constatação de que, em sua totalidade, as 42 famílias assistidas por um período médio de nove meses, durante a primeira fase do projeto de assistência e apoio às famílias de pacientes crônicos do Hospital Universitário de Maringá-PR (HUM), enfrentaram problemas de saúde com indivíduo portador de doença crônica, sendo que em doze delas o mesmo sofreu pelo menos um episódio de internação. Em outras 24 famílias um de seus membros também apresentava ou tinha apresentado problemas de saúde e em sete delas isto acontecera com mais de um de seus componentes.

Alterações no cotidiano da família, tais como prejuízos na rotina diária devido às atividades de cuidado e sobrecarga de trabalho para o cuidador também são outras dificuldades presentes na família ao experienciar a condição crônica do idoso; bem como algumas alterações positivas e negativas nas relações familiares, a exemplo do estreitamento na relação do idoso com alguns familiares e/ou estresse e sentimentos de impotência do idoso diante da condição crônica, gerando conflitos (ANDRADE, 2001; MARQUES, 2004).

Estes dados nos revelam quão frequentes são as situações de doença no cotidiano das famílias estudadas. As características da condição crônica – permanência, remissões, necessidade de diferentes intervenções – parecem levar a alterações no sistema familiar; e em consequência disto, seus membros adoecem facilmente, pois são mais vulneráveis a perdas em geral (de saúde, de bem-estar, financeira, de equilíbrio físico, mental e emocional).

Cabe destacar ainda que entre famílias de indivíduos com condição crônica a qualidade de vida não implica necessariamente na cura como remissão de sintomas,

[...] mas em seu sentido latino mais puro de tomar a si a responsabilidade de cuidar, que pressupõe uma visão de promoção à saúde na qual as pessoas são consideradas nos estados em que elas podem se apresentar, sem exigir-lhes qualquer sacrifício eugênico de tornarem-se sadias a qualquer preço (PITTA, 2000, p. 25).

É certo que os sintomas da doença crônica causam transtornos no cotidiano das pessoas e que faz parte de um melhor padrão de qualidade de vida reduzi-los, ou até mesmo eliminá-los, quando possível. Entretanto, não se deve desistir de melhorar as condições de vida quando não é possível eliminar, definitivamente, os sintomas, como é o caso da condição crônica.

Considerando-se que a maioria das doenças que acometem a população são condições crônicas e ocorrem com a idade mais avançada (FRIES, 2003), estas, constituem atualmente motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde. Tais fatos estão ligados a alguns aspectos limitantes, como as conseqüências do tratamento de saúde – representadas pelo desgaste e sofrimento da pessoa acometida e sua família, comprometimento da situação econômica da família (custos com o tratamento e/ou redução no número dos que contribuem com a renda familiar) – e o fato de que grande parte dos recursos financeiros e humanos dos serviços públicos prioriza atividades de cunho curativo e de reabilitação, ao invés de preventivos e de promoção da saúde.

1.4- Família como unidade cuidadora do idoso

Além de evidenciar as dificuldades enfrentadas pelas famílias em seu cotidiano para cuidar de seus membros, como apresentado anteriormente, pode-se verificar também que a

família desempenha papel fundamental na manutenção e controle da saúde de seus membros, principalmente no caso da ocorrência da condição crônica no seio familiar, pois cabe a ela arcar com a continuidade do cuidado ao indivíduo no seu processo de viver e adoecer.

Ayéndez (1994) entende que a família é a principal fonte de assistência e apoio ao idoso. Andrade e Rodrigues (2002), ao enfocarem o sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral (AVC) no contexto domiciliar, afirmam que o idoso, ao retornar para casa após o tratamento hospitalar do AVC, necessita de cuidados complexos, exigindo-se assim preparo das famílias que assumirão a responsabilidade do cuidado. No entanto, estes cuidadores enfrentam várias dificuldades, principalmente por não receberem suporte do sistema de saúde pública para a prestação de cuidados que a doença demanda.

Nota-se que, apesar de ser dada cada vez mais responsabilidade à família no cuidado à saúde de seus membros, isto quase sempre ocorre sem que lhe sejam fornecidos os recursos e condições necessários para que ela possa, de fato, assumir sua parcela de ônus, sem que isto represente grandes prejuízos para o bem-estar físico e/ou mental decorrentes, por exemplo, do aumento dos custos e das responsabilidades (MARCON; ANDRADE; SILVA, 1997).

Este importante papel da família, mais especificamente do cuidador familiar, tem sido enfatizado na última década no Brasil. A partir dos avanços tecnológicos ocorreram mudanças radicais no modo de vida das populações, resultando, por exemplo, no aumento da expectativa média de vida do brasileiro. Esta transição em termos demográficos tem definido um novo perfil populacional em todo o mundo, pois a cada ano identifica-se um aumento no percentual de indivíduos com mais de sessenta anos, provocando grande impacto nos diversos segmentos da sociedade, decorrente, por exemplo, do aumento de condições crônicas, afecções típicas da velhice e características em quem vive na sociedade atual (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

Nesse contexto, podemos facilmente concluir que uma das alternativas para tentar resolver a crise de saúde vigente no sistema público seria investir na família, pois hoje existe a certeza de que ela é uma unidade de cuidado à saúde de seus membros. Em 1970, Turner já afirmava que a família está melhor equipada e tem maiores condições para acompanhar o processo saúde-doença de seus membros, pois, dada sua proximidade e convivência, é capaz de detectar sinais de doença ou preocupação a partir de mínimas mudanças na aparência ou estado de disposição, signos despercebidos e às vezes inacessíveis a outros.

Elsen (1984), por sua vez, menciona que cada família tem um referencial próprio para identificar, interpretar e atuar nas diferentes situações de saúde e doença. A experiência em cada episódio é acrescentada ao referencial da família, que desta forma vai sendo expandido. São poucas as vezes em que problemas de saúde identificados pela família precisam ser levados aos serviços de saúde para sua resolução e, nestes casos, as famílias precisam de respostas concretas por parte dos profissionais e dos serviços de assistência à saúde.

Andrade e Rodrigues (2002) também afirmam que o sistema de cuidado familiar se desenvolve naturalmente no cotidiano da vida, refletindo assim o pensar, o agir e o sentir da família frente ao processo saúde-doença. Neste sentido, a família integra diversos modelos utilizados na administração do cuidado, caracterizando o modo holístico de abordagem e uma concepção interdisciplinar do cuidado ao idoso.

Os saberes e práticas do cuidado presentes no cotidiano de vida familiar são construídos historicamente e por meio das relações sociais e familiares, portanto sofrem constantes modificações e estão permeados de valores culturais. É a partir do conhecimento desses saberes e práticas que se destacam também as discussões trazidas por Madeleine Leininger, referentes à influência cultural em todo o processo de viver e, conseqüentemente,

no processo saúde-doença, lançando desta forma um olhar antropológico nas ações da enfermagem profissional.

Leininger (1991, p. 48) conceitua saúde como “um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos (ou grupos) para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados¹”.

Compreende-se então a saúde como um elemento definido culturalmente, diferenciado nas várias culturas. Os cuidados a ela prestados também são praticados de diferentes maneiras, ainda que existam alguns pontos em comum em relação ao cuidado em todas as culturas. Assim, Leininger (ibidem, p. 46) define cuidado como “o fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos por ou para outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição ou forma de vida humana²”.

A autora considera que o cuidado pode ser demonstrado por meio de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes, conceituando então o cuidado cultural como:

[...] os valores, as crenças e os modos de vida padronizados aprendidos, subjetiva e objetivamente, e transmitidos, que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte³
(Ibidem, p. 47).

Através desse olhar, a autora discute a necessidade da enfermagem conhecer o universo cultural de seus clientes e respectivas famílias, para que possa compreender as variações no cuidado à saúde e assim desenvolver uma assistência eficaz, que atenda às reais necessidades do indivíduo e sua família em uma determinada etnia ou sociedade.

¹ Tradução livre feita pela autora.

² Tradução livre feita pela autora.

³ Tradução livre feita pela autora.

Ainda no que diz respeito à prática de cuidado, Collière (1989, p. 21) afirma que este “é um assunto de carácter universal e multidimensional, embora singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socioeconômico, em cada situação.” Acrescenta que o cuidado, além de ter uma relação universal, não pode estar dissociado do espírito; salienta que os cuidados são: “... fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação; pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos tentando evitar o sofrimento” (Ibidem, p. 49).

Segundo Elsen (1984; 2002), um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas norteiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros. Denardin (2002), ao relatar pesquisa sobre famílias rurais descendentes de italianos residentes em Silveira Martins – RS, também enfatiza que o cuidado destas famílias está permeado de crenças e valores resultantes da história de vida e da visão de mundo dos imigrantes italianos e seus descendentes, os quais se modificam à medida que novos conteúdos são absorvidos através das diferentes formas de se comunicar e agir no grupo social.

Neste sentido, o processo de cuidar e ser cuidado é permeado pelas concepções de vida, saúde, doença e cuidado dos indivíduos, sendo influenciado pelas relações familiares e sociais. Nesta linha de pensamento, a análise das práticas de cuidado da família ao indivíduo idoso revela as regras, os procedimentos que seguem tais indivíduos, enfim suas concepções de cuidado.

Percebe-se assim a necessidade de compreender o conceito de cuidado da família, em especial ao idoso com condição crônica. Cumpre lembrar que segundo Pettengill (2003), o desenvolvimento de conceitos é fundamental para a descrição e explicação de fenômenos e ao mesmo tempo uma das etapas no processo de teorização. A partir deste conhecimento, ampliam-se os fundamentos teóricos ao entendimento sobre o contexto de vida da família, com vista a oferecer assistência à saúde mais amigável e efetiva, melhorando desse modo a qualidade de vida da família como um todo.

Estudos de autores brasileiros como os de Andrade (1996; 2001), Marcon *et al* (2002) e Marques (2004) buscam conhecer como as famílias enfrentam a situação da necessidade de cuidado contínuo ao idoso considerando as dificuldades socioeconômicas e as do próprio cuidado das famílias, as deficientes condições dos serviços públicos de saúde e o despreparo dos profissionais para esta assistência; e, assim, procuram criar estratégias para o desenvolvimento de melhor assistência a esta população.

Observando-se desse modo as dificuldades que a família enfrenta para cuidar de seus membros e a condição de fragilidade na saúde presente no seu cotidiano, questiona-se: qual o significado de cuidado do idoso com condição crônica para estas famílias? O contexto de dificuldades e ao mesmo tempo as habilidades da família no processo de cuidar do idoso influenciam o seu entendimento sobre o cuidado e suas práticas de saúde?

Dessa forma, a presente pesquisa busca compreender o conceito de cuidado da família ao idoso com condição crônica, uma vez que se reconhece sua importância para explicar certos fenômenos no processo de cuidar do idoso, bem como da importância da experiência familiar referente ao cuidado à saúde e doença de seus membros. A esse conhecimento se somará a experiência dos profissionais da saúde, mais especificamente dos enfermeiros, no cuidado tanto na enfermidade quanto na promoção da saúde. Além disso, vale destacar a importância do preparo não somente dos profissionais de saúde, mas dos serviços de atenção à saúde que servem como suporte para a assistência à família, no que diz respeito às condições crônicas.

Objetivo geral

O estudo tem como objetivo geral construir um modelo conceitual de cuidado familiar ao idoso com condição crônica, com base nos significados construídos nas interações sociais.

Objetivos específicos

Constituem objetivos específicos:

- Identificar como a família vivencia o processo de cuidar do idoso com condição crônica;
- Interpretar os significados do cuidado familiar ao idoso com condição crônica.

3- REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de abordagem teórico-metodológica qualitativa, pelo fato de este tipo de estudo permitir “uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social” (HAGUETTE, 2003, p. 63), como é o caso do conceito de cuidado familiar com idosos que vivenciam condições crônicas.

Minayo (1993) afirma que as metodologias de pesquisa qualitativa são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, que são inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, compondo as construções humanas significativas.

Para tanto, utilizou-se o *Interacionismo Simbólico* como referencial teórico e a *Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory)* como referencial metodológico, para atender os objetivos propostos na pesquisa.

3.1- Interacionismo Simbólico

Neste estudo, utilizou-se como base teórica o Interacionismo Simbólico. Esta foi elaborada por vários filósofos, como George Herbert Mead (1863-1931), Charles Horton Cooley (1864-1929) e W. I. Thomas (1863-1947); no entanto, foi o sociólogo Herbert Blumer (1998) que sistematizou os pressupostos básicos da abordagem interacionista, como se segue:

- Os seres humanos agem conforme os significados que atribuem às coisas, ou seja, seu comportamento frente aos outros seres humanos, aos objetos, instituições, enfim tudo o que envolve o seu cotidiano de vida, está relacionado aos significados destes para o indivíduo.
- Os significados de tais coisas derivam das interações sociais que um ser humano tem com o outro.

- Os significados são modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com as coisas que encontra.

Charon (1985) descreve quatro idéias centrais do Interacionismo Simbólico. Primeiramente afirma que, para o Interacionismo Simbólico, o foco central é a interação entre as pessoas, entendendo por interação a ação, percepção, interpretação e reação das coisas na relação com o outro. Neste sentido, concebe o ser humano como um ser ativo, rejeitando a idéia de ser passivo e determinado.

A segunda idéia importante é que o homem é entendido como ser que age no presente, ou seja, a interação social sofre maior influência de acontecimentos do presente quando comparados ao passado. O passado só entra na ação quando nós o chamamos ao presente.

Quanto à terceira idéia, o autor afirma que interação não é somente o que ocorre entre as pessoas, mas também o que acontece no íntimo do indivíduo. Os seres humanos interagem conforme eles definem e concebem as coisas, e essas definições são influenciadas pelas interações com os outros. Deste modo, entende-se que os significados das coisas, para o Interacionismo Simbólico, emergem deste processo de interação entre as pessoas e delas consigo mesmas, assim os significados são produtos sociais.

Finalmente, o Interacionismo Simbólico descreve o ser humano como ativo, imprevisível e livre, uma vez que age e interage no mundo conforme o concebe; esta concepção envolve escolha consciente, autodireção, avaliação de suas próprias ações, das dos outros, bem como redirecionamento das ações.

No Interacionismo Simbólico também é importante compreender o significado de três conceitos básicos: símbolo, *self* e mente (Charon, 1985).

O símbolo é o conceito central da teoria interacionista. Os símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. É a partir dos símbolos que se compreende a ação

humana, pois é através deles que é dado significado, sentido às coisas, para si e para o outro com quem se interage.

Para a teoria interacionista, o ser humano possui um *self*, ou seja, da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação às outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo. O *self* é a interação interior do ser humano consigo mesmo. Assim, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo, o qual é composto por duas faces: o “eu”, que é o indivíduo como sujeito, espontâneo, é a resposta do indivíduo a uma situação social; e o “mim”, que constitui a pessoa como objeto, é o sujeito social, o objeto que surge da interação, a qual é identificada, julgada, direcionada e analisada na interação com os outros.

A mente, para Charon (1985), é definida como a ação simbólica direcionada pelo *self*. A mente deve ser entendida como a atividade simbólica do próprio *self*; ou seja, é uma comunicação ativa com o *self* pela manipulação dos símbolos; o indivíduo pensa, faz reflexões e interpretações, busca respostas para si próprio, atribui significados à situação vivenciada e estabelece uma reação. Esta ação/reação é uma resposta advinda de uma interpretação feita pelo ser humano a respeito do objeto ou da situação vivida.

Os princípios do Interacionismo Simbólico buscam compreender como a significação se incorpora à interação para dar origem ao ato social. Assim, ao utilizar este referencial teórico, o pesquisador deverá atentar para os aspectos intra e interpessoal do comportamento humano e, no caso específico deste estudo, entender que o cuidado familiar ao idoso com condição crônica advém da experiência familiar, na medida em que seus membros vivenciam a doença e o cotidiano do cuidado e que essas experiências adquirem significados individuais e coletivos. A partir disso, acredita-se que este referencial é adequado para ampliar a compreensão do significado do cuidado familiar ao idoso.

3.2- Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados - TFD (*Grounded Theory*) proposta por Glaser e Strauss (1999) é um método que tem a finalidade de conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, observando assim a inter-relação entre significados e ação.

Este método busca a compreensão do significado de um determinado evento na perspectiva do sujeito, a partir do desenvolvimento sistemático de teorias baseadas nas informações obtidas e analisadas na pesquisa social. Neste sentido, o propósito dessa metodologia é gerar uma teoria que favoreça o entendimento de fenômenos sociais, ao invés de testar teorias já existentes.

A geração da teoria e a coleta de dados, neste método, fazem parte de um processo dinâmico e essas duas partes serão desenvolvidas concomitantemente; ou seja, a coleta e a análise dos dados são desenvolvidas em uma interação constante.

Este processo de teorização na TFD ocorre de modo indutivo, e nele o pesquisador, a partir da análise comparativa contínua de cada incidente, estabelece as categorias conceituais que exprimem estes dados. Desta forma, as categorias analíticas emergem dos próprios dados e são elaboradas no decorrer da pesquisa; através delas é produzida e apresentada uma teoria substantiva, oferecendo assim uma compreensão de fenômenos sociais e psicológicos.

Assim, as bases de análise na Teoria Fundamentada nos Dados são os conceitos: os procedimentos de coleta de dados buscam identificar os mesmos, desenvolvê-los e relacioná-los, e através da sua codificação surgem as categorias conceituais. Este tipo de abordagem metodológica demanda coleta e análise simultâneas, até que se consiga a saturação teórica das categorias.

Os autores definem que a coleta de dados é feita por meio de entrevista, observação, análise de documentos e/ou pela combinação destas técnicas, que ocorre pelo método comparativo (GLASER; STRAUSS, 1999).

De acordo com Glaser e Strauss (1999), a amostragem teórica vai sendo selecionada de acordo com as inferências do pesquisador no processo de análise dos dados, ou seja, à medida que se faz questionamentos e hipóteses são apresentadas, busca-se novos sujeitos para compor o estudo. A saturação teórica dos dados também contribui para determinar esta amostragem, ou seja, a repetição de informações e o fato de não encontrar novos dados influenciam a constituição dos grupos amostrais.

Neste sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de uma *sensibilidade teórica*, a qual permitirá ao pesquisador uma percepção dos significados dos dados e, a partir daí, a elaboração da teoria (GLASER & STRAUSS, 1999).

Um dos requisitos básicos para o desenvolvimento da sensibilidade teórica é o pesquisador iniciar seu trabalho de campo sem conceitos prévios, com o intuito de estar aberto às informações que emergirem da coleta de dados.

Esse método vem sendo utilizado em várias pesquisas no campo da enfermagem brasileira para compreender diversos fenômenos, como, por exemplo, as de Marcon (1989), Caliri (1994), Yoshioka (1996), Alvarez (2001), Pettengill (2003), Nascimento (2003), Molina (2005) entre outras, auxiliando a compreender a prática profissional, descobrir os problemas existentes nessa área da ciência, buscando as possíveis soluções e assim aplicá-las na práxis da enfermagem.

3.3- O Percurso Metodológico

3.3.1- O local do estudo

Inicialmente, precisou-se definir o local de referência para a seleção das famílias de idosos que integrariam os sujeitos do estudo. Neste momento, concluiu-se que a estratégia seria eleger famílias de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) do município de Maringá, e então selecionou-se a equipe número 15 do Núcleo Integrado de Saúde (NIS) Alvorada I. Esta equipe foi criada na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município e possui uma população de abrangência de famílias de um dos bairros mais antigos e tradicionais da cidade, o que a coloca entre as unidades de saúde com o maior percentual de idosos cadastrados.

O município de Maringá foi a cidade de desenvolvimento da pesquisa, por ser o local de residência da pesquisadora, e conseqüentemente, permitir à mesma maior acesso aos serviços de saúde e às famílias. Este município possui uma população residente de 318.952 habitantes no ano de 2005 (DATASUS, 2005; IBEGE, 2006).

No que se refere aos serviços de atenção à saúde, Maringá possui dez instituições na rede hospitalar, sendo seis hospitais privados, dois filantrópicos e dois públicos (um hospital municipal e outro estadual); duas policlínicas (zona norte e zona sul); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental); vinte e cinco Núcleos Integrados de Saúde (NIS), nos quais tem sessenta e duas Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas; e também possui dois Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) (MARINGÁ, 2004). A Secretaria de Saúde também implantou, no ano de 2006, quarenta e seis Equipes de Saúde Bucal.

O Programa Saúde da Família foi implantado neste município em 2000, contendo 57 equipes. O NIS Alvorada I possui uma população de 12.857 habitantes e neste trabalham três ESF, dentre elas a Equipe 15. O NIS Alvorada I está entre as duas Unidades Básicas de Saúde do município com o maior percentual de idosos cadastrados com idade igual ou superior a 75 anos, representando dentre a população adulta 5,2%. Dentre as três ESF que atuam nesta unidade, selecionou-se a Equipe 15, por esta ter o maior percentual de idosos com hipertensão arterial e diabetes mellitus associados, na faixa etária em estudo – condições crônicas que mais acometem os idosos, segundo Lessa (1998) –, e ainda por constatar que a população de idosos cadastrados nas três ESF não tem diferenças significativas em termos quantitativos (MARINGÁ, 2005).

A solicitação da autorização para realização da pesquisa foi realizada através de um ofício da pesquisadora para o Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) da Secretaria de Saúde do Município de Maringá, solicitando um levantamento nos cadastros das famílias da área de abrangência da Equipe 15, através das fichas A (instrumento de cadastramento das famílias instituído pelo Ministério da Saúde), para posterior seleção das famílias dentro dos critérios estabelecidos no estudo.

Após autorização do CECAPS e Comitê de Ética para o desenvolvimento da pesquisa, iniciou-se o trabalho de campo.

3.3.2- Pesquisa de campo

- **Sujeitos do estudo**

A seleção das famílias de idosos presentes no estudo foi estabelecida dentro do processo de amostragem e saturação teórica, preconizado pela Teoria Fundamentada nos Dados. Estes dois processos são definidos pelo pesquisador, que durante a coleta de dados, codifica, categoriza e conceitualiza os dados de cada grupo amostral, e através das comparações realizadas entre os dados e os questionamentos e inferências do investigador sobre os mesmos, define-se o que ainda precisa ser investigado na cena social. O momento em que o pesquisador observa que não surgem dados novos, dá-se a saturação teórica e a coleta dos dados é cessada (GLASER e STRAUSS, 1999).

Assim, a população do estudo se constituiu de oito famílias de idosos que vivenciam condições crônicas de doença cadastradas na Equipe 15 do Programa Saúde da Família do município de Maringá-PR.

Na composição do primeiro grupo amostral foram levados em consideração única e exclusivamente o fato de atender os interesses substantivos do estudo – serem idosos do sexo masculino e feminino, com idade igual ou superior a 75 anos, residentes no domicílio e com familiares, apresentando pelo menos uma condição crônica de doença, com a presença ou não de limitações físicas.

O critério idade igual ou superior a 75 anos foi estabelecido com o intuito de investigar como é a convivência da família com o idoso mais velho, considerado mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças. Roach (2003) faz uma demonstração da classificação da população idosa de acordo com a idade cronológica, afirmando que de 65 a 74 anos refere-se à categoria de idoso jovem, de 75 a 84 anos idosos de meia-idade e com 85 anos ou mais idosos velhos. A autora complementa ainda que geralmente os idosos jovens são considerados saudáveis, ou seja, idosos sem comprometimento funcional que manejam bem o ambiente e necessitam de assistência mínima. Já os idosos a partir de 75 anos são idosos mais vulneráveis, com maior possibilidade de apresentar comprometimento funcional, necessitando

assim de ajuda nas suas atividades diárias, no cuidado consigo mesmo ou na tomada de decisões.

Na população brasileira, não somente o envelhecimento populacional é algo a ser investigado, mas também se destaca a longevidade das pessoas em nosso país. Considerando que a esperança de vida no Brasil é de 73 anos para as mulheres e 65 para os homens (LITVOC & BRITO, 2004), busca-se conhecer sobre o conceito de cuidado da família para esta população mais envelhecida e suscetível de ajuda.

Assim, inicialmente foi realizado um levantamento de todas as famílias que atendiam os critérios de seleção estabelecidos no estudo, através do cadastro das Fichas A que a ESF 15 possuía, o que totalizou 65 famílias. A partir desses critérios, citados acima, selecionou-se as primeiras duas famílias e com o auxílio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi realizada a apresentação da pesquisadora às mesmas. As demais famílias foram acrescentadas no estudo conforme as hipóteses elaboradas na análise comparativa das primeiras famílias, e atentando para a saturação teórica dos dados.

Conforme a Teoria Fundamenta nos Dados, a amostragem não é pré-determinada, a composição dos diferentes grupos amostrais surge conforme a análise das primeiras interações com as famílias, proporcionando assim a análise comparativa. Atenta-se também para outros aspectos, tais como a posição do indivíduo idoso doente na família, o tamanho da família e o tipo de acesso aos serviços de assistência à saúde. Também fizeram parte do estudo famílias com idosos independentes e idosos dependentes, pois entende-se que a interação e o cuidado nestas situações são distintos, bem como o significado atribuído a eles.

Deste modo, foram constituídos cinco grupos amostrais. O primeiro grupo foi formado de famílias que possuíam idosos com condição crônica de doença, porém que mantinham uma certa autonomia, com independência inclusive para o autocuidado. Neste primeiro momento selecionamos duas famílias para iniciar a pesquisa. Durante o trabalho de

campo observamos que ambas as famílias possuíam suporte do SUS e do sistema privado de saúde, sendo que uma delas com condições para utilizar o serviço de saúde privado e a outra através de plano de saúde. Então levantaram-se as seguintes hipóteses: Será que esta convivência familiar com o idoso e a relação com o cuidado do mesmo é semelhante ao das famílias que tem acesso exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atender suas necessidades de assistência à saúde? E quando este idoso apresenta um grau de dependência parcial ou total, como se dá esta relação com o cuidado, bem como o significado deste cuidado? E neste caso, também faz diferença no conceito de cuidado o acesso aos serviços de saúde?

A partir daí surgiu a necessidade de se criar outros grupos amostrais, sendo que o segundo grupo está constituído de duas famílias com idosos que apresentavam algum grau de dependência e que tinham suporte do sistema privado de saúde através de convênio; o terceiro grupo foi formado por duas famílias com idosos dependentes, porém com acesso à assistência a saúde restrito ao SUS; e o quarto grupo amostral que foi composto de duas famílias com idosos independentes e com acesso aos serviços de saúde exclusivo do SUS.

Ao desenvolver a análise comparativa, observa-se que dentre as famílias de idosos dependentes, havia uma idosa que vivia com a filha mais nova, uma outra que vivia com dois irmãos solteiros, e ainda havia uma idosa que morava com a família do filho. Com esta questão aparente, decidiu-se estabelecer uma análise comparativa entre estas famílias atentando também para seguinte hipótese: O cuidado ao idoso se estabelece da mesma maneira e tem o mesmo significado quando este é realizado por outras pessoas que não a sua filha? Ou seja, quando o cuidador principal não é a filha existe diferença no processo de cuidar e de vivenciar este cuidado? Qual significado desta experiência para a família? Deste modo, criou-se o quinto grupo amostral atentando para quando o cuidador principal não é a filha do idoso.

Desta forma, os grupos amostrais foram sendo criados conforme os objetivos do estudo e também para confirmar ou não as hipóteses levantadas durante o processo de análise comparativa, ampliando o modelo teórico em desenvolvimento no estudo.

- **Coleta e análise os dados**

- **Estratégias para a coleta de dados**

Como método de coleta de dados junto às famílias, utilizou-se a observação participante, pelo fato deste permitir que o pesquisador participe de uma situação social de maneira que possa investigá-la cientificamente; ou seja, pelo fato dele possibilitar a vivência do cotidiano de vida de famílias com membros idosos com condição crônica, observando assim como a família vivencia o processo de viver e cuidar do idoso.

Cicourel (1990, p. 89) ao dissertar sobre o método em pesquisa de campo, aponta uma definição de observação participante, a qual foi proposta por Schwartz e Schwartz (1955, p. 355):

[...] definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Deste modo, utilizou-se a observação participante, enquanto técnica de coleta de dados, já que esta atende aos critérios propostos pelo método, sempre com o devido cuidado ao registrar as observações, deixando explícito aquelas informações que são provenientes das observações diretas, daquelas que o pesquisador acrescenta às suas interpretações e também aquelas que contêm às interpretações dos sujeitos do estudo.

Na observação participante o pesquisador está face a face com os observados, obtendo assim informações detalhadas sobre o objeto de estudo, ao participar da vida deles em seu cenário natural (MINAYO, 1993). Neste sentido, torna-se necessário enfatizar que o pesquisador faz parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Algumas das participações mais freqüentes ocorridas durante o trabalho de campo foram orientações quanto a condição crônica do idoso e os cuidados necessários, podendo contribuir com isso para melhores esclarecimentos sobre estas questões específicas do cuidado e, conseqüentemente, para uma maior adesão ao tratamento e adoção de comportamentos mais saudáveis.

Outras técnicas de coleta de dados adotadas foram a entrevista semi-estruturada e não-estruturada e a consulta a documentos. Segundo Minayo (1993) a entrevista semi-estruturada e não estruturada difere apenas em grau, porque na verdade nenhuma interação, com a finalidade de pesquisa, coloca-se de forma totalmente aberta. A autora comenta então que ocorre distinção na elaboração do roteiro da entrevista, o qual consiste em enumerar de forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar em campo.

Os dados da pesquisa de campo foram coletados nos domicílios de famílias de idosos com condição crônica de doença. Todas as interações entre pesquisador e famílias constituíram sessões de coleta de dados, bem como todas as reuniões com a Equipe de Saúde 15 para seleção de novas famílias.

- Instrumentos utilizados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice A) elaborado pela pesquisadora teve validação aparente e de conteúdo, realizado por três especialistas da área. Considerando-se

que a coleta dos dados foi realizada no ambiente domiciliar, percebe-se a necessidade de um roteiro que norteie a pesquisa de campo, pois, sabe-se que, mesmo com os pressupostos da observação participante, a presença da pesquisadora na casa da família traz mudanças na dinâmica e rotina de suas atividades diárias.

O instrumento de coleta de dados é constituído por cinco partes, contendo questões abertas e fechadas: a primeira parte refere-se à composição familiar do idoso, caracterizando-a quanto ao grau de parentesco, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda salarial, atividade profissional, religião e condições de moradia; a segunda parte trata-se da condição de saúde/doença do idoso e família, pontuando os problemas de saúde específicos de cada membro da família, tempo da doença, a existência de seqüelas, a realização de algum tipo de tratamento, identificando-o, e os medicamentos utilizados com e sem indicação médica; na terceira parte é realizada uma avaliação da capacidade funcional do idoso; a quarta parte diz respeito ao cuidado do idoso no contexto familiar, que a partir de uma questão aberta e de caráter abrangente buscou-se investigar os cuidados familiares realizados para o idoso não adoecer e para manter seu bem-estar, a forma como a família cuida do idoso, suas atitudes quando este adoecer, como lidam com o problema da condição crônica, as dificuldades encontradas no cuidado e como é a experiência de cuidar do idoso; na quinta parte do instrumento são registradas as observações da pesquisadora, quanto ao ambiente da família, armazenamento dos medicamentos, cuidados com o idoso – condições de higiene, vestimentas, alimentação, eliminações, sono, repouso, cuidados com a pele, transporte e o relacionamento da família com o idoso. Foram realizadas entrevistas piloto com três famílias de idosos para testar a validade das questões, e a seguir, iniciou-se a pesquisa de campo com as famílias do estudo.

Vale ressaltar que este instrumento teve a finalidade de nortear o trabalho de campo e as interações com as famílias. Neste sentido, o mesmo não foi utilizado de forma direta e

objetiva. Suas questões foram sendo esclarecidas durante várias visitas domiciliares, que ocorreram para cada família participante da pesquisa.

Com o objetivo de avaliar o nível de dependência/independência dos idosos, utilizou-se de duas escalas de Capacidade Funcional, sendo a primeira Atividades de Vida Diária (AVDs), que refere-se as atividades básicas do autocuidado, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar/levantar da cama/cadeira, alimentar-se sozinho, e o controle de continência urinária e fecal, e a segunda caracterizada como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que englobam atividades funcionais mais complexas necessárias para uma vida social mais autônoma, tais como telefonar, fazer compras, preparar as refeições, arrumar a casa ou cuidar do jardim, fazer alguns reparos em casa, lavar e passar a roupa, usar a medicação corretamente e cuidar das finanças particulares e/ou da casa (FREITAS, 2002; LEVY, 2001).

Utilizou-se ainda, para coleta e análise dos dados, dois instrumentos para avaliação estrutural das famílias presentes no estudo: o genograma e o ecomapa. O genograma é um diagrama do grupo familiar, através do qual é possível representar, em termos gráficos, a estrutura familiar interna. O ecomapa é um diagrama do contato da família com o contexto social e seus vínculos afetivos, representando as conexões importantes da família com a sociedade (WRIGHT E LEAHEY, 2002). Entende-se que a utilização destes instrumentos permitiu uma visualização dinâmica da estrutura familiar interna e sua relação com o contexto social.

- Registros dos dados

Os dados foram registrados por meio da gravação das interações em fitas cassetes, das notas de campo e dos diários do pesquisador, com base na metodologia do estudo. O período de coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2005 a maio de 2006.

Após cada entrevista era realizada sua transcrição na íntegra para proceder a análise, descrita mais detalhadamente a seguir.

Os dados referentes à observação sobre a assistência ao idoso foram registrados no diário do pesquisador. Nestes, destacaram-se as condições em que foram realizadas as interações e reflexões que ocorreram durante as mesmas (sentimentos, percepções subjetivas, hipóteses trabalhadas e avaliações do pesquisador sobre o andamento do estudo e o próprio desempenho), com o objetivo de reunir dados referentes às hipóteses teóricas que surgissem durante a coleta de dados e à experiência do pesquisador ao desenvolver o estudo.

Também foram registradas, em termos específicos e não analíticos, as descrições dos membros da família (aparência, gestos, expressões); das conversações e dos relacionamentos mantidos durante os períodos de observação e/ou entrevista, além dos dados específicos da assistência (atividades desenvolvidas, evolução).

- Os critérios de análise dos dados

Nos estudos de Teoria Fundamentada nos Dados a coleta e a análise de dados são feitas concomitantemente, através do método comparativo constante (GLASER e STRAUSS, 1999). O pesquisador analisa o material em todas as fases do trabalho de campo. Os dados são comparados continuamente, e a partir desta análise conduz-se as coletas de dados subsequentes.

Desta forma, o investigador tenta descobrir os processos dominantes na cena social, ou seja, os processos que envolvem o cuidado familiar ao idoso com condição crônica.

Stern (1980) apresentou cinco etapas para o desenvolvimento da análise dos dados nos estudos que utilizam a Teoria Fundamentada nos Dados, as quais foram utilizadas nesta pesquisa e descritas a seguir.

1- Coleta empírica dos dados:

Neste momento inicial, os dados coletados a partir da entrevista, observação participante e leitura de documentos são codificados e categorizados. Na codificação o pesquisador aplica um sistema de Código Aberto, que é a análise dos dados linha por linha; neste, ocorre a identificação dos processos e a partir daí geram-se os Códigos Substantivos, os quais são as substâncias dos dados, representados inclusive por termos dos próprios sujeitos do estudo.

Na categorização, os dados são codificados, comparados e agrupados conforme suas semelhanças, gerando as categorias; as quais são nomeadas adequadamente pelo pesquisador.

2- Formação de conceitos:

Neste estágio, o pesquisador tenta descobrir os principais problemas da cena social em estudo, do ponto de vista dos sujeitos, suas interações com os problemas e como lidam com os mesmos, gerando assim uma estrutura conceitual.

3- Desenvolvimento de conceitos:

Nesta fase três passos irão expandir e densificar a teoria emergente: a redução, a amostragem seletiva da literatura e a amostragem seletiva dos dados.

No processo de redução, as categorias são comparadas entre si e verifica-se como podem se agrupar ou conectar-se, surgindo a partir daí processos maiores. Assim, através dessas ligações, algumas categorias são desfeitas para formar categorias mais gerais.

Na amostragem seletiva da literatura o pesquisador analisa se os processos e categorias emergentes no estudo estão coerentes com os resultados dos estudos presentes na literatura científica sobre o assunto. Este processo é realizado de forma indutiva.

A partir da identificação dos principais conceitos, estes são comparados com os dados e analisados para determinar as condições em que ocorrem e se são pontos centrais para a teoria emergente. Hipóteses são elaboradas pelo pesquisador neste processo de análise e dados adicionais são coletados de forma seletiva, com o propósito específico de responder as hipóteses e também identificar as propriedades das categorias principais. Este é o processo de amostragem seletiva dos dados ou também chamado de amostragem teórica, no qual os dados são coletados para avançar e desenvolver a teoria em construção. A estrutura conceitual desenvolvida, a partir dos dados, é testada pela coleta dos mesmos, a qual será ou não comprovada. Os conceitos que não podem ser fundamentados pelos dados são descartados. Neste processo dedutivo a estrutura conceitual é avaliada e pode ser alterada e/ou expandida.

Também ocorre neste momento o desenvolvimento da veracidade das sub-categorias, ou seja, as respostas para as hipóteses promovem dimensões para as categorias, estabelecendo-se assim validade para as sub-categorias e uma relação entre estes dados quanto ao tempo, condição e interação entre os mesmos, o que é chamado de saturação das categorias. O pesquisador coleta os dados até o momento em que explicações e aspectos complementares das hipóteses dêem sustentação ao caso e quando dados novos deixam de surgir.

4- Modificação e a integração de conceitos:

Este é o processo em que a teoria emergente finalmente é integrada e delimitada. Aqui os conceitos são comparados com o mais alto desenvolvimento conceitual para estabelecer suas relações e, novamente, estes conceitos relacionados são comparados com os dados para validação. Deste modo, identifica-se a variável essencial, entendida como a categoria que explica o problema.

Esta fase envolve dois grandes processos: registro dos memos e a codificação teórica. Os memos são estratégias de preservar as hipóteses emergentes, esquemas analíticos, intuições e abstrações. No processo de análise e codificação dos dados surgem as idéias, os questionamentos e estes devem ser registrados, o que posteriormente dará suporte para a redação do texto, enriquecendo o esquema conceitual de análise.

Na codificação teórica aplica-se uma variedade de esquemas analíticos dos dados para ampliar a abstração dos mesmos e, assim, pensá-los mais de forma teórica do que em termos descritivos. Para uma visualização geral, os dados podem ser apresentados em forma de diagramas, tabelas, quadros ou desenhados em modelos.

5- Produção do relato de pesquisa - construção da teoria emergente:

O relato de pesquisa na Teoria Fundamentada nos Dados apresenta a teoria substantiva, a qual é construída a partir dos dados adquiridos na investigação. Os conceitos são o suporte do texto e ganham sua forma dentro da teoria de acordo com a sua relevância no mundo empírico. A literatura será utilizada para explicar a teoria, mas a teoria não é derivada dela.

Destaca-se ainda que, nesta metodologia, a análise do dados não ocorre linearmente, seguindo esta série de passos. O pesquisador operacionaliza estes vários processos de forma dinâmica, isto é, examina os dados desde o início quando estes chegam, e começa a codificar, categorizar, conceitualizar e escrever os primeiros pensamentos conceituais do estudo.

Enfatiza-se ainda que todos os processos que envolveram a coleta e análise dos dados foram realizados pela pesquisadora, tendo assim um maior controle e rigor metodológico em todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa.

Para aprofundar e consolidar a análise das categorias do estudo, utilizou-se o *paradigm model* de Strauss e Corbin (1990), através do qual estabelece relações entre as categorias analíticas, envolvendo as condições causais para que ocorra o fenômeno central, o contexto em que este acontece e as conseqüências no ambiente social com a presença do fenômeno.

3.4- O rigor da pesquisa.

Durante o desenvolvimento do estudo atentou-se em realizar algumas ações que garantissem o rigor científico no que diz respeito à veracidade, consistência e validade, conforme determinam Lincoln e Guba (1985).

A veracidade em pesquisas qualitativas é critério necessário para garantir ao estudo fidedignidade, ou seja, apresentar informações na pesquisa que representam a realidade dos sujeitos no referente ao objeto de análise, a ponto de permitir reconhecimento imediato pelos leitores.

Para tanto, a pesquisadora esclareceu a todos os participantes sobre a finalidade do estudo e os procedimentos realizados no trabalho de campo, e somente após as informações e

autorização houve o início do registro dos dados; o registro das informações ocorreu através de fitas cassetes, e transcritas logo após a interação com as famílias para garantir seu registro de maneira clara e sem influências da pesquisadora, bem como as notas do diário de campo; a análise e discussão dos dados sucederam, periodicamente, com a orientadora, para certificar pertinência na trajetória da pesquisa.

A consistência é um critério para conceder confiabilidade ao estudo, o que indica coerência em todo o processo teórico e metodológico do relatório final da pesquisa; por esse motivo aplicaram-se rigorosamente os princípios preconizados no método da TFD e buscou dialogar os resultados com outros estudos da área e/ou áreas correlatas, que envolviam os temas idoso, família, cuidado e condição crônica.

A validade é outro critério importante, no qual esforça-se para obter a legitimidade dos dados apresentados, no caso da TFD, do modelo teórico construído. Esta é realizada através da apreciação do modelo teórico por outro grupo de validadores semelhantes aos participantes da pesquisa e um especialista. Neste estudo, a validação foi composta por duas novas famílias e um doutor da área de saúde do idoso.

3.5 – Validação do modelo teórico

Após o desenvolvimento do modelo teórico realizou-se a validação do mesmo, através da avaliação de duas famílias, sendo que uma delas fez parte do grupo amostral da pesquisa. Em momentos distintos, foi apresentado o modelo teórico elaborado, expondo o que levou a identificar o fenômeno central, os processos e as categorias emergentes dos dados e suas relações.

Na avaliação da primeira família houve a participação do idoso, com nível parcial de dependência, e da cuidadora, estes além de mostrarem compreensão do modelo teórico, fizeram reflexões sobre a aplicação deste em sua própria família e nas famílias próximas de seu convívio.

Eu vejo que está certo isso. É assim mesmo que a gente passa, tendo todas essas dificuldades... E a gente conhece outras pessoas que passam por isso também, minha cunhada mesmo também cuida da sogra e não é fácil para ela também, mas a gente faz tudo com amor (VF1 – filha).

A segunda família compôs o grupo amostral do estudo. No momento da validação houve a participação do idoso independente, o esposo e a filha mais velha. A avaliação demonstrou que o modelo teórico representa o cuidado familiar ao idoso que vivencia a condição crônica.

Eu nem imaginava que iria ficar tão organizado assim... É tudo dessa forma mesmo (VF2 – esposo).
Eu chego a conclusão que tenho que respeitar essa situação de ter a doença, porque, se não, o sofrimento é grande quando a gente não faz o tratamento (VF2 – idosa).

O modelo teórico também foi validado através de sua exposição a um doutor na área de saúde do idoso. A avaliação do especialista na área fortaleceu as características apresentadas pelo modelo, bem como os processos, categorias e subcategorias. No entanto, nesta análise houve a adequação de algumas denominações das categorias analíticas.

3.6 - Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, atenderam-se os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Inicialmente, foi solicitada autorização para a realização do estudo através de ofício à Secretaria de Saúde do Município de Maringá, Paraná, ocasião em que foram prestados todos os esclarecimentos necessários à compreensão do estudo. A autorização foi permitida e documentada através do ofício no. 1126/2005 emitido pela CECAPS – Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (Anexo A).

A seguir, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, uma vez que a pesquisa foi realizada no município de Maringá-PR. Este foi aprovado em reunião no dia 19 de novembro de 2004 com o parecer no. 331/2004 (Anexo B).

A solicitação de participação no estudo às famílias foi feita por escrito, através do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Nesta solicitação elas foram informadas sobre os objetivos do estudo, tipo de participação desejada e tempo provável de duração do trabalho de campo. Também foi assegurada aos participantes a desvinculação entre participação na pesquisa e o atendimento prestado pelos serviços de saúde do município, o livre consentimento, liberdade de desistir da participação - se em qualquer momento assim desejarem, e anonimato quanto às informações prestadas, sempre que os resultados da pesquisa forem divulgados.

4- APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.1- CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E DOS IDOSOS

A caracterização das famílias e dos idosos do estudo está descrita na primeira parte da apresentação dos dados da presente pesquisa. Para tanto, faz-se uma descrição de como cada família é constituída, bem como seu contexto de vida. Utilizam-se também o genograma e o ecomapa como instrumentos que permitem complementar e representar graficamente esta descrição das famílias, os quais são apresentados após exposição de cada família.

No quadro 1 são apresentadas as características dos idosos com condição crônica participantes do estudo, e no quadro 2 de suas respectivas famílias.

Para manter o anonimato de todas as famílias do estudo, faz-se a identificação destas de forma numérica, e os sujeitos integrantes da família, quando mencionados, sempre são citados tendo como referência o idoso, quem é motivo principal para a seleção das mesmas. Neste sentido, quando discriminado sogra (o), filha (o), neto (a), esposo (a), estes são sempre tomados em relação ao idoso com condição crônica.

Quadro 1 – Caracterização dos oito idosos com condição crônica. Maringá, 2006.

Nome	Idade	Sexo	Estado Civil	Grau escolaridade	Ocupação	Renda (SM)*	Recursos/saúde	Diagnóstico Médico	Grau dependência
Família 1	80	F	C	1º grau incompleto	Vendedora/a aposentada	1	Plano de saúde e SUS	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Osteoporose e Problemas na coluna	I
Família 2	83	F	V	1º grau incompleto	Do lar/pensão	2	Particular e SUS	HAS, Osteoporose	I
Família 3	83	F	V	analfabeta	Do lar/aposentada	1	Plano de saúde e SUS	Diabetes Mellitus (DM), Parkinson, Acidente Vascular Cerebral	DP
Família 4	80	F	C	Sabe ler e escrever	Costureira/aposentada	1	SUS	HAS	I
Família 5	81	F	V	analfabeta	Do lar/auxílio doença	1	SUS	HAS, Artrose	I
Família 6	77	F	V	1º grau incompleto	Do lar/aposentada	1	SUS	HAS, Acidente Vascular Cerebral	DP
Família 7	87	F	V	analfabeta	Do lar/aposentada	1	Plano de saúde e SUS	DM, Osteoporose	DP
Família 8	77	F	V	analfabeta	Do lar/auxílio doença	1	SUS	Enfisema Pulmonar, HAS	DP

Sexo: M – masculino

Estado Civil: C – casado

*Em Salário Mínimo (R\$300,00/ abril de 2006)

F – feminino

V – viúvo

Grau de Dependência: I – independente

DP – dependente parcialmente

Quadro 2 – Caracterização das famílias de oito idosos com condição crônica. Maringá, 2006.

Nome	Posição idoso*	Religião	Núcleo Familiar**	Renda/ SM***	Problemas de saúde****	Participantes da pesquisa
Família 1	esposa	católica	Esposo Filha e 2 netos	4	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)– esposo	Idosa Esposo Filha
Família 2	mãe	católica	Filha Genro Neto	5	HAS, Doença de Chagas e Arritmia- filha	Idosa Filha Genro
Família 3	mãe	católica	Filha Genro	3	–	Idosa Filha e Netas- cuidadoras
Família 4	esposa	espírita	Esposo 2 netos	3	Diabetes Mellitus – esposo	Idosa Esposo Neto
Família 5	avó	católica	Filho 4 netos 1 bisneto 1 amiga	1+ ajuda de uma filha	Doença mental– filho Doença mental– amiga Deficiente físico-neto	Idosa Netos
Família 6	irmã mais velha	católica	Irmã Irmão	4	Varizes- irmã Alcoolista- irmão	Idosa Irmã Irmão
Família 7	mãe	católica	Filho Nora 2 netos	3	Refluxo e gastrite - nora	Idosa Filho Nora
Família 8	mãe	católica	2 Filhos 1 Nora 1 neta	5	–	Idosa Filho 2 Netas–cuidadoras Nora

* Posição do idoso na família.

** Os indivíduos que moram com o idoso.

***Renda familiar em Salário Mínimo (R\$300,00/ 2006), excluindo a renda do idoso.

****Outros membros da família que apresentam algum problema de saúde.

Família 1

A Família 1 é constituída por cinco pessoas, a idosa (80 anos), o esposo (84 anos), uma filha (45 anos) divorciada com seus dois filhos adolescentes, sendo um menino com 15 anos e uma menina com 11 anos de idade.

A idosa cursou o primeiro grau incompleto, seu esposo é analfabeto, a filha que mora com eles cursou o ensino superior completo, a neta está finalizando o último ano do ensino fundamental e o neto cursa o ensino médio.

O casal de idosos está casado há 59 anos. Possuem nove filhos, desses, dois faleceram, quatro filhos moram em outra cidade, dois filhos também residem no município de Maringá e uma filha vive com eles.

A idosa é aposentada, possui renda de um salário mínimo por mês, seu esposo é carpinteiro aposentado com um salário mínimo, mas, ainda faz algum trabalho por encomenda para complementar a renda e ao mesmo tempo ter uma atividade ocupacional.

Possuem casa própria, de alvenaria, rede de esgoto e água encanada. Construíram uma casa de quatro cômodos no quintal para a filha morar com os netos. A filha menciona que eles são uma única família, “[...] aqui em casa eu não penso em três, eu penso em cinco, tudo eu incluo eles”.

A filha é professora e trabalha em período integral. Seus filhos estudam em uma escola municipal próxima da residência.

Nota-se que os pais são suporte para esta filha, pois cuidam dos netos para que esta possa trabalhar, oferecem moradia para a mesma, porque a sua renda não é suficiente para arcar com despesas de aluguel.

O trabalho com a limpeza da casa, roupa e refeição é feita por uma senhora contratada para realizar esta atividade três vezes por semana para a casa da filha e uma vez

para a casa do casal de idosos, onde faz somente a limpeza da casa. A idosa refere fazer questão de lavar sua roupa e de seu esposo, porque assim tem uma ocupação e se sente útil, além de preparar suas refeições.

A idosa possui Hipertensão Arterial Sistêmica, osteoporose e problema na coluna há cerca de três anos. Faz uso contínuo de medicamento anti-hipertensivo, diurético e um outro para o tratamento da osteoporose. É uma pessoa independente, faz controle de seu tratamento, do uso dos medicamentos, realiza cuidados alimentares necessários para o controle da doença e seu exercício físico é a caminhada para ir até a igreja e voltar para casa, a qual realiza praticamente todos os dias.

Na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz aferiu seis pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton obteve vinte e seis pontos, indicando assim uma condição de independência total.

Seu esposo apresenta artrose há cinco anos e durante o período de acompanhamento do trabalho de campo teve uma crise hipertensiva, foi hospitalizado e atualmente faz uso contínuo de medicamento anti-hipertensivo.

Para a assistência à saúde, o casal de idosos tem um plano de saúde que é de responsabilidade financeira dos filhos, mas mesmo com esse suporte do atendimento privado também utilizam o posto de saúde para o tratamento da doença crônica, porque através dele conseguem alguns medicamentos gratuitamente. Um outro fator importante é que o plano de saúde tem um número de consultas anuais limitado e assim deixam este recurso para um caso de emergência ou para consultas com médicos especialistas, como é o caso do cardiologista, considerando que a consulta pelo sistema público é muito demorado. Já sua filha e os netos utilizam exclusivamente a unidade básica de saúde, quando necessário, porém não apresentam problemas de saúde.

Nota-se que existe um bom relacionamento entre os membros da família, no entanto ocorre conflito entre o casal de idosos e os netos, que no meu entendimento, são decorrentes da existência de conceitos muito distintos sobre a vida.

A família é católica. Frequentam a igreja e as atividades promovidas por esta regularmente, acompanham a missa pelo rádio, fazem as orações em casa e também assinam várias revistas editadas pela igreja católica. Durante todos os nossos encontros demonstraram fé e devoção à igreja católica.

Deste modo, o lazer está muito ligado à religiosidade, ir a missa, às novenas, aos encontros promovidos pela igreja. Para além disso mencionaram com pouca frequência a visita aos filhos que moram fora da cidade ou ainda as visitas dos familiares que recebem em sua casa.

Figura 1. Genograma e Ecomapa da Família 1

Família 2

A Família 2 é constituída por quatro pessoas, a idosa (83 anos), a filha (59 anos), o genro (60 anos) e um neto (23 anos) - filho deste casal.

A idosa mencionou ter concluído o primeiro grau, sua filha e seu genro completaram o ensino fundamental e o neto terminou os estudos do ensino médio.

Mora com sua filha há cerca de doze anos, pois logo após o falecimento de seu esposo, em 1992, passou um período na casa de cada filho, mas decidiu viver com esta filha, pelo acolhimento que teve.

A idosa possui outros quatro filhos, destes dois estão morando em outra cidade, duas filhas também residem em Maringá.

Quanto à renda familiar, a idosa recebe uma pensão de dois salários mínimos, que segundo a filha, “o dinheiro dela é para atender exclusivamente as suas necessidades, ir ao médico, comprar os medicamentos, as coisas que ela precisa”. A filha trabalha em casa como costureira, tendo uma renda média de dois salários mínimos, o genro trabalha em um mercado prestando serviços gerais com renda de um salário mínimo e meio e o neto é vendedor de uma loja, com uma renda de dois salários mínimos.

A casa é de sua filha, de madeira, com cinco cômodos, água encanada, presença de fossa asséptica. Nos fundos há o quarto onde a filha trabalha realizando as costuras.

A limpeza da casa e o cuidado com a roupa são realizados pela filha, já a idosa tem o compromisso de preparar as refeições e lavar a louça, contribuição que segundo sua filha é muito importante para que ela possa trabalhar e atender suas encomendas de costura.

A idosa tem Hipertensão Arterial Sistêmica há sete anos e osteoporose há um ano, faz uso contínuo de medicamento anti-hipertensivo, diurético e um outro para o tratamento à osteoporose. O uso de medicamentos, os cuidados alimentares, entre outros cuidados no

tratamento são realizados pela própria idosa, no entanto, para as consultas médicas e a realização de exames a família sempre a acompanha. Informa que não realiza exercícios físicos por se sentir cansada e com receios de sofrer quedas.

Na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz aferiu seis pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton obteve vinte e cinco pontos, indicando assim uma condição de independência total.

Geralmente a idosa faz tratamento médico particular, principalmente para a especialidade como cardiologia. Menciona também fazer o tratamento da hipertensão na unidade básica de saúde, porque assim consegue algumas medicações gratuitamente e participa do grupo de hipertensos.

Além da idosa, a filha também apresenta vários problemas de saúde, é hipertensa, tem Doença de Chagas e arritmia há dezessete anos, entretanto afirmou que com exceção de sua mãe elas utilizam exclusivamente o sistema público de assistência à saúde. Seu genro estava com queixa de rouquidão e aguardava avaliação fonoaudiológica.

O relacionamento entre todos os membros desta família é harmonioso. Demonstraram ter uma relação de ajuda mútua, tolerância e compreensão, sendo assim uma família saudável.

O lazer é pouco realizado pela família e está vinculado à visita a familiares e ir a igreja assistir a missa. Destaca-se que a idosa, por não ter compromisso com trabalho tem maior liberdade para realizar atividades de lazer, freqüentando algumas atividades da igreja com amigas, realizando visitas aos familiares e até fazendo algumas viagens à passeio com algum filho ou irmão.

Toda a família é católica, porém referem que a idosa e sua filha são as que freqüentam a igreja com maior regularidade.

Família 3

A família 3 é constituída por três pessoas, a idosa (83 anos), sua filha (42 anos) e o genro (35 anos).

No que se refere à escolaridade dos membros da família, a idosa refere nunca ter freqüentado a escola, é portanto analfabeta, a filha e o genro concluíram o ensino médio.

A idosa teve doze filhos, desses, dois faleceram, uma filha mora em outra cidade e nove filhos moram em Maringá. Entre estes a filha mais nova vive com a idosa e uma outra filha (47 anos) reside com a família (o esposo com 47 anos e uma filha com 18 anos) em uma casa aos fundos, no mesmo quintal.

A idosa é aposentada e recebe um salário mínimo, a filha deixou de trabalhar para assumir os cuidados da mãe, por isso não tem nenhuma renda. O genro é caminhoneiro, possui renda média de três salários mínimos.

A casa em que moram é de um dos filhos da idosa, por isso não pagam aluguel. A casa é de alvenaria, possui cinco cômodos, água encanada, fossa asséptica.

Todos os cuidados necessários com o ambiente físico da residência são realizados pela filha.

Quanto ao estado de saúde da idosa, apresenta Diabetes Mellitus, Parkinson há quinze anos e sofreu um Acidente Vascular Cerebral há cerca de um ano, o que a deixou com dependência de cuidados. A idosa consegue caminhar com ajuda, mas somente em curtas distâncias, para que se alimente é necessário deixar a comida ao seu alcance, desse modo consegue se servir sozinha. Tem controle de esfíncteres, mas precisa ser levada até o banheiro para fazer suas necessidades fisiológicas; todos os outros cuidados precisam ser feitos exclusivamente por outra pessoa.

Assim, na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz aferiu dois pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton obteve nove pontos, indicando uma condição de dependência importante.

A medicação utilizada é administrada pela filha. Quando, por algum motivo, esta filha cuidadora se ausenta, geralmente a filha ou a neta que mora na casa dos fundos assume as responsabilidades de cuidados à idosa.

Durante o período de realização das visitas domiciliares a idosa recuperava-se de uma fratura de costela, ocasionada por uma queda da cama que sofreu quando estava repousando. Após este acidente domiciliar a família colocou proteção nas laterais da cama, para evitar a recidiva do problema.

Enquanto recurso de assistência à saúde à senhora idosa, além do serviço público, onde a família adquire algumas medicações, seringas e agulhas para administração da insulina, ela também tem acesso ao sistema privado através de um plano de saúde que é pago pelo mesmo filho que disponibiliza a casa para morarem. Este plano de saúde tem número limitado de consultas médicas, no entanto, outros atendimentos têm cobertura total, o que segundo a filha é fundamental para atender as necessidades da mãe.

O transporte da mãe para algum serviço de saúde, consulta médica, realização de exames, é feito por algum filho que possui veículo próprio e tenha disponibilidade para fazê-lo.

É importante comentar que nesta família nenhum outro membro apresenta problemas de saúde.

Nota-se que, apesar da família ser numerosa e a idosa ter vários filhos, a responsabilidade pelo cuidado está centrado na filha que vive na mesma casa, e conta com uma participação maior dos membros da família que moram no mesmo quintal. Nesta

situação ocorre sobrecarga para o cuidador, que tem de renunciar à sua vida profissional e muito de sua vida pessoal para assumir esse compromisso de cuidar da mãe idosa.

Mesmo com essa sobrecarga para o cuidador, o relacionamento entre os membros da família nuclear é bom, a filha desenvolve esse papel de cuidar da mãe de forma carinhosa, não verbalizando em nenhum momento queixas de assumir essa função, com pouca participação da maioria dos irmãos.

Diante das limitações físicas da idosa, o lazer da família é restrito. A filha menciona que a mãe não gosta de sair de casa, porque se sente desconfortável e tem dificuldade para fazer qualquer passeio, por isso, normalmente, recebem visitas dos familiares.

Quando a filha necessita sair para fazer alguma atividade, uma outra pessoa da família precisa se propor a cuidar da idosa, situação que sempre gera algum desconforto de ter que pedir aos irmãos para ficar com a mãe; por isso, de um modo geral, o lazer é praticamente inexistente para toda a família.

A família é católica, mas, pela mesma situação descrita acima, não frequenta a igreja. Os filhos se organizam há vários anos para fazer uma novena em família, na qual realizam um encontro semanal, cada vez na casa de um irmão, mas a senhora idosa só participa das novenas realizadas em sua residência.

Figura 3. Genograma e Ecomapa da Família 3

Família 4

A Família 4 é constituída por quatro pessoas, a idosa (80 anos), o esposo (80 anos) e dois netos, um de 25 anos de idade e outro com 16 anos.

A idosa freqüentou a escola apenas nove meses e ainda tinha de trabalhar lavando roupa para outras pessoas para pagar a mensalidade da escola, e portanto sabe ler e escrever. O esposo estudou somente os dois primeiros anos do primeiro grau, o neto mais velho está cursando o ensino superior e o outro neto adolescente estuda o segundo ano do ensino médio.

O casal de idosos teve três filhos; um faleceu ao nascer e as outras duas filhas moram em outras cidades, uma filha (55 anos) em Cáceres no Mato Grosso e a outra filha (50 anos) em Cataguases, estado de Minas Gerais.

Os netos que moram com o casal de idosos são filhos da filha mais velha, que se separou do esposo e está trabalhando como professora na cidade de Cáceres. Ambos os netos dedicam-se exclusivamente aos estudos.

O casal de idosos são aposentados com renda de um salário mínimo cada um. Sua filha mais velha envia dois salários mínimos para auxiliar nas despesas da casa.

A casa é própria, com parte da construção de alvenaria e parte de madeira, água encanada, sistema de esgoto. A casa possui oito cômodos, sendo que a parte que o casal de idosos reside tem uma entrada separada da outra parte da casa, e nesta possui cozinha, quarto e banheiro.

As atividades domésticas são realizadas pelo casal de idosos, estes fazem a limpeza da casa, lavam e passam a roupa de todos e também preparam as refeições.

A idosa apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica há dezessete anos, faz uso de anti-hipertensivo e diurético, faz acompanhamento no cardiologista e nefrologista, segundo ela “meu rim não funciona direito, então tem que controlar com exames, tomando remédio e

cuidando da pressão”. Realiza cuidados alimentares como dieta hipossódica e evita comer alimentos muito gordurosos. É uma senhora independente e autônoma, que além de dar conta do cuidado de seus problemas de saúde, ainda é surporte na família, assumindo várias atividades na casa.

Na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz aferiu seis pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton obteve vinte e sete pontos, indicando uma condição de independência total.

Além da idosa, o esposo também apresenta problemas de saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus há cinco anos. Faz tratamento com uso de medicamentos anti-hipertensivo e hipoglicemiante, realiza cuidados alimentares e faz caminhadas diariamente.

Associado ao tratamento medicamentoso o casal de idosos também faz uso rotineiro de fitoterápicos para auxiliar no controle da doença.

A família utiliza-se exclusivamente do serviço público de assistência à saúde para atender seus problemas de saúde. O posto de saúde é referência para o tratamento da condição crônica dos idosos, e mesmo para a avaliação das especialidades médicas, o encaminhamento é via unidade básica de saúde.

Nota-se que há um relacionamento conflituoso entre o casal de idosos e os netos. Os idosos queixam-se da indisciplina dos netos e da falta de cooperação nos afazeres domésticos. A idosa demonstrou-se compreensível e tolerante com o comportamento dos netos, mesmo assim estas situações geram desconforto e estresse no ambiente familiar.

As atividades de lazer são raras na vida do casal de idosos, e estão associadas à visita de familiares que recebem em casa. Afirmam não terem disposição física para visitar os parentes que vivem em outras cidades. Referem que, às vezes, o neto que mora na cidade os leva ao cinema ou saem para tomar um café da tarde.

A família é espírita. Todos os dias o casal de idosos faz suas orações, mas as fazem somente em casa, pois afirmam não terem condições físicas para freqüentar um centro espírita, pela dificuldade de transporte somado ao cansaço físico.

Figura 4. Genograma e Ecomapa da Família 4

Família 5

A família 5 é constituída por oito pessoas, a idosa (81 anos), o filho mais velho (52 anos), quatro netos (um rapaz de 22 anos, uma moça de 18 anos que está grávida e dois adolescentes gêmeos de 15 anos), um bisneto de três anos de idade que é filho desta neta que mora na casa e uma amiga (37 anos) que é referida como “irmã da igreja”, e que por ter problemas de convivência com sua família foi acolhida nesta casa.

Vale mencionar que esses quatro netos que moram com a senhora idosa são filhos de uma filha (44 anos) que há 14 anos abandonou a família e nunca deu notícias de sua localização. Deste modo, a idosa assumiu o compromisso de cuidar dos netos.

A idosa, o filho e a amiga que moram com a família são analfabetos. O neto mais velho e a neta estudaram o ensino médio, e os outros dois netos adolescentes cursam o ensino fundamental. O bisneto de três anos de idade frequenta a creche que fica próxima à residência.

Em uma casa em frente vive uma outra filha (42 anos) com sua família (esposo com 50 anos de idade, quatro filhos e três netos).

A idosa é viúva há 55 anos. Teve oito filhos, destes, três filhos faleceram, o filho mais velho (52 anos) é divorciado e vive com a mesma, dois filhos moram em outra cidade, uma filha (44 anos) desapareceu e a filha de 42 anos de idade, que mora em outra casa localizada no mesmo quintal.

A renda da família é de dois salários mínimos, sendo um salário de auxílio doença da idosa, porque ainda não conseguiu fazer sua aposentadoria por motivos de documentação, e outro salário que um dos netos (15 anos) recebe de auxílio invalidez por ser deficiente físico. O neto de 22 anos é músico, mas sua renda é para usufruto próprio. O filho mais velho tem doença mental, o que dificulta conseguir emprego.

Diante dessa condição financeira difícil da família, a filha, que mora próximo, sempre ajuda com dinheiro ou na compra de alimentos. Esta filha é auxiliar de enfermagem e o esposo é servente de pedreiro.

A casa é alugada, de madeira, com seis cômodos, possui água encanada e rede de esgoto. As atividades domésticas, como limpeza da casa, preparo das refeições e lavagem das roupas, são realizadas pela idosa e a neta (18 anos).

No que se refere às condições de saúde, a idosa tem Hipertensão Arterial Sistêmica, osteoporose e artrose há cerca de cinco anos. Faz uso de medicamento anti-hipertensivo, diurético, anti-inflamatório e diacereína para o tratamento de artrose. Quanto aos cuidados alimentares, a preocupação maior é com o aumento do consumo de leite e seus derivados em função da osteoporose. Atualmente, a queixa principal é dor nas articulações, principalmente do joelho.

Na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz aferiu seis pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton obteve vinte e seis pontos, indicando uma condição de independência total.

Mesmo com seus problemas de saúde, a idosa não só realiza o autocuidado com o controle e tratamento dessas doenças, como também é cuidadora de todos na família que apresentam algum problema de saúde. O filho tem doença mental há doze anos e faz tratamento no Centro Integrado de Saúde Mental (Cisam) de Maringá. É a idosa que o acompanha em todos os atendimentos neste serviço, que está atenta às datas para o retorno das consultas, adquire as medicações que utiliza no serviço e supervisiona o uso das mesmas. Isto também acontece com esta amiga que vive com a família, ela também apresenta problemas mentais e faz tratamento no mesmo serviço, e é a idosa que a acompanha nas consultas.

Quando ocorrem outros problemas de saúde eventuais na família, a idosa sempre participa do cuidado dos mesmos.

A família utiliza-se exclusivamente dos serviços públicos de assistência a saúde para suprir suas necessidades. No entanto, algumas medicações não são disponibilizadas pela unidade básica de saúde, portanto precisam ser compradas na farmácia. Às vezes, a filha consegue amostras grátis de alguns medicamentos, o que ajuda a reduzir as despesas.

O relacionamento da família é um pouco conturbado, em função das brigas entre as crianças. Nota-se que certas situações vividas pela família causam situações de estresse para a idosa, interferindo no seu estado de saúde. A idosa relata que sua hipertensão arterial iniciou quando teve a notícia da primeira gravidez de sua neta (18 anos), situação que gerou tensão e nervosismo à mesma. Mas, mesmo com todos esses problemas, percebe-se claramente o amor que a idosa tem por todos e que esta convivência com a família lhe faz muito bem, e que assumir todas estas responsabilidades na família faz sentir-se útil, conforme registro durante o trabalho de campo.

Fiquei muito emocionada de ver como M. [idosa] fala da família com amor, um sentimento de carinho muito grande por todos, se expressa sobre cada um com muita compreensão de suas particularidades e coloca, muitas vezes, o problema de outros membros da família como sendo prioritário ao seu. M. é um exemplo vivo de amor, fraternidade e acolhimento (diário de campo).

O lazer é raro na família, principalmente quando se refere à idosa. As atividades sociais estão ligadas à religião, ou então à algum evento promovido pelo serviço de saúde, como por exemplo, um almoço realizado pelo Cisam no final do ano, para comemoração das festas natalinas com os pacientes e familiares.

A religião é mais valorizada pela idosa e esta amiga que mora com a família. Elas são evangélicas e freqüentam a igreja regularmente. A idosa afirma que só deixa de ir aos cultos quando está com dores no joelho e tem dificuldades para caminhar.

Figura 5. Genograma e Ecomapa da Família 5

Família 6

A família 6 é constituída por três pessoas, a idosa (77 anos), seu irmão (63 anos) e a irmã mais nova com 57 anos de idade.

No que se refere à escolaridade dos membros da família, a idosa estudou até o primário e seus dois irmãos concluíram o ensino médio.

A idosa e seus irmãos somam dez pessoas. Dentre eles, dois irmãos faleceram, sendo que a família de um deles reside em Maringá. A idosa é a irmã mais velha, têm três irmãos e uma irmã que vivem em São Paulo, e outra irmã que mora em Cuiabá com a família. A irmã mais nova é a sua cuidadora, que também assumiu os cuidados deste irmão que mora com a família. A mãe faleceu em 2002, aos 98 anos de idade, e o pai faleceu em 1975 com 70 anos.

Todos da família são aposentados, com renda familiar mensal de aproximadamente quatro salários mínimos.

A casa que moram pertence à família deste irmão falecido e é cedida para eles viverem. A casa é de alvenaria, possui três quartos, sala, cozinha e banheiro, tem água encanada e rede de esgoto. A limpeza da casa, bem como outras atividades domésticas, normalmente, são realizadas pela irmã, porém, as vezes conta com a ajuda de uma senhora que é paga para auxiliar neste trabalho.

Quanto ao estado de saúde da senhora idosa, apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica e há cerca de sete anos sofreu um Acidente Vascular Cerebral, o que a deixou dependente de cuidados. A idosa não consegue caminhar, seu transporte ocorre somente com a cadeira de rodas, para comer é necessário deixar a comida ao seu alcance para que possa se servir sozinha, não tem controle de esfínteres, no entanto, não conseguiu se adaptar ao uso de fraldas, o que representa uma dificuldade para a família ao prestar este cuidado.

Todos os cuidados que a idosa necessita são realizados, exclusivamente, por outra pessoa, que é esta irmã mais nova. A medicação utilizada também é administrada pela irmã.

Assim, na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz obteve-se o resultado de um ponto e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton nove pontos, indicando uma condição de dependência importante.

O irmão é alcoolista há cerca de trinta anos e faz tratamento em Maringá para este problema, o qual é realizado no Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Droga (CAPS AD). A irmã é atenta aos cuidados necessários deste irmão; acompanha seu tratamento e oferece todo o suporte necessário no domicílio, conforme comenta:

Outro dia eu ainda falei para a psiquiatra, 'doutora a única coisa que eu posso fazer é cuidar'. Eu cuido... cuido da alimentação, quando eu vejo que ele não está querendo comer, invento um modo, uma comida que ele gosta, para ver se ele come. Tudo o que médico orienta eu faço (F 6 – irmã).

No entanto, a irmã tem limitações para realizar este cuidado ao irmão.

Quanto ao alcoolismo eu já não sei mais o que fazer... Ele teria que ter boa vontade. Ele fica bom um tempo que deixa de beber, aí quando ele se acha melhor ele volta a beber. Só que aí quando ele volta a beber, ele bebe assim como se o mundo fosse acabar naquele dia. Aí vai complicando, vai dando problema de convulsão, anemia, pressão alta, fica desidratado, aí é preciso internar (F 6 – irmã).

A irmã, cuidadora, também apresenta problemas de saúde. Tem problemas vasculares nos membros inferiores e há cinco meses apresentou dores intensas, necessitando de hospitalização, pois estava com diagnóstico de trombose. Desde então faz tratamento com um médico vascular.

A família utiliza-se do serviço público de assistência à saúde para atender seus problemas de saúde. O posto de saúde é referência para o tratamento da doença crônica da idosa e mesmo para a avaliação das especialidades médicas, o encaminhamento é via unidade básica de saúde. Somente a cuidadora realizou parte de seu tratamento vascular através do

sistema privado de assistência à saúde, por não ter conseguido, em um tempo breve, consulta com esta especialidade pelo SUS.

Nota-se que a responsabilidade pelo cuidado de todos os membros da família está centrada na irmã mais nova. Nesta situação, nota-se a sobrecarga de atividades que é da responsabilidade da cuidadora, o que trouxe algumas implicações negativas na vida da mesma, entre elas o divórcio do marido em consequência desta sua função na família.

Mesmo com essa sobrecarga para a cuidadora, o relacionamento entre os membros da família é bom, a irmã desenvolve esse papel de cuidar de todos com amor e carinho, sem queixas, mesmo com pouca participação dos demais irmãos.

Diante das limitações físicas da idosa, o lazer da família praticamente não ocorre, por isso ficam em casa e a convivência com outros familiares se dá, principalmente, através das visitas que recebem.

A família é católica, mas, pela mesma situação descrita acima, não frequenta a igreja. A cuidadora afirma que, a cada quinze dias, alguns integrantes da igreja, entre eles o padre, trazem a comunhão para a família.

Figura 6. Genograma e Ecomapa da Família 6

Família 7

A família 7 é constituída por cinco pessoas, a idosa (87 anos), o filho mais velho (62 anos), a nora (57 anos) e seus dois netos mais velhos, um com 38 anos e o outro com 35 anos de idade.

Quanto à escolaridade dos integrantes da família, a idosa é analfabeta, seu filho cursou o ensino fundamental, a nora estudou somente o primário, o neto mais velho concluiu o ensino médio e o neto mais novo cursou apenas o ensino fundamental.

A idosa teve três filhos, este mais velho com quem vive a maior parte de sua vida, um segundo filho que faleceu em 1967 e o filho mais novo que também reside na cidade de Maringá, no entanto, a idosa não se adaptou a morar com sua família.

Antes ela morou um tempo lá com meu irmão, nessa época ele morava lá perto do AABB. Ela tinha um problema na coluna, uma infecção na coluna, bico de papagaio, e meu irmão levava ela no massagista e fazia aquelas massagens lá e ela via estrela... Ela estava muito mal. Ela falou 'leva eu para casa se não eu vou morrer aqui' (risadas). Aí eu trouxe ela para casa. Ela já está acostumada à morar aqui né (F 7 – filho).

Este casal que acolhe a idosa, além dos dois filhos que moram com eles, também tem um filho casado com 28 anos que reside em Maringá, em uma casa próxima a eles, e uma filha com 27 anos que mora em Curitiba, onde trabalha e estuda artes cênicas.

A idosa é aposentada com renda de um salário mínimo por mês. O filho também é aposentado e seus dois netos trabalham como autônomos, o mais velho com atividade de torneiro mecânico e o outro como pedreiro. A renda familiar é de três salários mínimos.

Possuem casa própria, de madeira, com três quartos, sala, cozinha e banheiro, tem rede de esgoto e água encanada. A nora é responsável pelo trabalho doméstico. No entanto, a idosa gosta de lavar sua roupa, fazer o café sem açúcar e preparar o lanche da tarde e, assim, preservar parte de sua independência.

Ela faz o cafezinho, se ela quer uma comida diferente ela faz também. Ela almoça conosco, às vezes, ela gosta de fazer uma sopinha de macarrão à tarde, ou um viradinho com ovo, aí ela faz no fogão dela, só para ela. Ela põe a cadeira na frente do fogão e faz a comida sentada. Ela come o dia inteiro sabe, ela inventa lá uma comidinha diferente. Mas, o almoço e janta ela sempre come com a gente (F 7 – nora).

No que se refere às condições de saúde, a idosa tem Diabetes Mellitus há cerca de 15 anos, osteoporose e artrose há dez anos. Após a morte do filho em 1967, a idosa apresentou epilepsia, e desde então faz uso de gardenal para controle das crises convulsivas. Com relação às medicações de uso oral, a própria idosa faz o controle de horário e dosagem; somente a aplicação da insulina é realizada pelo filho, a qual é feita duas vezes ao dia. Quanto aos cuidados alimentares necessários para o Diabetes Mellitus, este envolve exclusivamente a restrição de açúcares; não há preocupação no controle da ingesta de outros alimentos, como os carboidratos.

São realizadas avaliações mensais de glicemia da idosa. Estas têm apresentado um nível sérico de glicose dentro dos padrões aceitáveis de normalidade.

A idosa também se queixa de dores nas pernas e articulações, no entanto, ainda consegue preservar um pouco sua independência, utiliza o banheiro sozinha, faz sua higiene corporal sem ajuda dos familiares, consegue caminhar dentro de casa e um pouco no quintal com auxílio de bengala.

Assim, na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz obteve-se o resultado de quatro pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton treze pontos, indicando uma condição de dependência parcial.

Além da idosa, a nora também refere problemas de saúde – refluxo e gastrite. Ao final do trabalho de campo com essa família, o filho relata ter sofrido um atropelamento quando andava de bicicleta, e na avaliação médica foi diagnosticado também um quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica, o qual está em processo de avaliação, fazendo uso de medicação anti-hipertensiva e acompanhamento com controle da pressão arterial.

Neste sentido, a necessidade de cuidado na família está centrada na idosa, a qual tem suporte do filho e nora. O filho acompanha a idosa nas consultas médicas mensais e realização de exames para controle e avaliação do Diabetes Mellitus, além de fazer a administração da insulina diariamente.

Enquanto recurso de assistência à saúde à idosa, além do serviço público, onde a família adquire algumas medicações, seringas e agulhas para administração da insulina, ela também tem acesso ao sistema privado através de plano de saúde que é pago em parte pela aposentadoria da mesma e pela aposentadoria deste filho com quem vive.

Os demais membros da família utilizam o serviço público de assistência à saúde quando necessário.

O relacionamento entre os membros da família é harmônico. Nota-se que a idosa sente-se com liberdade para transitar no ambiente doméstico e ainda tomar algumas decisões que dizem respeito a sua vida.

As atividades de lazer da idosa são restritas, principalmente, pela sua dificuldade de locomoção associada à necessidade de cuidados com a insulino terapia. Assim, o lazer de outros membros da família também é limitado, como o caso do filho que não pode acompanhar a esposa em algumas viagens de visita a familiares.

A família é católica, no entanto, somente a nora frequenta a igreja, comparecendo à missa todos os domingos. A idosa não frequenta a igreja pela dificuldade de transporte, somado a isso as dores nas pernas.

Figura 7. Genograma e Ecomapa da Família 7

Família 8

A família 8 é constituída por cinco pessoas, a idosa (77 anos), o quarto filho (46 anos), o filho mais novo (43 anos), uma nora (40 anos), casada com este último filho, e uma neta com oito anos de idade, filha deste casal.

Vale considerar que o filho mais novo, a nora e a neta moram em uma edícula no mesmo quintal, no entanto, mesmo com este espaço físico reservado, compartilham de todos os problemas e cotidiano da idosa, por isso considera-se aqui como uma única família. Somado a este entendimento, ainda existe o fato da própria idosa considerá-los como uma única família, como comenta abaixo:

Meus dois filhos caçulas moram aqui comigo. O pai dela [apontou para a neta de 17 anos que cuida da idosa] é o mais velho, depois é o caçula com a mulher dele e esta que é minha neta mais nova. O pai dela é separado. Antes eles moravam todos juntos comigo, aí separaram e só ele ficou aqui (F 8 – idosa).

No que se refere à escolaridade dos membros da família, a idosa refere ter freqüentado a escola alguns dias, sabendo somente escrever o nome e fazer sua assinatura, o quarto filho completou o ensino fundamental, o filho mais novo e a nora concluíram o ensino médio. A neta de oito anos freqüenta a escola, cursa o terceiro ano do ensino fundamental.

A idosa teve cinco filhos, todos do sexo masculino. O filho mais velho (57 anos) mora com a família em Sarandi, cidade metropolitana da região de Maringá; o segundo e o terceiro filhos (54 e 51 anos, respectivamente) residem em Maringá. E os dois filhos mais novos residem com a idosa, conforme citado anteriormente.

Quanto à renda da família, a idosa recebe um salário mínimo de auxílio doença, o quarto filho recebe aproximadamente dois salários mínimos exercendo o trabalho de marceneiro, o filho mais novo trabalha como vendedor, com remuneração de um salário mínimo, e a nora recebe dois salários mínimos exercendo função de caixa em uma loja.

A casa em que residem é própria, de madeira, possui seis cômodos, água encanada, fossa asséptica. A edícula, na qual mora o filho mais novo com a família é de alvenaria e possui quatro cômodos.

Todos os cuidados necessários com a higiene da casa, manter a roupa limpa e o preparo das refeições são realizados por duas netas que dividem estas obrigações.

Referente ao estado de saúde da idosa, esta apresenta Enfisema Pulmonar há dois anos e em sua última internação hospitalar, que ocorreu há dez dias, também foi diagnosticado Hipertensão Arterial Sistêmica. A condição de saúde exige acompanhamento em tempo integral, pois qualquer esforço físico ou situação de estresse pode desencadear crise aguda de dispnéia, levando até um estado de apnéia, necessitando de oxigenioterapia.

Assim, a idosa se alimenta sozinha, mas precisa de alguém para realizar o preparo das refeições; não pode realizar qualquer trabalho doméstico, porque este lhe causa fadiga; tem limitações inclusive para realizar algumas atividades de autocuidado, como o banho, que quando não é realizado pelas cuidadoras, é supervisionado por elas, para que a qualquer momento de crise, esta tenha atendimento imediato.

Na avaliação da Capacidade Funcional da idosa, a Escala de Katz obteve o resultado de três pontos e na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton onze pontos, indicando condição de dependência.

O tratamento realizado é medicamentoso, associado ao uso de oxigênio em momentos de dispnéia.

O cuidado domiciliar prestado pela família é realizado, principalmente, por duas netas, uma com 18 anos e a outra com 17 anos de idade, que até o momento não estudam e também estão desempregadas. No período noturno, normalmente a idosa é acompanhada pelos filhos que residem com ela, entretando, quando a idosa não apresenta um quadro de saúde estável, uma das netas permanece com a avó à noite. Nos finais de semana existe a

colaboração de praticamente todos os outros membros da família, filho e noras, pois é um período em que os mesmos não trabalham.

Vale considerar que o cuidado direto à idosa é realizado pelas mulheres da família, sejam elas netas ou noras. Os filhos têm maior participação com o suporte financeiro, aquisição de medicamentos e transporte da idosa para a realização de consultas e exames médicos.

A família refere que há cerca de um mês a Equipe de Saúde da Família tem feito visitas semanais, nas quais fazem acompanhamento da evolução do tratamento de saúde da idosa.

Enquanto recurso de assistência à saúde a idosa possui o atendimento do serviço público, seja ele em nível primário ou terciário de assistência. A família utiliza-se de recursos próprios somente para adquirir as medicações, prescritas pelo médico, que não são disponibilizadas pelo SUS.

É importante comentar que nenhum outro membro da família apresenta problemas de saúde.

Diante das condições de saúde da idosa o lazer da família é restrito. A exemplo disso, a família comenta que as últimas férias do filho mais novo e nora, que moram com a idosa, foram dedicadas em tempo integral aos cuidados da mesma.

A família é católica, mas a idosa é a pessoa mais preocupada em participar das atividades religiosas da igreja. A idosa comenta que apesar de ser religiosa, seu estado de saúde não permite freqüentar a igreja, solicitando ao padre de sua paróquia que faça a comunhão em seu domicílio.

Genograma e Ecomapa da Família 8

4.2- APRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO: CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA.

A proposta de um modelo teórico foi construída a partir do trabalho de campo junto às famílias de idosos que vivenciam uma condição crônica e da reflexão de todas as informações coletadas, o que ocorreu de modo concomitante, conforme preconiza o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados.

Vale ressaltar ainda que esta pesquisa foi organizada sob a influência da ‘sensibilidade teórica’ da pesquisadora, ou seja, mesmo buscando a neutralidade necessária em vários momentos da coleta de dados, o relatório final está permeado das percepções e interpretações da pesquisadora, o que deu origem a este modelo teórico demonstrado a seguir.

A teoria substantiva gerada neste estudo é chamada de CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA. Esta é descrita em processos, categorias e subcategorias, nos quais as famílias e os idosos expressam seus significados e vivências referentes ao cuidado com a doença crônica. Estes processos incluem os três seguintes contextos: (I) IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO; (II) A CONVIVÊNCIA COM A CRONICIDADE DA DOENÇA DO IDOSO; e (III) OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIDA DAS FAMÍLIAS. Todos os processos estão interligados de uma forma dinâmica: os dois processos iniciais ocorrem de forma consecutiva, e o terceiro processo é transversal, isto é, perpassa os outros dois; conforme é apresentado nos diagramas. Os três processos estão apresentados nas figuras 11, 14 e 16 e o modelo teórico é apresentado na Figura 18.

4.2.1- PROCESSO I - IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO

O início do processo de cuidado com a doença crônica do idoso na família normalmente ocorre a partir de uma crise aguda da doença, pois é nesse momento que os vários sintomas se manifestam e que a família identifica o problema real de saúde do idoso.

Ao vivenciar este processo da condição crônica a família se depara com várias incertezas e dificuldades, passa por um período de adaptações, aprende a identificar sintomas de alterações do corpo indicando descontrole da doença e dessa forma é que vai conhecendo o processo de adoecer. Este processo está permeado de sentimentos de medo e inseguranças tanto das famílias, quanto dos idosos.

A constituição do processo I é apresentada por quatro categorias: (1) a vivência das dificuldades na fase aguda da doença; (2) o processo de adaptação; (3) o reconhecimento da cronicidade da doença; e (4) a perspectiva do futuro incerto.

4.2.1.1 - CATEGORIA 1 – A VIVÊNCIA DAS DIFICULDADES NA FASE AGUDA DA DOENÇA

As famílias referem que este primeiro processo é de sofrimento e normalmente com presença de dor, no qual mencionam momentos de luta para superar as dificuldades e para compartilharem com os idosos o processo da doença.

E eu sofri muito. Nossa! Fiquei 4 meses só na cadeira, não podia nem deitar na cama. Essas cadeiras de tecido, assim. Passei o tempo do frio todo na cadeira,

que para eu deitar na cama eu não agüentava a dor. Tinha que ficar na cadeira direto... No começo eu só ficava aqui dentro de casa... Foi uma luta. Aí foram 4 meses... Ah meu Deus! (F 1 - idosa).

Passei um pedaço horroroso. Eu tinha muita dor, inchava, tinha dor no intestino, dor na cabeça, meu Deus quanta dor de cabeça... de chorar sem querer. Agora, graças a Deus, tem dia que não estou muito boa não, mas eu não tenho muita dor mais (F 4 – idosa).

Além desse período doloroso, as famílias também apontaram outras etapas que permearam o início do processo da doença crônica do idoso, tais como a necessidade de internação hospitalar do idoso, o conflito do negar/aceitar a doença por parte do idoso, o desconhecimento sobre a doença e a necessidade da família se organizar para o suporte ao idoso, conforme pode ser visualizado na figura 9.

Figura 9. Categoria 1 – A vivência das dificuldades na fase aguda da doença.

4.2.1.1.1 - Subcategoria 1 - A necessidade de internação hospitalar

Na primeira crise aguda da doença, na maioria das vezes, o idoso passa por um período de internação hospitalar para estabilizar o estado de saúde e, então, iniciar o tratamento de controle da doença e manutenção da saúde. Em algumas das doenças crônicas não há sintomas evidentes, os idosos e suas famílias, muitas vezes, não diferenciam o que é

velhice e o que é a doença e não procuram assistência médica, ou ainda o diagnóstico pode não ser objetivo; dessa forma, o que ocorre é que o idoso procura assistência médica quando a situação se agrava. Essa situação é relatada pela Família 1.

Ele passou mal, aí ele foi ao cardiologista. Ficou em observação no hospital, porque a pressão dele nunca subiu, a pressão era baixa e subir assim de repente... Aí ele ficou de quinta até sábado internado. Tomou remédio e voltou para casa (F 1 - idosa).

Em algumas situações o diagnóstico da doença crônica do idoso não é imediato, há a necessidade de avaliação multiprofissional da equipe de saúde para a identificação do problema e do diagnóstico clínico. O sistema de saúde brasileiro ainda não está preparado para atender a demanda de idosos, com múltiplos problemas, o que pode causar consequências mais graves aos idosos, conforme é relatado pelas famílias.

Antes eu fui a vários médicos e eles não descobriram o que eu tinha até que fui em um médico novo e ele descobriu que eu estava com a pressão muito alta e já me internou direto na UTI. Fiquei dois dias na UTI e ainda fiquei mais 10 dias internada no quarto. Eu tinha muita dor de cabeça. Aí eu tive alta, mas continuei fazendo o tratamento e eu ainda estava muito inchada (F 4 – idosa).

Ela tinha muitas dores no corpo, aí minha prima falou para fazer uma consulta com o doutor M.. Então pagamos uma consulta e ela estava com quatrocentos e pouco de glicose, estava quase entrando em estado de coma. Aí ela ficou internada dez dias... Tinha dia que fazia três exames de sangue dela para ver a glicose. Depois que descobriu que era diabetes e que ela passou a tomar insulina, começou a controlar o problema (F 7 – filho).

A codificação dos dados relacionados nessa subcategoria é apresentada no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A necessidade de internação hospitalar’. Maringá, 2006.

Categoria: A vivência das dificuldades na fase aguda da doença Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Vivenciando uma crise hipertensiva;• Vivenciando um estado de hiperglicemia;• Sentindo cefaléias intensas, tonturas, náuseas;• Apresentando episódios de vômito;• Sentindo dores no corpo e mal estar geral;• Desconhecendo a presença da doença crônica;• Percebendo-se doente;• Buscando assistência médica;• Realizando exames de sangue;• Vivenciando o diagnóstico da doença crônica.

4.2.1.1.2 - Subcategoria 2 – O conflito do negar/aceitar a doença

Ao conhecer o diagnóstico da doença crônica, a fase inicial é a de sua negação. Com o tratamento o idoso verifica a melhora do problema de saúde e, portanto, acredita estar curado e que não necessita mais da continuidade de cuidados. O que se observa no cuidado ao idoso com doença crônica é que se o resultado do tratamento for positivo, muitas vezes, ele considera que o tratamento deve parar.

Estou aqui pensando, o tanto que detesto remédio e estou... porque eu sinto melhora. Eu sei que estava dando graças a Deus, porque já estava acabando a medicação (F 1 - esposo).

Neste caso, constata-se a importância da equipe de saúde, a qual deve atuar para a continuidade do tratamento, uma vez que o resultado obtido com o mesmo é positivo, como refere a Família 1.

Alguns familiares mencionam a resistência do idoso em aderir ao tratamento a longo prazo, essencial para o cuidado na doença crônica. O tratamento muitas vezes é abandonado pelo idoso, como menciona a Família 1.

Porque se ele está doente, se está doendo alguma coisa e ele toma o remédio, ele sarou... Ele não toma mais. É isso que ele faz. Adeus, nunca mais... Ele tem azia, ah ele toma um pouco o remédio e não resolveu ele para e se resolveu ele para também do mesmo jeito (F 1 - filha).

Ele tem que continuar tomando o remédio todo o dia. Já um tempo atrás foi receitado, só que ele não tomou nem tudo que o médico receitou da primeira vez, o resto do medicamento mandou lá para o posto. Agora ele tem que tomar direto, todos os dias, porque o médico falou que a pressão pode tornar a subir (F 1 – idosa).

Para a adesão ao tratamento a mudança de alguns hábitos de vida é imprescindível, entre eles abandonar hábitos não saudáveis, como o tabagismo, no caso de um idoso apresentar diagnóstico de enfisema pulmonar. A descontinuidade do tratamento e os hábitos não saudáveis podem gerar complicações ao idoso, conforme refere a neta da Família 8.

Quando falava que ela tinha que parar de fumar, aí que fumava mais ainda. Ela ia fazer inalação e parava para poder fumar o cigarro. Ela fazia um pouquinho só da inalação, não fazia a inalação inteira, aí não completava, ela parava e fumava. Mas ela teima que não foi por causa do cigarro que ela está assim (F 8 – neta).

A resistência em aceitar o tratamento adequado também é confirmada pelo idoso da Família 8.

Eu não ia nem atrás de nada, para mim ia passar isso daí. No começo quando descobri a doença eu fumava ainda. contei para o médico, todos eles sabiam que eu fumava. Ali no municipal tinha médico que perguntava: a senhora ainda está fumando? Eu falava, estou. Aí ele falava, bom, a senhora é quem sabe. Aí se é eu quem sei, então deixa eu fumar (risadas) Agora faz uns quinze dias que eu parei de fumar. Será que eu parei mesmo bem (risadas). Até agora eu não coloquei nada na boca (F 8 – idosa).

Este comportamento de negação da doença também está associado ao entendimento que o idoso tem da mesma. A presença da doença deve estar associada a um mal estar, a sintomas negativos, dores, algo que esteja dificultando e/ou limitando o indivíduo a desenvolver suas atividades cotidianas. A partir do momento em que esses desconfortos não existem mais, em função deste tratamento inicial, as pessoas acreditam que estão curadas e não promovem mais o cuidado com a doença crônica, como mostra o esposo da Família 1.

Depois desse dia que eu passei mal eu não fui mais no médico, nem ver minha pressão. Eu não percebo nada no corpo (F 1 - esposo).

O idoso também constrói uma definição de sua doença a partir da observação de outros casos, que, no seu entendimento, são semelhantes ao seu problema de doença. A idosa da Família 8, por exemplo, justifica a não associação do tabagismo ao enfisema pulmonar através de um caso de uma criança conhecida da família e que apresenta um problema pulmonar, ela comenta:

Tem sempre a desculpa que é o cigarro a causa do problema. Mas e aquela menininha que tem problema no pulmão, uma menina de onze anos que está entre a vida e a morte. É o cigarro o problema dela? Então, é o que eu falo (F 8 – idosa).

As situações identificadas nos dados brutos que emergiram nessa subcategoria estão relacionados no Quadro 4.

Quadro 4 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O conflito do negar/aceitar a doença’. Maringá, 2006.

Categoria: A vivência das dificuldades na fase aguda da doença Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Sentindo-se desconfortável com o tratamento;• Sentindo melhora do estado de saúde com o desaparecimento dos sintomas da doença crônica;• Negando a necessidade de tratamento contínuo;• Resistindo ao uso contínuo da medicação;• Mantendo maus hábitos de vida;• Sendo tabagista;• Mantendo vícios, como tabagismo, mesmo na fase aguda da doença;• Resistindo a mudança da alimentação;• Percebendo o corpo apto a trabalhar;• Compreendendo a existência de doença somente com a presença de sintomas;• Negando a associação da doença a comportamentos adotados no cotidiano.

4.2.1.1.3 – Subcategoria 3 - Desconhecimento sobre a doença

Os idosos afirmam que, muitas vezes, não recebem nenhum tipo de orientação quanto à doença que estão vivenciando, os procedimentos realizados, os cuidados necessários para controle de sua doença e quais complicações estão sujeitos, caso o tratamento não seja realizado adequadamente.

Alguns idosos demonstram não ter conhecimento do diagnóstico de sua doença, como relata a idosa da família 8, que tem enfisema pulmonar.

Mas o que eu tenho? O que o médico falou é que meu problema é uma pneumonia mal tratada. Eu não sei direito. Eu sei que sinto uma falta de ar e um cansaço, tem hora que é difícil respirar e preciso correr para o oxigênio de tanta falta de ar (F 8 – idosa).

Esta situação do idoso com falta de orientação ocorre tanto por parte de uma deficiência na assistência e na atividade educativa realizada pelos profissionais de saúde, quanto pelo despreparo da própria família, conforme mencionado pelo esposo da Família 1.

Para mim o médico não falou nada, porque ele [filho] ficou é conversando lá com eles lá. Eu não sei... eles lá que se viraram. Eu entrei lá quieto e quieto eu saí. Não falei nada. Eram eles que estavam fazendo tudo (F 1- esposo).

As situações descritas pelos idosos e observadas pela pesquisadora no trabalho de campo retratam o desconhecimento dos idosos sobre a doença e o tratamento, relacionadas nessa subcategoria, as quais estão codificadas e apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Desconhecimento sobre a doença’. Maringá, 2006.

Categoria: A vivência das dificuldades na fase aguda da doença Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Desconhecendo informações sobre a doença;• Desconhecendo informações sobre o tratamento realizado;• Desconhecendo a necessidade de continuidade do tratamento;• Referindo não dialogar com os profissionais de saúde sobre sua doença;• Referindo não ser orientado por familiares quanto ao seu problema;• Apresentando-se desorientado quanto à doença e o tratamento necessário;• Desconhecendo o diagnóstico correto da doença crônica.

4.2.1.1.4 – Subcategoria 4 - A família aprendendo a cuidar do idoso

Na fase inicial da doença crônica, a família precisa se organizar para dar suporte ao idoso, deste modo, define quem irá acompanhar os cuidados de forma mais direta, quem irá administrar a medicação, os membros da família que darão suporte no transporte e acompanhamento em consultas médicas, realização de exames, como será administrado o cotidiano da família com esta nova situação, que é a presença do idoso com doença crônica.

Nesta organização familiar vários fatores influenciam para que as pessoas assumam funções no cuidado ao idoso, tais como: a disponibilidade das mesmas para cuidar, a habilidade destas para alguns cuidados específicos, o tipo de atividade laboral que realizam, a condição econômica dos membros das famílias, o fato de possuir um veículo próprio que facilite o transporte do idoso e, também, a necessidade de cuidado ao idoso nos diversos momentos e horários, entre outras necessidades que surgem no decorrer do processo saúde e doença.

Na Família 1, por exemplo, a filha (que tem dois filhos adolescentes) mora em uma casa no mesmo quintal que a mãe idosa, e é ela quem provê todas as necessidades na sua residência, precisando assim trabalhar o dia todo. Deste modo, quando a idosa vivenciou a crise aguda da doença e necessitou de cuidados contínuos, uma neta se disponibilizou a morar com a avó durante este período, para prestar o cuidado no período diurno, à noite ela iria para a faculdade, mas neste horário a filha, que mora no mesmo quintal, já havia retornado do trabalho e também poderia contar com alguma ajuda do esposo e outras filhas e noras. Dessa forma, a família necessita se reorganizar para o cuidado de um membro familiar com doença crônica. Os membros da família são os principais cuidadores dos idosos. Cabe a eles a responsabilidade de proverem todos os equipamentos e cuidados básicos para o tratamento da doença, conforme descrita pela idosa da Família 1.

Ah, eu tenho uma neta a N., dessa filha que mora longe, mora no sítio, e ela estava fazendo faculdade em Jandaia, então a minha filha mandou ela para ficar aqui comigo... Ela fazia tudo pra mim, ela me dava banho, ela fazia tudo, nem para comer eu não agüentava ficar aqui na mesa sentada para comer, tinha que comer na cadeira. Aí ela ficou dois anos aqui comigo. Ela ia à aula à noite, daqui de casa ela ia para Jandaia todos os dias, saía cinco e meia da tarde. Depois era ele (apontou o esposo) que ficava comigo, mas a noite a gente quase não usa nada, não precisa de muita ajuda. Ele me levava no banheiro ou quem estava aqui, porque sempre tinha um ou outro de fora também. A minha nora, essa que é professora e tem uma fábrica de embalagem, e tem a filha que mora aqui perto... (F 1 – idosa).

Além da distribuição de atividades e participação no cuidado de um membro familiar, a família também necessita aprender a desenvolver algumas técnicas exigidas no processo de cuidar, como é o caso da aplicação de insulina no idoso diabético, que é uma ação do tratamento do diabético que necessita de suporte da família, como descrita pela filha da Família 3.

No começo foi difícil, tive que aprender a aplicar a insulina... Até veio um farmacêutico aqui, aplicou a primeira vez e aí eu fui tentando meio desajeitada, até que peguei o jeito (F 3 - filha).

Para essa responsabilidade de cuidado, faz-se necessário considerar as habilidades que alguns membros tem para realizar determinados cuidados, como o exemplo acima descrito. Entretanto, outros familiares não possuem habilidades para algumas ações, porém dão outro tipo de suporte, como a nora da Família 7.

Acho que é mais quando a pessoa não gosta. Eu mesmo não gosto nem de ver aplicar a insulina... Me dá um arrepio. Se dependesse de mim para fazer... Deus me livre, seria um sofrimento! Agora tem pessoas que tem o dom mais forte para essas coisas, explicam como faz e a pessoa já aprende e pronto, por isso aqui em casa quem faz isso é o meu marido (F 7 – nora).

Inicialmente a família passa por um período de dificuldades e incertezas e até mesmo de medo ao realizar alguns cuidados, ditos mais complexos, como é o caso da aplicação de insulina, mencionado pelo receio de causar dor e gerar complicações durante o cuidado, uma vez que não são preparados para exercerem esse papel. A equipe de saúde deve atuar como educadora dos idosos e de seus familiares para que os mesmos possam

desenvolver a ação correta, que lhes cabem de acordo com as necessidades dos idosos, de maneira a proporcionar maior conforto e segurança, mesmo diante das dificuldades de alguns cuidadores, como a filha da Família 3.

*A gente tem medo de machucar na hora de aplicar a insulina (F 3- neta).
Eu faço mais em volta do umbigo, na coxa também, no braço é mais difícil,
porque eu acho que o braço parece que é mais magro. E no braço ela reclama. É
muito difícil aplicar no braço por causa disso também. Acho que a pele está mais
fininha nessa região (F 3 - filha).*

O idoso e a família também aprendem a identificar os sinais e sintomas que indicam descontrole da doença crônica e quais cuidados podem realizar para solucionar o problema, desde uma simples ação até o encaminhamento à instituição de saúde, quando necessário.

*Ela disse que estava com batedeira. 'Eu estou com batedeira'. Pode ser a
diabetes que caiu, aí eu dei um pouquinho de leite com açúcar. Aí foi bom (F 3 -
filha).*

*... quando está alterada ela já percebe alguma coisa, como dor de cabeça, dor na
nuca, aí a pressão está muito alta. Como eu quando estou assim com arritmia eu
percebo, porque primeira coisa começa me doer aqui, é uma dorzinha que
incomoda, você vai respirar dói, aí parece que o coração dispara e dá umas
falhadas assim aí eu tenho que tossir. Faz tempo que não me dá, depois que eu
mudei para esse remédio, aí ele começou a fazer efeito, depois de uns três meses
que eu estava tomando ele (F 2 - filha).*

Os eventos que construíram essa subcategoria, demonstrando o aprendizado da família no processo inicial de cuidar do idoso com doença crônica, são apresentados no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A família aprendendo a cuidar do idoso’. Maringá, 2006.

Categoria: A vivência das dificuldades na fase aguda da doença Códigos
<ul style="list-style-type: none"> • Definindo quem realizará os cuidados ao idoso; • Definindo quem será o responsável pela administração da medicação do idoso; • Identificando os meios de transporte disponíveis na família e na comunidade que atendam as necessidades de locomoção do idoso de sua residência a outros locais; • Buscando recursos na comunidade para dar suporte às necessidades de cuidado do idoso; • Identificando habilidades e limitações dos membros da família para executar os cuidados ao idoso; • Distribuindo tarefas entre os membros da família; • Aprendendo a realizar técnicas necessárias no cuidado do idoso, como a aplicação de insulina; • Aprendendo a interpretar as queixas do idoso; • Aprendendo a identificar os sinais e sintomas de descontrole da doença, e quais cuidados podem ser realizados para retomar o equilíbrio do corpo; • Sentindo-se inseguro na execução de alguns cuidados ao idoso e aprendendo a superar estes sentimentos.

4.2.1.2 - CATEGORIA 2 – O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO

Com o surgimento de uma nova situação no cotidiano familiar, as adaptações se fazem necessárias para dar conta do cuidado, tanto na saúde quanto na doença do idoso. Tais adaptações ocorrem tanto no âmbito individual, do idoso, quanto no coletivo dentro da família, conforme pode ser visualizado na figura 10.

Figura 10. Categoria 2 – O processo de adaptação.

4.2.1.2.1 - Subcategoria 1 - Algumas adaptações do idoso

Ao identificar a doença crônica no idoso, é necessário que este adote alguns cuidados básicos para sua saúde, que envolvem mudanças de hábitos alimentares, adaptações ao uso de medicamentos, conforme comentários dos idosos.

Olha! Eu nunca fui acostumado com remédio, desde criança. Primeiro para eu tomar um comprimido eu colocava um comprimido na boca eu tomava um copo d'água e o comprimido continuava na boca. Não descia, mas de jeito nenhum. Aí eu mastigava o comprimido, aí eu conseguia engolir. Estou acostumando com esses aqui, ponho dois na boca e no primeiro gole de água já sumiu. Você vê até para isso eu estou acostumando... (risos) (F 1 - idoso)

*Eu fui criada no leite de cabra... Então aí é difícil de gostar desse leite fraco, mas precisa (F 3 – idosa).
Mas tem que tomar... O colesterol dela está tudo normal, mas tem que controlar para continuar assim... (F 3 - filha).*

Em algumas situações o idoso mencionou que a presença da doença crônica exigiu mudanças mais amplas em sua vida, sendo necessário deixar sua atividade laboral por considerar que esta era prejudicial à sua saúde, desencadeando a evolução da doença. E comenta ainda que esta situação ainda era agravada pelas condições climáticas do local onde vivia, precisando assim deixar o trabalho que desenvolvia e se mudar para a região sul do país, onde o clima mais ameno proporcionaria um ambiente mais terapêutico e um bem estar à saúde, como a idosa da Família 4.

Mas eu tinha complicação do rim também, porque começou tudo pelo rim, aquele calor de lá [Cataguases – MG] e eu ainda mexia com a cozinha, porque a gente tinha um bar e eu que fazia tudo sozinha... Era muito quente, era a mesma coisa de um forno... Eu comecei ficar com o corpo inchado. Então estraguei o rim, mas assim mesmo eu fui ao médico de lá e ele falou para eu não comer com sal, mas não me fez tratamento do rim. Aí eu falei doutor eu queria ir embora, porque lá no Paraná é mais fresco, aqui é muito quente, aqui eu não vou sarar. Aí ele falou que agora dessa vez eu iria melhorar aí eu poderia ir embora para o sul, porque aqui não dá para a senhora não. Vendemos o bar e um dia o A. madrugou lá e veio me trazer, com a S. (F 4 – idosa).

No caso comentado acima, o processo de adaptação do idoso, o qual envolveu várias situações, chegando à necessidade de mudança inclusive da cidade onde vivia, também influenciou toda a família, pois a idosa não vivia só e, portanto, esta alteração diz respeito à vida de todos os membros que conviviam com esta problemática.

Algumas adaptações que envolvem o cotidiano do idoso, também influenciam a vida de toda a família, situações que estão descritas detalhadamente na subcategoria a seguir.

A codificação dos dados relacionados às adaptações do idoso é apresentada no Quadro 7.

Quadro 7 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Algumas adaptações do idoso’. Maringá, 2006.

Categoria: O processo de adaptação Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Mudando hábitos alimentares; restrição de alguns alimentos;• Adaptando-se ao uso de medicamentos ingeridos via oral e injetável;• Deixando de realizar algumas atividades laborais prejudiciais ao seu estado de saúde;• Mudando de cidade com a finalidade de buscar um ambiente mais saudável ao idoso;• Mudando hábitos de vida;• Adaptando-se a um novo estilo de vida.

4.2.1.2.2 - Subcategoria 2 - Adaptações necessárias para a família do idoso

O idoso e a família necessitam desenvolver algumas adaptações em função dos cuidados exigidos no tratamento da doença crônica, como, por exemplo, o caso da alimentação.

Os rituais que envolvem a alimentação fazem parte da socialização entre as pessoas, e também são percebidos dentro do contexto familiar. Neste sentido, na medida do possível, as pessoas dentro da família fazem as refeições em conjunto, e quando um dos membros, no

caso o idoso, necessita de cuidados alimentares, como redução de sal, comida com menos gordura, restrição ou ingestão maior de certos alimentos, este fato acarreta em mudanças nos hábitos alimentares de toda a família, como descrito pelos cuidadores.

Porque de primeiro ela fazia comida muito mais salgada, depois por causa do remédio foi diminuindo, diminuindo... Não sei, vai indo, vai indo que a gente acostuma (F 1 – esposo).

Ele não reclama... esse aí tudo que fizer para ele está bom. Agora comida a gente faz bem neutra de sal, nem ele reclama e nem meu filho... aí quem quer uma salada mais temperadinha completa no prato (F 2 - filha).

As mudanças na alimentação da família, geralmente, são interpretadas de forma positiva, havendo menção de que tais alterações trazem benefícios à saúde de todos, hábito este mais saudável de se alimentar, como descrito pelo genro da Família 2.

Acho que a comida meio sem sal é até melhor. É mais saudável! Comer carne gorda ou a comida com muito óleo também não faz bem a saúde, então a gente aproveita e se cuida um pouco também (F 2 - genro).

Algumas mudanças que ocorrem na vida da família em função da necessidade de cuidado ao idoso com doença crônica são iniciativas do próprio cuidador, com o intuito de obter melhores condições para o cuidado e ao mesmo tempo proporcionar melhor condição de vida ao idoso. Na Família 6, a irmã cuidadora relata que houve a necessidade da família mudar da cidade de São Paulo para Maringá com a finalidade de oferecer melhores condições de vida e de cuidado ao idoso, proporcionando contacto com o ambiente mais harmonioso, oferecendo oportunidade para passeios ao ar livre, enfim, buscar um local terapêutico e ao mesmo tempo agradável ao idoso e a família, como descrito pela irmã da Família 6.

A minha função de vir para cá foi de melhorar o estado dela, porque a gente morava em apartamento lá em São Paulo. Aí eu vim para cá, porque aqui é tudo mais prático, tem o quintal para ela dar uma volta... Aqui é uma tranquilidade! E a minha esperança é que quando chegasse aqui ela se animasse (F 6 – irmã).

O vivenciar algumas adaptações entre os membros da família, por causa da necessidade de cuidado ao idoso com a presença da doença crônica, está apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Adaptações necessárias para a família do idoso’. Maringá, 2006.

Categoria: O processo de adaptação Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Mudando a alimentação da família, reduzindo o uso de sal, fazendo uso de alimentos que contêm menor teor de gordura, aumentando o consumo de verduras e legumes;• Compreendendo essas adaptações da alimentação como benéficas para a família;• Mudando de cidade com a finalidade de buscar um ambiente mais saudável ao idoso;• Mudando para outro tipo de moradia (de apartamento para casa térrea) para oferecer melhores condições para o cuidado, bem como um ambiente mais terapêutico ao idoso;• Adaptando-se a um novo estilo de vida.

4.2.1.3 - CATEGORIA 3 – O RECONHECIMENTO DA CRONICIDADE DA DOENÇA

Quando a doença se instala em uma pessoa, os membros da família têm conhecimento de que a doença necessita de cuidados contínuos por parte do idoso e seus familiares. O suporte para o cuidado inclui a participação de todos os membros da família e também dos amigos, vizinhos e provedores de cuidado à saúde, como descrito pelas filhas das idosas das Famílias 2 e 3.

Ah, isso aí é para o resto da vida... pode se conformar (F 2 - filha).

Tem que cuidar. A gente tem essa noção que tem que cuidar para o resto da vida... E sempre um ou outro colabora (F 3 - filha).

Esse conhecimento da cronicidade da doença também vai sendo construído pelo idoso e é influenciado por vários fatores, entre eles o conhecimento adquirido do senso comum, isto é, advindos das experiências no cuidado à sua própria saúde. A idosa da Família 7 expressa esse entendimento da necessidade de cuidados contínuos para manter uma condição saudável, equilibrada e com controle da doença crônica.

O meu problema não sara. Tenho que tomar injeção duas vezes ao dia. Dói todo o corpo, tem que ir mudando o lugar onde aplica. Eu ainda tenho aquele negócio no osso, qualquer lugar dói, nas pernas, nos braços. E a gente vai levando... Tendo que cuidar da alimentação e tomando o remédio certinho para não piorar (F 7 – idosa).

As dificuldades vivenciadas na fase aguda da doença, algumas vezes, reforçam as atitudes do idoso de tomar os cuidados necessários para o controle da doença e se conscientizar de que os mesmos serão contínuos em sua vida. Na Família 4, a idosa relata seu sofrimento com a perda temporária da visão devido a hipertensão arterial, e após quatro meses de tratamento, obteve condições de controle deste problema, conforme descrito abaixo:

*Eu, doida para fazer 4 meses para eu fazer exame para o óculos, porque aquele meu não adiantava nada. Um dia nós chegamos lá mais cedo, e fomos na casa da irmã dele [esposo] lá perto da clínica, aí chegamos lá e ela mostrando aquelas roupas bonitos... isso me dá uma tristeza no coração... ela estava sabendo que eu estava quase cega e eu não via nada. Ali deu a hora e saímos de lá e então quando fez 4 meses ele falou assim: ‘agora a pressão da senhora está boa, fez eletro, a senhora está querendo fazer exame para colocar o óculos né’. Falei: ‘é doutor, porque eu não agüento, quero fazer alguma coisa, eu não estou enxergando nada’. Aí ele me deu a licença para fazer o exame, aí fui lá de novo e um médico de vista muito bom, aí ele fez o exame, passou os óculos, tudo direitinho... Mas foi tão bom, meu Deus do céu, quando eu olhava com aqueles óculos, vendo os meninos [netos], as crianças. **Ali eu nunca mais parei de tomar o remédio** (F 4 – idosa).*

As situações descritas pelos idosos e suas famílias no trabalho de campo, ainda que não tenham sido apontadas de maneira enfática, significam uma transição importante vivenciada pelos mesmos, que influenciam diretamente o processo de cuidar do idoso, uma vez que essa construção de significados quanto à condição de cronicidade de uma doença pode interferir nas suas atitudes e na convivência com esse problema.

Assim, a codificação dos dados que retratam essa tomada de consciência, relacionados nessa categoria, estão apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 – Códigos que constituíram a categoria ‘O reconhecimento da cronicidade da doença’. Maringá, 2006.

Processo: A identificação da doença crônica do idoso
Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Vivenciando os cuidados com a doença crônica desenvolve o entendimento de que os mesmos devem ser contínuos para o controle da doença• Aprendendo a partir da própria experiência no cuidado da doença crônica do idoso• Aprendendo com o sofrimento vivenciado na fase aguda da doença

4.2.1.4 - CATEGORIA 4 - A PERSPECTIVA DE UM FUTURO INCERTO

Vivenciar o diagnóstico da doença crônica envolve, entre outras questões, vários sentimentos, como os de dor e sofrimento citados anteriormente, bem como muitos receios sobre esta condição de saúde e doença do idoso, até que ponto os sintomas vivenciados na fase aguda são passageiros, quais seqüelas podem permanecer no corpo, gerando assim alguma condição de dependência ou não, se cercearão a autonomia do idoso, qual tratamento é necessário e se este causa algum tipo de mal estar, enfim, incertezas que desenvolvem sentimentos de angústia para o idoso.

Alguns sintomas presentes, em função do quadro agudo da doença, causam angústia e medo, principalmente pela incerteza: o problema será permanente ou ainda ocorrerá melhora após o controle da doença.

A vista começou a me faltar de verdade, eu sempre usei óculos, mas não estava valendo nada, porque eu não via o número do ônibus para eu pega-lo. Aí a Z. me levou numa clínica do doutor V. para eu fazer exame, aí eu cheguei lá e fui fazer, foi o filho dele que fez o exame. Ele falou assim: ‘nossa, mas a pressão está muito alta... A vista está faltando mais pela pressão, não é tanto que está com a vistas ruim’. Falei: ‘ah doutor será que volta a minha vista’. Porque eu estava com medo de ficar cega. Ele falou: ‘ah volta sim’. Então antes de fazer óculos a senhora vai lá no doutor... cardiologista, eu esqueci o nome dele. Aí cheguei lá ele falou a pressão da senhora está muito alta, aí ele falou assim, eu vou dar para

a senhora 4 meses de tratamento de pressão, depois de quatro meses a senhora volta lá fazer o óculos, porque agora vai ser um óculos para cego. Aí eu falei nossa mãe, que medo. A Z. falava que eu passava a roupa do lado do avesso e eu não sabia disso. Eu estava quase cega (F 4 – idosa).

Além dos receios relacionados aos problemas já vivenciados pelos idosos, também se nota uma preocupação por parte dos idosos e da família com possíveis tratamentos, caso ocorra complicação da doença crônica.

Estes sentimentos estão presentes no cotidiano do cuidado dessas famílias e surgem de várias formas, uma delas são as várias fontes de informações de que a família e o idoso se utilizam para conhecer a doença crônica, outras podem ser através da história de vida de outros familiares, amigos, vizinhos. Algumas histórias negativas, de indivíduos com a mesma doença e que fizeram algum tipo de tratamento, geram sentimentos de medo, que envolvem desde as restrições da vida cotidiana, algumas seqüelas e até mesmo a morte, como comenta a filha da Família 2.

... Eu não queria colocar marcapasso, porque eu sei de muita gente que colocou o marcapasso e você não tem assim aquela segurança, que nem eu que sou uma pessoa assim que não paro, a hora que eu vejo eu estou puxando esse negócio aqui. Sabe, eu esqueço. E numa dessa a gente vai embora (F 2 - filha).

Outra situação, relatada pelas famílias, que gera angústia é a abordagem dos profissionais de saúde no atendimento a estas pessoas. A evolução da doença crônica pode gerar complicações no organismo, desenvolvendo assim novas doenças e também exigindo outros tipos de tratamentos específicos para os mesmos. A estratégia que o profissional de saúde utiliza para informar o idoso sobre as possibilidades de complicações, geradas pela doença crônica não controlada adequadamente, leva o idoso a ter medo do desconhecido que, muitas vezes, pode levar a uma reação contrária, isto é, não retorna mais ao serviço de saúde para o tratamento, como o caso mencionado pela idosa da Família 4.

Ele me deu seis meses. Ele pediu alguns exames então eu fiz, até um exame eu paguei, então ele falou assim, então a senhora vai e eu vou lhe dar seis meses, mas antes de seis meses a senhora pode vir aqui se precisar, só que eu vou lhe

dar seis meses para a senhora vir aqui para nós marcarmos a hemodiálise... Eu estava escutando ele falar, e tal... Eu tinha esquecido que ele era o doutor né, mas não é que eu sou desse jeito não, mas é que eu estava tão distraída que eu não esperava por aquilo, aí a senhora vem, marca uma consulta que nós vamos marcar a hemodiálise, aí eu falei: 'ah não doutor isso eu não faço não'. Mas aquela hora deu um medo tão grande de fazer isso que eu fiz assim. Ele falou assim, vamos ver. Ele foi atrevido também. Eu já estava até pensando que eu já estava sã, mas isso aí eu não faço mesmo... ainda falei para ele é melhor morrer. Isso eu falei. Eu fiquei com uma vergonha... daí que eu lembrei o que eu falei. Mas nunca mais voltei lá (F 4 – idosa).

A idosa da Família 4 comenta ainda o receio de ser obrigada a realizar tratamento sem o consentimento e desejo do idoso e da família.

... porque você já pensou se eu chegasse lá e ele falasse assim agora... e juntam eles lá, conversam comigo e podem até me convencer e depois eu arrepender, mas aí eu já falei. É isso que eu tenho medo. Eu não vou não. Agora semana que vem eu vou lá marcar uma consulta com o clínico geral ali no posto, eu vou contar também como é que eu estou. O ruim é que depois eles me mandam para aquele doutor de novo e eu estou com muito medo disso. Eu vou falar, doutor o senhor querendo, o senhor me ajuda, eu sofro disso e daquilo e se tiver um remedinho, se por de tudo não tiver no posto a gente compra. É isso que eu penso (F 4 – idosa).

As situações descritas pelos idosos no trabalho de campo que retratam os sentimentos de insegurança e medo frente à doença crônica e seu tratamento, relacionadas nessa categoria, estão codificadas e apresentadas no Quadro 10.

Quadro 10 – Códigos que constituíram a categoria ‘A perspectiva de um futuro incerto’. Maringá, 2006.

Processo: A identificação da doença crônica do idoso Códigos
<ul style="list-style-type: none"> • Vivenciando sentimentos de medo a partir do diagnóstico da doença crônica; • Sentindo-se inseguro quanto ao tratamento; • Vivenciando as informações oferecidas pelos profissionais de saúde sobre o estado de saúde do idoso de forma impactante, causando medo quanto à evolução do problema; • Conhecendo histórias de vida negativas de outros familiares, amigos e vizinhos que viveram o diagnóstico da mesma doença; • Sentindo medo quanto a permanência de sinais e sintomas presentes na fase aguda da doença, presença de seqüelas, apresentar uma condição de dependência física, perder sua autonomia e da morte; • Vivenciando o medo de ser obrigada a realizar um tratamento sem o seu consentimento e desejo.

Figura 11. Diagrama do Processo I – A identificação da doença crônica do idoso.

4.2.2- PROCESSO II - A CONVIVÊNCIA COM A CRONICIDADE DA DOENÇA DO IDOSO

Após o processo de vivenciar o diagnóstico da doença crônica do idoso, a família inicia o processo de conviver com a cronicidade da doença, no qual estão presentes duas condições distintas de saúde e doença do idoso, que envolvem o nível de dependência e independência do idoso; também emergiram neste processo as estratégias utilizadas pela família no cuidado ao idoso, bem como os sentimentos de vulnerabilidade do idoso perante o seu estado de saúde.

A constituição do processo II é apresentada por quatro categorias: (1) a presença do idoso independente na família; (2) a vivência do cuidado ao idoso dependente; (3) estratégias utilizadas no cuidado ao idoso; e (4) perceber-se vulnerável.

4.2.2.1 - CATEGORIA 1 - A PRESENÇA DO IDOSO INDEPENDENTE NA FAMÍLIA

Esta categoria de análise emerge a partir da vivência com as famílias de idosos com doença crônica, e que apresentam uma condição de independência e autonomia de vida. O idoso independente na família, mesmo quando possui uma doença crônica, compartilha a vida em família de maneira ativa, participa das atividades domésticas, sendo assim, suporte para a mesma. Este idoso também gerencia seu próprio cuidado; a participação da família neste processo de cuidar da doença crônica ocorre com a finalidade de acompanhar o tratamento da mesma, conforme pode ser visualizado na figura 12.

Figura 12. Categoria 1 – A presença do idoso independente na família.

4.2.2.1.1 - Subcategoria 1 – A manutenção da autonomia do idoso

A presença da doença crônica atualmente, mesmo quando se refere ao indivíduo idoso, pode não significar um estado de doença propriamente dito e nem de dependência de cuidados. O idoso vivenciando a cronicidade da doença consegue, na maioria das vezes, manter sua independência e autonomia de vida.

Graças a Deus eu dou conta de fazer a comida, faço mais alguma coisa. Saio, vou lá para o centro na loja da minha filha, vou e volto de circular, vou lá na outra filha que mora perto da UEM, vou na igreja... (F 2 - idosa).

Esta condição de autônomo gera um enorme bem estar ao idoso, demonstrando orgulho ao enfatizar sua capacidade de ir e vir e de não depender das pessoas para atender suas necessidades, conforme comenta a idosa da Família 5:

Vou sozinha ao médico e em todos os lugares. Todo mundo fica besta de ver eu com minha idade andando tudo por aí sozinha (F 5 – idosa).

Observa-se, nas famílias estudadas, que o idoso com doença crônica, quando não se encontra em um estado de dependência, muitas vezes, é o suporte da mesma, é ele quem ainda auxilia os filhos no cuidado com os netos, que assume várias funções dentro da família para que outros integrantes possam trabalhar, que complementa a renda através de sua

aposentadoria e que ainda se considera em uma condição de saúde melhor que outras pessoas da família, prestando cuidados a saúde dos mesmos quando necessário.

Ah, eu tomo um comprimido de pressão por dia, todos os dias só um comprimido. A minha filha toma seis comprimidos (F 2 - idosa).

Este indivíduo idoso, nestas condições dentro do contexto da família brasileira, é um integrante indispensável para manter o equilíbrio e o bem estar familiar, porque favorece uma relação harmônica e de simbiose entre os seus membros enquanto uma unidade, ou seja, da mesma forma em que o idoso percebe-se autônomo e útil neste ambiente, também permite uma organização familiar necessária no contexto social e econômico atual, no qual a mulher também se insere no mercado de trabalho para complementar a renda, se afastando assim da casa boa parte do seu tempo.

Nota-se que o idoso busca manter essa autonomia de várias formas, além de assumir as suas próprias necessidades de cuidado, de participar ativamente na família, ele também busca uma independência para desenvolver outras atividades em sua vida. Na Família 5, por exemplo, a idosa pretende iniciar o estudo, para aprender a ler e escrever, porque segundo ela aprenderá seu nome, conseguirá ler a bíblia, entre outras coisas.

Eles falaram assim ah dona M. a senhora está boa, a senhora não quer estudar? Porque eu não sei o meu nome direito, completo... A senhora vai aprender o nome da senhora, a senhora quer? Aí eu falei assim, bom eu quero, porque é bom para mim, aprender o nome da gente, a gente pode ganhar emprego, ler uma bíblia, ler um canto, um hino, eu não sei, eu canto porque os outros... de acompanhar. Aí ele falou se a senhora quer estudar agora é o ano que vem, aí a senhora fala que eu vou matricular a senhora. Diz que é duas vezes por semana lá no Cisam. Só que eu não sei, deve ser de dia, porque de noite eu não vou. Tem que ser de dia (F 5 – idosa).

Neste caso da alfabetização do idoso, além de ampliar a autonomia no cotidiano de sua vida, favorecendo maior inserção social, também promove o seu autocuidado que, ao exercitar sua mente com aprendizagens novas, estimula sua memória e seu sistema nervoso, prevenindo assim problemas degenerativos que envolvem cognição e déficit de atenção.

A codificação dos dados relacionados nessa subcategoria, que demonstra o idoso buscando manter sua autonomia de vida, é apresentada no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A manutenção da autonomia do idoso’. Maringá, 2006.

Categoria: A presença do idoso independente na família Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Tomando decisões sobre o cardápio das refeições da família;• Decidindo visitar os filhos e amigos;• Decidindo ir à igreja;• Participando de grupos de orações, conforme seu desejo;• Resolvendo seus problemas do cotidiano;• Decidindo o momento que necessita buscar auxílio dos profissionais de saúde para o cuidado da doença;• Recebendo sua aposentadoria ou pensão;• Sentindo-se feliz com sua capacidade de ir e vir com independência;• Decidindo se alfabetizar – aprendendo ler e escrever.

4.2.2.1.2 - Subcategoria 2 - O idoso como suporte para a família

O idoso com doença crônica é uma pessoa que ao manter sua autonomia é participativo dentro do contexto familiar; auxilia em atividades domésticas, complementa a renda familiar com a aposentadoria ou também com algum tipo de trabalho remunerado, ajuda na educação e no cuidado com os netos e ainda é cuidador quando algum membro da família está doente. Assim, o idoso, muitas vezes, além de ser cuidado, é suporte para a família.

O idoso auxilia em várias atividades domésticas no cotidiano da família, tais como a limpeza da casa, os cuidados com a roupa, o preparo das refeições. Atividades estas que são organizadas conforme a dinâmica da família. Na Família 5, por exemplo, a idosa refere que sua neta é a responsável pelo serviço de limpeza da casa e lavagem da roupa, no entanto, sempre que possível ela contribui com o trabalho.

Normalmente é a minha neta L. que limpa a casa, eu só limpo quando ela sai ou quando ela está lavando roupa, mas ela que limpa a casa, que lava a roupa, então fica assim (F 5 – idosa).

Situação esta que ocorre com regularidade, pois em vários momentos de interação com a família, a idosa mencionou que estava realizando trabalhos domésticos naquele momento.

Nota-se ainda que, algumas vezes, o idoso se esforça para participar de algumas tarefas domésticas, pois fica sensibilizado com dificuldades que a família vivencia, extrapolando suas condições físicas e de saúde, o que traz prejuízo para seu bem-estar.

Eu não estava agüentando de dor, eu não conseguia respirar, então tomei o comprimido e acabou. Acho que foi porque eu lavei muita roupa da minha neta que mudou daqui, e é bastante criança, quatro crianças. Eu lavei muita roupa para ela... Fiquei com dó de ver ela daquele jeito, a menina dela pequena estava meio doente, aí eu esforcei muito. Mas agora melhorou graças a Deus (F 5 – idosa).

Na Família 2, por exemplo, a senhora idosa prepara todas as refeições e mantém a limpeza da cozinha.

A minha filha costura, então a comida quando eu estou aqui eu faço. Só não faço quando eu saio... faço a comida e lavo uma louça, ajudo né (F 2 - idosa).

E esta atividade é reconhecida e valorizada dentro do cotidiano da família, enfatizando a importância dessa ajuda para que os outros membros da família desenvolvam suas atividades laborais.

Nossa quando ela não está aqui... que eu paro com a costura lá e venho para cá fazer o almoço, por mais simples que seja este almoço, uma hora e meia a duas horas eu gasto. Porque daí eu faço o almoço e eu não consigo deixar a pia cheia de louça, daí eu vou lavar... são duas horas (F 2 - filha).

Da mesma forma que o idoso e a família reconhecem a importância de sua contribuição no dia a dia, este também menciona como sendo algo importante para manter seu

estado de bem estar mental, cultivando sentimentos de valor pessoal e importância de sua presença no contexto familiar.

Eu lavo a roupa... a mulher queria lavar a roupa, eu falo não até que eu posso eu lavo, a gente fica parado aí eu fico mais doente, porque eu fico parada... porque se não estou podendo trabalhar, eu tenho depressão sabe. Fazendo um serviço distrai, se sente útil. E tocamos a vida assim. Eu cozinho. Ele [esposo] levanta cedo e faz o café, porque quando a gente tinha criança pequena foi combinado assim... eu levantava de noite para cuidar das crianças e ele levantava cedo para fazer o café. A minha tarefa eu terminei e a dele continua... (risadas) (F 1 - idosa).

A idosa da Família 5 também expressa sua felicidade e satisfação em participar dos afazeres domésticos.

Aí quando ela não está aqui eu lavo roupa, eu cuido da casa... Vixi! Eu dou graças a Deus quando eu estou boa, porque eu não tenho preguiça! Eu gosto de estar trabalhando sabe! Olha... Eu ver serviço e ver os outros fazer, eu fico doente, então eu quero pegar e fazer também, para ajudar. Então quando eu estou boa, eu faço o serviço. Eu fico contente, mas qualquer coisinha que me der que já me estorva aí... Eu acostumei a trabalhar na roça, em casa, a gente fica assim... então não pode parar (F 5 – idosa).

Outra participação do idoso na família é no cuidado e educação dos netos que residem na mesma casa. O tipo de cuidado varia conforme a fase de desenvolvimento em que estão os netos. Enquanto são crianças, os avós estão mais presentes com o olhar de acompanhá-los em todas as suas atividades para que não ocorra nenhum acidente e ao mesmo tempo para atendê-los em suas necessidades básicas como alimentação, ajuda para ir ao banheiro, entre outras.

Porque quando a minha neta morava aqui, aí não tinha muito sossego, porque tinha as crianças pequenas que precisava olhar. Quando ela ficou internada eu tomei conta de tudo, e sempre ajudava a olhá-los. Agora ela foi embora... Agora sossegou mais um pouco né (F 5 – idosa).

Entretanto, quando estes estão na fase da adolescência, os avós se preocupam com os estudos, horários de aula, se estão cumprindo as obrigações escolares, pensando sempre em um melhor preparo para o mercado de trabalho, também dão conselhos quanto aos cuidados

com os relacionamentos com namorados(as), amigos, uso de drogas e ainda estão atentos a formação religiosa dos mesmos.

Ai meu Deus do céu, uma luta viu. Os dois estudam aí no Polo. É difícil! Tem que pedir proteção de Deus, para cuidar deles, para que não pegue mal caminho. Eles vão à igreja, eles vão à missa sempre, vão às reuniões... Estudar... meu Deus... ele chega ele põe os cadernos, os livros lá, ele não pega durante o dia e diz que vai fazer educação física... Eu falei, meu Deus, se ele não estudar ele não vai fazer nunca. A gente sabe que é difícil... Eu falo para o F. também que se não estudar, não pode ter estudo maior, se não tem amor no estudo. Isso que eu falo, que se ocupa e fazer alguma coisa, algum trabalho, daí da mais valor também no estudo. Olha, a minha filha dá tudo quanto é chance, eles não fazem porque não querem... Mas quando a pessoa não tem interesse não enxerga nada para fazer. Tem que ter interesse em alguma coisa (F 1 – idosa).

Não é que o trabalho judia, é que atrasa o estudo. Mas eu falei para ele ontem... F. se você tivesse trabalhando, um serviço para você fazer, você não tinha tempo de ir atrás de namorada não. Era estudo e serviço né (F 1 - idosa).

Nesta interação dos avós com os netos existe certo conflito intergeracional, os netos não querem ouvir os conselhos dos avós, não atendem recomendações até por conceber a vida por outro olhar, a partir de uma experiência muito diferente da situação em que os idosos presenciaram na sua adolescência. E então ocorrem as discussões, os desentendimentos e até geram sentimentos no idoso de desrespeito e demérito de sua pessoa.

Eu quis rezar o pai nosso para ele ontem, mas quando ele vê que a coisa vai para o lado dele, ele oh... sai de perto. Ele fala: 'Já estão querendo brigar comigo'. Onde já se viu está com namorada... falei ah larga a mão disso, vai estudar, trabalhar. Ele fala: 'não vou casar'. Não quis escutar nada mais. Mas pensa bem, agora a gente com a idade dessa daí já pensa desse jeito, agora trabalhar não pode... mas como é que fazer arte pode, ir atrás dessas porcarias, tomar essa porcaria de maconha, essa coisa aí... (F 1 - esposo).

Para isso ela é pior... ela não obedece, não somos nada aqui para ela. Ela é muito desobediente, teimosa (F 1 - idosa).

Ainda com relação à participação do idoso na criação dos netos, nota-se que sua presença também se dá na preocupação de inseri-los socialmente, quando então se preocupa em ajudá-los a conseguir os documentos básicos a qualquer brasileiro.

Agora mesmo lá na ANPR eles pediram carteira de trabalho, a identidade, o CPF dele, mas eu não fiz isso ainda. Diz que estava fazendo a identidade de graça, então eu mandei tirar cópia e fui lá no lugar que estava fazendo a identidade, mas isso aí foi em setembro que teve... Aí perdi a viagem. Agora... a hora que eu pegar a bolsa escola eu faço o documento dele. A moça pediu, a M. lá do ANPR, que era para levar ontem, aí eu falei assim, não posso porque eu estou sem dinheiro, tem que esperar eu pegar o dinheiro para fazer o documento dele. Então eu falei agora tem que esperar (F 5 – idosa).

Observa-se, nesta situação, que a preocupação do idoso enquanto avó/avô vai além dos suprimentos físicos como moradia, alimentação e vestuário. O preocupar-se com a providência dos documentos do neto é o preocupar-se com a conquista de cidadania do mesmo, bem como da gestão dos primeiros documentos necessários à inserção do mesmo no mercado de trabalho.

O idoso também oferece suporte para a vida de alguns filhos. As dificuldades financeiras para arcar com todas as despesas, a dificuldade de adquirir uma casa própria, as relações conjugais conflituosas levando, na atualidade, a um aumento de divórcios e, ao mesmo tempo, a necessidade da mulher de se inserir no mercado de trabalho para complementar a renda ou arcar sozinha com a manutenção dos filhos, fazem com que os idosos acolham estes em sua casa e assumam co-responsabilidades junto aos mesmos.

*Depois M. veio morar junto aí eu fiz o banheiro para ela lá, agora... faz 3 anos que ela começou a fazer a casa dela, fez três cômodos e não está acabado, tem que desmanchar essa daí para aumentar para lá (F 1 – esposo).
Coitada ela é sozinha, não dá conta, com dois filhos, na idade que eles estão. A sorte dela que está aqui e não paga aluguel. A casa dela é pequena... (F 1 - idosa).*

Neste sentido, o idoso participa da vida dos filhos, disponibilizando sua casa ou o seu quintal para fazer mais uma casa, ajuda nesta construção, compartilha os problemas e as dificuldades desta família extensa. Neste contexto de vida, muitas vezes sua renda advinda da aposentadoria é insuficiente para atender as necessidades financeiras da família, e então desenvolve algum tipo de atividade para complementar a renda.

Você vê ele [o esposo] ainda trabalha um pouco, trabalha ali naquele cômodo, às vezes recebe encomenda, ele fez 10 cadeiras para o colégio agora (F 1- idosa).

Uma outra questão social e financeira que envolve a família é a conquista da aposentadoria, e nesta o idoso também está presente conduzindo a situação, buscando informações e recursos na sociedade e nos órgãos públicos competentes, providenciando documentos, enfim acompanhando o processo para que o trâmite burocrático seja realizado adequadamente. Esta situação é vivenciada na Família 5, quando a idosa narra sua tentativa de aposentar o filho e a amiga, que residem com ela e que possuem problemas mentais.

Porque eu era aposentada e o D. era aposentado, eles falaram que não podia pegar 3 aposentadoria, eu até coloquei duas advogadas... Passou pelo médico da perícia, mas parou porque eles falaram que eu não podia pegar 3. Eu fui lá no INSS, eles falaram ah Dona M., não pode pegar 3 aposentadoria. Então daí eu parei... Quando foi o ano passado, um vereador falou para eu arrumar uma advogada na UEM, aí eu arrumei a E., ela que está mexendo com os papéis lá, só que o senhor de lá do fórum já veio aqui, marcou o dia que era para eu levar ele lá, levei... Agora quando foi semana passada eu fui lá de novo para ver como é que estava a situação. Cheguei lá e ela falou Dona M. essa aposentadoria vai demorar um pouco ainda, daqui uns dias a senhora volta aqui para ver como é que está... Então daí vamos ver. Agora é da M. e a dele (F 5 – idosa).

Observa-se então que nem sempre o idoso com doença crônica é o foco de atenção e cuidados na família, mesmo quando se referem ao estado de saúde. A necessidade de cuidado nem sempre está centralizada no idoso dentro do contexto familiar, como na Família 2, por exemplo, onde a filha demonstra que seu estado de saúde exige muitos cuidados.

O médico falou para eu não pegar peso e o check-up, esses exames periódicos são de seis em seis meses... O Dr. A. falou, oh eu vou colocar o retorno para dezembro, se você tiver com essa arritmia que você está hoje, porque ele trocou meu medicamento, porque um remédio fez mal para a minha visão, aí ele falou a gente vai pensar seriamente em uma cirurgia, um marcapasso. Aí estou pedindo a Deus para não precisar. Arritmia tem que estar controlada, tomando a medicação certinha, porque você pode morrer sentada aí. Aparentemente a gente não tem nada, e quem vê fala nossa você não tem... só que precisa cuidar (F 2 - filha).

Nesta família a filha demonstra maior necessidade de cuidados para manter seu bem-estar, desenvolvendo na mãe idosa preocupações com a sua condição de saúde, acreditando que a filha precisa de mais cuidados do que ela própria.

Ela toma muito remédio né, muito mais que eu. Ela tem que se cuidar, nossa, ela toma os remédios certinho, às vezes eu vou com ela no médico também, às vezes ele [o esposo] vai (F 2 - idosa).

Esta situação, do idoso sensibilizado com o estado de saúde de outros membros da família, também fica evidenciada na Família 5 quando a idosa narra sobre o problema de seu filho e da amiga, dando ênfase na quantidade de medicamentos, no tipo de doença e seu tratamento.

Esse problema do meu filho é nervo, o médico falou tem que tomar remédio, oh ele toma oito comprimidos por dia, são quatro de manhã e quatro à noite. E a M. só toma um, mas o dela é de sanatório, sei lá. Então... o meu menino foi depois que ele acidentou que ficou assim. Ele esqueceu tudo por causa do acidente. O acidente foi na cabeça, então ele não fala coisa com coisa. Ele acidentou e estourou o baço, teve que fazer uma cirurgia, quebrou o braço... Aí o problema dele é nervo, porque ele era jogador de bola bom, trabalhava, dava conta da família, e agora ele não pode trabalhar mais, não pode jogar bola mais, então os nervos dele vai irritando. O médico falou oh não tem nada de doidura, de coisa assim, o nervo dele que irrita porque ele não pode trabalhar... (F 5 – idosa).

A partir desse entendimento de que as necessidades de cuidado nem sempre estão centradas na figura do idoso, nota-se que, em algumas situações, o próprio idoso estabelece prioridade para a doença de outros membros da família. Mas vale ressaltar que normalmente a necessidade de se estabelecer prioridades para a solução de problemas se deve principalmente às limitações financeiras que a família vivencia.

... eu tenho problema nas vistas e meu neto também, eu fiz o agendamento da consulta das vistas e ela saiu, eu e o D., mas só que tem que comprar o óculos para mim e para ele, então são dois óculos. E óculos é coisa fina, é caro né. Agora eu vou ver como é que vai ficar, porque eu ainda dá para esperar, mas o dele é cinco graus... ele precisa mais do que eu. Tem que tratar dele primeiro e depois o meu, porque o dele tem mais precisão. O dele é super grave! (F 5 – idosa)

Estabelece-se assim uma relação familiar do idoso enquanto um ser saudável, mesmo tendo um diagnóstico de doença crônica, e nesta condição assume, muitas vezes, o papel de cuidador na família. Na Família 5, por exemplo, a senhora idosa cuida dos netos, de

um filho com problemas mentais e de uma amiga com distúrbios mentais que mora com a família.

Tem 14 anos que a minha filha sumiu e não temos notícias, deixou o D. que é deficiente, mas já anda para tudo quanto é lugar, deixou com dois anos e pouco, ela nem sabia que ele tinha esse negócio, sabe. Daí eu comecei a cuidar dele, aí a dona A. da pastoral falou assim 'o Dona M. a senhora se importa de eu pôr o D. lá na ANPR'. Eu falei pode pôr, a gente está procurando é melhorar... é ajudar ele né. Aí ela o colocou lá, aí foi fazendo fisioterapia, foi... banho de piscina, levando ele na piscina, andando de cavalo, aí ele já foi ficando grandinho, aí ela marcou uma cirurgia com o doutor A., fez a cirurgia da perna dele. Aí começou a andar, a caminhar, o doutor falou tem que fazer outra cirurgia, fez outra do joelho, agora graças a Deus ele anda para tudo quanto é lugar, ele pega circular e vai... só que o outro não tem nada. E tem meu filho que tem problema também, foi acidentado lá no estado de São Paulo, aí nós trouxemos ele para cá, porque a mulher não cuidava dele direito, ela trabalhava e não podia cuidar dele, aí ele vivia internado. Ele esteve internado 5 vezes aqui no sanatório, Piraquara, Curitiba, Jandaia. Aí eu peguei e fui lá, o busquei e nunca mais deixei ele voltar lá, sabe. Agora você vê, vai fazer 4 anos que nunca mais ficou internado, nunca mais ficou ruim, eu busco remédio direto no Cisam, levo ele fazer consulta... nunca mais, graças a Deus, ficou ruim. A M. também é uma irmãzinha de igreja, ela mora comigo, só que ela dorme ali na casa da minha filha, eu vou também e busco remédio para ela, a levo para fazer consulta. Tem dia que ela está meio revoltada, mas eu não gosto de brigar com ela, eu falo tem coisa que é bom deixar para lá, porque ela toma remédio, ela trata com o doutor L. lá do Cisam (F 5 – idosa).

A idosa ainda enfatiza em sua fala que após assumir o cuidado de seu filho, por exemplo, este nunca mais sofreu um episódio de internação, demonstrando assim como desempenha bem e com responsabilidade seu papel de cuidadora.

Enquanto ser cuidador, o idoso está atento a todo o tratamento de doenças de outras pessoas da família, preocupando-se com a evolução do problema, a medicação, tanto com a presença de efeitos colaterais, como quanto aos seus horários e se estão sendo ingeridos corretamente, além de estar atento à quantidade dos mesmos no estoque em casa, para que não falte medicação. Cuidados esses necessários para que ocorra um tratamento adequado e com resolutividade.

[...] às vezes está para chegar a medicação, mas demora muito e se ele não tiver o remédio ele não dorme. Antes tinha um medicamento que ele dormia direto, dia e noite. Daí eu falei para o médico e ele disse que não pode dormir assim, aí tirou aquele e foi trocando, trocando, agora está melhor. Eu pego remédio para dois meses. Quando vem é um mundo de remédio. Mas ele que toma sozinho. Ele não

deixa de tomar nenhum dia. Ele levanta, toma o café, aí ele toma o remédio e chega de noite ele toma também (F 5 – idosa).

Nesta família a idosa afirma ser responsável pelo acompanhamento do tratamento de doença de todos os membros da família, sendo eles um problema eventual ou contínuo, como o caso dos distúrbios mentais.

Olha, eu vou à UEM sozinha, eu pego a circular aqui das seis horas da manhã e eu vou lá para a UEM, lá na advogada, eu vou lá para o Cisam levar meu filho, a M., vou pegar remédio (risadas). Sou tudo eu! De primeiro até meus netinhos, meus bisnetos eu que levava no posto para tomar vacina, tudo era eu, agora que eu parei um pouco (F 5 – idosa).

Os eventos que construíram essa subcategoria, demonstrando o idoso como suporte para a família em vários aspectos, são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O idoso como suporte para a família’. Maringá, 2006.

Categoria: A presença do idoso independente na família Códigos
<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliando nas atividades domésticas; • Preparando as refeições da família; • Auxiliando na limpeza da casa; • Lavando e passando a roupa de todos os membros da família; • Cuidando dos netos para que os filhos possam trabalhar; • Alimentando os animais de estimação da família; • Acompanhando o desempenho dos netos na escola; • Orientando e aconselhando os netos quanto aos riscos existentes na vida, como drogas, bebidas, violência, entre outros; • Preocupando-se com a orientação religiosa dos netos; • Aconselhando os netos para aprofundar nos estudos e assim alcançar melhores condições sociais e econômicas; • Providenciando os documentos dos netos, tais como registro geral e cadastro da pessoa física; • Auxiliando os filhos a construir a casa própria; • Disponibilizando sua residência para os filhos e netos morar; • Buscando recursos financeiros (auxílio doença, aposentadoria) para outros membros da família; • Cuidando de outros membros da família que estão doentes; • Acompanhando o tratamento de outros membros da família que apresentam problemas de saúde; • Sentindo-se valorizado no contexto familiar; • Sentindo-se satisfeito em exercer várias atividades no cotidiano de vida da família.

4.2.2.1.3 - Subcategoria 3 - O idoso e o gerenciamento de seu próprio cuidado

O idoso com doença crônica ao manter sua autonomia também gerencia seu próprio cuidado, ou seja, determina o dia e horário da medicação conforme sua rotina e leva em consideração as orientações da prescrição médica, fica atento ao retorno da consulta médica, realiza os cuidados com a alimentação conforme seu problema, enfim tem consciência das necessidades de cuidado da doença e é comprometido com o tratamento da mesma.

Quanto à medicação, o idoso é consciente com relação ao tipo de remédio, indicação, dosagem e horário do mesmo.

Graças a Deus tomo os remédios sozinha, lembro tudo certinho o dia e a hora que tem que tomar (F 2 - idosa).

Esse daí eu tomo um por dia. Todos eles eu já tomo de manhã. Esse também tem que tomar de manhã e em jejum (F 1 - idosa).

É aquele furosemida, que é para urinar, esse eu não posso ficar sem, porque se não eu não passo bem. E da pressão se não a pressão sobe né, sobe muito. Eu uso duas vezes no dia, o metildopa e o captopril, e o furosemida é uma vez só pela manhã. A gente vai levando, assim mesmo a pressão costuma subir, tem vezes que ela está até boa, mas tem vezes que ela sobe bastante (F 4 – idosa).

Eu tomo aquele... diclofenaco e tem o remédio que a minha menina trás do hospital, que é muito forte e por isso tem que tomar só uma vez por dia, que são para a artrose. E o remédio de pressão que são dois, o captopril e esse que ajuda urinar... antes eu o tomava à noite aí eu levantava a noite inteirinha. Aí o médico falou para mim que é para tomar de dia e não de noite... (F 5 – idosa).

Na Família 2 a idosa menciona sua estratégia para “lembrar” da medicação que precisa tomar uma vez por semana, procurando deixá-la para um dia que tem uma rotina diferente, tendo assim uma situação de referência que permite gravar em sua memória a necessidade de tomar o medicamento.

O cálcio eu comprei duas cartelas, já estou tomando a segunda. São quatro comprimidos que vem cada cartela. É um por domingo. Eu tomo no domingo... Ele falou assim: ‘a senhora escolhe um dia da semana para a senhora lembrar que tem que tomar aquele dia’. Aí eu falei: ‘domingo é melhor, eu não esqueço,

porque aí eu acordo e já levanto e tomo e não deito mais'. Não pode deitar. A gente levanta mais tarde e já fica marcado. Chegou domingo eu tomo (F 2 - idosa).

O retorno ao médico tanto para reavaliação da doença e do tratamento, bem como para adquirir mais remédio fornecido na unidade básica de saúde também deve ser programado na vida do idoso.

Eu fui ao posto esta semana, pegar remédio, porque meu remédio acabou. Peguei para 90 dias. Tem que consultar para pegar o remédio. Ele falou que minha pressão está legal, tudo em ordem (F 1 - idosa).

Eu peguei remédio esses dias, porque eu estava pegando remédio lá em baixo na reunião... aí com esse negócio que eles estão trocando todo mundo do posto, então não tem mais reunião, aí eu falei: 'antes do meu remédio acabar eu tenho que pegar outro'. Aí eu fui lá no posto e peguei. Então agora eu peguei o resultado que não tem diabetes, eu tenho que levar para fazer a consulta. Essa semana que vem eu vou lá fazer (F 5 - idosa).

Observa-se que o idoso está atento tanto para o acompanhamento do tratamento como para o resultado do mesmo, conforme relatado abaixo.

A minha pressão está boa. O último dia que eu medi estava doze por oito (F 5 - idosa).

Ah com remédio deu uma melhorada... Nossa me dói sempre aqui, na junta da bacia, aquela dorzinha, eu começo a descer aqui aí começa a dorzinha, mas está melhorando bem mais. O comprimido parece um ovinho assim desse tamanho. Depois que terminar de tomar seis meses aí volto no médico ver como é que está (F 2 - idosa).

Oh, ultimamente minha pressão está abaixando. É eu tomo remédio para o coração, daí o médico cardiologista mandou tomar só meio comprimido, porque minha pressão estava baixando... Daí continuou abaixando, sabe... Então ele mandou tomar meio de meio. Você vê o comprimido é bem pequenininho e ainda tem que fazer quatro pedaços. É uma dificuldade, porque virou um pó. Primeiro tomava um punhado (F 1 - idosa).

Nesta avaliação do idoso sobre o controle da doença crônica, o mesmo também solicita do médico alguns exames para o acompanhamento do seu estado de saúde, como é o caso do exame de glicemia para a avaliação do diabetes mellitus.

Eu já fiz uma consulta com o médico depois que o médico da família foi embora. Ele falou que estava bom, mas eu exigi que ele tirasse o sangue para ver, aí ele fez o pedido de exame e mandou lá e fez o exame. Ele falou que estava bom, deu 160. Eu fiz outra vez o exame com o sangue mesmo, deu 125 (F 4 – esposo).

Na vivência da doença crônica e do tratamento o idoso consegue ampliar seus conhecimentos sobre a mesma, o que faz ter maiores condições de se auto-avaliar e interpretar os sintomas, os resultados de exames, o que lhe permite em várias situações adaptar os cuidados que julga necessário para seu tratamento. A idosa da Família 4 menciona o uso de um medicamento tópico para vitiligo, o qual foi indicado por um médico há alguns anos.

Outros remedinhos eu compro, mas é bem dizer por minha cabeça mesmo, mas deu certo. Um é para passar nessas manchas, porque em 1980 me deu o vitiligo, então o médico que me tratou me receitou isso e eu fui muitas vezes nele, mas depois que eu parei de ir lá, eu continuei comprando o remédio, porque ele falou que quando a gente coçava tinha que passar o remedinho, que é para não dar aquelas bolhas que fazem ficar branquinha, mas agora de vez em quando volta um pouco. Aí eu não fico sem ele, é uma pomada (F 4 – idosa).

Além do conhecimento e uso de alguns medicamentos por experiências anteriores, o idoso também avalia as orientações feitas por profissionais da saúde de acordo com sua condição física e de saúde. A idosa da Família 4, por exemplo, relatou que ao caminhar notou que esta atividade não lhe fez bem; assim a mesma não continuou a realizar caminhada.

Eu parei de fazer caminhada, porque começou a me dar dor no peito e cansa, aquela cansa mesmo, tinha dia que eu falava oh vou voltar daqui, outras vezes eu pensava: ‘eu não vou chegar em casa’. Parei, está errado que eu parei, se eu falar lá para eles, eles ficam bravos, mas eu sei que está errado, mas eu parei. Eu ando, vou ao mercado se é preciso, ando um pouco, mas caminhando eu não estou (F 4 – idosa).

Observa-se que o idoso, muitas vezes, determina os cuidados necessários para o seu estado de saúde e o controle da doença crônica, intervindo nas indicações dos profissionais de saúde a partir de sua própria avaliação, conforme a sua condição. Além dessa autonomia do idoso para o autocuidado e as tomadas de decisões sobre os cuidados com a doença crônica, também avalia se informará ou não ao profissional sobre sua atitude, com receios de ser repreendido ou criticado pelo seu comportamento.

Associado ao acompanhamento do tratamento da doença crônica que o idoso faz, também ocorre a necessidade de avaliações periódicas de seu estado de saúde como um todo, realizando assim exames que possam diagnosticar precocemente a existência ou não de outras doenças.

Fui ao posto para ver esse meu problema no joelho e eles pediram um Raio X. Eu bati o Raio X e deu osteoporose e artrose. Então eu tomo remédio direto. Agora mesmo eu fui ao posto e fiz exame de sangue para ver se tinha diabetes, mas graças a Deus não deu nada não (F 5 – idosa).

Destaca-se ainda neste comportamento em saúde do idoso o fato deste mencionar realizar outros cuidados preventivos, como por exemplo, a idosa da Família 5 que relata seu cuidado em tomar algumas vacinas na unidade básica de saúde para evitar doenças e/ou complicações advindas das mesmas.

Graças a Deus hoje só dá uma gripe... Tomei vacina para a gripe então aí já dá mais fraca. Eu tomo a vacina para gripe, eu já tomei para febre amarela, já tomei para tétano. A gente precisa se cuidar, porque a gente vai ficando de idade e vão aparecendo essas coisas (F 5 – idosa).

Nota-se, ainda, que o idoso também busca resolutividade para suas queixas e problemas de saúde em outros ambientes que não o posto de saúde, como é o caso das farmácias. A idosa da Família 5 relata procurar na farmácia próxima à sua residência, orientação e indicação de tratamento para o cansaço e dores no corpo que sentia.

De vez em quando eu tomo um fortificante também... Esses tempos eu estava tão ruim que eu não tinha força para nada... Eu ia lavar uma roupa e não agüentava, eu ia lavar a louça e não agüentava. Aí fui à farmácia e a mulher falou para tomar um fortificante. Sabe que acabou aquela moleza nos braços, acabou aquela coisa ruim... É uma vitamina (F 5 – idosa).

Essa conduta de buscar recursos de assistência à saúde em estabelecimentos comerciais de medicamentos faz parte do cotidiano dos idosos. Este fato deve ser refletido considerando vários aspectos que envolvem o contexto de cuidado desta população, como algumas dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, somado aos recursos limitados

de suporte à assistência que os idosos encontram nestas unidades básicas de saúde; além disso, deve-se considerar os vínculos de confiança que são criados entre os idosos e os funcionários que atendem nas farmácias, favorecendo esse comportamento do idoso em utilizar estes lugares como recurso de apoio aos seus problemas de doença.

A alimentação também faz parte do cuidado do idoso, o qual mostra consciência de que o tipo de comida ingerida e sua forma de preparo interferem no controle da doença crônica e consequentemente no seu estado de saúde. A idosa da Família 1 mencionou que, em função de um controle rigoroso do sal em sua dieta, houve redução da dosagem da medicação para a hipertensão arterial.

O sal, a gente cuida muito no sal. Na gordura também, comida muito gordurosa não faz bem para ninguém. A gente cuida, ainda mais que ela não pode, tem pressão alta e eu também, se não cuidar no sal não adianta tomar remédio. Então a gente cuida bem (F 2 - idosa).

Eu penso que minha pressão abaixou porque eu como muito sem sal. Eu ponho sal, mas muito pouco. E acho que daí a pressão começou a baixar. Porque a pressão sobe se a gente põe bastante sal na comida (F 1 - idosa).

A idosa na Família 4 menciona o cuidado com a alimentação para o controle do colesterol, afirmando que prepara as refeições para toda a família, porém, ela ingere apenas o que é importante para sua saúde.

Eu gosto de todas as comidas, mas eu procuro não comer certas coisas que fazem mal, que tem gordura, carne com banha, eu procuro não comer, ontem mesmo o O. trouxe um frango temperado, eu fiz frito, mas eu não comi, porque eu achei que podia fazer mal por causa do colesterol. Não dá para tirar a pele porque já veio temperado, então falei para ele não comprar mais não (F 4 – idosa).

Além desses cuidados alimentares mencionados acima, o idoso também lança mão de estratégias na culinária que fazem parte de seu conhecimento empírico, passados de geração a geração, como o caso da Família 1 quando refere o uso de um pouco de açúcar no preparo dos alimentos para neutralizar o efeito do sal.

Porque eu ponho açúcar, ponho uma pontinha de cabo de colher para tirar a fortidão do sal sabe, porque o sal ele fica forte né, você põe uma pontinha de açúcar, mas uma coisinha de nada na comida, ele tira a força do sal. Eu ponho na salada também. E quando faz um doce não tem que por um pouco de sal. É vice e versa (F 1 - idosa).

A família também avalia como a alimentação influencia o seu estado de saúde, atentando não somente para as restrições que normalmente existem para o problema crônico do idoso, mas também como seu organismo reage ingerindo certos alimentos.

Descobri que a banana nanica estava fazendo mal para mim, eu comia até três bananas por dia, então estava me dando aquela tontura, um mal estar muito grande e era a banana. Eu falei: 'não vou comer mais'. Acabou, não me deu mais. Dizem que a banana maçã eu posso comer, a prata também que não faz mal e a prata é doce (F 4 – esposo).

Nota-se que o idoso constrói seu saber para o autocuidado principalmente através das interações com o ambiente social em que está inserido e ao mesmo tempo na interação consigo mesmo, ou seja, convivendo com familiares, amigos, vizinhos, na relação com os profissionais de saúde, e também a partir de suas próprias experiências no cuidado à doença crônica e outros problemas. Neste processo, uma das fontes de conhecimento referida pelas famílias são as leituras de livros. Na Família 4 o idoso comenta fazer a leitura de um livro que ganhou do neto, o qual trás informações sobre a Diabetes Mellitus.

O C. [neto] me deu um livro sobre diabetes que lá estava falando que em primeiro lugar para não deixar faltar a cebola. Para pressão também é bom. É... diz que cebola é muito bom para o coração também. Cebola a gente pica ela bastante e dá uma passada num óleo com pouco alho, ela pura dá para a gente comer com arroz e feijão (F 4 – esposo).

As situações descritas pelos idosos e observadas pela pesquisadora no trabalho de campo que retratam os idosos independentes gerenciando seu próprio cuidado frente à doença crônica, relacionadas nessa subcategoria, estão codificadas e apresentadas no Quadro 13, a seguir.

Quadro 13 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O idoso e o gerenciamento de seu próprio cuidado’. Maringá, 2006.

Categoria: A presença do idoso independente na família Códigos
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecendo os medicamentos de que faz uso contínuo; • Controlando o uso dos medicamentos de uso contínuo; • Determinando os horários da medicação que melhor se adequam a sua rotina, e ao mesmo tempo atendendo as indicações terapêuticas dos mesmos; • Buscando estratégias para não esquecer dos horários de ingerir a medicação; • Agendando consulta na unidade básica de saúde para reavaliação médica; • Realizando exames laboratoriais e radiográficos conforme prescrição médica; • Identificando alterações no corpo que indicam descontrole da doença crônica; • Atentando para o consumo da medicação, providenciando a reposição dos mesmos antes que estes terminem; • Acompanhando os resultados dos exames e a evolução do tratamento; • Referindo interagir com o profissional de saúde quando se remete às decisões sobre o tratamento de seu problema de saúde; • Realizando atividades físicas conforme sua condição de saúde e seu bem estar permitem; • Buscando a unidade básica de saúde para fazer a vacinação contra gripe e tétano; • Buscando recursos na comunidade que atendam suas necessidades de saúde e doença; • Cuidando da alimentação, fazendo dietas hipossódicas, com restrição de ingesta de açúcares e gorduras, conforme indicação terapêutica.

4.2.2.1.4 - Subcategoria 4 - A participação da família no cuidado ao idoso

A presença do idoso com doença crônica requer da família alguma participação no seu cuidado, mesmo quando este possui sua autonomia para o autocuidado, não apresentando nenhum grau de dependência física. Geralmente, este cuidado é realizado não somente pelos filhos e netos que moram juntos, mas também pelos parentes mais distantes, principalmente os que residem na mesma cidade.

A família menciona um acompanhamento próximo de toda a evolução do tratamento do idoso, suas queixas, recomendações dos profissionais de saúde.

A família cuida, tem acompanhado certinho, qualquer dorzinha que ela sente a gente já vai procurar ajuda profissional. Meu irmão mesmo que foi embora para os Estados Unidos de lá recomendou... Ela tem médico certo, é sempre o doutor

G. que acompanha né. Está acompanhando certinho, a família dá total cobertura para cuidar (F 2 - filha).

O idoso confirma esse apoio que recebe da família afirmando que os filhos se organizam para dar suporte aos pais idosos, cada um dentro de suas possibilidades.

Eles socorrem a gente, é só avisar um ou outro e eles vem, leva no médico, minha filha mora lá para baixo um pouco do Carabeli, a M. liga para ela, a M. é o pronto socorro, ela liga para a D., e ela já liga para o médico que precisa e já arruma tudo lá com o médico e o marido dela vem buscar ou um filho dela... Tem a nora, essa viúva, a P. que se precisar ela também socorre, ela tem dois filhos homens e a filha mais velha, também são todos motoristas, mas todos eles socorrem é só precisar (F 1 - idosa).

No acompanhamento do tratamento do idoso nota-se que a família está presente de várias formas, por exemplo, dando alguns esclarecimentos e orientações ao idoso sobre a doença e seu tratamento, no agendamento e acompanhamento de consultas e exames, controlando as dietas alimentares do idoso, supervisionando ou até mesmo administrando a medicação, entre outras participações mais indiretas ao cuidado, como suporte financeiro para atender várias necessidades, a limpeza da casa e ainda alguma participação em atividades de lazer, buscando assim melhorar a qualidade de vida do idoso.

Sempre que a família tem alguma informação sobre a doença e seu tratamento, esta é compartilhada com o idoso, com o intuito de esclarecer sobre o problema e assim também permitir que o idoso tenha maior consciência e adote comportamentos que preservem sua saúde.

Esse remédio da caixa verde foi o doutor G. que deu para minha filha me trazer, que é para a artrose. Minha menina disse que a artrose dói, só que a osteoporose fica fraco o osso, vai enfraquecendo, então tem que tomar leite, comer queijo, e se não tratar qualquer tombo que a gente leva, quebra os ossos (F 5 – idosa).

A família também dá opiniões sobre algumas condutas e tratamentos mais invasivos indicados pelos profissionais de saúde, por acreditar que estes apresentam riscos para a saúde

do familiar idoso, e assim induzir o idoso a ter maior reflexão sobre a situação, avaliando a relação risco/benefício do tratamento.

Eu tenho problema da bexiga, porque a minha bexiga é baixa. Eu faço muito xixi sabe, daí a menina do posto marcou a cirurgia para mim, na secretaria, fiz todos os exames, mas depois eu fiquei com medo de operar. Daí eu parei. Porque a minha menina falou: ‘mãe a senhora já está de idade né, daí é meio perigoso fazer cirurgia’. Daí eu parei e não fui fazer a cirurgia (F 5 – idosa).

Verifica-se, então, a presença da família no agendamento das consultas médicas para o idoso, tanto no posto de saúde quanto no serviço privado, bem como o acompanhamento à estas consultas médicas e na realização de exames.

A D. foi ontem no posto marcar consulta para eu poder pegar o remédio que está acabando (F 2 - idosa).

*Ela sempre vai ao médico acompanhada (F 2 - filha).
Sempre uma filha vai comigo, ou ela ou a outra vai junto... A outra não trabalha fora, mora num apartamento em frente à universidade, não tem tanto compromisso, e essa aqui é mais ocupada né (F 2 - idosa).
Eles tem mais disponibilidade que a gente (F 2 - filha).*

Depois que fui ali na farmácia medir a pressão e a pressão estava alta. Aí ele falou assim, é bom que o senhor vá ao médico. Aí ligamos para o meu filho e fomos (F 1 - esposo).

Nota-se ainda, a partir da fala dos idosos, que este acompanhamento dos familiares a consultas e exames também está vinculado à disponibilidade de tempo e ao contexto de vida de cada família. Na Família 2, por exemplo, a idosa é acompanhada por uma filha que não tem ‘tantos compromissos’; na Família 1 o idoso precisou da ajuda do filho que vive em outra cidade. Vale ressaltar que esta participação da família vai além de um desejo desta em corroborar neste cuidado, envolve aqui outros aspectos que necessitam ser apontados, como o contexto social da família, no qual todos os membros se inserem no mercado de trabalho para ampliar a renda da mesma, e ainda questões como o esforço do idoso em manter sua autonomia, que é discutida com mais propriedade em categorias anteriores deste trabalho.

A família também participa no cuidado alimentar do idoso, através do controle dos alimentos permitidos ou restritos conforme a doença crônica. Em alguns casos, como relata a Família 3, certos alimentos proibidos ao idoso, como os doces para os diabéticos, são evitados de serem consumidos por outras pessoas da família para que o idoso não tenha vontade de comê-los. Nota-se ainda que existe neste controle uma preocupação da família em agradar e satisfazer o idoso.

A alimentação dela é controlada. Muitas coisas são iguais, outras são separadas, porque a comida da gente vai um pouco mais de gordura, ela não pode nada de doce, o leite dela é semi-desnatado, porque o desnatado é muito... Parece que é água e ela já reclama desse, imagina o outro... A gente controla mais a alimentação por causa da diabetes, porque gosta de uma coisa doce e a gente não pode dar. Então tem que ficar controlando. Às vezes ela fala dá um pedacinho, a gente tem que comer as coisas escondidas ou não comer, porque se não ela fica olhando e a gente acaba dando um pedacinho. Então a gente evita de comer ou come escondido. Eu compro às vezes chocolate diet, bolacha, aquela balinha, mas é menos. Só para dar uma adoçada. Porque quando ela pede uma coisa doce aí tem desses (F 3 - filha).

Esta contribuição da família no cuidado com a alimentação também acontece através de conhecimentos adquiridos em experiências próprias ou de amigos sobre como determinados alimentos controlam ou eliminam certos problemas de saúde, e assim complementam as condutas tomadas neste cuidado.

E toda vez que eu vou lá fazer um check-up dá anemia, e já é da doença de Chagas, então eu tenho que controlar com alimentação. Aí a vizinha aqui estava dando rapadura para o filho dela e ela me contou. Aí eu comprei rapadura também, aí cortei em uns pedacinhos e como um pela manhã e um à tarde. Uma vez a minha mãe fez exame e também deu anemia, então eu falei mãe a senhora também vai comer... Aí a gente também come feijão, beterraba, couve, a gente come muita couve, brócolis. Aqui perto tem a feira do produtor todas as sextas feiras, tudo orgânico. Tudo fresquinho. É bem mais gostoso que comprar do mercado (F 2 - filha).

Quanto à medicação, uma das formas que a família demonstrou estar presente foi na participação da administração no caso da insulino terapia, os filhos e netos auxiliam na aplicação da medicação, se organizando sempre para haver mais de uma pessoa que saiba realizar este cuidado para que todos possam participar do processo.

Sou eu que aplico a insulina duas vezes ao dia, uma de manhã e uma a noite. Mas a V. também sabe aplicar, quando acontece de eu não estar em casa aí ela faz, mas é raro, sou mais eu mesmo que aplico (F 3 - filha).

Além da preocupação da família em administrar os medicamentos prescritos pelo médico ao idoso, também participam da aquisição da medicação que não é fornecida no posto de saúde.

O R. agora mesmo deu o dinheiro para pagar os remédios do pai (F 1 - idosa).

... o cinemet não tem no posto, nem esse outro, o oxigen, aí a gente reúne a família e compra né, porque fica pesadinho só para um pagar (F 3 - filha).

E agora apresentou um negócio no meu joelho, a osteoporose, e menina do céu tem dia... Oh! Ainda está inchado um pouquinho aqui, só que a minha menina trás remédio direto para mim do hospital sabe, ela trás bastante remédio para mim... Então daí eu estou tomando o remédio, dói um pouquinho, mas não está doendo muito mais (F 5 - idosa)

Os filhos também se organizam para oferecer suporte financeiro ao idoso, e este ocorre de diversas maneiras, tais como o pagamento de um plano de saúde para haver condições de realizar consultas especializadas e alguns exames com maior rapidez e até na necessidade de internação hospitalar, a compra de medicações que não são fornecidas no posto de saúde, a compra de alguns alimentos para complementar a alimentação do idoso, a disponibilidade de sua casa para receber o idoso ou oferecendo uma casa quando o idoso não possui casa própria, evitando assim gastos com aluguel, ou pagando algumas despesas da casa, como água, luz, e até auxiliando-o com dinheiro algumas vezes para complementar a renda.

São os filhos que pagam o convênio. Não somos nós, se nós pagar a gente não come. Somos aposentados, 300,00 reais de cada um. E daí as contas, de luz, água, telefone (F 1 - idosa).

... de vez em quando ele também ajuda com dinheiro, a gente se aperta, e não é que a gente peça, mas ele vê. Às vezes ele está com dinheiro no bolso, está com cheque e ele deixa aí para gente (F 1 - idosa).

Ela vai ao posto também... Tem o plano, mas o plano é pouca consulta, quando acaba não tem como. É do meu irmão o plano e ele a colocou como dependente, é do Santa Rita (F 3 - filha).

Uma outra maneira da família auxiliar o idoso é na manutenção da higiene do ambiente. Em algumas famílias os filhos, netos e até o esposo se organizam para fazer a limpeza da casa, na qual o idoso dá sua participação, em outras, em função do trabalho que os filhos desenvolvem, não há essa disponibilidade de tempo, então pagam uma ajudante para exercer esta atividade.

... o serviço de casa tem uma mulher que a M. paga para ela três vezes na semana e um dia ela vem para mim, e daí incluindo o plano de saúde e a diária da mulher que trabalha aqui os filhos todos que pagam, são em oito filhos, mas não sei quantos que pagam, acho que é só seis que pagam. Eles pagam o plano e a mulher que de quinta feira ela vem para mim. Segunda feira ela vem para a M., mas ela passa um pano e dá uma arrumada na minha casa também (F1 - idosa).

Este tipo de ajuda é algo muito significativo, uma vez que os idosos, que são motivo de seleção das famílias, são em sua maioria do sexo feminino, e para estas a limpeza da casa, por exemplo, é uma função exercida pela mulher, sentindo assim parte deste compromisso dentro do lar, e quando este trabalho é realizado proporciona sentimentos de satisfação, tranquilidade e bem-estar.

Um outro cuidado que a família tem é em proporcionar algum lazer para os pais idosos, procurando levá-los a passeios. O lazer é algo que está diretamente relacionado ao estado de bem-estar do indivíduo, independentemente de sua faixa etária. Neste sentido, para o idoso o lazer também é um fator que influencia na manutenção de sua saúde física e mental e isso é verbalizado pelos mesmos.

Então, as vezes a gente quer passear eles levam. O ano passado a gente foi na casa do M. em Joinvile, daí nós fomos até Curitiba na casa do filho e depois ele levou a gente para Joinvile, daí nós pegamos o ônibus e voltamos direto para casa. Outras vezes para ir aqui por perto eles levam. Faz dois meses fomos a Apucarana na casa do filho, fomos com a D. Um e outro sempre leva. A gente só fica aqui, a gente se sente tão bem em sair um pouco, ver coisas diferentes, não só ficar aqui dentro dessas quatro paredes. Uma saída é boa. Distrai, ajuda a viver. É muito bom sair... Ah, fomos à casa da R. faz uns 20 dias, ele não queria ir. Falei: 'ah porque não'. Fomos com a D. e o H., eles que ligaram. Fica só aqui

dentro dessas 4 paredes, vamos sair um pouco. Fomos no domingo e voltamos na terça. No sítio é tão bom. E eles moram no sítio, tem muitos quilômetros de pedra, terra. Eu gostei. Nossa a R., chegamos lá a noite ela ficou assim, não sabia nem... Chegamos de surpresa. Ela falou o pai e a mãe aqui! Fazia tempo que a gente não ia lá e ela também não vem aqui. Eles têm um carro só, as meninas estão fazendo pós no Rosário, e os dois meninos estão estudando a faculdade, e daí tem um carro só, e eles tem que usar o carro para ir à aula. Aí eles não podem vir aqui por causa do carro (F 1 - filha).

Observa-se que o lazer para esta população em estudo está sempre vinculado a duas situações: uma que é associada a eventos religiosos, como ir a missa e a outros encontros promovidos pelo núcleo religioso que o idoso frequenta; e a outra são as visitas aos familiares que residem ou não na mesma cidade.

O ato de ir a igreja ou centro espírita está além da questão religiosa, também é um local de socialização, de fazer amizades, de compartilhar momentos de lazer e diversão. Este pode ou não ocorrer na companhia de familiares, assim como a leitura de textos religiosos, conforme mencionam as idosas.

Vou nessa igreja aqui, São Francisco, vou à missa às vezes domingo à noite e nas quarta feira e vou durante o dia, às 3 horas, tem novena e missa. Aproveito as amigas aí vamos juntas...(risadas) Tem uma amiga que mora na outra rua, ela liga aqui e fala: 'vamos a missa?' Aí fico esperando e a gente vai a pé. Vem muita gente aqui dessa rua, muita mulher, algumas vão com o marido, outras vão sozinhas, aí fala oh quer companhia e vêm todos juntos (F 2 - idosa).

Eu recebo três revistas mensais, eu as leio todinhas. Mensageiro do Coração de Jesus, o Brasil Cristão, e a Revista da Aparecida. E fora os livros que tem aí que eu gosto de pegar para ler. A bíblia. Gosto muito de ler (F 1 - idosa).

O lazer vinculado à visita a familiares também foi mencionado pelos idosos, e esta satisfação está tanto em visitar os filhos, netos e outros parentes em suas residências, como recebê-los em casa.

As vezes num domingo quando vou na casa de uma irmã, né. Tem uma que mora lá no centro, tem outra que mora em frente a universidade, as vezes vou na casa delas, ou as vezes vai em algum parente assim fazer uma visita. Costumo ir também a Mandaguaçu na casa da minha irmã, vou sozinha, vou com amiga, outra hora quando o C. vai de carro eu vou junto, com a minha filha [que mora junto]. Essa minha irmã é casada, meu irmão é solteiro, G., o caçula, ficou sem casar, mora com ela (F 2 - idosa)

Não, domingo eles estavam todos aqui, fora os de longe... os de longe não vieram (foi domingo dos pais). Mas os daqui estavam tudo aqui. A casa fica cheia, nossa! E daí a gente se distrai né (F 1 - idosa).

A codificação dos dados relacionados à participação da família no cuidado do idoso com doença crônica é apresentada no Quadro 14.

Quadro 14 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘A participação da família no cuidado ao idoso’. Maringá, 2006.

<p>Categoria: A presença do idoso independente na família</p> <p>Subcategoria: A família participando do cuidado.</p> <p>Códigos</p>
<ul style="list-style-type: none">• Acompanhando o tratamento da doença crônica do idoso;• A família se organizando para dar suporte ao idoso;• Definindo o membro da família que tem disponibilidade para acompanhar o idoso nas consultas médicas, na realização de exames laboratoriais e radiográficos, caso seja necessário;• Supervisionando o uso da medicação;• Administrando insulina;• Supervisionando os cuidados alimentares do idoso;• Dialogando com o idoso sobre a doença crônica;• Opinando nas condutas e tratamentos das doenças do idoso, indicados pelos profissionais de saúde;• Preocupando-se em agradar e satisfazer as vontades do idoso, desde que não tenha prejuízos ao tratamento da doença crônica;• Preocupando-se em dar atenção ao idoso;• Auxiliando na manutenção da higiene do ambiente;• Pagando plano de saúde ao idoso para oferecer melhores condições de atendimento à saúde e doença;• Auxiliando financeiramente o idoso conforme as possibilidades econômicas da família e as necessidades do idoso;• Comprando as medicações prescritas pelo médico e que não são disponíveis no serviço público de saúde;• Proporcionando algumas atividades de lazer, como levar o idoso a um passeio, realizar visitas para os familiares, entre outras.

4.2.2.2 - CATEGORIA 2 - A VIVÊNCIA DO CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

A família que convive com o idoso portador de doença crônica e que apresenta déficit de sua capacidade funcional enfrenta um cuidado que envolve uma condição física e emocional fragilizadas, com demanda de cuidados intensos, exigindo da família atenção e zelo continuamente.

Têm-se assim duas subcategorias analíticas: uma exprimindo este estado do idoso dependente e a segunda mostrando a família com a responsabilidade de cuidar ininterruptamente deste membro doente, conforme ilustrado na figura 13.

Figura 13. Categoria 2 – A vivência do cuidado ao idoso dependente.

4.2.2.2.1 - Subcategoria 1 - O idoso dependente

A presença da doença crônica em alguns idosos gera um estado de dependência física e emocional, exigindo da família cuidados contínuos. As cuidadoras das Famílias 3 e 6 ilustram bem essa condição quando comentam a condição de dependência da idosa.

Ela come normal, sozinha, mas a comida a gente tem que fazer. A limpeza da boca, banho, tudo eu que faço. Ela vai ao banheiro, ela pede e a gente a leva. Ela fica sentada ou deitada, ou anda um pouco quando vai ao banheiro, a gente vai dar banho nela, volta senta, segurando na gente né, ela caminha apoiada na gente. Ela vai um pouco aqui à frente, a gente leva no quintal e ela senta ali no sol... Ela até anda, mas para ir à casa dos outros ela não gosta. Eu falo, vamos mãe na casa de um filho, nossa um sacrifício para ir. Ela gosta da casa dela. Vai sim, mas pouco né. Eles vivem chamando de final de semana. Acho que ela se cansa né (F 3 - filha).

Ela se alimenta bem. Só que aí é tudo alí, na mão. De manhã eu a tiro da cama, levo ao banheiro, dou uma lavada no rosto dela e ponho-a ali no sofá. Quando tem sol, eu a ponho na cadeira para tomar sol... aí trago para sala de novo, a gente já improvisa uma mesinha que já põe a alimentação. Depois que ela comeu, eu dou banho nela e levo-a para cama, para ela descansar um pouco. Ela dorme muito bem. Tudo com a cadeira de roda (F 6 – irmã).

A condição de dependência do idoso exige cuidados básicos com alimentação, higiene corporal, banho de sol, repouso, envolve também a necessidade de cuidados com as eliminações, e principalmente quando o idoso não se adapta à alguns recursos, como o uso de fraldas.

Às vezes ela chama para fazer xixi, quando eu venho ela já está toda molhada, porque ela pode chamar né, porque ela fala. Agora o coco ela não tem controle... a hora que dá vontade ela solta. Às vezes, eu vejo que ela fez aí na cadeira e outra hora é na cama. Se você põe fralda ela arranca e joga fora. É uma rebeldia isso aí que você não tem nem idéia. É meio incômodo para ela, mas já ajudaria né (F 6 – irmã).

Nota-se que esta condição de dependência vivida pelo idoso é uma situação difícil de ser enfrentada por todos, principalmente, pelo próprio idoso que está sujeito a uma condição mais limitante, conforme relato da idosa da Família 7, que demonstra seu esforço em permanecer realizando alguma atividade, como, por exemplo, fazer seu café, lavar algumas roupas.

Eu não posso fazer nada, não agüento fazer mais nada... eu faço café, mas limpar a casa, essas coisas eu não posso mais fazer. Quer dizer eu até faria, mas depois eu passo mal, dói mais... Quanto mais eu ando, mais doem as minhas pernas. A gente tem que andar um pouco se não enteva de uma vez as pernas. Eu ainda lavo minha roupa, porque é fácil de lavar, é só por na água e no sabão e tira o sabão e pronto, porque a gente ficar sem fazer nada não dá não. Enquanto a gente puder, né... Quando não puder fazer isso também aí está no último né

(risadas). Eu já vi gente ficar anos e anos deitado, não faz nada, não levanta, daí já não é viver! (F 7 – idosa).

Este esforço do idoso em manter parte de sua autonomia significa uma condição primordial da vida, ou seja, conseguir fazer algum trabalho, ainda que em menor proporção do que aquele realizado em outros momentos de sua vida, representa viver. A manutenção de funções sociais no cotidiano tem um significado de saúde para o idoso, da mesma forma que o ócio tem um sinônimo de doença. Situação esta que pode estar relacionada à história de vida dessa geração, a qual sempre foi dedicada ao trabalho.

A família também reforça este entendimento de que o idoso precisa lutar para preservar alguma atividade, pois isto é também preservar a saúde, quando afirma que:

Tem que se entregar quando não dá para fazer nada mesmo, mas enquanto há uma possibilidade de fazer alguma coisa, uma movimentação com o corpo faz bem para a saúde né (F 7 – filho).

No entanto, este grau de dependência varia para cada idoso, alguns ainda conseguem preservar sua capacidade para executar alguma atividade. Mas, além de sua real condição de dependência, ainda há o entendimento do próprio idoso em relação ao seu estado físico. A idosa da Família 8 apresenta capacidade para o autocuidado parcialmente preservada, mas se percebe totalmente incapaz, justamente por não conseguir realizar todo o trabalho que fazia antes do surgimento da doença crônica. E ainda faz comparações de sua condição de saúde com outras pessoas conhecidas que têm mais anos de vida.

A mulher de baixo veio aqui ontem me visitar, está com 83 anos, mas ela vai a tudo quanto é parte. Uma outra vizinha ali de baixo também que está com o filho doente, se você vê tudo o que ela faz, e está com 81 anos... E eu aqui imprestável (F 8 – idosa).

Este estado de dependência do idoso, normalmente passa por uma evolução gradativa da doença, a qual é percebida não somente pela família, como também pelo próprio idoso. A idosa da Família 7 comenta que as dores no corpo tem aumentado, o que dificulta a

realização de várias atividades que anteriormente eram feitas, sejam elas simples ou de maior complexidade, como por exemplo, uma caminhada pelos arredores da casa ou outros passeios, visitas a familiares.

Primeiro eu tomava remédio do médico e aí eu ficava melhor. E agora estou tomando... Já tomei um vidro e outro e não valeu nada. Agora eu sinto dor nas duas pernas, então não posso andar, eu vou andar dá uns estalos, arde... eu fico só dentro de casa agora. Faz tempo que eu não saio mais. Não estou nem passeando lá fora mais, agora não está dando não. A dor do corpo está maior, a dor na coluna também, eu fico um pouco sentada assim e daqui a pouco tem que deitar, porque tem aquele problema nos ossos. Faz tempo que eu não faço mais nada (F 7 – idosa).

Em alguns casos este aumento do quadro de dependência do idoso ocorre a partir de uma complicação advinda da doença crônica, como relata a Família 6, que após a idosa ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral, ficou com algumas seqüelas do lado esquerdo do corpo, no entanto, ainda conseguia realizar várias atividades. Com o passar dos anos, o nível de dependência da idosa foi aumentando, e hoje esta se encontra em um quadro de dependência total.

Ela teve derrame há sete anos atrás, foi um derrame violento, ela ficou toda paralisada e com o tratamento ela conseguiu melhorar, aí ela ficou um tempo bem, ficou com um defeito do lado esquerdo, paralisado do lado esquerdo, só que ela andava, ela conversava... Agora de uns oito meses para cá ela parou, é tudo na cadeira de roda, antes eu ainda conseguia levar ela daqui da sala para o quarto segurando, agora travou tudo. É tudo na cadeira de roda, cadeira de banho. Só que é assim ela dorme bem, ela come bem, come até demais né. Tudo que você dá ela come, dentro do que pode né (F 6 – irmã).

Esta condição de dependência, que é acentuada com o passar do tempo, pode ainda estar associada a um desconhecimento inicial da doença crônica, ou a uma falta de tratamento do problema de saúde que leva a complicações, ou ainda pode estar ligado a um problema muito estressante vivenciado pelo idoso, o que interferiu no seu equilíbrio emocional, desencadeando problemas em sua saúde física, como relata na Família 3 a morte do esposo como um fator que levou a idosa adoecer.

De uns anos para cá ficou pior, acho que ela teve um pouco de depressão junto... depois que meu pai morreu ela ficou bem doente, com depressão, acho que isso juntou aí ela ficou fechada (F 3 - filha).

Outra situação que favorece a evolução do quadro de dependência do idoso são as experiências negativas que ele vivencia, como, por exemplo, sofrer quedas, acidente vascular cerebral, o que desenvolve nele sentimentos de insegurança e medo de novos incidentes como estes.

Ela começou a ficar mole, não conversava, achei estranho o que deu nela, mas depois ela voltou ao normal... Tinha hora que ela olhava e não reconhecia a gente, não sabia quem estava perto dela, não sabia nome, não sabia nada, os irmãos dela vinham visitá-la, e ela lembrava e depois esquecia. Estranho, não andava... Ficou coisa assim de uns quatro ou cinco dias. Ela reclamava que doía a nuca. Aí a gente levou direto no pronto socorro do Santa Rita. Eles falaram que ela teve um derrame. E a diabetes não controlava, ela ficou oito dias lá e foi só nos últimos dois dias que deu uma controlada... Antes disso ela dava voltinha aí, dava volta no quarteirão, aí foi piorando e depois do derrame piorou mais, porque ela tem medo, ela tem medo de andar até segurando na gente (F 3 - filha).

Ela não sai sozinha na rua, ela anda até no portão, mas ela vai devagar, parando, chega lá ela senta, porque ela tem tontura, tem medo de cair, as pernas doem... E logo ela dá uma voltinha e aí ela deita de novo. Ela faz devagar as coisas, mas na rua ela não vai não, porque tem medo de cair, porque ela já caiu também (F 7 - nora).

Observa-se então que este aumento do nível de dependência do idoso também se dá em menor ou maior grau conforme a sua postura diante das situações vivenciadas, bem como sua forma de enfrentamento em relação à doença crônica. A aceitação ou não da doença crônica influencia diretamente a atitude do idoso frente ao processo de adaptação com esta nova realidade, adotando um comportamento de luta para superar as dificuldades e/ou aprender a conviver com o problema, ou é tomado por um estado de prostração e/ou revolta, no qual se nega, muitas vezes, a se esforçar para tentar melhorar sua própria condição de saúde.

E a minha esperança é que quando chegasse aqui ela se animasse. Só que foi parando, parando, agora parou de vez, que não fica nem em pé. Ela não reage. Quando nós chegamos aqui eu falava para ela dar uma volta em volta da casa e ela nunca... Ela é o tipo da doente que ela nunca... ninguém aceita a doença, mas

você tem que aprender a conviver com ela, porque se você não aprende é pior para você. E ela não aceita, ela nunca aceitou de ficar assim, então ela é completamente revoltada né. Agora de um tempo para cá ela parou... Agora travou tudo (F 6 – irmã).

Esta condição do idoso também fica agravada pela sua situação de fragilidade física. Existe no ser humano um processo degenerativo fisiológico que é influenciado por vários fatores, entre eles a idade cronológica. A família comenta “[...] só de pegar às vezes ela já fica roxa” (F 3 - filha), deixando notório este estado de fragilidade do idoso.

As limitações físicas do idoso em função da doença crônica somadas a este estado de fragilidade física aumentam também os riscos de acidentes domiciliares. Na Família 3, por exemplo, a idosa sofreu uma queda de sua cama durante o sono, fraturando a costela, situação esta que faz o idoso passar por sofrimentos e desconfortos gerados inclusive pelo próprio tratamento.

E ela caiu esses dias também, machucou, fraturou a costela... Ela estava dormindo rolou na cama e caiu no chão. Bateu o rosto também que ficou roxo um tempão. Acho que ela bateu a costela e o rosto no chão. Hoje eu tirei um pouco o aparelho para ela descansar, porque ela passou a noite inteira com ele e incomoda, porque imobiliza a coluna, e eu até tirei agora de manhã para ela descansar um pouco, para melhorar, para ela se acomodar. Ela fala que dói quando mexe, quando ela está paradinha assim não, mas se a gente for mexer, mudar ela, ela já sente (F 3 - filha).

A Família 7 também narra um acidente domiciliar com queda da idosa de sua cama, ocasionando um estado de mal estar à mesma. A partir deste incidente a família tomou o cuidado de colocar grades em sua cama, para evitar outros possíveis acidentes como o ocorrido. Comenta ainda a importância de ter cuidado com o risco de quedas, principalmente pelo problema de fragilidade óssea, normalmente, presente em pessoas nesta faixa etária.

Esses tempos atrás ela caiu da cama, aí deu um trabalhão para levantar, aí coloquei um colchão no chão aí ela conseguiu levantar, aí ficou meio doente, aí levei ela no médico para examinar. Depois disso colocamos uma grade na cama dela. Os ossos dela são fracos e ela tem uma estrutura grande, então ela tem que tomar cuidado para não cair né (F 7 – filho).

O estado de dependência do idoso ocorre em várias instâncias de sua vida, ou seja, além de ter dependências físicas necessitando de todos os cuidados, também há uma dependência no gerenciamento de sua vida, perdendo nestes casos sua autonomia. A Família 3 informa que o estado de sua mãe não permite sair de casa, bem como receber sua aposentadoria no banco, e acrescenta ainda que ela não tem mais a noção do significado deste dinheiro, necessitando assim ser administrado pela filha.

Ela recebe a pensão do meu pai, passou para ela, teve uma época que ela recebia auxílio doença, mas depois que meu pai morreu ela começou a receber do meu pai, que é um salário mínimo. Minha irmã que tem a procuração para receber no banco. Ela nem tem noção de quanto recebe, ela sabe que recebe, a gente fala quanto, mas ela não tem noção do que significa isso. A medicação dela fica cara também, a do Parkinson está 42 reais e a outra é 65 reais. Aí outras vezes aparece outra coisa, uma dor de cabeça, um problema no estômago que tem que dar um remédio para melhorar, então vai boa parte da aposentadoria dela só com a medicação (F 3 - filha).

O idoso ao vivenciar uma condição de dependência estabelece um vínculo forte com o cuidador. Neste sentido, o idoso desenvolve também um estado de dependência emocional, principalmente para com o cuidador principal, estabelecendo uma relação de confiança em todas as suas condutas.

Ela não gosta de ficar na casa de ninguém, acostumou tanto comigo que não tem jeito. Faz 12 anos, teve uma época que ela ficou bem ruim mesmo, quando meu pai morreu, ela não saía da cama... Ela se acostumou comigo. Tem 12 anos que ela está comigo (F 3 - filha).

Eu sempre vou junto com ela em todos os lugares, até no médico tem que ser eu para acompanhar... Ela não vai sozinha. Se eu falo para ela mãe vai lá na casa do fulano almoçar, só que eu não vou. Aí ela fala então também não vou (risadas). Ela não vai... Para ficar em casa tudo bem, mas para ir para algum lugar, sem eu ela não vai (F 3 - filha).

A presença das limitações físicas desestimula o idoso a exercer atividades de lazer, ou mesmo sair um pouco da sua rotina de vida. A Família 3 relata que os irmãos decidiram realizar orações juntos, programando reunião uma vez na semana com toda a família. Inicialmente as reuniões eram somente em sua residência para favorecer a presença da idosa,

posteriormente, mudaram o planejamento dos encontros para ser cada semana na casa de um irmão. Neste caso, a idosa não se sente estimulada a participar, porque se queixa do desconforto decorrente de seu estado de saúde e das dificuldades que tem ao sair de casa.

Ontem mesmo a gente foi fazer o terço, cada dia da semana é na casa de um irmão, ela não quer ir, ainda mais que é à noite, ela fala 'ah como que eu vou desse jeito, com esse negócio aqui, o aparelho né, eu não estou agüentando andar, eu não vou', é difícil fazer ela sair um pouco, sabe (F 3 - filha).

Na Família 8 a idosa também comenta sua limitação para sair de casa, porque a qualquer esforço físico pode apresentar uma crise de dispnéia, necessitando de oxigênio imediatamente. Deste modo, a idosa afirma que só sai de casa com a finalidade de realizar exame ou consulta médica, isto é, somente para seu tratamento de saúde.

Acho que faz uns quatro anos que eu não saio mais de casa. Depois que meu velho morreu eu não saí mais de casa. De primeiro a gente sempre ia de carro passear, visitar os parentes que moram longe, mas agora não vou mais. Antes eu ainda almoçava na casa dos filhos, quando eles chamavam, mas agora nem isso. Eles é que vem me visitar. Nem na igreja eu não agüento mais ir, e ficar lá assistindo a missa. Porque de repente pode me dar falta de ar e eu preciso do oxigênio (F 8 – idosa).

Além disso, o idoso menciona sentir mal estar decorrente do transporte utilizado para o passeio. Esta é outra justificativa que limita algumas atividades de lazer do idoso e, conseqüentemente, de pelo menos parte da família também – o cuidador.

A gente não vai passar o Natal com nossas irmãs, por causa dela. Se puser ela no ônibus, ela fica muito mal, totalmente... fica vomitando, aí não dá. Não tem como viajar com ela. Nem de carro acho que não é aconselhável (F 6 – irmã).

A dificuldade no transporte e o tipo de lazer que o idoso deseja fazer, entre outros fatores, também podem ser desestimulantes ao familiar acompanhante, restringindo o lazer.

Apesar das limitações do idoso dependente, a família ainda reconhece a importância do lazer para a saúde do mesmo, assim os passeios precisam ser breves, conforme menciona a nora da Família 7.

Oh o tempão que faz que ele não leva ela para visitar a sobrinha! Ela fica pedindo para ele levar ela lá e ele não leva. Leva no hospital só, e de lá para cá

uma vez por mês, e acabou. Ela fala aí leva a vó lá em casa, ele fala está bom eu levo... e leva nada. Ela fica brava, porque ela gosta de passear! Ela é passeadeira, mas ele tem uma preguiça de levar ela passear, porque ela só anda de carro. Aí só leva para ir no médico. Quando ela andava, ela ia à casa de todo mundo, passeava toda a vida, ela ia a pé. Agora ela reclama que ela não pode andar mais e ninguém leva ela passear (F 7 – nora).

Passear é bom, porque daí distrai né. Ficar só dentro de casa enjoa. Aí saí e conversa com um, com outro e vê o movimento. É bom sair! Só que ela vai e fica só um pouquinho e já quer vir embora, porque cansa ficar muito tempo sentada. Aqui quando cansa ela vai deitar, quando dá sono, na casa dos outros já é sem graça. A sobrinha dela vem aqui e quer levar ela lá para ficar uns dias e ela não vai de jeito nenhum. Ela vai, mas quer vir embora, porque ela disse que gosta do cantinho dela. Ela já é acostumada aqui, na casa dos outros fica dependendo de tudo né, não pode deitar a hora que quer, não pode comer a hora que deseja, então ela gosta de ficar aqui (F 7 – nora).

No entanto, mesmo com a dependência física e certo desestímulo diante da vida, os idosos demonstram sentir muito prazer e bem estar ao receber a visita dos filhos e outros familiares, e normalmente comentam as ausências e as presenças dessas pessoas.

Sempre vêm as visitas aqui, os filhos, mas são as pessoas que conversam com ela, que falam e perguntam, se não ela não conversa. Mas o pessoal vem direto, quando acontece de demorar uns dois ou três dias ela já fala, ah fulano não veio aqui. Ela já sente falta (F 3 - filha).

Ela só tem o filho dela que mora aqui e ele vem sempre aqui, então ela não vai lá. E a outra sobrinha foi operada, então ela também não vai lá. Ela é que vem sempre ver a vó. Ela fica muito contente quando eles chegam. Acho que ela se sente querida (F 7 – nora).

Meus filhos vêm direto aqui me ver ou telefonam quando não vêm, todos eles. E esse filho que mora aqui na frente de noite vem me ver, de manhã antes de sair vem aqui me ver também. E essas duas netas é que ficam aqui durante o dia na semana, aí de final de semana tem minhas noras. A minha neta que morava aqui e mudou para Curitiba, liga sempre, quase todos os dias para saber como eu estou (F 8 – idosa).

Ao vivenciar a condição de dependência do idoso, a família e o idoso expressam várias situações e dificuldades do seu cotidiano que estão codificadas e apresentadas no Quadro 15.

Quadro 15 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O idoso dependente’. Maringá, 2006.

<p>Categoria: A vivência do cuidado ao idoso dependente.</p> <p>Códigos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentando-se dependente de cuidados; • Precisando de ajuda para se alimentar; • Precisando de ajuda para realizar sua higiene corporal; • Precisando de ajuda para ir ao banheiro fazer suas necessidades fisiológicas; • Utilizando fraldas descartáveis; • Precisando de ajuda para deambular, sentar, deitar; • Precisando de ajuda para realizar as tarefas domésticas; • Sentindo-se triste por ter limitações físicas que empecem sua independência; • Esforçando-se para realizar alguma atividade simples do seu cotidiano; • Tendo dificuldade para enfrentar o estado de dependência; • Queixando-se de dores no corpo; • Sofrendo seqüelas de um Acidente Vascular Cerebral; • Vivenciando situações estressantes que interferem na sua saúde mental; • Sentindo medo de sofrer acidentes domésticos; • Sentindo medo de sofrer quedas; • Sentindo-se inseguro ao caminhar; • Tendo dificuldades para sair de casa; • Sentindo-se cansada ao realizar pequenos esforços físicos; • Precisando de ajuda para receber aposentadoria.
--

4.2.2.2.2 - Subcategoria 2 – O cuidado familiar contínuo ao idoso

A condição de dependência física do idoso exige cuidados continuamente, durante as vinte e quatro horas do dia, conforme mencionam as Famílias 3 e 8.

Sempre tem que ficar alguém com ela... Ela não fica sozinha. Eu falo ah mãe eu vou ali ao mercado, ela fica apavorada, tem um medo de ficar sozinha. Então ela não fica sozinha, sempre tem que ter alguém (F 3 - filha).

Ela estava dormindo, porque passou muito tempo acordada a noite. Acho que eram umas três horas quando ela estava acordando e não dormiu mais. Aí ela me chamou para ficar com ela, aí eu fiquei com ela até as seis e pouco e depois eu fui trabalhar... Quando ela estava bem doente ela não dormia a noite inteira e ficava chamando, chamando (F 3 – filha).

Vem eu e ela [F.] durante o dia e durante a noite quem cuida é meu tio que mora aqui. Quando ela não está muito bem eu fico aqui à noite também para ajudar meu tio. Mas sempre tem alguém junto, ela não pode ficar sozinha (F 8 – neta).

Porque agora ela está bem e de repente ela já passa mal e tem que por ela no oxigênio. Então tem que ficar alguém junto o tempo todo e tem que ficar atento mesmo (F 8 – nora).

Toda esta dedicação de tempo e cuidados prestados ao idoso são internalizados pelos familiares como uma obrigação familiar, considerando que o idoso foi cuidador da família ao longo da vida.

Ela cuidou da gente quando eu era pequeno, agora a gente cuida dela também né! Tem muita gente que não quer nem saber... A pessoa fica de idade aí joga no asilo e nem vai visitar. E, às vezes, pessoa de poder aquisitivo bom. Parece que não sabe que a velhice vem para todo mundo, e ninguém sabe o final né. Então a gente sabe que é obrigação da gente cuidar dela né (F 7 – filho).

A família passa por um período de adaptação dessa nova condição de cuidado do idoso, ou seja, este membro da família passa a ter uma exigência de atenção, tempo e dedicação mais cuidadosa. Deste modo, a família menciona aprender a negociar com esta nova realidade.

A gente vai vendo... Não é fácil né, principalmente no começo quando tudo vai acontecendo, e a gente ainda não tem muita habilidade para fazer as coisas, não sabe muitas coisas, mas aí vai levando, vai aprendendo... Sempre tem a ajuda de um de outro de, às vezes... (F 3 - filha).

Dentro deste contexto, a família demonstra consciência de que esta situação pode existir por muitos anos: “A gente sabe que isso aí é a vida toda” (F 3 - filha); e que, portanto, precisa se organizar para atender as necessidades de cuidado do idoso. Nessa organização o cuidado, geralmente, fica centralizado em uma única pessoa, o qual é definido pela disponibilidade do familiar para assumir este compromisso, e também pela afinidade do idoso no relacionamento com este familiar.

Tem o meu irmão mais novo, ele mora aqui na cidade, no Alvorada III, mas ela se adaptou mais morar comigo. Ela sempre morou comigo. A vida toda! Acontece que meus irmãos eram pequenos e eu casei e fomos morar ali perto do Teuto. Aí como eu não tinha rendimento suficiente para pagar dois aluguéis, então fomos morar juntos né (F 7 – filho).

Na maioria das vezes este cuidador é do sexo feminino. Os homens da família quando tem alguma participação, esta é mais relacionada à contribuição financeira e/ou no auxílio de um transporte do idoso ao serviço de saúde.

É a maioria das vezes sou eu que fico com ela. Tem uma irmã que mora ali no fundo, quando tenho que sair a noite para alguma coisa aí ela fica, porque ela trabalha durante o dia, ou quando eu tenho que sair de dia tem sempre uma sobrinha que mora três casas para lá, tem minha irmã da rua de cima também. Na época que minha mãe ficou bem doente e ficou internada ela [irmã que mora em uma casa dos fundos] estava desempregada, aí ela me ajudou bastante, porque se fosse só eu no hospital, tinha que posar lá, aí a gente revezava, era eu e ela. Agora todos os dias quem mais me ajuda é a V. [sobrinha que mora na casa dos fundos] ou a mãe dela quando eu preciso sair, sempre a gente reveza, se eu saio, ela fica e se ela sai eu fico. Aí quando as duas não estão aí então tem que chamar outra pessoa. Mas mais são elas... Já está pertinho também, estão mais acostumadas como no caso de dar banho também. A maior parte das vezes sou eu mesmo (F 3 - filha).

Eles ajudam em dinheiro, porque é difícil, eu não trabalho só o meu marido, ajuda com uma coisa ou outra né e vai indo. Tem meu irmão que a colocou no plano de saúde dele, tem um outro irmão que dá um dinheiro todo mês, mas também é a situação que está todo mundo apurado e tem vezes que não tem condição mesmo, mas conforme dá vão ajudando. Para levar a mãe no médico quando precisa, tem três irmãos, sempre quando um não pode outro leva (F 3 - filha).

Esse entendimento do cuidado no núcleo familiar estar relacionado ao gênero, ou seja, o cuidado ser de responsabilidade da mulher e os homens terem apenas uma participação no transporte do idoso ou com alguma contribuição financeira, além de percebido implicitamente na forma como a família se organiza para executá-lo, este também pode ser evidenciado de maneira explícita quando a idosa da Família 8 verbaliza que todos os seus filhos são do sexo masculino e, portanto, precisa contar com a ajuda das noras e netas para cuidarem dela.

Agora você vê, eu tive cinco filhos homens e não tive uma filha mulher... e aí aonde que eu vou me pegar? Aí as netas e as noras que cuidam de mim. Só tem uma nora que não ajuda nada, as outras todas ajudam, não posso reclamar delas (F 8 – idosa).

Ao assumir o cuidado deste idoso dependente, a família e, principalmente, o cuidador, vivenciam várias dificuldades, uma delas refere-se ao problema de locomoção do idoso, pois este nem sempre consegue cooperar com o movimento para facilitar o transporte.

Para mim a dificuldade é só o peso (risadas). Você fala para ela levantar, ela senta, você manda sentar, ela levanta. Então isso que dá um descontrole de peso tremendo. Você quer virar para um lado, ela faz uma pressão, mas ela tem uma força que eu não sei de onde vem, aí ela vira o contrário. Só que você não quer aquele lado, você quer o outro. Mas ela com aquela força ela descontrola a gente (F 6 – irmã).

Com o passar do tempo a família aprende a lidar com as situações que envolvem o cotidiano de cuidado, busca mecanismos para sobrepor algumas dificuldades e aprende a interpretar os sentimentos do idoso, seus desejos e necessidades, mesmo quando estes não são verbalizados por ele.

Estou tão prática que já... é complicado, principalmente no caso dela, porque ela é uma pessoa fechada, então você nunca sabe o que ela quer, você tem que estar atenta... Quando eu tinha minha mãe não, se ela sentisse uma dorzinha assim ela já gritava e parecia que era a pior dor do mundo. Mas a M. é muito fechadona, a dificuldade é essa, ela não fala o que sente, às vezes ela está chorando, você se mata de perguntar para ela e ela não responde. Só que você tem que aprender a conviver com isso né. Você pega uma prática tão grande que no olhar você já sabe como é que é o problema (F 6 – irmã).

Esta experiência que o cotidiano de cuidado ao idoso e sua doença oferecem à família, somados às dificuldades financeiras e de locomoção, faz com que a família utilize, em um primeiro momento, de recursos e conhecimentos próprios para, posteriormente, somente com a persistência do problema, procurem o serviço profissional de assistência à saúde de sua referência.

Sempre que ela dá essas coisas logo passa né, mas quando persiste a gente leva ela no médico para ver o que está acontecendo. A gente leva em clínico geral, no médico do coração, o da diabetes mesmo... é o endocrinologista. Conforme ela vai reclamando a gente leva. Esses dias mesmo a gente estava pensando em levar ela no psiquiatra, porque ela estava muito esquisita, não estava falando coisa com coisa, mas aí ela acabou melhorando, aí a gente acabou não levando (F 3 - filha).

Em alguns casos, mesmo a família tomando determinadas condutas em casa, faz-se necessário buscar os serviços de assistência à saúde.

Ela falou: ‘eu estou com calor e dor de cabeça’. Aí eu falei, chama o farmacêutico para ver a pressão, porque deve ser a pressão. O farmacêutico veio aqui e viu que a pressão dela estava alta mesmo. Ele deu um comprimido para abaixar a pressão dela, mas aí não teve jeito não, teve que chamar o SAMU e levar ela internada. O tio não queria levar ela internada, mas aí eu falei, pode chamar o SAMU, porque não tem jeito. Ela começa a passar mal, mal e começa a ficar preta e põe no oxigênio e não melhora, vai piorando... A gente fez de tudo e não teve jeito (F 8 – neta).

Vale observar, neste caso, que a Família 8, após lançar mão dos seus conhecimentos e recursos que tinha disponíveis para atender a idosa, buscou o suporte oferecido pela drogaria próxima a residência, onde contou com a visita domiciliar do farmacêutico. Só com a permanência e agravamento do quadro de saúde da idosa é que a família então recorreu ao SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), o qual é um programa do Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde (MS/SUS) que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de urgência e emergência em qualquer lugar, seja ele residência, local de trabalho ou via pública.

As diversas dificuldades que a família encontra ao realizar o cuidado ao idoso, como por exemplo, a dificuldade de transportar o idoso, justificam suas atitudes no que diz respeito ao cuidar. A Família 6 mencionou adquirir a medicação anti-hipertensiva para a idosa na farmácia, mesmo esta sendo oferecida gratuitamente na Unidade Básica de Saúde, pelo fato de não conseguir levá-la até o serviço de saúde para uma consulta médica.

Eu fui à farmácia pegar o propranolol para ela, porque eu já fui lá ao posto uma vez pegar o remédio e eles seguraram a receita. Ela falou que a próxima vez tinha que dar um jeito de trazer ela, mas levar ela lá no posto é meio complicado. Então decidi comprá-lo na farmácia. Ainda bem que é baratinha esta medicação (F 6 – irmã).

Em algumas situações o estado do idoso dependente com doença crônica, pode exigir cuidados mais complexos que levam a mantê-lo hospitalizado. Entretanto, isto sempre ocorre contrário à vontade do mesmo.

Ela fala assim: ‘não deixa me internar’. Mas do jeito que ela chega lá no hospital, não tem como voltar para trás... Aí fica internada mesmo (F 8 – filho).

É muito ruim ficar internada. A comida é horrível! Aquela coisa sem graça, não tem sabor a comida, sem sal, sem açúcar, sem nada. Trouxeram polenta doce para janta, no domingo de páscoa. Já viu isso! Meu Deus, tive que comer, porque se não piora (F 8 – idosa).

A hospitalização do idoso nem sempre é a melhor opção, por vários fatores, como o tempo muito prolongado necessário para este tipo de internação hospitalar, agravado ao desgaste do idoso e sua família em mantê-lo por longo período em um ambiente ‘hostil’, opressor, desagradável ao idoso, onde não tem liberdade para exercer sua rotina, enfim um ambiente não terapêutico; tudo isso agravado ao elevado custo de uma hospitalização prolongada. Neste sentido, fazem-se necessárias algumas adaptações no ambiente domiciliar para receber este idoso que precisa de cuidados mais complexos, como relata a Família 6.

Eu falava ‘doutora fala o que tem que fazer que eu faço...’ A minha casa parecia... eu desmontei o apartamento todinho por causa dela [mãe]. Tinha oxigênio, tinha cama hospitalar, tinha o que você imaginasse, tinha. Suporte de soro, porque no vamos ver eu mesmo ligava o soro e era assim, só que quando ela entrava naquela crise violenta, eu levava para o hospital. E a sorte que o hospital era como daqui ali em baixo na Sophia, era bem pertinho de onde a gente morava. E ela ficou um ano nessa vida. Foi muito sofrimento (F 6 – irmã).

As dificuldades vivenciadas pela família geram sobrecarga ao cuidador. Este membro cuidador, no caso da Família 3, a filha mencionou mudança em toda a vida, no desenvolvimento de seu trabalho, na constituição de sua família, no planejamento de um lazer. Isto ocorre em decorrência da necessidade de cuidado ao idoso, e assim, limitações e restrições ocorrem em função do contexto da vida familiar com a presença deste idoso dependente de cuidados.

Mas sempre foi mais eu que cuido mesmo. É difícil né, a gente vai acostumando... mas a gente tem que deixar a vida da gente meio de lado, deixar muita coisa, um passeio em função de ter que cuidar dela... Muda tudo, esse tipo de relação assim. A gente fica mais para cuidar, pede muita atenção (F 3 - filha).

Não eu estou acostumada, tem vez que é assim, depois ela deu uma melhorada, mas quando ela ficou ruim eu revezava com minha irmã, era uma noite ela e outra eu, então já fiquei até acostumada a passar a noite acordada. Eu dormia uma noite sim e outra não (F 3 – filha).

O cuidado às vezes é compartilhado por mais de uma pessoa, o que ocorre geralmente em situações pontuais como o caso de uma internação hospitalar, na qual há revezamento dos membros da família, ou então em algumas situações do cotidiano, como para limpar a casa, fazer compras no mercado, pagar uma conta, ou ainda resolver algum problema particular.

Mesmo a M. ficando aqui durante o dia cuidando da vó, de qualquer forma eu ainda vou ter que vir aqui duas vezes na semana para limpar a casa e passar a roupa, porque se tiver alguém cuidando dela não tem como fazer outra coisa. Porque se você deixa ela e vai lavar roupa, se ela chama e pode não ouvir... Então tem que ficar alguém de olho nela o tempo todo. E quando ela está muito ruim e fica internada, a gente vai revezando, um dia vai um, no outro dia vai outro. Ai vai trocando conforme as condições de cada um também (F 8 – nora).

Em alguns casos o cuidador busca suporte para o cuidado através da contratação de uma pessoa para auxiliar em algumas atividades, como a limpeza da casa, o cuidado com a roupa, ou até mesmo no cuidado com o idoso, quando o cuidador tem de se ausentar temporariamente. Destaca-se ainda que, quando esta situação ocorre, a família se atenta não somente para a habilidade desta pessoa em cuidar do idoso, como também a relação de afinidade e empatia do idoso para com este indivíduo, como menciona a irmã da Família 6.

Eu tenho uma senhora que me dá uma mão, mas assim quando eu preciso sair, mas independente disso eu mesmo faço, o que dá para fazer hoje eu faço, se não fica para manhã. Então agora que eu fiquei doente da perna o médico mandou fazer menos esforço físico então ela vinha fazer limpeza toda semana e o restante eu tocava. E essa senhora também vem às vezes que eu preciso sair, ou quando tem muita roupa para passar, porque eu não posso ficar muito tempo em pé. Ela vem e ajuda. Porque a M. cuidava de uma senhora de idade, ficou cinco anos cuidando de uma senhora deficiente, então ela tem aquele jeitinho assim, e prática né, para levar no banheiro, para dar banho. As vezes que ela vem aqui

fazer limpeza, ela põe minha irmã na cadeira de roda e vai limpar o quintal, aí ela varre um pouco e daqui a pouco ela empurra a cadeira de roda e as duas trançam um papo lá fora que você não agüenta. Ela se dá muito bem com a M. (F 6 – irmã).

Outras vezes o cuidador assume a responsabilidades de cuidar de mais pessoas na família, além deste idoso com doença crônica, o que aumenta a sobrecarga de trabalho para este membro da família.

Antes tinha a minha mãe, a minha irmã que faleceu e ela para cuidar, então as três juntas né. Então na hora de dar banho era uma fila. Aí minha irmã morreu, passou dois anos depois morreu minha mãe e ficou só ela... E tem também o meu outro irmão que... Esse é um alcoólatra crônico, ele faz tratamento no CAPS, mas é rebelde, ele melhora um pouquinho aí ele cai na bebida direto. Ontem mesmo ele teve uma crise convulsiva aqui em casa. Há uns dois meses atrás ele ficou internado eu fui levar ele na psiquiatria ele teve uma convulsão dentro do consultório dela, aí de lá foi para o Santa Lúcia e ficou sete dias no Santa Lúcia. Mas ele ficou tão ruim que eu falei para minha irmã de São Paulo vir, mas ele melhorou. E é tudo eu, tudo, tudo, tudo. E agora não é nada, agora são só dois, e quando tinha minha irmã e minha mãe... Um sofrimento muito grande! Nós ficamos um ano que era só casa, hospital, casa, hospital, era 15 dias em casa e 1 semana no hospital (F 6 – irmã).

O cuidado ao idoso com doença crônica e com elevado grau de dependência acarreta, além do desgaste físico, o desgaste emocional do cuidador. A situação estressante de conviver no cotidiano com o sofrimento de uma pessoa que ama, representa uma sobrecarga emocional intensa na vida do cuidador.

O pior que quando ele tem umas crises convulsivas assim, depois ele melhora e eu fico mole, me dá aquela coisa ruim... É horrível de ver! Mas fazer o quê? (F 6 – irmã).

Dessa última vez que a vó passou mal, a F. começou a chorar, porque ela nunca tinha visto dando crise nela, porque ela começa a passar mal, mal e começa a ficar preta e põe no oxigênio e não melhora, vai piorando, vai dando um desespero na gente também... (F 8 – neta).

Para além do estresse emocional e físico do cuidado estar mais centrado em um membro da família, há ainda outras implicações à vida profissional e pessoal do cuidador. A vida profissional do cuidador fica em segundo plano ou precisa ser anulada. Percebe-se que

esta situação é expressa com sentimentos de perdas, pois o cuidador afirma perder sua autonomia, sua liberdade e ter que viver uma vida restrita ao cuidado do idoso, como relatam as cuidadoras.

Uns dois meses antes de dar o derrame nela eu já tinha deixado de trabalhar, porque estava tendo dificuldade de alguém ficar aqui com ela. Aí eu parei. No meu caso mesmo eu tive que largar de trabalhar para poder cuidar dela, dedicar para ela. Eu senti muito quando eu parei de trabalhar, porque tinha as coisas da gente, se bem que os irmãos se reúnem para dar uma ajuda, mas não é a mesma coisa que a gente sair e trabalhar... Ficar só dentro de casa é difícil né (F 3 - filha).

A Família 8 também relata esta dificuldade do cuidador principal conseguir associar o cuidado ao idoso com outras atividades em sua vida. Esta situação influencia, inclusive, possíveis perspectivas profissionais dessas pessoas, levando a um dilema que envolve, entre outras coisas, sentimentos de amor entre familiares e anseios particulares em suas vidas.

O duro que agora a gente está sem saber o que fazer, porque eu já perdi uma oportunidade de emprego e agora apareceu outro trabalho, e se eu pegar o serviço não sei o que vai fazer. A minha outra prima que também fica aqui precisa trabalhar e tem uma proposta de cuidar de um sobrinho dela e ganhar um salário para fazer isso. Vai ter que começar a pagar alguém para ficar aqui com ela (F 8 – neta).

Acho que a gente vai ter que conversar novamente, porque a gente paga aluguel e ela precisa trabalhar também. Tem que cuidar dia e noite dela, de noite meu cunhado está aqui, minha cunhada também, mas de dia tem que ficar alguém aqui para cuidar dela (F 8 – nora).

Esta interferência também ocorre na vida particular da cuidadora. Na Família 3, por exemplo, a filha mais nova assumiu essa responsabilidade de cuidar da mãe, sendo que no início do ano casou-se e continuou morando com a mãe para manter este compromisso de cuidado.

Quer dizer, eu moro com ela. Na verdade eu casei este ano, então eu sempre cuidei dela né. Eu casei em fevereiro (F 3 – filha).

Neste sentido, observa-se que este casal não teve a privacidade e a liberdade de viver independente, em função, principalmente, da tarefa de cuidar do idoso ficar destinada a uma única pessoa da família.

A Família 6 também relata esta influência na vida pessoal da cuidadora, pois a atenção e o tempo exigido no cuidado ao idoso, trouxe conflitos em seu relacionamento com o esposo, o que levou a separação do casal.

Inclusive eu vivia com uma pessoa e deixei dele por causa de ter que cuidar delas. Porque você sabe homem como é, não tem muita paciência, começa com muita cobrança e eu não tinha assim... Não tenho a coragem de deixar um doente e ir passear. Mudou totalmente a minha vida, eu me aposentei e depois... Desmontou todo mundo a ficar doente, e ele começou com ciúmeira, assim sem aceitar... Porque ele era muito possessivo, ele queria que eu só vivesse em função dele e eu não tinha coragem de deixar elas doente em casa e ir. Foi indo, foi indo, eu falei tudo bem vai seguir sua vida e eu a minha e quem sabe a gente se encontra lá na frente. E é isso aí! (F 6 – irmã).

O cuidador menciona muitas mudanças na sua vida, pois dá prioridade às necessidades do idoso. Neste sentido, o cuidador além da abster-se da realização profissional, também se priva de alguns sonhos em sua vida.

Ah muda tudo, porque você passa a viver a vida deles. Você passa a viver... às vezes você até esquece de você para viver a vida deles. Pelo menos comigo é assim. Eu quero que falte para mim, mas não para eles. Eu já tenho uns 12 ou 15 anos que eu estou nessa vida né. Meu sonho era me aposentar e mudar para uma cidade tranquila do interior e ser uma velha que... Vai fazer caminhada, participar de grupo da terceira idade, participar desses encontros que eles fazem, essas viagens... Eu sempre sonhava com isso! Só que a gente pensa uma coisa e a vida acontece outra (F 6 – irmã).

Esta sobrecarga, muitas vezes, é vivenciada silenciosamente pelo cuidador, uma vez que tem receios de verbalizá-la e sofrer um equívoco na interpretação dessa queixa, como a falta de amor pelos pais, ingratidão pelas pessoas que foram o motivo de sua existência. Observa-se ainda que esta cobrança ocorre não somente por pessoas externas, mas também pelo próprio entendimento do cuidador, de acreditar que deve responsabilizar-se por esta atividade, independentemente da possibilidade de contribuição de outros familiares.

Mesmo com todo este contexto de sobrecarga, o cuidador exerce suas tarefas sempre atento em proporcionar conforto e bem estar ao idoso. Preocupa-se com o que os gostos do idoso, como alimentação, locomoção e/ou transferência, manutenção de higiene, vestimentas e calçado, além do tratamento do idoso, entre outros. Enfim, há um cuidado também com o conforto do idoso.

Não é que o aparelho machuca... É que com o aparelho tem que ficar com as costas retinha, não pode ficar de qualquer jeito, então eu acho que incomoda ela. Aí ela fala que machuca... Então a gente tira um pouco durante o dia. Mas tem que usar, porque diz que tem que usar uns três meses, e vai tirando raio-x para ver se vai ficando bom né (F 3 - filha).

Para além da preocupação com o conforto físico, também há atenção em oferecer um bem estar emocional ao idoso, ou seja, evitar situações estressantes, como discussões ou mesmo de expor a ele situações difíceis que envolvam o cuidado, como as despesas financeiras com o tratamento.

Não pode deixar ela nervosa, porque ela precisa de alguém cuidando. Até por isso que eles me queriam aqui cuidando dela, mas aí não deu certo por causa do meu trabalho, porque eles sabem que eu tenho paciência. Eles são todos muito esquentados, eles não têm paciência para conversar, qualquer coisinha já discute e não pode ser assim. Mas não adianta querer cobrar dela as coisas agora nesse momento da vida, porque ela não vai mudar o jeito dela ser e de pensar, então tem que ter paciência e não discutir. Vai precisar ir revezando e cada um ajudando um pouco e ir levando assim. Ela não sabe de todas as coisas, porque se não ela fica nervosa, principalmente com as despesas com o tratamento. No começo ela não sabia que meu cunhado estava pagando oxigênio, porque se não ela fica nervosa e aí já dá crise nela (F 8 – nora).

A irmã da Família 6 comenta ainda que atualmente procura não insistir em realizar alguns cuidados que a idosa não aprova, como, por exemplo, tentar caminhar um pouco no quintal, substituindo neste caso por uma volta na frente de casa ou no quintal com a cadeira de rodas. Afirma que ao forçar a idosa realizar uma determinada atividade contra a sua vontade, pode estar causando algum tipo de agressão ou violência ao invés de realizar o cuidado.

Não adianta você ficar forçando muito, porque ela acaba sofrendo e, as vezes, a gente não sabe o que passa pela cabeça. Pode achar até que a gente está judiando ao invés de cuidando (F 6 – irmã).

Portanto, sempre que possível, a família também se preocupa em atender os desejos da idosa.

As situações descritas pelas famílias e idosos e observadas pela pesquisadora no trabalho de campo que apresentam o cuidado da família ao idoso com doença crônica dependente, estão codificadas e expressas no Quadro 16.

Quadro 16 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘O cuidado familiar contínuo ao idoso’. Maringá, 2006.

Categoria: A vivência do cuidado ao idoso dependente. Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Acompanhando o idoso diariamente;• Cuidando do idoso no período noturno;• Oferecendo atenção ao idoso em período integral;• Definindo o cuidador entre os membros da família;• Distribuindo tarefas entre os membros da família, conforme disponibilidade de tempo e afinidade no relacionamento entre as pessoas;• Distribuindo as despesas com a medicação, alimentação, fraldas, plano de saúde, entre os membros da família, levando em consideração as possibilidades econômicas dos mesmos;• Oferecendo suporte para o transporte do idoso;• Preocupando-se em proporcionar conforto ao idoso;• Tendo dificuldades em realizar mudança de decúbito do idoso;• Tendo dificuldades financeiras para atender todos os gastos com cuidado do idoso dependente;• Buscando serviços de saúde de atendimento de urgência e emergência, conforme agravamento do estado de saúde do idoso;• Acompanhando o idoso quando se apresenta hospitalizado;• O cuidador sentindo-se sobrecarregado com o cuidado do idoso dependente;• Mudando a vida da família;• Mudando a vida do cuidador.

4.2.2.3 - CATEGORIA 3 - ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NO CUIDADO AO IDOSO

Dentre várias dificuldades que as famílias e os idosos enfrentam neste processo de cuidar e ser cuidado, destacam-se os recursos financeiros necessários para o cuidado.

A minha coluna hoje está triste, estou tomando um remédio caro, ontem mandei vir, quatro comprimidos 67 reais... Eu já fiz densitometria duas vezes, é um exame caro né. É particular que eu faço (F 2 - idosa).

Como mencionado anteriormente, as famílias afirmam a necessidade de realizar consultas com médicos especialistas, fazer alguns exames solicitados, adquirir certos medicamentos, o que implica em elevados custos. Este recurso é restrito nas famílias, algumas com maiores dificuldades financeiras que outras, no entanto, todas se preocupam com essa questão.

Neste sentido, uma das estratégias que as famílias utilizam, além de fazer comparação de valores entre várias farmácias, é também a opção de manipular alguns medicamentos, reduzindo assim os custos dos mesmos ou adquirir medicamentos em farmácias populares, as quais fazem parte de um programa do Ministério da Saúde para ampliar o acesso da população aos medicamentos, beneficiando as pessoas que têm dificuldade para realizar tratamentos devido aos elevados custos dos mesmos. A Família 8, por exemplo, menciona consultar em primeira instância uma farmácia popular que se localiza na região metropolitana da cidade.

Então, o vasopril eu pagava aqui no G. 20 reais... Daí eu passei a comprar na farmácia do L., pago 17,70. E esse aqui [alendronato de sódio] eu pagava por mês 18,00... aí tem laboratório que manipula... Esse daqui é manipulado né... Eles me cobram 14,00 para dois meses... Lá na farmácia era quatro comprimidos e aqui são oito comprimidos, paguei a metade só do que eu pagava. Então eu mando manipular o alendronato que fica mais barato e ele traz em casa também, não preciso ir buscar (F 1 - idosa).

Lá em Sarandi tem uma farmácia popular que é tudo mais barato. Tem que passar a receita para o tio T. e para a tia M., porque eles falaram que ia ajudar. E às vezes tem nessa farmácia lá de Sarandi, que é mais barato (F 8 – neta).

A relação de ajuda entre os vizinhos e amigos no cuidado à doença crônica também é evidenciada. A Família 2 relata que a senhora idosa que reside próximo de sua residência utiliza a mesma medicação anti-hipertensiva que ela, então quando ocorrem situações em que a medicação termine, elas emprestam alguns comprimidos até que se consiga o remédio no posto de saúde, evitando assim de ter que comprá-los.

A D. foi ontem no posto marcar consulta para mim para poder pegar o remédio que está acabando, aí a M., minha vizinha aqui, me emprestou uma cartela, porque ela usa do mesmo remédio, aí depois eu dou outra no lugar. Ela também já precisou e eu emprestei um pouco (F 2 - idosa).

Uma outra estratégia utilizada pela família no cuidado ao idoso é a associação de conhecimentos populares ao saber científico. As famílias afirmam que além do uso dos medicamentos alopáticos utilizam fitoterápicos no tratamento da doença crônica. A Família 4, por exemplo, relata o uso regular de chás concomitantemente ao tratamento realizado no posto de saúde e comentam com convicção a eficácia das ações terapêuticas dessas condutas.

A gente bebe muito chá. Eu tomo bastante chá, eu acho que me ajuda muito. O O. que é o chazeiro, ele faz chá de quebra-pedra... Eu tomo cedo, logo depois que eu tomo o remédio do médico. E ajuda a urinar bastante... (F 4 – idosa).

Eu ponho umas três folhas de espinheira-santa. Agora esse quebra-pedra eu acho que é muito bom viu. Porque o médico falou para ela que era 6 meses para ela fazer a diálise... Agora faz bastante tempo que ela está tomando o quebra-pedra direto. Todos os dias. Quem receitou esse remédio, eu estava lá em Jussara com o caminhão do irmão dela carregando, aí o cara estava falando para mim que ele estava prontinho para ir para Curitiba operar do rim, aí ele foi no médico e ele falou assim você vai tomar desse quebra-pedra, não do grande, você vai tomar desse rasteirinho aqui, mas não é tomar uma vez, é tomar todos os dias. Ele sarou. Ele falou que não sentia mais nada. Aí eu trouxe para ela lá de Jussara. Ela não quis tomar, mas agora ela está tomando e está sendo muito bom (F 4 – esposo).

O uso de chás, nem sempre, tem uma indicação específica para o tratamento da doença crônica. A Família 6 também afirma o uso de chás com frequência no período noturno, mas neste caso, com a finalidade de se tranquilizar para ter uma boa noite de sono.

Sempre faço um chá de folha para tomar antes de dormir (risadas). É... um chazinho na hora de dormir, essas coisas a gente sempre faz né, ajuda a acalmar e dormir bem. Tem... aqui eles chamam de Santa Maria, a gente chama de Capim Santo que é aquela folha comprida né. Também uso muito chá de camomila (F 6 – irmã).

Agora eu tenho dormido melhor, mas eu tomo chá todas as noites. Eu faço um chá de cidreira ou de erva doce, porque a gente fica mais calma. Aí consegue dormir bem, porque se não, não dorme (F 8 – idosa).

O uso de plantas medicinais também pode estar associado a outros recursos de cuidado que vão além da medicina ocidental, como é o caso da religiosidade. A irmã da Família 6 afirma que há cerca de trinta anos a família busca tratamento de alcoolismo do irmão, que é um idoso. Comenta ainda que todos os recursos foram superados na medicina, mas o problema persistiu. Assim, também buscaram formas alternativas, como por exemplo a ‘consulta’ com um ‘pai de santo’, o qual prescreveu garrafada de plantas medicinais.

O C. é um alcoólatra crônico, faz mais de trinta anos que a gente luta, luta, luta, ele melhora um pouquinho, dali a pouco ele começa tudo de novo. Nós já fizemos de tudo para ver se melhora esse alcoolismo dele. Até pai de santo nós já consultamos e já tomou umas garrafadas que o homem fazia lá. A gente tem que tentar de tudo (F 6 – irmã).

O cuidado relacionado às práticas naturais, como o uso de fitoterápicos está presente em várias famílias. Como parte da nossa formação cultural, são conhecimentos transmitidos de geração a geração, através das interações entre as pessoas, significado esse importante no processo de cuidar, em especial no caso das doenças crônicas.

Um outro exemplo dessas práticas naturais no cuidado ao idoso é através da utilização de alguns alimentos com indicações terapêuticas para determinados problemas de saúde, como relata a Família 4 o uso da berinjela para controle dos níveis de colesterol.

No ponto de ônibus eu vi duas mulheres conversando e falando que não precisa nem fazer a berinjela para cozinhar, pega ela, pica em pedaços pequenos e põe na água e deixa, depois bebe a água... Isso é bom para o colesterol (F 4 – esposo).

Uma outra atenção dada no cuidado ao idoso é no que diz respeito à dimensão afetiva deste processo. A família reconhece a influência positiva no tratamento, do bom atendimento, da maneira empática de como estabelece as relações entre as pessoas no cuidado.

Nossa! Mas como esse negócio de bom atendimento influência o tratamento, parece que o paciente até sara, melhora (F 2 - filha).

A partir dessa compreensão e percebendo esta influência na evolução da doença conforme o tipo de relação entre profissional de saúde e cliente, também se observa que o mesmo acontece no cuidado domiciliar. Deste modo, a família empenha-se em realizar um cuidado humanizado, sensível à condição deste idoso, e dentro de suas possibilidades e conhecimentos buscam estratégias para desenvolver esses sentimentos de alegria no idoso, mesmo com a presença da doença.

A gente brinca, conversa, fala as coisas para ela distrair... As vezes também faço pergunta para ela, dia da semana, só para ativar a memória dela. Para ela não ficar muito parada, porque se a gente não conversar e perguntar as coisas, ela fica quieta. A gente tem sempre que ficar perguntando, para ela lembrar coisas antigas. Ela tem ficado muito tristonha, fica deitada, quieta... Daí a gente conversa, pergunta coisas para ver se ela anima (F 3 - filha).

Este cuidado pode estar expresso também em ‘agradinhos’ feitos e oferecidos pelos netos aos avós. Na Família 8, a neta comenta como sua avó ficou mais bonita com as unhas cortadas e pintadas: “*Fizemos as unhas dela hoje. Olha que bonita que ela ficou! Fica com as mãos limpas né, com boa aparência*” (F 8 – neta). Enquanto na Família 2 a idosa faz questão de mostrar a tela que seu neto pintou, demonstrando muita satisfação e orgulho do presente que ganhou.

Depois você vai à sala ver o quadro que meu neto pintou e me deu de presente. É meu neto, filho do N. que está nos EUA (F 2 - idosa).

Da mesma forma que a família compreende o quanto o estado emocional influencia no controle da doença crônica, o idoso também demonstra esse entendimento, comentando as dificuldades e como os conflitos que existem na convivência familiar alteram a sua “pressão arterial” e que, mesmo tendo consciência desta relação, não consegue ficar indiferente à alguns problemas.

[...] às vezes a gente sente mal, às vezes a gente não está muito contente, muito feliz parece que por isso a pressão sobe. Eu acho. Aí eu vejo um problema que eu não me sinto bem, aí eu já estou sabendo que a pressão está alta, então eu penso que isso também... Nem que a gente não queira brigar com a família, mas as vezes acontece alguma coisa que a gente tem que ficar bravo. Aí como eu tomo remédio cedo e de noite, eu não tomo o remédio de novo não, eu tenho medo. Será que poderia tomar mais um? Acho que não né. Então eu tomo aquele que é de direito eu tomar, de manhã e a noite. No mais eu vou levando, tem hora que a gente está meio nervosa, tem hora que a gente não está. A gente mesmo pensa assim, eu sou abrigada a não ficar nervosa, eu não posso ficar nervosa, porque não adianta nada, só vai piorar, mas é muito difícil controlar essas coisas (F 4 – idosa).

Ao mesmo tempo a família entende que a convivência familiar é um critério fundamental para a manutenção da qualidade de vida e do bem estar do idoso. Isso fica demonstrado pelas famílias em vários momentos, um deles é quando a Família 2 vivencia a perda de um familiar, expressando sentimentos negativos da solidão.

Só sofreu com as agulhadas... Ficou internado cinco dias na UTI. Ah, agora a pessoa ficar sozinha é tão ruim, vamos ver se eles vêm embora para cá... É a mãe não ficou nem um ano sozinha, a minha irmã estava em tratamento, aí meu pai faleceu, ela ficava nesse vai e vem, ia para São Paulo ficava com a Z., depois voltava (F 2 - filha).

Na Família 5, a idosa fala diretamente do prazer que sente em sua vida na convivência com os familiares, afirmando que se tivesse condições gostaria que todos morassem em sua casa.

Eu queria que tivesse todo mundo junto comigo. Se eu tivesse minha casinha, eles podiam morar comigo o resto da vida, mas a gente mora de aluguel né. E agora ele aumentou o aluguel... Eu vou ficar aqui mais um ano e a gente vê o que vai

fazer né, vou procurar outra casinha mais barata né... É toda a vida eu fui assim. Eu me dou com todo mundo, todo mundo gosta de mim [risadas] (F 5 – idosa).

O prazer da convivência familiar também foi expresso em momentos de comemorações ou reuniões familiares. A idosa da Família 8 comenta sua satisfação em fazer um almoço de comemoração ao dias das mães, no qual contou com a presença de todos os filhos.

O pai dela aí falou oh, nós não tivemos o gosto de passar o dia das mães com a senhora. Porque eu estava internada nesse dia. Então vamos chamar todo mundo e fazer um almoço aqui. Eu gostei, porque eu tendo minha família unida, eu sinto o maior prazer do mundo, de ver todo mundo unido. Eu não posso reclamar disso dos meus filhos (F 8 – idosa).

No caso do idoso dependente percebe-se que esta necessidade de convivência familiar, além de gerar sentimentos de conforto e bem estar, também proporciona sentimentos de segurança pela presença de alguém que lhe inspire confiança.

*Eu não gosto de ficar sozinha (F 3 - idosa).
Nota-se que este ‘não gostar de ficar sozinha’ está envolvido de sentimentos de insegurança e medo. Isto também é percebido pela filha e netas cuidadoras da idosa, sendo verbalizado em vários momentos (Diário de Campo).*

*Eu sempre fiquei sozinha em casa com a minha neta mais nova que mora aqui, mas depois dessas minhas crises forte é que elas têm ficado aqui direto (F 8 – idosa).
Desde a segunda crise forte que ela teve, que nós não deixamos mais ela sozinha. Outro dia que ela começou a passar mal, foi porque ela achou que a tia já tinha ido embora eu não tinha chegado ainda, mas minha tia sai oito e meia e não era nem sete e meia, e ela achou que não tinha ninguém aqui já... E ficou nervosa, porque ela tem medo de ficar sozinha e passar mal e ninguém ouvir (F 8 – neta).*

Esta situação de não gostar de ficar sozinho pode ocorrer por vários motivos, no caso, o fato de ter limitações físicas e ser dependente de cuidados, a presença de alguém para atender suas necessidades dá-lhes a garantia de socorro, associado ao receio de sentir algum mal-estar repentino e necessitar de atendimento, são fatores que favorecem o prazer e o conforto da presença do familiar.

Assim, a codificação dos dados que expressam as estratégias utilizadas pela família no cuidado ao idoso com doença crônica, relacionadas nessa categoria, está apresentada no Quadro 17.

Quadro 17 – Códigos que constituíram a categoria ‘Estratégias utilizadas no cuidado do idoso’. Maringá, 2006.

Processo: A convivência com a cronicidade da doença do idoso. Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Comprando medicamentos nas farmácias populares;• Mandando manipular medicamentos para reduzir os custos dos mesmos;• Buscando ajuda dos vizinhos e amigos quando necessário;• Fazendo uso de fitoterápicos, como chás no tratamento da doença crônica, concomitantemente ao tratamento clínico da medicina;• Buscando recursos na religiosidade para o cuidado à saúde do idoso, como fazer orações para melhorar o estado de saúde, ter fé em Deus de que haverá melhora da saúde, entre outros;• Utilizando alguns alimentos com finalidade terapêutica;• Mantendo um bom relacionamento com o idoso;• Cuidando do idoso com amor e carinho;• Oferecendo atenção ao idoso;• Proporcionando conforto e segurança ao idoso;• Entendendo que o estado emocional do idoso influencia sua saúde e doença;• Fazendo confraternizações na família para comemorar datas festivas que envolvem o idoso, como aniversário, dia das mães, entre outras.

4.2.2.4 - CATEGORIA 4 - PERCEBER-SE VULNERÁVEL

A família em seu processo de viver, cuidar e ser cuidado vivencia perdas de familiares, amigos, pessoas conhecidas, o que proporciona a ela mudanças no cotidiano e/ou reflexões sobre a situação de vida.

Na Família 3, por exemplo, a morte do progenitor trouxe mudanças importantes na vida da família, a mãe adoeceu e a filha, que ainda morava com os pais, precisou deixar sua vida profissional para assumir os cuidados desta mãe.

Meu pai morreu em 93, fez 12 anos o mês passado. Ele teve infarte, ele tinha um monte de problema, ele não tinha uma perna porque ele teve trombose. Foi depois que ele morreu que eu parei mais de trabalhar, saí do serviço para cuidar dela. Na época ela ficou bem doente mesmo, aí tive que sair, porque não tinha quem cuidasse dela. Era só eu que morava em casa ainda, porque éramos só nós três em casa (F 3 - filha).

Vivenciar a situação da morte é algo marcante na família, mesmo quando este indivíduo não é do núcleo familiar. Neste sentido, a Família 2 compartilhou sentimentos da vivência recente da perda de um parente.

*Meu cunhado faleceu de manhã cedinho, e na UTI a gente não viu ele porque tinha os irmãos que queria ver ele, e ligaram aqui na segunda feira dizendo que ele tinha falecido (F 2 - idosa).
Ele ficou nervoso e deu derrame central, mexeu com todos os... se ele sobrevivesse, ele iria ficar assim como uma estátua na cama, sem mexer nada, o médico falou. Aí ele faleceu segunda feira e a gente foi... Domingo nós fomos lá a tarde (F 2 - filha).*

Observa-se que a família estabelece formas de aceitar a morte deste ente querido, expressando a evolução do problema de saúde como um processo degenerativo, ocasionando limitações à pessoa e sofrimento a todos. E complementa ainda que a dependência total não daria qualidade de vida.

Estava andando, mas depois que ele colocou o marcapasso ele já estava bem parado, sempre desanimado, uma voz fraquinha, o coração trabalhando numa marra. Deixou de dirigir... Ah, mas ele também não tinha jeito, sabe, a gente estava até pedindo a Deus misericórdia, porque o médico falou que se ele sobrevivesse, ele não ia se mexer (F 2 - filha).

Uma outra forma de lidar com a situação da morte é através de lembranças positivas do falecido, relatando o que gostava de fazer, as coisas boas que teve enquanto viveu, os momentos agradáveis que conviveram com ele.

*A casa dele tinha tudo de bom, tudo coisa boa. O dia que eu fui lá com a C., ele falou assim para mim: 'oh comadre qualquer dia você vem aqui com a Z. para você fazer aquele frango com arroz para gente. E ia chamar ele, mas ele não esperou né. Gostava de comer bem! Ele ia na Aparecida do Norte sempre (F 2 - idosa).
Por um bom tempo ele passou o dia 12 de outubro, que era o dia dela no meio daquela multidão, ele ia e ia com a mulher dele, depois ela começou a não querer*

ir mais, e ele ia mesmo sozinho. E ele reclamava se um parente não o visitava. Ele passeava em Minas (F 2 - filha).

Neste processo de vivenciar a perda de uma pessoa, um cuidado que a família apontou realizar é a atenção prestada aos parentes mais próximos no pós-morte, não somente com a presença no velório e enterro, mas também posteriormente telefonando para ter notícias, realizando visitas a estes familiares ou ainda convidando-os para virem em suas casas com o objetivo de acolhê-los neste período de dificuldade.

Mais tarde a gente dá uma ligadinha lá para ver como eles estão. Porque aí segunda feira tem uma amiga da gente que gosta de passear, aí minha mãe falou que ia chamar ela para ir a Mandaguaçu, de circular. Ela me falou eu vou sim, se eu não estiver trabalhando neste dia... Eu estava programando com meu filho de ir buscá-los num domingo para passar o dia aqui e depois levá-los embora, porque daí eles almoçam aqui, toma café da tarde, mas não deu tempo. Eu queria tanto trazer eles para comer, porque ele gostava da comida da minha mãe. Agora mais do que nunca tem que chamar mesmo os irmãos (F 2 - filha).

Vivenciar situações de morte na família também pode gerar sentimentos de medo e preocupações com a própria vida, levando até as mudanças de comportamentos que acreditam ter algum risco para a saúde.

*Porque eu já fui muito sozinha visitá-los em Mandaguaçu, mas não é bom, a gente já esta de idade (F 2 – idosa).
É longe e para descer da circular pode acontecer alguma coisa, se machucar... estando com alguém já é melhor (F 2 – filha).*

Em entrevistas anteriores com a Família 2, a idosa falava em visitar a casa desses irmãos nesta cidade metropolitana desacompanhada, com amigas, enfim sem receios. Após a morte do cunhado, tanto a própria idosa, como a família, demonstram preocupação com a possibilidade da mesma fazer esse deslocamento sozinha, ou seja, em possíveis riscos à saúde.

A vivência da morte de familiares, principalmente de idosos e com vínculo próximo, desencadeia sentimentos e reflexões sobre a situação de vida e a relação com a morte no núcleo familiar no que diz respeito à figura do idoso. Isso também é demonstrado de forma

indireta quando a filha comenta que a família “vai acabando”, ou seja, vai completando seu “ciclo evolutivo”.

A gente vai acompanhando a família acabar, porque lá eles eram em seis pessoas e agora só estão em dois. A C. está com 85 anos, viveram um tempão juntos, somente a morte os separou (F 2 - filha).

O vivenciar experiências negativas da vida, principalmente quando envolvem a morte de pessoas, causam sentimentos de vulnerabilidade na família e no idoso, situações que estão apresentadas no Quadro 18.

Quadro 18 – Códigos que constituíram a categoria ‘Perceber-se vulnerável’. Maringá, 2006.

Processo: A convivência com a cronicidade da doença do idoso. Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Vivenciando a morte de outros familiares idosos;• Vivenciando sentimentos de perda de pessoas amigas e familiares;• Dificuldades em lidar com a morte;• Buscando estratégias para amenizar o sofrimento de perda de familiares;• Apoiando a família no momento que envolve a morte de uma pessoa;• Convidando irmãos do idoso para morar mais próximos e assim aumentar as oportunidades de convivência;• Atentando-se aos hábitos do idoso que podem significar riscos à saúde, como viajar sozinho, usar transporte coletivo sem a companhia de outras pessoas da família, entre outros;• Refletindo sobre a condição de saúde e doença do idoso;• Refletindo sobre a finitude da vida.

Figura 14. Diagrama do Processo II– A convivência com a cronicidade da doença do idoso.

4.2.3- PROCESSO III - OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIDA DAS FAMÍLIAS

Os serviços de assistência à saúde estão presentes na vida das famílias e em seus modos de cuidar do idoso com doença crônica, conseqüentemente estão dentro do seu universo de entendimento sobre o cuidado.

Dentro desta compreensão de cuidado, existe a participação dos serviços públicos de saúde. O tipo de atendimento do serviço de saúde tem influência no contexto de vida familiar, considerando-se a situação sócio-econômica da mesma. O uso exclusivo dos serviços públicos de assistência à saúde ocorreu somente nas famílias que não possuíam condições de fazer outras opções; as que possuíam condição recorriam a serviços de convênios, porém também utilizavam os serviços públicos.

Neste sentido, OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIDA DAS FAMÍLIAS, foi um processo que emergiu na construção do modelo teórico, no qual se atentou para uma reflexão sobre como ocorre a presença do serviço público de saúde na família que cuida do idoso com doença crônica.

4.2.3.1 - CATEGORIA 1 - O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO CUIDADO AO IDOSO

A presença do serviço público de saúde ocorre de várias formas na vida dessas famílias. Esta foi mais enfatizada pelo fornecimento de medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença crônica. No entanto, esta distribuição da medicação ocorre de forma

restrita às famílias, ou seja, entre todos os remédios utilizados pelo idoso com doença crônica, alguns têm de ser adquiridos na farmácia com recursos próprios, por não serem disponibilizados na rede básica de saúde do município.

Eu pego o remédio da pressão no posto, do que eu tomo é só esse. O cálcio tem que comprar na farmácia, e é caro (F 2 - idosa).

Só esse aqui vem do posto, a hidroclorotiazida. Eu compro dois remédios na farmácia, o alendronato de sódio que é para os ossos e esse outro da pressão [Vasopril]. A gente tem que ir ao posto de saúde fazer a consulta para poder pegar o remédio lá, porque com a receita do médico do plano de saúde não pode pegar o remédio (F 1 - idosa).

O cinemet não tem no posto, nem esse outro o oxigen, aí a gente reúne a família e compra né, porque fica pesadinho. Só a insulina que a gente pega no posto e as seringas (F 3 - filha).

O trabalho realizado pelo Programa Saúde da Família (PSF), principalmente com atenção à assistência domiciliar para as famílias com idoso portador de doença crônica foi mencionado pelas famílias como um serviço de suporte ao cuidado muito significativo, o qual atendeu as suas necessidades em alguns momentos.

Na Família 1 a idosa narra que nos momentos de dificuldades que passou na fase aguda da doença, necessitou de assistência e apoio de profissionais da saúde, e recebeu as consultas médicas em sua residência.

Dr. M. é o meu médico no posto... Ele acompanhou todo o meu tempo que fiquei doente, que não consegui andar nem deitar direito, ele acompanhou tudo, ele vinha aqui em casa me ver (F 1 - idosa).

A Família 8 relata que atualmente tem recebido visitas domiciliares periódicas da Equipe de Saúde da Família, nas quais estão presentes o médico, a enfermeira e, as vezes, o dentista. Neste acompanhamento a idosa tem avaliações freqüentes do seu estado de saúde, através dos quais têm orientações e adequações ao tratamento, realizadas por estes profissionais, com a finalidade de atender suas necessidades de saúde.

Antes ela não precisava, mas agora o médico e a enfermeira estão vindo aqui toda semana, às quintas-feiras. O médico da família. O dentista também vem às vezes. E todos os medicamentos que têm no posto e que ela precisa tomar, a gente consegue. Ela estava tomando um antibiótico que estava fazendo mal, porque ela está passando mal do estômago, ela está tendo ânsia de vômito. Agora a médica do posto falou para tomá-lo depois do almoço ao invés de logo pela manhã, e também passou outro remédio que é para o estômago... Aí ela falou que esse remédio vai ter que comprar, porque não tem no posto (F 8 – neta).

Esta assistência domiciliar, realizada pela equipe do PSF, fica ainda mais valorizada quando a família vivencia a necessidade de cuidado ao idoso com doença crônica, que apresenta elevado grau de dependência física. Fato este que se dá, principalmente, pela dificuldade de transporte do idoso até a unidade básica de saúde.

A Família 3 afirma que, com a evolução da doença crônica da idosa, as dificuldades de deslocá-la até o serviço de saúde eram grandes, portanto quando havia a necessidade de uma avaliação do estado de saúde de sua mãe, solicitavam a presença de profissionais de saúde em sua casa, o que ocorria ou por intermédio do agente comunitário de saúde ou então quando um familiar se deslocava até a unidade de saúde para solicitar a visita domiciliar da equipe de saúde.

É mais o pessoal do posto que vinha aqui mesmo, a agente de saúde que vinha e trazia alguma receita ou remédio que ela usa, ou o médico vinha aqui quando precisava. Assim, as enfermeiras chegaram vir para colher exame de manhã. Para levar mesmo, só quando ela conseguia andar melhor, faz muito tempo que a gente levava, faz mais de três anos (F 3 - filha).

O planejamento deste acompanhamento domiciliar, em algumas vezes, ocorre com a participação do cuidador, o qual avaliando a evolução do estado de saúde do idoso, discute com a equipe de saúde o intervalo necessário para a próxima visita domiciliar.

O médico vinha todo mês e quando a coisa melhorou um pouquinho eu falei o doutor: 'é o seguinte, eu tenho certa experiência...' E contei para ele a minha vida toda. Então, não tem necessidade do senhor vir todo o mês, porque às vezes tem gente pior precisando do atendimento. Faz o seguinte, o senhor vem a cada dois meses e se houver necessidade nesse meio tempo eu lhe chamo. E foi assim (F 6 – irmã).

A visita domiciliar é um instrumento de assistência à saúde do idoso importante, a qual é utilizada pela equipe do PSF. Nota-se que, quando este recurso é utilizado com critério adequado, a visita domiciliar torna-se uma ferramenta significativa para ações em saúde, sendo fundamental para prevenir complicações, identificar estados graves de hiperglicemia, hipotensão arterial, por exemplo, o que muitas vezes pode ter indicação de internação hospitalar para estabilizar o quadro de saúde do idoso.

... Aí o pessoal do posto veio e falaram que a pressão dela estava baixa, aí depois eles vieram de novo aí eles falaram que tinha que internar ela porque estava muito baixa a pressão dela. Aí a gente a levou no hospital. Por nós a gente não estava sabendo o que era, aí foi a enfermeira que veio aqui e alertou a gente de levar ela no médico. E a enfermeira ficou preocupada, porque a diabetes dela estava bem alta, estava acho que estava quase 500, 480, aí ela falou que tinha que levar mesmo (F 3 - filha).

Vale destacar ainda que a visita domiciliar permite que o profissional avalie outras necessidades de cuidado no ambiente familiar. Observa-se que o atendimento, neste contexto, favorece uma possibilidade de diagnóstico de saúde mais ampla, no qual se podem detectar tanto outros problemas de saúde na pessoa que foi, inicialmente, objeto de sua visita, como também podem identificar outras pessoas doentes na família que necessitam ser assistidas. Na Família 6 a irmã, que é cuidadora da idosa, afirma que ao receber a visita domiciliar da equipe de saúde da família para o atendimento à idosa, obteve também assistência para o seu problema de saúde, pois naquele momento estava com depressão; situação esta que avalia de forma muito benéfica.

Quando nós chegamos aqui nós tivemos um bom atendimento, tinha um médico no posto, Dr. R. que é muito bom, ele inclusive me deu muita força, porque quando nós chegamos aqui fazia um mês que a mamãe tinha morrido, e eu fiquei totalmente descontrolada, fiquei mesmo, para mim tinha tirado um pedaço de mim. E a minha sobrinha acionou uma equipe para vir aqui em casa, porque na semana que eu cheguei ela [idosa] ficou doente e o C. [irmão] ficou doente, aí ele veio muitas vezes aqui em casa, veio o pessoal da enfermagem controlar. Aí um dia ele sentou aqui e falou para mim: 'oh tudo bem você está cuidando da tua irmã e do seu irmão e você, você está pior que eles dois'. Mas eu estava numa depressão daquelas sabe. Aí o Dr. R. foi muito bom para mim (F 6 – irmã).

Observa-se assim, que a conduta de assistir a família como um todo, também está, ainda que de forma indireta, auxiliando no cuidado ao idoso, uma vez que este outro membro doente pode ser o cuidador deste idoso com doença crônica.

Uma outra atividade desenvolvida pela unidade básica de saúde e o PSF, que foi mencionada pelas famílias como algo importante e facilitador do tratamento da doença crônica do idoso é a realização de reuniões de grupos, como o Hiperdia, e que são conduzidos por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). O Hiperdia é um programa preconizado pelo Ministério da Saúde para acompanhamento e controle da hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Neste trabalho, ocorrem reuniões mensais com orientações sobre as doenças, riscos de complicações, esclarecimentos de seu controle, acompanhamento do tratamento com a realização de exames para avaliação do estado de saúde do idoso e a prescrição de medicamentos necessários. A Família 2 comenta não faltar em nenhuma das reuniões do grupo de hipertensos.

Vou aos grupos de hipertenso, de vez em quando eu vou, quando eles fazem reunião a M. [Agente Comunitária de Saúde - ACS] vem avisar aí a gente vai às reuniões, sempre o Dr. M. faz a reunião ali no salão da igreja (F 2 - idosa).

Vamos sim à reunião do grupo de hipertenso. Eu vou junto com a mãe. A gente nunca perdeu uma reunião do grupo. É bom, porque ali a gente vai e eles fazem o controle da pressão, verifica a pressão, as pessoas que tem problema de diabetes a menina já colhe material para ver como é que está o açúcar da pessoa. Então é fácil, porque aí já passa a receita e você já vai direto ao postinho e pega seu remédio, o de uso contínuo né (F 2 - filha).

Esta atividade em grupo, realizada pela Equipe de Saúde da Família, também foi destacada por outras famílias como uma atividade que contribuía de forma muito positiva para o tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica, na qual, para além das orientações recebidas pelos profissionais de saúde, também aprendiam através da troca de experiências entre os pacientes, como relata a Família 4.

Falavam a palestra para as pessoas, se estavam caminhando, se estavam comendo isso ou aquilo, e quando a pessoa falava que estava, eles falavam que

não podia continuar assim, aí o médico também ajudava a falar, aí depois consultava cada um, a gente chegava lá media a pressão e pesava. Eu sei dizer que lá eu era a mais magra, as outras era tudo mais gorda do que eu. Aí o doutor falava a Dona L. é a líder, porque eu era a mais magra. Então usava o exemplo das pessoas, tanto a parte boa quanto os problemas. Tinha tudo isso. Ajuda a corrigir a gente (F 4 – idosa).

Nota-se na atuação dos profissionais de saúde que os esclarecimentos e explicações oferecidas ao idoso e sua família são de fundamental importância para a compreensão da doença e, conseqüentemente, para as mudanças de comportamentos e a realização de cuidados em seu cotidiano. Na Família 2 temos o idoso descrevendo uma orientação recebida do médico durante uma consulta e, no final, mostra-se convencido da explicação e concorda com o profissional de saúde.

Eu mostrei aqui no meu ombro, a perna também e ele falou que era sujeira. Mas que sujeira, como que sujeira vai entrar aqui. Ele perguntou quanta água eu tomava, você toma muita água, uns dois litros ao menos por dia? Falei, se o senhor falasse um litro eu iria achar em quantos dias esse litro daria, mas dois litros atravessam o mês. Aí ele falou por dia enquanto sai então, um copo? Que copo! Nem meio eu falei, ainda mais tempo de frio. Aí ele falou assim, então o senhor sabe o que você faz, você quando for em casa, chega lá o senhor tira essa roupa que você está usando e dá para a sua mulher lavar com meio copo d'água. Falei, mas com meio copo d'água nem molha a roupa. Aí é que está, como é que seu coração, seu fígado, seu rim, mas o rim que tem que botar água. O coração está dentro daquele quadrinho lá, aquele buraquinho lá e ele está oh, naquele que só fica batendo aquele sangue, que bate, bate, engrossa lá e depois não tem água e o sangue não anda pelas veias. Foi que no fim das contas é sujeira mesmo, aonde não tem água está sujo mesmo e concordei com ele, e foi falando tudo (F 1 - esposo).

A Família 4 também relata que após algumas orientações da enfermeira do PSF sobre as restrições alimentares na diabetes mellitus, o idoso modificou seus hábitos alimentares, excluindo alguns tipos de alimentos das refeições para melhor controle da doença crônica.

Só comia arroz e feijão, daí a A. [enfermeira] falou que era para eu não comer arroz, que para a diabetes não é só deixar de comer açúcar, mas o arroz, macarrão, pão, tudo isso também faz mal (F 4 – esposo).

As orientações que os idosos recebem dos profissionais de saúde, além de trazerem informações sobre o seu problema de saúde e os cuidados necessários, também esclarecem os sinais e sintomas indicativos de alterações da doença crônica, com os quais devem estar atentos.

Eu quase não tenho dor de cabeça, às vezes dá aquela dorzinha assim de vez em quando, mas dor de cabeça eu não tenho não. Mas graças a Deus a minha pressão costuma ficar boa... Porque o médico falou que quando a pressão está alta dá muita dor de cabeça né. Então eu não tenho dor de cabeça (F 5 – idosa).

As situações descritas pelas famílias e idosos no trabalho de campo que representam a presença do serviço público de saúde no cuidado ao idoso com doença crônica, relacionadas nessa categoria, estão codificadas e apresentadas no Quadro 19.

Quadro 19 – Códigos que constituíram a categoria ‘O serviço público de saúde no cuidado ao idoso’. Maringá, 2006.

Processo: Os serviços de saúde na vida das famílias. Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Fornecendo medicamentos para o tratamento da doença crônica, porém de forma restrita;• Realizando visitas domiciliares ao idoso e família;• Avaliando o idoso quanto ao seu estado de saúde;• Orientando a família e o idoso quanto a doença crônica;• O trabalho da Equipe de Saúde da Família sendo valorizado pela família, principalmente quando o idoso apresenta nível de dependência de cuidados;• Dialogando com a família sobre a doença crônica e seu tratamento;• Identificando situações de risco à saúde do idoso no ambiente domiciliar;• Identificando problemas de saúde em outros membros da família, como o cuidador;• Utilizando estratégias de grupo para realizar o tratamento da doença crônica do idoso;• Realizando exames para avaliação do estado de saúde, bem como para obter mais informações sobre o controle da doença crônica;• Orientando o idoso e família quanto aos cuidados alimentares para o controle da doença crônica;• Esclarecendo sobre os sinais e sintomas que indicam descontrole da doença crônica do idoso;• Influenciando a construção de significados sobre a doença crônica e seu tratamento.

Ao constatar a presença do serviço público de saúde no cuidado ao idoso com doença crônica, emergiram também duas subcategorias analíticas: uma exprimindo a equipe enquanto modelo de saúde para as famílias; e a segunda apresentando as dificuldades encontradas pelas famílias para o uso do serviço público de saúde, conforme ilustrado na figura 15.

Figura 15. Categoria 1 – A presença do serviço público de saúde no cuidado ao idoso.

4.2.3.1.1 - Subcategoria 1 - Equipe enquanto modelo de saúde para a família

Ao interagir com as famílias e os idosos observa-se que estes têm, muitas vezes, no profissional de saúde que faz seu atendimento, uma referência de saúde e cuidado, ou seja, a família também busca no comportamento da equipe significados de saúde, doença e cuidado. A filha da Família 2, por exemplo, demonstra seu estranhamento quando descobre que o médico cardiologista afirmou estar com taxas séricas alteradas de colesterol, acreditando ser contraditória este binômio médico-doença.

Porque ele não era assim quando a gente começou ir consultar com ele, então ele fica mal humorado, ele ainda falou para mim na última consulta que ele estava com colesterol nas alturas, eu ainda brinquei com ele, mas o senhor é o médico e está com colesterol... Falei mesmo, em tom de brincadeira. Mas médico com colesterol? Aí ele falou que anda nervoso aqui (F 2 - filha).

Esta situação exemplifica bem a construção simbólica que a população em estudo faz do profissional de saúde. Através dela pode-se também perceber a expectativa e o grau de

infalibilidade que se espera destes profissionais. Aquilo que comumente classificam-se de doenças evitáveis, como colesterol elevado, é algo que, na percepção das famílias, se encontra fora do contexto de vida quando aplicado à equipe de saúde.

A codificação dos dados relacionados nessa subcategoria, que demonstra o idoso e a família percebendo os profissionais enquanto modelo de saúde, é apresentada no Quadro 20, a seguir.

Quadro 20 – Códigos que contituiram a subcategoria ‘Equipe enquanto modelo de saúde para a população’. Maringá, 2006.

Categoria: O serviço público de saúde no cuidado ao idoso. Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Entendendo o profissional de saúde como exemplo de cuidado em saúde;• Percebendo que o profissional de saúde também tem hábitos de vida que não são saudáveis;• Acreditando que o profissional de saúde não deveria apresentar problemas de saúde que são evitáveis, como o colesterol elevado;• Reprovando o hábito de fumar por profissionais da saúde;• Reprovando a presença do excesso de peso em profissionais da saúde.

4.2.3.1.2 - Subcategoria 2 - Dificuldades encontradas pelas famílias para o uso do serviço público

As famílias relatam várias dificuldades para a utilização do serviço público de saúde, mencionam os problemas da não continuidade dos programas realizados pelas unidades básicas de saúde quando muda o governo, o que acarreta na descontinuidade do tratamento, tendo estas que se adequar às novas regras burocráticas estabelecidas nos postos de saúde.

Inclusive agora se a gente quiser pegar o remédio no postinho, nós temos que passar no posto e agendar uma consulta ali, aguardar para passar pelo médico... e às vezes a consulta não sai no mesmo dia, às vezes sai dois ou três dias depois... não é fácil não. Agora não tem mais aquele médico que vinha ali no salão da igreja. Ficou difícil para a gente viu (F 2 – filha).

Foi dia 18 de agosto, mas o médico não estava na reunião, mas a enfermeira assinou a receita, aí eu tirei o remédio... Foi o último dia da reunião do grupo, mas o médico já não tinha mais. A enfermeira falou que o dia que a gente precisar, quando o remédio estiver acabando, é para ir ao posto e marcar a consulta e vem fazer a consulta e leva o remédio. Agora vai ficar difícil (F 4 – idosa).

Associado a este problema de mudanças de políticas e programas de saúde ocorre a freqüente alteração da equipe de saúde, ou parte dela, na Unidade Básica de Saúde, o que interfere de forma negativa na formação de vínculos entre profissional e população e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento à população.

Mas eu não sei por que cargas d'água trocaram o Dr. R., tiraram ele de lá e mandaram para um posto aqui embaixo e esse posto aí embaixo esse pessoal que mora nessa rua não pode usar, mesmo sendo mais perto de casa do que o posto de lá de cima. Aí puseram um outro médico na equipe, que aquele ali pelo amor de Deus! O médico da cara fechada, chegava aqui... Falou que era para chamar ele só se for uma urgência. Bom, ser for uma urgência eu não vou chamar o médico do posto, eu a enfio num carro e levo-a logo no Municipal, no hospital. Porque até o médico daqui chegar, eu já estou chegando ao hospital com ela. Aí foi indo e eu fui desanimando... (F 6 – irmã).

A população estabelece uma relação de confiança com os profissionais da Unidade Básica de Saúde e/ou da Equipe de Saúde da Família, que fazem seu atendimento. Sabe-se que esta relação é fundamental para aumentar a qualidade da assistência, pois, entre outros fatores, este influencia diretamente na aderência do indivíduo ao tratamento da doença crônica, fazendo com que, a partir daí, as pessoas acreditem nas suas condutas e orientações, tomando assim os cuidados necessários no controle da doença.

Além dessa questão que envolve a relação de vínculos/confiança, pode existir ainda o problema da descontinuidade do tratamento, ou seja, o novo profissional, que faz os primeiros contatos com o idoso e a família, terá de fazer novamente uma anamnese, levantando informações sobre seu histórico de saúde e doença para buscar instrumentos necessários para o seu diagnóstico e, conseqüentemente, para a definição de suas condutas.

Situação esta que prejudica o atendimento ambulatorial, principalmente no que diz respeito às doenças crônicas.

O atendimento de ambulatório do SUS não funciona. Eu acho que não funciona, porque cada vez que você vai lá é um médico diferente, toda vez que você chega eles fazem as mesmas perguntas e faz uma outra ficha. Às vezes está lá e, às vezes, não acha o prontuário, é uma confusão danada (F 6 – irmã).

Outro problema enfrentado pelas famílias é referente aos medicamentos, pois, além do fornecimento ser restrito, ou seja, além de certos medicamentos necessários ao tratamento da doença crônica não estarem disponíveis na farmácia das unidades básicas de saúde, ainda não há garantia de que não falem estes medicamentos que devem sempre ser disponibilizados pelo serviço público.

O remédio da mamãe já faltou no posto, teve que comprar, então é um monte de gente que sai com a receita e vão à farmácia, até as meninas da faculdade, essas estagiárias, falaram que tem dó desse pessoal, entra aqui com a receita e sai tudo sem remédio. Vai à farmácia comprar... O remédio é caro (F 2 - filha).

Alguns materiais necessários no cuidado ao idoso também são escassos no serviço de saúde pública, como, por exemplo, a disponibilização de seringas para administração de insulina. A família inclusive questiona orientações realizadas por profissionais de saúde em função desta restrição de material, o que coloca em risco a saúde da idosa com a conduta de reutilizar a seringa usada na aplicação da insulina.

Eu pego no posto a insulina. Esses tempos faltaram seringas, até não sei se pode, mas a minha sobrinha que foi buscar para mim e ela falou que era usar uma agulha duas vezes ao dia, porque estava em falta no posto. Como não tinha ela falou que podia usar duas vezes. Não sei se pode, mas eu estou usando (F 3 - filha).

Outras dificuldades também são enfatizadas pelo idoso para o uso do serviço público de assistência à saúde, como a distância geográfica da sua residência até o posto de saúde, associado ainda há dificuldade de utilizar o transporte coletivo por este também não passar próximo de sua casa.

... a minha dificuldade é ir ao posto, porque a circular passa longe e para eu andar tudo isso é muito longe (F 1 – idosa).

A dificuldade de conseguir consultas médicas na unidade básica de saúde foi outro problema mencionado pelas famílias. A idosa da Família 4 comenta que com a morosidade do atendimento do serviço público o indivíduo pode ter complicações do seu problema de saúde e até ocorrer a morte conforme a gravidade do caso.

A enfermeira falou para eu ir lá ao posto marcar a consulta, porque às vezes, pode demorar até 15 dias... Até 15 dias eu já morri. Ela falou que nem sempre demora tanto, mas pode demorar até 15 dias. Sei lá de que jeito que eu estou depois de tanto tempo esperando para ser atendida! É muito tempo para esperar... Está muito difícil (F 4 – idosa).

A situação fica ainda mais difícil quando se refere ao agendamento de consultas com médicos especialistas, pois dependendo da especialidade o indivíduo espera um longo período para o atendimento. Nestes casos, algumas famílias comentam recorrer a médicos particulares ou as consultas disponibilizadas pelos planos de saúde.

[...] a gente também vai ao médico do posto, a gente tem carteira, só que consulta com cardiologista é difícil (F 1 – idosa).

Estas dificuldades vivenciadas pelos usuários do serviço público de saúde podem justificar o fato das famílias buscarem os serviços privados de saúde sempre que possível, para diminuir o sofrimento causado por uma assistência precária, morosa e burocrática. O filho da idosa na Família 7 apresenta esta explicação para o fato de utilizarem, prioritariamente, o serviço privado de assistência à saúde, conforme comentam abaixo:

Ela precisava ir sempre ao médico e no postinho é demorado, então começou a pagar o plano de saúde para ela. Porque eu não tinha carro também, eu trabalhava então eu tinha muita dificuldade para levar ela também. Sabe... E no postinho aí tem muita burocracia, e uma hora não é atendido e outra hora eles adiam e então eu comecei a pagar o plano (F 7 – filho).

Os eventos que construíram essa subcategoria, demonstrando as dificuldades da família e do idoso no uso do serviço público de saúde, quando buscam suporte ao tratamento da doença crônica, são apresentados no Quadro 21.

Quadro 21 – Códigos que constituíram a subcategoria ‘Dificuldades encontradas pela família para o uso do serviço de saúde’. Maringá, 2006.

Categoria: O serviço público de saúde no cuidado ao idoso. Códigos
<ul style="list-style-type: none">• Interrompendo o tratamento da doença crônica por mudanças de políticas da administração pública;• Tendo dificuldade para conseguir agendamento de consultas médicas;• Tendo dificuldade para realizar exames laboratoriais e radiológicos;• Tendo dificuldade para se adaptar as regras burocráticas do serviço público de saúde;• Tendo dificuldade para estabelecer vínculos com a Equipe de Saúde da Família pela alta rotatividade dos profissionais na unidade básica de saúde;• Interrompendo o acompanhamento do tratamento da doença crônica por falta de profissionais na unidade básica de saúde;• Faltando medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença crônica na unidade básica de saúde;• Faltando seringas descartáveis para a aplicação da insulina;• Tendo dificuldade de acesso à unidade básica de saúde pela dificuldade no uso do transporte coletivo;• Morando longe dos serviços de saúde;• Buscando outros recursos para amenizar a dificuldade da ausência de atendimento de saúde pelo serviço público.

Figura 16. Diagrama do Processo III – Os serviços de saúde na vida das famílias.

5- DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO:

CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA.

Ao conviver com as famílias do estudo, com o intuito de compreender o conceito de cuidado familiar ao idoso que vivencia a condição crônica, bem como interagir com as mesmas à luz do referencial teórico do Interacionismo Simbólico e do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, foi possível construir um modelo teórico representativo do tema central CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA, na perspectiva da família e do idoso.

Inicialmente, ao refletir sobre os atores sociais que fizeram parte da construção do modelo teórico do estudo, nota-se que dentre as oito famílias que participam da pesquisa, os idosos que representam a pessoa índice são todos do sexo feminino, com média de idade de 81 anos, a maioria viúva (75%), metade delas são analfabetas, sendo que a escolaridade maior é ter cursado, parcialmente, o ensino fundamental, a maioria (75%) trabalhou somente nas atividades domésticas do próprio lar. Atualmente, todas as idosas têm renda, sendo a maioria a aposentadoria de um salário mínimo e 25% delas recebem um salário mínimo como auxílio doença.

O dado de todas as pessoas índice serem do sexo feminino não foi algo intencional, ou seja, não foi critério de seleção das famílias. Esta situação pode apontar para algumas características do processo de envelhecimento, as quais são mencionadas na literatura científica. Lebrão (2003) comenta que no município de São Paulo a estrutura etária das mulheres idosas é mais envelhecida do que a dos homens, sendo que uma em cada quatro idosas tem 75 anos ou mais e para os homens a proporção é de um para cada cinco. A autora analisa que a velhice pode ser entendida como feminina, pois a maior longevidade da mulher ocasiona esse diferencial na composição por sexo. Outro fator significativo para as pessoas índices serem mulheres é que estudos têm mostrado que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

Quanto ao estado civil, alguns estudos apresentam que a proporção de viuvez é quatro vezes maior entre as mulheres idosas (LEBRÃO, 2003).

Este mesmo estudo conclui que 21% dos idosos nunca freqüentaram a escola e 46,4% tinham menos de quatro anos de estudo, demonstrando a falta de oportunidade e acesso à escola para essa faixa etária (Ibidem).

A maioria das idosas apresenta mais de uma doença crônica associada, sendo a mais freqüente a Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em 75% delas. O serviço público de assistência à saúde é um recurso utilizado por todas as idosas, sendo que metade delas também tem acesso a serviços privados de saúde. No entanto, todas elas precisam adquirir algum medicamento nas farmácias, pois as Unidades Básicas de Saúde não possuem todos os fármacos necessários no tratamento das doenças dos mesmos.

Estudos mostram que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença de maior prevalência na atualidade, destacando a faixa etária de pessoas acima de sessenta anos (LEBRÃO; LAURENTI, 2003; ZAITUNE *et al*, 2006). A OMS (2003) afirma que o custo do tratamento da hipertensão arterial nos Estados Unidos da América representa cerca de 12,6% do gasto total do país com atenção à saúde; comenta ainda que esses agravos também pesam no orçamento de países em desenvolvimento. No Brasil, estes recursos ainda têm se mostrado insuficientes para atender às necessidades dos idosos que apresentam condição crônica.

Ao observar o contexto familiar constata-se que é composta por uma média de 4,6 pessoas, com renda média de aproximadamente quatro salários mínimos; somente uma família não tem os princípios religiosos do catolicismo. A maioria das famílias (75%) tem outros membros que também apresentam problemas de saúde, sendo todas referente à condição crônica de doença, o que delata o quanto as condições crônicas estão se tornando expressivas no contexto familiar.

A OMS (2003) afirma que as condições crônicas serão a principal causa de incapacidades no mundo até o ano de 2020 e representarão o problema mais dispendioso para os sistemas de saúde. Portanto, este cenário constitui um desafio deste século.

Ao examinar os ecomapas das famílias também se verifica que o lazer é inexistente na maioria delas, e quando ocorrem são representados através de vínculos fracos. Esse dado pode estar associado a vários fatores que vão desde a situação econômica da família, uma vez que várias atividades de lazer requerem algum gasto financeiro, mas, principalmente, pode estar vinculado aos valores culturais dessa população, os quais foram educados para valorizar atividades de trabalho.

Peixoto (2000) assinala que no Brasil as viagens de férias não constituem um hábito, são iniciativas individuais que não tem caráter ritual e regular. Segundo o autor isso se dá principalmente porque as distâncias são longas e os meios de transporte e a hospedagem são caros.

Em verdade, o estilo de vida e o comportamento dos seres humanos são elementos determinantes para o surgimento das condições crônicas (OMS, 2003). Hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, estresse social, são algumas das principais causas e fatores de risco para as condições crônicas. Por isso, faz-se necessário também atentar para o contexto de vida das famílias e idosos, para auxiliar na compreensão do processo de vivenciar a condição crônica.

Na reflexão sobre o modelo teórico construído, o processo de análise dimensional que consiste em decompor os elementos, a fim de classificá-los no que denominamos subcategorias, categorias e processos, fornece uma perspectiva ampliada e explicativa sobre o cuidado familiar ao idoso que vivencia a condição crônica.

O fenômeno central, **Cuidado familiar ao idoso com condição crônica**, se caracteriza como a dimensão matricial do processo de análise e visualização do modelo

teórico explicativo, ou seja, o cuidado familiar se configura em todos os momentos da condição crônica do idoso, ainda que este ocorra de modos distintos conforme as características de cada fase e situações que envolvem o vivenciar a condição crônica.

Ao analisar os dados, nota-se que os códigos que constituem as categorias e os processos apresentam inter-relações no que se refere ao cuidado e a condição crônica do idoso. Estas relações se estabelecem entre si e revelam as condições para que o cuidado ao idoso seja realizado, o contexto em que este cuidado ocorre, bem como as consequências do cuidado realizado a essa população. A lógica das inter-relações entre os processos e categorias analíticas encontra-se esquematizada no diagrama da figura 17, a seguir.

Figura 17. Diagrama das inter-relações dos processos e categorias analíticas do estudo.

A partir da dimensão central desenvolvem-se as demais dimensões – processos e categorias – estabelecendo explicações conceituais sobre o cuidado familiar ao idoso com condição crônica, assim como o ambiente social no qual esses atores estão presentes.

Durante o processo de análise e organização dos dados com a expectativa de apreender os significados do cuidado familiar ao idoso com condição crônica, bem como sua vivência no processo de cuidar e ser cuidado, tornam evidentes três dimensões que incluem: A IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO; A CONVIVÊNCIA COM A CRONICIDADE DA DOENÇA DO IDOSO; e OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIDA DAS FAMÍLIAS.

O primeiro processo, denominado A IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO, emerge das explicações que as famílias e idosos apresentam no período diagnóstico da doença crônica; ao expressar sobre o cuidado ao idoso com condição crônica, muitas vezes, reportam ao período de início desse processo de cuidar e ser cuidado. Esse processo se inicia no cotidiano das famílias, normalmente, a partir da ocorrência da crise aguda da doença.

A prevenção da doença e promoção da saúde ainda é relativamente recente na história da atenção à saúde dos brasileiros. O aconselhamento e o monitoramento de se modificar certos hábitos de vida, a aplicação de vacinas (contra certos agentes etiológicos) e exames periódicos de saúde com o objetivo de rastrear alguns eventos de risco à saúde como rotina no cuidado à saúde da população, em especial do idoso, conforme orienta Lourenço e Motta (1999), ocorrem com maior ênfase nos últimos anos.

O comportamento preventivo em saúde, principalmente no idoso, ainda está sendo incorporado ao conceito de saúde e cuidado da população. Deste modo, verifica-se que a identificação de uma doença crônica nesta população normalmente ocorre a partir da presença de um quadro grave de alteração do organismo, desencadeando uma crise aguda, uma vez que não valorizam pequenas alterações que não implicam em impedimentos no cotidiano de vida ou mesmo não há uma cultura social para realizar avaliação periódica das condições de saúde.

Rodrigues et al (2000) afirmam que os idosos são mais vulneráveis aos processos patológicos com períodos assintomáticos e manifestações tardias, pois, embora a velhice não signifique doença, apresentam múltiplas patologias, principalmente, as condições crônicas, como consequência de processos mórbidos vivenciados na fase da vida adulta. Acrescentam ainda que, apesar do conceito de velhice ter conotações políticas, sociais e culturais, as quais se diversificam em cada sociedade, seu caráter biológico é o mais enfatizado pelos idosos, sendo representado pelas mudanças da imagem corporal, pelo aparecimento das dificuldades de ordem física e até mesmo pelas alterações de memória.

Assim, as reflexões sobre os componentes desse processo compõem quatro categorias principais: **a vivência das dificuldades na fase aguda da doença; o processo de adaptação; o reconhecimento da cronicidade da doença e a perspectiva do futuro incerto.**

Na categoria **A vivência das dificuldades na fase aguda da doença** são apresentados vários obstáculos transpostos pela família nesse período em que o idoso vivencia sintomas de descontrole da doença, como a necessidade de internação hospitalar, o conflito no processo de negação e aceitação da doença, as dificuldades que envolvem o desconhecimento sobre a doença e, ainda, da necessidade de aprendizagem da família para o cuidado do idoso com condição crônica.

Ao vivenciar a crise aguda da doença o idoso e sua família passam por momentos de dificuldades, como por exemplo a necessidade de internação hospitalar, o que representa um acontecimento estressante ao qual todos os indivíduos que estão sujeitos precisam se adaptar. Contudo, ao atentar-se aos dados estatísticos, verifica-se que o grupo populacional que mais utiliza estes serviços é o da faixa etária mais velha (COELHO FILHO, 2000). Com o envelhecimento há uma diminuição da capacidade e rapidez de adaptação ao estresse, assim, o evento da hospitalização ao mesmo tempo que se torna mais oneroso aos serviços públicos de

saúde, implica em tratamento de maior período e com uma recuperação mais lenta e, as vezes, mais complicada, o que pode trazer prejuízos para os idosos e o sistema público de saúde.

A significação dada pelas famílias e idosos do estudo ao episódio de hospitalização do idoso é negativa, apesar de obterem, muitas vezes, soluções ou melhora de alguns problemas de saúde. A percepção e interpretação desse evento social, que está relacionado ao diagnóstico da doença crônica do idoso, reportam momentos difíceis vivenciados pela família, como o mal estar físico do idoso, os transtornos na rotina de toda a família, bem como os sentimentos de angústia, incerteza e dor que estão presentes nesse processo.

Cabete (2005) realizou um estudo com o objetivo de determinar o impacto funcional e psicológico da hospitalização em idosos portugueses, e concluiu que ocorre uma piora dessas condições com a sua entrada no hospital, o que é prenúncio de má qualidade de vida, de elevado consumo de recursos sociais e de saúde e de maior morbimortalidade desta população.

Estudo de Siqueira *et al*, (2004) com idosos no Brasil avaliou as alterações da capacidade funcional durante a internação hospitalar associando estas alterações à ocasião da alta, variáveis clínicas e sociodemográficas. O resultado mostrou que 19% dos idosos apresentaram piora funcional com a internação, concluindo que a capacidade funcional é um importante marcador de saúde dos idosos hospitalizados.

Mendes e Alvarenga (2000) ressaltam ainda que a organização elementar da alta hospitalar aponta para a necessidade de sistematizar o trabalho da equipe de enfermagem com os demais segmentos da saúde, de modo a identificar os motivos das reinternações de idosos e intervir nesse processo. As autoras complementam que a equipe de saúde necessita conhecer a complexidade das condições dos idosos, as quais predominam a natureza social e exige ações intersetoriais.

O conflito de negar/aceitar a condição crônica do idoso é comportamento inicial quando do conhecimento do diagnóstico clínico da mesma. Essa situação ocorre da associação de vários sintomas de mal estar, dor, ou de algo que esteja dificultando e/ou limitando o idoso a desenvolver suas atividades cotidianas à condição de morbidade. A partir do momento em que esses desconfortos são superados, em função do controle da doença, o idoso associa este fato à cura, o que muitas vezes o leva a interromper o tratamento e os cuidados. Somado a este entendimento de doença ainda urge a necessidade de mudanças de hábitos de vida do idoso e da família.

Enquanto profissionais de saúde não pode-se deixar de considerar que este comportamento inicial de negação está associado à falta de orientação do idoso em relação a sua condição de saúde e doença.

A construção de conceitos conflituosos, referentes à condição crônica do idoso, se dá a partir de suas interações com as situações que envolveram o problema de doença, bem como da interação com os atores sociais que estiveram presentes nesse processo, entre eles pode-se citar os profissionais de saúde, ou seja, refletindo à luz dos pressupostos básicos do Interacionismo Simbólico, estes significados da condição crônica derivam das interações sociais que o idoso e sua família têm com outros seres humanos (BLUMER, 1998).

Telford *et al* (2006) afirmam que o processo de aceitação e negação é um estágio no qual o indivíduo se ajusta e aprende a viver com a doença crônica, fazendo uma reflexão sobre sua nova condição de vida.

O estudo de Marcon *et al* (2004) com famílias que compartilham a situação da condição crônica no domicílio também identificaram a dificuldade da continuidade do tratamento, presente, muitas vezes, pelo entendimento da cura da doença, uma vez que os principais sintomas desapareceram. Outro fator notado é a ausência de suporte educacional por parte da equipe de saúde junto à família.

Nota-se que as reflexões e interpretações geram significados às situações vividas e estabelecem reações, ou seja, respostas advindas dessas interpretações feitas pelo idoso e sua família à respeito da condição crônica (CHARON, 1985).

Outros elementos que participam do processo de diagnóstico da doença crônica do idoso descrevem as mudanças necessárias no cotidiano de vida tanto dos idosos como das famílias, ordenando a categoria denominada **O processo de adaptação**.

A família aprende a cuidar do idoso na medida em que surgem as dificuldades e se organizam para oferecer este suporte ao mesmo. Para isso, define o membro da família que irá acompanhar os cuidados de forma mais direta, administrar a medicação, levando aí em consideração as habilidades e dificuldades dos membros da família para executar estas funções. Há ainda a questão logística de quem dará suporte no transporte do idoso e no acompanhamento em consultas médicas e realização de exames, ao mesmo tempo em que passa a se atentar para os sintomas que indicam descontrole da doença e possíveis condutas que se pode tomar para solucionar o problema. Enfim, a família administra seu cotidiano a partir desta nova situação, que é a presença do idoso com condição crônica.

Marques et al (2006) em um estudo com idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) identificaram as alterações familiares que ocorrem após este evento, e afirmam que a condição crônica pode desencadear uma situação de crise na família, na qual se percebe a necessidade de adaptação à nova realidade e conseqüente busca de estratégias para encontrar o equilíbrio.

Trentini *et al* (1990) também identificaram mudanças no estilo de vida de indivíduos que vivenciaram uma condição crônica, entendendo que o doente adquire novas incumbências, as quais são determinadas pelos profissionais de saúde ou acabam sendo impostas pela própria doença.

A categoria, **O reconhecimento da cronicidade da doença**, é composta de códigos que demonstram a construção de significados sobre a condição crônica, que envolvem as características de permanência da doença e conseqüente necessidade de cuidados contínuos. Assim, tanto a família quanto o idoso tomam conhecimento da cronicidade da doença, e percebem a necessidade de cuidados contínuos. A consciência da cronicidade da doença também é construída no idoso através de sua interação simbólica com outras pessoas, que vivem a mesma condição crônica, bem como das próprias experiências de cuidado com a saúde. As dificuldades vivenciadas na fase aguda da doença, algumas vezes, reforçam as atitudes do idoso de tomar os cuidados necessários para o controle da doença e de se conscientizar que os mesmos deverão perpetuar ao longo da vida, contribuindo para a formação de conceitos sobre a condição crônica.

Ao mesmo tempo que vivenciar o diagnóstico da doença crônica é um processo de sofrimento e que acarreta várias mudanças na vida das famílias e dos idosos, isto também gera sentimentos de insegurança sobre esta condição de saúde e doença do idoso, ou seja, a incerteza de que, após a fase aguda, será capaz de manter uma condição de vida independente e autônoma, o que leva o idoso a desenvolver sentimentos de angústia e incertezas.

Deste modo, a categoria **A perspectiva do futuro incerto** refere-se à apreensão que o idoso e a família têm quanto à persistência de sintomas vivenciados na fase aguda e possíveis seqüelas que geram estado de incapacidade e dependência física.

Para o idoso, a manutenção da capacidade funcional significa desenvolver suas funções diárias com independência, ou seja, realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas; já a conservação da autonomia do idoso representa sua capacidade de decisão sobre suas ações, estabelecer suas próprias regras e preservar sua saúde com qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) realça que a capacidade funcional do idoso e

sua autonomia são fatores preponderantes para o diagnóstico da saúde física e mental do mesmo.

Os componentes que abarcam as categorias analíticas do processo A IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO conferem condições importantes para que o cuidado familiar ao idoso ocorra. Essas interações simbólicas se configuram a partir dos sentidos que *as coisas* têm para o ser humano, ao mesmo tempo em que esses significados das *coisas* se constroem através das experiências, das interações sociais que o ser humano tem com o outro (BLUMER, 1998). Desta forma, os significados sobre a condição crônica do idoso também são atribuídos conforme essa vivência do diagnóstico da doença crônica.

A maneira como o processo A IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO ocorre na vida dos idosos e da família, principalmente, no que diz respeito à participação dos profissionais de saúde no mesmo, influencia em muitos aspectos toda a trajetória de vida desse idoso e sua família. A significação que se incorpora à interação idoso, família e profissionais de saúde no processo de diagnóstico da condição crônica interferem no ato social, neste caso, o cuidado. Ou seja, o tipo de atendimento realizado ao idoso neste momento da crise aguda vai interferir, por exemplo, na intensidade deste sofrimento ao vivenciar esta fase do diagnóstico, no processo de adaptação dos mesmos frente ao problema de saúde, bem como, na forma de viver com a condição crônica, redundando assim na alteração do estado de independência do idoso, o que repercute diretamente em sua qualidade de vida.

Atentando ainda para o contexto em que o cuidado familiar ao idoso ocorre, o segundo processo denominado A CONVIVÊNCIA COM A CRONICIDADE DA DOENÇA DO IDOSO demonstra duas circunstâncias distintas que envolvem esse cuidado da família ao idoso com condição crônica: a primeira é conviver com o idoso com seu estado de

independência preservada, na qual a família participa do cuidado de sua saúde e doença; e a segunda situação é a de cuidar do idoso que apresenta certo grau de dependência para realizar as atividades de vida. Estas duas situações distintas, que permeiam a experiência da família no cuidado ao idoso, influenciam a família na sua construção simbólica do conceito de cuidado.

A presença da condição crônica atualmente, mesmo quando se refere ao indivíduo idoso, não significa um estado de doença propriamente dito e nem de dependência de cuidados. O idoso vivenciando a cronicidade da doença consegue, na maioria das vezes, manter sua autonomia de vida. Neri (2001) menciona que a condição de dependência e de um elevado grau de incapacidade funcional não são fatos universais da velhice.

Neste sentido é que surgiu como categoria de análise **A presença do idoso independente na família**, a qual retrata o idoso com condição crônica que consegue preservar a autonomia de vida, gerenciar seu próprio cuidado e ainda compartilhar da vida em família de maneira simbiótica, representando, assim, um membro familiar que contribui de modo positivo e ativo para a dinâmica desse grupo social. Nesse contexto, a família participa do cuidado ao idoso de forma casual, na qual atende algumas eventuais necessidades do mesmo.

A manutenção da autonomia do idoso é a subcategoria que demonstra o significado desta condição de liberdade de ir e vir e o poder de decidir sobre seu próprio cuidado. Há ainda o relato das influências positivas desta condição para sua saúde e doença, enfatizando um estado que gera bem-estar físico e mental, no qual o idoso se coloca como uma figura importante no âmbito familiar e social.

Neri (1993) ao discutir sobre a qualidade de vida na velhice, afirma que existem vários elementos que são indicadores de bem-estar nesta fase da vida, tais como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, produtividade, atividade, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, continuidade de relações informais,

principalmente com as redes de amigos, entre outros. Entende-se assim que a qualidade de vida na velhice vai além dos limites biológicos, ou seja, uma velhice satisfatória resulta também da qualidade de interação entre as pessoas em mudanças, vivendo numa sociedade também em constantes mudanças.

Esta importância do idoso no contexto familiar é salientada na subcategoria **O idoso como suporte para a família**, na qual se constata que o idoso com condição crônica, quando mantém sua independência, é muito participativo dentro do contexto familiar; auxilia em atividades domésticas, complementa a renda familiar com a aposentadoria ou também com algum tipo de trabalho remunerado, ajuda na educação e no cuidado com os netos, e ainda é cuidador quando algum membro da família está doente.

O idoso coloca-se no ambiente familiar como um membro que tem um papel social, que possui uma ‘utilidade’ dentro da família. Assim, o idoso, muitas vezes, é suporte para a família, sendo mais um ser cuidador do que necessitado de cuidados.

Essa interação simbólica também pode ter significado de cuidado familiar na medida em que esta relação simbiótica promove um estado de bem estar ao idoso, na qual ele se percebe um ser saudável e com participação social e familiar. O idoso ter a oportunidade de exercer atividades atribuídas de um certo grau de responsabilidades, dentro do contexto familiar, também é ser cuidado, pois trabalhar, cuidar e se responsabilizar participam do *self* e estabelecem uma ação/reação que fomentam um estado de bem estar físico e mental. Deste modo, quando o idoso cuida do neto, prepara a alimentação ou executa outra atividade, ele também está sendo cuidado, porque tem a possibilidade de existir enquanto um membro familiar.

Peixoto (2000) comenta que a coabitação com as gerações mais velhas é um fenômeno comum nas camadas populares brasileiras, seja pela difícil condição de vida dos idosos, com baixas aposentadorias e um sistema de assistência à saúde precário e incapaz de

assistir adequadamente esta população, ou ainda pela situação dos filhos retornarem à casa dos pais, com salários baixos, alugueis de elevados custos, às vezes divorciados, necessitando de ajuda para criar os filhos. Assim, constroem-se fortes laços afetivos e desenvolvem-se relações de múltiplas trocas entre as gerações, em todos os domínios – ajudas, conselhos, cuidados, passeios, entre outros.

O caráter de independência também deu origem à subcategoria **O idoso e o gerenciamento de seu próprio cuidado**. O idoso com doença crônica ao manter sua independência e autonomia nas atividades cotidianas, também administra seu próprio cuidado, sendo responsável pela ingestão da medicação, controlando dosagem e horário conforme sua rotina e levando em consideração as orientações da prescrição médica, fica atento ao retorno da consulta médica, realiza os cuidados com a alimentação conforme seu problema de saúde, observa a evolução do tratamento, enfim tem consciência das necessidades de cuidado da doença e é “autocomprometido” com o tratamento da mesma.

Nesta atitude de cuidar-se, o idoso demonstra uma gama de conhecimentos que lhe permite, muitas vezes, intervir quando apresenta algum problema de saúde, ou mesmo no seu tratamento referente à condição crônica, e ainda agir com o intuito de prevenir agravos à saúde. Observa-se que este saber é construído, principalmente através das interações com o ambiente social em que está inserido e ao mesmo tempo na interação consigo mesmo, ou seja, convivendo com familiares, amigos, vizinhos, na relação com os profissionais de saúde, e também a partir de suas próprias experiências no cuidado à doença crônica além de outros problemas de saúde.

Blumer (1998) afirma que o significado das *coisas* é derivado ou decorre da interação social que cada ser humano tem com o outro. A partir desse entendimento é que se afirma que a concepção de cuidado do idoso e da família no referente à condição crônica é construída na interação com as pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou não.

Destaca-se ainda a sub-categoria **A participação da família no cuidado ao idoso**, pois mesmo o idoso mantendo sua autonomia e de um modo geral gerenciando seu próprio cuidado, ocorre também a participação da família no cuidado ao idoso com doença crônica.

Nota-se que esta participação ocorre não no sentido de substituir as responsabilidades e ações do idoso no seu autocuidado, mas sim com o intuito de co-participar deste processo. A família geralmente acompanha toda a evolução do tratamento, seja pela presença efetiva nas consultas, exames e no cotidiano de cuidado no domicílio – com a administração de alguns medicamentos, aconselhamentos –, ou então pelo seu interesse em saber como se encontra o estado de saúde e o controle da doença deste familiar idoso.

O suporte financeiro da família no cuidado à doença crônica do idoso ocorre sempre que possível. No Brasil, os problemas relativos ao processo de envelhecimento ainda não constituem pauta importante das políticas sociais: as pensões de aposentadorias são baixas, a saúde pública é precária e não existe nenhum tipo de assistência social, nem casas geriátricas fundadas pelo Estado, como ocorre em países desenvolvidos como a França, onde se encontram as *maisons de retraite* (PEIXOTO, 2000).

Assim, a família desempenha um papel social importante no cuidado ao idoso com condição crônica, contribuindo, conforme suas possibilidades, para o acesso do idoso aos recursos necessários no tratamento e controle da doença, como, por exemplo, a compra de medicamentos não oferecidos na rede básica de saúde pública, pagamento de consultas ou exames que são muito demorados pelo SUS, ou ainda oferecendo um plano de saúde para que a assistência à saúde ocorra com maior eficiência e resolubilidade.

Uchôa *et al.* (2002) afirmam que na pesquisa com mulheres idosas, a questão financeira é intrinsecamente ligada à questão da saúde, remetendo à possibilidade ou impossibilidade de preservá-la ou recuperá-la, ou seja, ter recursos para pagar uma consulta com médico particular ou um convênio é reconhecidamente uma vantagem, e poder comprar

os medicamentos prescritos pelo médico é visto como essencial ao bem-estar. Neste sentido, a situação econômica do próprio idoso e de sua família surge como fator fundamental para a manutenção da saúde.

No entanto, as condições financeiras da família são um fator limitante para esta contribuição no cuidado ao idoso e, por isso, este suporte é realizado não somente pelos filhos e netos que moram com o mesmo, mas também por outros familiares, principalmente aqueles que residem na mesma cidade. Deste modo, somam-se esforços dos filhos, netos ou irmãos que possam colaborar com o apoio financeiro, a fim de suprimir as ausências do serviço público de assistência à saúde no cuidado ao idoso.

Esta ação/interação entre família e idoso independente, na qual a família também se mostra dependente de cuidados do idoso e essa convivência trás benefícios para todos atores envolvidos, pois ocorre um processo de ajuda mútua, contribui para a manutenção da saúde e bem estar do idoso, uma vez que este tipo de interação, muitas vezes, gera sentimentos de satisfação e prazer, ao mesmo tempo em que estimula o idoso ao autocuidado para permanecer saudável.

Nota-se que não há muitos estudos na literatura científica enfocando como objeto de análise o idoso autônomo, com capacidade funcional preservada. No tocante a categoria de análise, **A presença do idoso independente na família**, esta têm uma contribuição científica muito relevante, uma vez que além de ser algo não salientado nas pesquisas até o momento, ainda assim mostra que o idoso com doença crônica, nestas condições, também sofre mudanças no seu cotidiano e vivencia dificuldades ao conviver com a cronicidade da doença em família.

Pensando ainda que na Gerontologia a principal meta no cuidado é a manutenção da independência e da autonomia do idoso, conforme comentam Gomes e Diogo (2004), faz-se necessário olhar para estes idosos que se mantêm nesta condição de saúde, mesmo

convivendo com a condição crônica, com o escopo de compreender essa relação do idoso e família com a doença, bem como seus comportamentos em saúde para manutenção desse estado.

A presença da doença crônica em alguns idosos gera um estado de dependência física, exigindo da família cuidados contínuos. **A vivência do cuidado ao idoso dependente** é uma categoria que apresenta o contexto do cuidado familiar, a partir da presença do idoso com limitações parciais ou integrais para exercer ações fundamentais do cotidiano de vida. Nesta realidade, a família executa ações de cuidado permanente ao idoso, exigindo acompanhamento diário ao mesmo.

Estudos epidemiológicos mostram que 25% dos idosos que apresentam incapacidade moderada estão na faixa etária entre 75 e 84 anos, enquanto que na idade de 85 anos ou mais este percentual aumenta para 46% (CHAIMOWICZ, 1998). O autor comenta ainda que estas estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condição de independência e saúde (Idem, 1997).

Mesmo em países desenvolvidos, observa-se que o grau de dependência é maior quanto mais elevado o grupo etário. Imaginário (2004) ao realizar uma investigação com idosos portugueses dependentes em contexto domiciliar, identificou que a maioria destes situavam-se no grupo etário a partir de 75 anos de idade, sendo que o grau de dependência maior predominou no sexo feminino.

O idoso em uma condição de dependência é uma realidade encontrada nas famílias brasileiras, situação que exige destaque em estudos como este, que se referem ao cuidado da família a esta população. Nota-se que esta é uma situação difícil de ser enfrentada por todos, tanto pelo idoso que está sujeito a este estado limitante, como também pela família que altera

toda a sua organização interna e com a sociedade para atender as necessidades de cuidado deste familiar.

O estado de dependência do idoso exige cuidados básicos de alimentação, higiene corporal, banho de sol, repouso, eliminações, locomoção, sendo estes, variáveis conforme o grau de incapacidade funcional.

O alto grau de incapacidade funcional também leva a uma elevada condição de fragilidade e suscetibilidade do idoso a adquirir outros problemas de saúde, necessitando assim não somente de cuidados para atender suas necessidades básicas, como também cuidados com o intuito de controlar as alterações da doença crônica, bem como prevenir outros agravos, como por exemplo o sério problema de quedas.

Rodrigues (1993) comenta que as quedas constituem um dos principais problemas de saúde dos idosos, considerando as conseqüências na restrição das atividades da vida diária dos mesmos, chegando, às vezes, à incapacidade severa e mesmo à morte.

As quedas tornam-se um problema que merece atenção entre os idosos pela elevada incidência entre esta população. Os idosos que fizeram parte desse estudo narraram episódios de quedas no domicílio, tendo inclusive como conseqüência casos de fraturas, situação que gera medos, inseguranças e contribui ainda mais para ampliar o grau de dependência do idoso. Rodrigues (1997) em seu estudo com 28 idosas constatou que, no ano de 1996, 32,1% sofreram queda no domicílio, e no ano seguinte esta proporção aumentou para 45%, sendo que 12% destas tiveram fraturas.

A significação dada à condição de dependência não é algo que traz bem-estar ao idoso. Verifica-se que o idoso, na maioria das vezes, esforça-se para manter parte de sua independência e autonomia, pois estas são signos de uma condição primordial da vida, ou seja, conseguir fazer algum trabalho, ainda que em menor proporção do que aquele realizado em outros momentos de sua vida, representa viver. Percebe-se ainda que para o idoso manter

alguma função no seu cotidiano tem um significado de saúde, da mesma forma que o ócio tem um sinônimo de doença.

Alvarez (2001) ao realizar sua pesquisa com famílias cuidadoras de parentes idosos, doentes e fragilizados em contexto domiciliar, afirma que a instalação de doenças crônicas leva as pessoas idosas a terem suas capacidades diminuídas para as atividades de vida diária em meio ao desconforto dos sintomas, impedido-os de autocuidar-se, necessitando assim da ajuda de um familiar. A autora identifica que esta situação de dependência significa ao idoso estar em uma condição de inferioridade, a qual é permeada de sentimentos e valores que se sobrepõem, como o desejo de ser acolhido pela família e o constrangimento por sentir que causa diversos transtornos para os familiares, sobretudo para o cuidador.

Borg *et al* (2006) atestam que a satisfação de vida em idosos dependentes é determinada por vários fatores, tais como sociais, físicos, mentais e econômicos, especialmente aqueles que envolvem sentimentos de solidão e de preocupação, diminuição da capacidade para o autocuidado e os poucos recursos financeiros para atender suas necessidades.

Já a família compreende que prestar cuidado ao idoso é sua obrigação, uma vez que em momentos anteriores da vida o idoso estava na posição de cuidador. Agora ocorre a inversão de papéis entre gerações, sendo assim uma forma de retribuir a dedicação de tempo e cuidado. Alvarez (2001) também observa que as famílias geram significados ao processo de cuidar do seu familiar idoso como o cumprimento de um dever moral.

A família precisa se adaptar a essa nova condição de cuidado ao idoso, ou seja, este membro da família passa a ter uma exigência de atenção, tempo e dedicação mais intensa do que anteriormente. A função de cuidar do idoso nesta condição de dependência exige tarefas complexas referentes ao cuidado, implica em um aumento de despesas – como, por exemplo,

gastos com medicações, fraldas descartáveis, entre outras –, e ainda suporte para o transporte do idoso sempre que este necessita ir ao médico ou fazer um exame.

Nesta organização da família, o cuidado, geralmente, fica centralizado em uma única pessoa, a qual é definida pela disponibilidade do familiar para assumir este compromisso, e também pela afinidade do idoso no relacionamento com este familiar. Na maioria das vezes este cuidador é do sexo feminino. Os homens da família quando tem alguma participação, é mais relacionada à contribuição financeira e/ou no auxílio de um transporte do idoso ao serviço de saúde.

Estudo realizado por Felgar (1998) com pacientes, acima de 50 anos de idade, que foram acometidos por acidente vascular cerebral e com perda de sua independência, mostra que a tarefa de cuidar é realizada, majoritariamente, pelas mulheres. A autora comenta ainda que acrescida à atividade de cuidar, ocorre também a extensão dos orçamentos, passando a ter despesas com hospitais, transporte, medicação, equipamentos, o que representa um fator de sobrecarga para as famílias.

Evidencia-se assim a existência de várias dificuldades vivenciadas por estas famílias que cuidam de idosos com algum grau de dependência, um outro problema ressaltado é o da sobrecarga do cuidador, pois a tarefa de cuidar geralmente é centralizada em uma pessoa, sendo esta compartilhada somente em situações pontuais, como no caso da hospitalização do idoso ou então quando o cuidador precisa sair de casa para resolver algum problema particular, como fazer compras ou pagar contas.

O cuidador modifica toda a sua vida no que se refere ao desenvolvimento de seu trabalho, na constituição de sua família, no planejamento de um passeio. Isto ocorre porque a preocupação inicial sempre é cuidar do idoso. Esta situação gera não somente cansaço físico, como também desgaste emocional para o cuidador.

Sommerhalder e Neri (2002) desenvolveram uma pesquisa com cuidadoras familiares de idosos e identificaram que estas exprimem sentimentos positivos e negativos concomitantemente no desempenho de sua função de cuidadora. Os sentimentos positivos associam-se ao senso de competência em relação à tarefa e a satisfação por cumprimento do papel social, do dever cristão. Os aspectos negativos desta atividade de cuidar relacionam-se a sintomas físicos, cognitivos e problemas sociais, tais como cansaço físico, insônia, deterioração da saúde, tristeza, falta de tempo para descansar e ter algum lazer, falta de privacidade, entre outros, tendo assim uma sobrecarga de funções e responsabilidades.

Ao observar esses dois contextos, que envolvem o idoso com condição crônica independente e àquele com algum grau de dependência, verifica-se que os significados de cuidado familiar ao idoso se configuram de formas distintas, uma vez que os processos interpretativos desses atores sociais são construídos tendo por base interações particulares e, conseqüentemente, criam-se percepções, interpretações e reações diferentes no processo de cuidado ao idoso com condição crônica.

Compõe também o processo A CONVIVÊNCIA COM A CRONICIDADE DA DOENÇA DO IDOSO duas categorias de análise denominadas **Estratégias utilizados no cuidado ao idoso e Perceber-se vulnerável**, as quais ampliam a compreensão do contexto em que o cuidado familiar ao idoso é realizado.

Outras questões que permeiam a construção simbólica sobre o cuidado familiar ao idoso com condição crônica estão descritas na categoria **Estratégias utilizados no cuidado ao idoso**. Essa categoria manifesta estratégias que a família e o idoso adotam com o intuito de contribuir no cuidado à doença crônica e ao mesmo tempo melhorar a saúde do idoso.

As estratégias mencionadas pelas famílias envolveram desde meios para tentar reduzir os custos com o tratamento até a utilização de saberes e práticas populares de saúde, como o uso de fitoterápicos, alimentos com finalidade terapêutica, religiosidade. A

afetividade também foi entendida como um recurso terapêutico usado pela família no cuidado ao idoso.

As medidas adotadas para reduzir os gastos com o tratamento estão relacionadas à baixa condição financeira dessas famílias e um concomitante aumento de gastos, particularmente em função dos problemas com a saúde dos idosos.

Nota-se ainda que os cuidados relacionados às práticas populares presentes nas famílias fazem parte da formação cultural brasileira. São conhecimentos transmitidos de geração a geração, construídos através das interações entre as pessoas, e que têm significados importantes no processo de cuidar na vida do brasileiro, estando presentes também no cuidado às condições crônicas.

A esse respeito, Andrade (2001) afirma que a família utiliza vários modelos de cuidado na prática do sistema de cuidado familiar, nos quais estão engendrados diversos tipos de conhecimentos, como aqueles presentes no senso comum, usando de elementos naturais, como chás, poções, xaropes, entre outros, para tratar os problemas de saúde. O autor exprime ainda que o uso desses produtos naturais está enraizado na consciência dos segmentos populares, que reconhece sua eficácia e legitimidade.

A religiosidade participa na construção simbólica do processo de cuidar e ser cuidado das famílias, sendo percebida como recurso complementar aos instrumentos materiais usados na ação de cuidar do idoso com condição crônica. Outros estudos como os de Carreira e Alvim (2002) e Andrade (2001) comentam que as manifestações religiosas e a fé refletem a dimensão espiritual na prática do cuidado familiar.

Outro aspecto do cuidado ao idoso diz respeito à dimensão afetiva deste processo. A família compreende que realizar um cuidado empático, amoroso ao idoso, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto pelos familiares, favorece a melhora do seu estado de saúde. Deste modo, a família esforça-se por realizar o cuidado humanizado, sensível a condição

deste idoso, e dentro de suas possibilidades e conhecimentos busca estratégias para desenvolver sentimentos de alegria no idoso, mesmo com a presença da doença.

Vários estudos desenvolvidos com famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano também apontam a necessidade de exercer este cuidado humanizado ao indivíduo doente. Waidman (2004) afirma ser indispensável para a prática do cuidado em família usar a empatia aliada a outros requisitos, como a ética e comprometimento profissional. Molina (2005) comenta ainda que ao assistir a família do indivíduo com diagnóstico de câncer, com o intuito de atender suas necessidades particulares, deve-se oferecer apoio emocional aos mesmos, para reduzir esta sobrecarga de sentimentos negativos, pois se sabe que é a família que arca com este suporte emocional no cotidiano do cuidado.

Waldow (2004) ao definir cuidado como uma maneira de ser e de se relacionar, caracteriza-o por incluir alguns significados como envolvimento, aceitação, compaixão, preocupação, amor, ajuda, entre outros, manifestações que são exclusivas dos seres humanos.

A categoria **Perceber-se vulnerável** expõe as reflexões e os sentimentos da família e do idoso frente a finitude da vida, desencadeando correlações com a condição crônica vivenciada pelo idoso. A família em seu processo de viver e cuidar vivencia perdas de familiares, amigos, pessoas conhecidas, o que proporciona a ela mudanças no cotidiano e/ou reflexões sobre a situação de vida e a relação com a morte no núcleo familiar, principalmente, no que diz respeito ao idoso com condição crônica.

As famílias relatam situações que demonstram suas formas de enfrentamento em relação à morte, ou seja, as ações simbólicas direcionadas pelo *self* frente à significação de finitude da vida. Ações como: buscar a aceitação da morte justificando-a como algo melhor para o ente que faleceu, uma vez que permanecer vivo implicaria em uma condição de sofrimento e dependência por causa das seqüelas da doença, bem como trazer à memória

lembranças positivas e alegres do familiar falecido, representam reflexões, interpretações e significados atribuídos às situações sociais que envolvem a morte.

Zimerman (2000) comenta que os sentimentos e a relação com a morte costumam se diferenciar de uma geração para outra, bem como a posição familiar do falecido e seus vínculos estabelecidos com os demais membros interferem no enfrentamento da morte entre familiares.

A morte e a separação de familiares são situações adversas mais significativas vivenciadas por idosos em condições crônicas de saúde. Para os idosos, as perdas do companheiro, de parentes e amigos, ocasionadas por morte ou separação, podem significar solidão, o que influencia o surgimento de um estado depressivo, principalmente nas mulheres, visto que elas têm pouca chance de refazer a vida com outra união (TRENTINI *et al.*, 2005).

Essas duas categorias analíticas do estudo, que representam parte do contexto em que o cuidado familiar ao idoso com condição crônica ocorre, podem figurar o processo simbólico interior dos membros da família e do próprio idoso. As **Estratégias utilizadas no cuidado do idoso**, bem como **Perceber-se vulnerável** são categorias analíticas que apresentam o *self* e a mente, ou seja, a forma como agem socialmente em várias situações que envolvem a condição crônica, como a busca de outros recursos para cuidar do idoso, ou no caso do enfrentamento da morte de um familiar. Os códigos que constituem essas categorias evidenciam as atividades simbólicas do indivíduo, que pensa, faz reflexões e interpretações, busca respostas para si próprio, atribui significados à situação vivenciada e estabelece assim uma reação (CHARON, 1985).

Ao refletir sobre a presença dos profissionais de saúde nestes dois processos “A identificação da doença crônica do idoso” e “A convivência com a cronicidade da doença do idoso”, é que surgiu o processo OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIDA DAS FAMÍLIAS. Esse terceiro processo integra a dimensão central do estudo, e configura-se como

consequência, isto é, resultado das ações e interações que permeiam o cuidado familiar ao idoso com condição crônica.

Este processo descreve como os serviços de assistência à saúde fazem parte da vida das famílias que convivem com a cronicidade da doença do idoso, enfocando no estudo a participação dos serviços públicos de saúde através da categoria **O serviço público de saúde no cuidado ao idoso.**

Os serviços de assistência à saúde estão presentes na vida das famílias que vivenciam o cuidado do idoso com doença crônica de várias maneiras, como através do fornecimento de medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença e também pelo trabalho da Equipe Saúde da Família, a qual realiza consultas domiciliares, organiza reuniões com a população, faz orientações coletivas e individuais, entre outras ações.

A visita domiciliar demonstra ser um instrumento de assistência à saúde do idoso muito importante, a qual permite realizar ações em saúde, prevenindo complicações da doença crônica, identificando estados graves de hiperglicemia, hipotensão, por exemplo, podendo inclusive haver indicação de internação hospitalar para estabilizar o quadro de saúde do idoso.

Vale destacar ainda que através da visita domiciliar torna-se possível avaliar outras necessidades de cuidado no ambiente familiar, no qual podem-se detectar tanto outros problemas de saúde na pessoa que foi, inicialmente, objeto de sua visita, como também pode identificar outras pessoas doentes na família e que precisam ser assistidas.

Fabício *et al* (2004) afirmam que a visita domiciliar tem o objetivo de avaliar as necessidades do cliente, seus familiares e do ambiente onde vive, para que a equipe de saúde possa estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação dos membros da família, levando em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço.

A abordagem no contexto domiciliar visa a redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados, mas incluem também a preocupação com a humanização da atenção à saúde (REHEM & TRAD, 2005). Apesar da assistência domiciliar ter sido incluída pelo Departamento de Atenção Básica no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), sendo assim uma modalidade de atendimento prevista no Programa Saúde da Família, cabe destacar a emergência de investir-se na normatização e operacionalização dessa assistência domiciliar no âmbito da atenção básica (REHEM & TRAD, 2005).

Outra atividade importante desenvolvida pela ESF, mencionada pelas famílias como atividade facilitadora do tratamento da doença crônica do idoso foi a realização de reuniões em grupo, como o Hiperdia. Neste trabalho são realizadas orientações sobre as doenças, riscos de complicações, esclarecimentos de seu controle, acompanhamento do tratamento com a realização de exames para avaliação do estado de saúde do idoso e a prescrição de medicamentos necessários.

Garcia *et al* (2006) comentam que as atividades em grupos de idosos em unidades básicas de saúde representam um importante espaço de educação em saúde e que traz benefícios, tanto para os idosos, quanto para o próprio serviço. Esta estratégia de trabalho promove ao idoso melhor compreensão e aceitação do adoecimento, a retomada de papéis sociais e a ocupação de tempo ocioso. Já para o serviço propicia-se a ampliação do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, o que pode interferir positivamente na adesão ao tratamento e adoção de medidas preventivas.

Nas diversas maneiras de interagir com as famílias e os idosos observou-se que estes têm, muitas vezes, no profissional de saúde que faz seu atendimento, uma referência de saúde e cuidado, ou seja, a família também busca no comportamento da equipe significados de saúde, doença e cuidado. Nota-se que a população tem uma expectativa e um grau de

infalibilidade que se espera destes profissionais que os assistem. As doenças entendidas como evitáveis, como por exemplo o colesterol elevado, são questões que, na percepção das famílias, se encontra, fora do contexto de vida quando aplicado à equipe de saúde.

Este fato é importante na medida em que nos oferece uma espécie de contra-mão da percepção da atuação dos serviços públicos de saúde. Pode-se aqui elencar dois desses fenômenos: o primeiro é que as informações estão se construindo continuamente. Uma campanha de vacinação para idosos, prevenção de câncer de mama, ou orientação de comportamento preventivo em saúde nunca é interpretada de maneira homogênea pela população alvo. Assim sendo, pode-se observar que a relação humana com a informação se dá muito mais em um nível de interação simbólica, ou seja, a informação é construída e não dada.

O segundo fenômeno, geralmente desprezado, é o de que o observador também é observado, ou seja, na relação simbólica que se estabelece entre ser cuidador e ser cuidado, a construção de significados permeia o olhar de ambos.

No que se refere a esta discussão, Blumer (1998) apresenta algumas idéias básicas sobre a interação simbólica, que nos elucida vários fenômenos descritos no trabalho de campo junto às famílias com idosos com condição crônica, dentre as quais destaca-se a ‘natureza da ação social’, o ‘ser humano como ator social’ e a ‘natureza da ação humana’.

A ‘natureza da ação social’ aludi que uma sociedade consiste de indivíduos interagindo uns com os outros, interação esta que forma a conduta humana; o ser humano age considerando o significado das ações dos outros e definindo sua própria linha de ação à luz de sua interpretação, por isso, entende-se que esta interação simbólica envolve interpretação da ação. O ‘ser humano como um ator social’ reporta-se ao entendimento do homem como um organismo que responde a outros, fazendo e interpretando as indicações de outros, ou seja, o ser humano é um organismo atuante na construção social. Já a ‘natureza da ação humana’

refere-se à capacidade do homem fazer indicações para si mesmo, descobrir o significado das ações dos outros e planejar sua própria ação à luz de sua interpretação (BLUMER, 1998).

A partir desse entendimento de que os significados são considerados produtos sociais, formados dentro e através das atividades das pessoas, à medida que elas interagem, conclui-se que os significados de cuidado à saúde e doença do idoso estão em constante construção, sendo formulados e reformulados conforme suas interações com os seres humanos, incluindo aqui as interações com profissionais de saúde.

As famílias também relatam várias dificuldades para a utilização do serviço público de saúde, mencionaram os problemas da não continuidade dos programas realizados pelas unidades básicas de saúde quando mudam as gestões políticas, bem como a freqüente alteração dos membros da equipe de saúde, pode levar à descontinuidade do tratamento e o rompimento de vínculos entre a população e os profissionais de saúde.

Outros problemas apontados são concernentes ao suporte do tratamento da doença crônica, como a restrição no fornecimento de medicamentos e alguns materiais para administração dos mesmos quando são injetáveis, e ainda dificuldades em conseguir consultas médicas, agravadas nos casos das consultas para especialidades, a exemplo da cardiologia, nefrologia, neurologia.

Segundo Borges (2003, p. 91) a constatação é que no Brasil, além de se gastar mal, se gasta pouco com saúde. Situação agravada com o desenvolvimento de uma política neoliberal, na qual o papel do Estado é de garantir o mínimo de assistência à saúde, permitindo um espaço para o setor privado. O autor ainda comenta que:

O modelo assistencial ainda vigente no país é caracterizado pela prática médica voltada para abordagens biológicas e intra-hospitalares, associada à utilização, nem sempre adequada, dos recursos tecnológicos existentes, resultando em baixa cobertura e resolubilidade e em custos elevados, ocasionando insatisfação por parte dos gestores do sistema, dos profissionais de saúde e da população usuária dos serviços.

A dificuldade de acesso à unidade básica de saúde também foi uma questão apresentada pelas famílias e idosos, tanto pelo distanciamento geográfico entre a residência e o serviço, como também pelo problema do transporte, que envolve desde não possuir meios de locomoção privados, dependendo, nestes casos, do transporte coletivo ou de ambulância, até as limitações físicas provenientes dos agravos à saúde do idoso.

Esses problemas de acesso ao serviço de saúde, ausência de uma Unidade Básica de Saúde, bem como ausência de transporte coletivo, também foram relatados nos estudos de Marcon et al. (2004) e Marques (2004), sendo, neste último, destacado ainda a dificuldade em conseguir transporte público para os idosos com dependência.

Deste modo, esse terceiro processo analítico revela as situações que a família julga como sendo importante e necessária a atuação dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso, participação esta que perpassa vários momentos dos dois processos descritos inicialmente. Além disso, dá-se o conhecimento das dificuldades enfrentadas pelas famílias e idosos, quando ao buscarem esse suporte do serviço público de saúde não encontram respostas concretas às suas necessidades. Outros componentes importantes são os símbolos, construídos pelas famílias dos profissionais de saúde como referência de comportamento saudável.

É a partir dos símbolos que se compreende a ação humana, pois é através deles que são dados significados ao cuidado à condição crônica, por exemplo, estruturando sentido às *coisas* para si e para àqueles com quem se interage.

Neste estudo, ao observar as relações familiares com o idoso com condição crônica, como a família e o idoso vivenciam a condição de cronicidade da doença, como e em que situações os cuidados ocorrem, suas estratégias, seus sentimentos, bem como atentar para suas percepções sobre as relações de suporte advindas dos serviços de saúde, se constituiu uma maneira de compreender o significado do cuidado deste idoso no contexto domiciliar, uma vez que este está expresso em seus modos de agir, falar e pensar o cuidado.

A partir da compreensão de Blumer (1998) de que os seres humanos agem em relação às *coisas* com base no significado que elas têm para eles, entendendo por *coisas*: objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos, instituições, atividades, situações de vida diária, entre outros, entende-se assim que as ações de cuidado realizadas pelas famílias e pelos idosos em relação à condição crônica representam seus significados sobre a mesma, demonstram os entendimentos destes referente ao problema crônico de saúde.

Este estudo permite assim compreender o conceito de cuidado familiar ao idoso que vivencia a condição crônica, por meio da identificação dos significados desse cuidado e da percepção de como a família vive esse processo de cuidar. No modelo teórico proposto, a dimensão central CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA transpassa todo o processo, conforme representado graficamente na figura 18.

Figura 18. Diagrama do Fenômeno – Cuidado familiar ao idoso com condição crônica.

6- CONSIDERAÇÕES GERAIS

A construção do modelo teórico do “Cuidado familiar ao idoso com condição crônica”, sob o olhar do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados e da interpretação das relações familiares neste cuidado, a partir do referencial teórico do Interacionismo Simbólico, permitiu-nos compreender o conceito de cuidado familiar ao idoso com doença crônica.

Segundo os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados (GLASER & STRAUSS, 1999) o modelo teórico emergente não se apresenta de forma totalmente definida, fechada, pois este se encontra em constante desenvolvimento, podendo ser retomado, ampliado, reinterpretado, à medida que novos dados podem ser acrescentados, ocorrendo por meio de novos questionamentos e conseqüente busca de outros grupos amostrais, dando continuidade à análise dos dados coletados. Entende-se que o modelo teórico apresentado e discutido neste estudo focaliza a análise dos dados coletados neste período de trabalho de campo, sendo construído também a partir da sensibilidade teórica da pesquisadora, o que envolve sua capacidade de captar, interpretar e organizar os dados referentes ao fenômeno estudado.

Essa pesquisa possibilitou visualizar os processos que permeiam o Cuidado familiar ao idoso com condição crônica, apresentando os significados que a família e o idoso têm nesta relação de conviver com a condição crônica.

As famílias ao identificarem a doença crônica do idoso passam por diversas dificuldades, adaptam-se e vão tomando consciência da cronicidade da doença. Lembrando que este processo está permeado de sentimentos de medo e insegurança. Assim, a família e o idoso aprendem a conviver com a condição crônica e, nessa dinâmica, constroem seus significados de cuidado a partir dessa interação entre o cotidiano de vida e seus atores sociais, os quais também são constituídos por suas histórias e valores culturais.

Nessa construção de significados sobre o viver e envelhecer com a presença da doença crônica, a capacidade funcional do idoso é um fator significativo e determinante no processo de cuidar e ser cuidado. Ser ou não um idoso que apresenta uma condição crônica, com sua autonomia preservada e independência para exercer suas atividades da vida diária, é uma condição estruturante dos conceitos do cuidado.

A presença do idoso no contexto familiar, mesmo quando possui uma condição crônica, muitas vezes, se dá em uma relação de compartilhar ajuda, de ser cuidado, mas também cuidar dos netos e filhos, assumindo compromissos e responsabilidades na família, situação que favorece a manutenção do bem estar e da saúde do idoso, permitindo que este se sinta útil e com motivos para continuar a viver.

Reflete-se então que, quando se busca o significado do “cuidado familiar ao idoso com condição crônica”, não se devem ter as premissas de referir-se à situação de um idoso incapacitado e dependente. Em sua maioria, temos a realidade de famílias que convivem com o idoso portador sim de doença crônica, mas sendo este extremamente ativo e ainda com vigor em viver e cuidar-se.

Isto não significa que a convivência com o idoso doente e fragilizado não seja uma condição presente em algumas famílias e que não deva continuar sendo objeto de atenção e cuidado tanto no campo da pesquisa, quanto na atuação dos serviços de saúde.

A instalação da dependência e a necessidade de assumir o cuidado ao idoso com doença crônica neste estado geram outros significados no processo de cuidar. Indiscutivelmente, a família tem sido a principal fonte de suporte e apoio ao idoso brasileiro, enfatizando neste caso o idoso com um estado de dependência duradoura.

A família busca estratégias para atender todas as necessidades de cuidado do idoso, se organiza, distribui algumas tarefas e despesas que envolvem esta situação entre os membros que moram juntos e com outros familiares mais próximos, mas a ação de cuidar do

idoso, geralmente está centralizada em um cuidador, o que em sua maioria é do sexo feminino.

Deste modo, a família fica sobrecarregada nesta complexa tarefa de cuidar do idoso com doença crônica, pois nem sempre a ajuda que busca nos serviços de saúde atendem suas expectativas, tendo dificuldades em conseguir um acompanhamento adequado ao idoso pelo Sistema Único de Saúde.

O serviço público de saúde, no que se refere ao cuidado do idoso com condição crônica, ainda é uma instituição ausente no atendimento de várias necessidades da família e do idoso, o que fica ainda mais evidente quando estes se tornam usuários permanentes, como é o caso de conviver com a cronicidade da doença. A burocratização do serviço e sua forma engessada de executar suas ações, nem sempre consegue executar uma assistência integral e humanizada à essa população.

A Política Nacional do Idoso (1999) estabelece que o idoso tem direito de acesso aos serviços de saúde e ainda reconhece a importância da parceria entre profissionais de saúde e a família, com o intuito de possibilitar a sistematização de tarefas a serem realizadas no domicílio, privilegiando aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso, evitando assim, hospitalizações desnecessárias, internações em asilos e outras formas de segregação e isolamento. Criar políticas nacionais de atenção ao idoso é o primeiro passo, porém, faz-se necessário viabilizar recursos para que as mesmas sejam efetivamente executadas.

O idoso com sua capacidade funcional preservada e o idoso dependente de cuidados são condições distintas, e ambas merecem o olhar de pesquisadores e profissionais da saúde, principalmente os envolvidos nas áreas de gerontologia e geriatria.

Entretanto, é importante refletir o quanto a formação e, conseqüentemente, a prática profissional ainda se encontram vinculadas ao modelo biomédico de assistência à saúde. A

maioria das pesquisas na área gerontogeriatrica, bem como, a prática profissional nos serviços de saúde, ocorre quando existe uma situação com um problema instalado, ou seja, no caso do idoso com doença crônica, por exemplo, este só se torna atenção à prática da equipe de saúde quando se encontra em um estado de desequilíbrio da doença.

Há ainda muito que ponderar sobre esse paradigma de assistirmos à saúde do idoso e família de maneira integralizadora e humanizada, na perspectiva de promoção e recuperação da saúde e tratamento da doença.

Essa reflexão e discussão devem ocorrer, principalmente, no âmbito do ensino de graduação, momento apropriado para suscitar a prática assistencial à família enquanto unidade que vivencia o envelhecer, passando da terceira idade para a quarta e quinta idade – que é o entendimento de idoso jovem à idoso velho –, pois essa é a ocasião em que se inicia a base da formação profissional, no qual vários conceitos começam a ser sedimentados.

Como o fenômeno central desta pesquisa é o cuidado ao idoso, ainda que tenha focalizado esta ação desenvolvida pela família, faz-se necessário observar como a enfermagem participa deste contexto, uma vez que o cuidado é seu objeto de atuação e competência profissional.

Nota-se uma invisibilidade do trabalho da enfermagem na assistência à família com idoso portador de doença crônica. Esta situação merece atenção, uma vez que compomos esta classe profissional e existe o intuito neste estudo de contribuir para a prática da enfermagem gerontológica.

É notório que algumas famílias não fizeram menção à presença da equipe de enfermagem na assistência oferecida às mesmas pelos serviços de saúde, enquanto outras apontaram o cuidado da enfermagem de maneira pontual, o que está expresso no ecomapa de cada família.

Sabe-se que a equipe de enfermagem realiza várias funções dentro dos serviços de saúde, inclusive no que tange a assistência à família do idoso, e que estas são de fundamental importância para o resultado do trabalho da equipe de saúde como um todo. Faz-se então aqui um objeto de investigação a ser estudado, para que possamos buscar estratégias com vistas a reverter esta realidade, na qual a enfermagem, nem sempre, tem o reconhecimento do seu trabalho.

O modelo teórico elaborado nesta pesquisa contribui para ampliar a formação de um corpo de conhecimento científico na área da gerontologia, principalmente, porque há poucos estudos na literatura científica enfocando como objeto de análise o idoso autônomo com sua capacidade funcional preservada. Assim, no tocante a categoria de análise “A presença do idoso independente na família”, esta têm uma contribuição científica muito relevante, uma vez que, além de ser algo não salientado nas pesquisas até o momento, ainda assim mostra que o idoso com doença crônica nestas condições também sofre mudanças no seu cotidiano e vivencia dificuldades ao conviver com a cronicidade da doença em família.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ANDRADE, O. G. **Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral:** representações do cuidador familiar. Ribeirão Preto, 1996. 177 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1996.

ANDRADE, O. G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde.** Ribeirão Preto, 2001. 224 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2001.

ANDRADE, O. G. de; RODRIGUES, R. A. P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, 2002. p. 193-199.

AYÉNDEZ, M. S.. El apoyo social informal. In: PERES, E. A. et al. **La atención de los ancianos:** un desafío para los años noventa. Washington, D. C.: OPS, 1994.

BLUMER, H.. **Symbolic Interactionism.** Perspective and Method. Berkeley and Los Angeles – United States of America; London – England: University of California Press, 1998.

BORG, C.; HALLBERG, I. R.; BLOMQVIST, K.. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. **Journal of Clinical Nursing**, v.15, p. 607-618, 2006.

BORGES, M. C. M.. O idoso e as política públicas e sociais no Brasil. In: VON SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. p. 79-104.

BRASIL. **Estatuto do idoso:** dispositivos constitucionais pertinentes. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, normas correlatas, índice temático. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

CABETE, D. G.. **O idoso, a doença e o hospital.** O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Lisboa – Portugal: Lusociência, 2005.

CALIRI, M. H. L.. **Tentando resolver as incertezas:** trajetória das mulheres ao enfrentarem o processo de histerectomia. 1994. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

CAMARANO, A. A.. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, cap 6, 2001.

CARREIRA, L.; MARCON, S.S.. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de Insuficiência Renal Crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003.

CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T.. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.

CHAIMOWICZ, F.. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Empório do Livro, 1998.

CHAIMOWICZ, F.. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.21, p. 184-200, 1997.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism:** an introduction, an interpretation, an integration. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.

CICCHELLI, V.; PEIXOTO, C. E.. Sociologia e antropologia da vida privada na Europa e no Brasil. Os paradoxos da mudança. In: PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F. de; CICCHELLI, V.. **Família e Individualização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

CICOUREL, A.. Teoria e método em pesquisa de campo. In: ZALUAR, A. **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1990. cap. 4, p. 87-121.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, n. 34, p. 666-71, 2000.

COLLIÉRE, M.-F. **Promover a vida**. Tradução: Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1989.

COSTA, M. A. **Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Lisboa; Coimbra: EDUCA – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa; FORMASAU – Formação e Saúde Ltda, 2002.

DATASUS. **População residente - Brasil**. 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>. Acesso em: 04/01/2006.

DELANEY, L.. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. St. Louis: C. V. Mosby, 1986. p. 87-99.

DENARDIN, M. de L. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 77-96.

DURHAM, E. R. et alii. **Perspectivas antropológicas da mulher 3**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

DURHAM, E. R.. A família operária: consciência e ideologia. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, v. 23, n. 2, 1980, p. 201-213.

ELSEN, I.. **Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brazilian fishing village**. San Francisco: UCSF, 1984. 301p. Tese (Doutorado em Enfermagem). University of California.

ELSEN, I.. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

FABRÍCIO, S. C. C.; WEHBE, G.; NASSUR, F. B.; ANDRADE, J. I. de. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 05, p. 721-26, 2004.

FELGAR, J. A. S.. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, Ursula Margarida S. (org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 47-85.

FIGUEIRA, S. A. O ‘moderno’ e o ‘arcaico’ na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: FIGUEIRA, S. A. **Uma nova família**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

FREITAS, E. V. de; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FRIES, J. F.. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. **Annals of Internal Medicine.**, v. 139, n. 5, p. 455-59, 2003.

FRIES, J. F.. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **New Engl. J. Med.**, v. 303, n. 3, p. 130-135, jul. 1980.

GARCIA, M. A. A.; YAGI, G. H.; SOUZA, C. S. de; ODONI, A. P. de C.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S.. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-82, 2006.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L.. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1999.

GOMES, G. de C.; DIOGO, M. J. D'E.. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. Cap. 6. In: DIOGO, Maria José D'Elboux; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004. p. 107-32.

HAGETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

IMAGINÁRIO, C.. **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra, Portugal: Formasau, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico de 2000** – Resultado do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>. Acesso em: 19/05/2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades @** – Resultado do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> Acesso em: 04/01/2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE PORTUGAL – INE. **Censo demográfico de 2001** – População e Condições Sociais. Disponível em: <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=64>. Acesso em: 20/05/2004.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987.

LEBRÃO, M. L.. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (org.). **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 35-43.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R.. Condições de Saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (org.). **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 75-91.

LEININGER, M.. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York, NY: Nacional League for Nursing Press, 1991.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec – Abrasco, 1998.

LÉVI-STRAUSS, C. A família. In: SHAPIRO, H. L. (org.). **Homem, cultura e sociedade**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1966.

LEVY, S. M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: REICHEL, W.; GALLO, J.J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P.V.; SILLIMAN, R.A.; MURPHY, J.B.. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.15-29.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G.. **Naturalistic enquiry**. Beverly Hills: Sage, 1985.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. de. Conceitos Básicos. In: LITVOC, Júlio; BRITO, Francisco Carlos de.. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 1-16.

LOURENÇO, R. A.; MOTTA, L. B. da. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: VERAS, Renato Peixoto. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, unATI, 1999. p. 95-106.

MARCON, S. S. **Vivenciando a gravidez**. Florianópolis, 1989. Dissertação (Mestrado) – Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1989.

MARCON, S. S.; ANDRADE, O. G.; SILVA, D. M. P. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **R. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 123-32, 1997.

MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, L.; DECESÁRIO, M. das N.. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. Cap. 17. In: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Maria Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p. 265-282.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2005.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2004/2005**. 2004.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. **Revista Latino-Amarincana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 364-371, 2006.

MARQUES, S.. **O idoso após Acidente Vascular Cerebral**: conseqüências para a família. Ribeirão Preto, 2004. 165 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2004.

MENDES, M. M. R.; ALVARENGA, M. R. M.. Percepção da enfermagem sobre reinternações e alta hospitalar de idosos: resultados preliminares da análise de conteúdo. **Revista Latino-Amarincana de Enfermagem**, v.8, n. 2, p. 111-112, 2000.

MINAYO, M. C. de S.. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MOLINA, M. A. S.. **Enfrentando o câncer em família**. Maringá, 2005. 250 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

NASCIMENTO, L. C.. **Crianças com câncer: a vida das famílias em constante reconstrução**. Ribeirão Preto, 2003. 233 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.

NERI, A. L.. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.

NERI, A. L.. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. p. 9-55.

NITSCHKE, R. G.; ELSSEN, I. Saúde da Família na Pós-Graduação: um compromisso ético interdisciplinar na Pós-Modernidade. **Rev. Brás. Enferm.**, Brasília, v. especial, p. 35-48, dez. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Informe de um Comitê de Expertos (Série de informes técnicos, n. 548). Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1974.

PEIXOTO, C. E.. Avós e netos na França e no Brasil: a individualização das transmissões afetivas e materiais. Cap. 6. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers; SINGLY, François de; CICCHELLI, Vincenzo. **Família e individualização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 95-111.

PETTENGILL, M. A. M.. **Vulnerabilidade da família**: desenvolvimento do conceito. 2003. 164 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PITTA, A. M. F. Qualidade de vida: uma utopia oportuna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-27, 2000.

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

RAMOS, L. R.. Epidemiologia do envelhecimento In: FREITAS et al, **Tratado de geriatria e gerontologia**. Cap 7. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2001.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B.. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. sup, p. 231-42, 2005.

ROACH, S. S. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Tradução: Cabral, I. E.; Lisboa, M. T. L.. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2003.

RODRIGUES, R. A. P.. **Mulheres em mudança no processo de vida e envelhecer**. (Tese de Livre Docência). 136 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

RODRIGUES, R. A. P.. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram quedas**. Tese (Doutorado). 203 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

ROMANELLI, G.. Famílias de classes populares: socialização e identidade masculina. **Cadernos de Pesquisa NEP**, n. 1 e 2, p. 25-34, 1997.

RUNCIMAM, P., WATSON, H., MCINTOSH, J., TOLSON, D. Community nurses' health promotion work with older people. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 1, p. 46-57, 2006.

SARTI, C. A. **A família como espelho**. Um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: autores associados, 1996.

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R.. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, n.38, v. 5, p. 687-94, 2004.

SOMMERHALDER, C.; NERI, A. L.. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2002. p.93-134.

STERN, P. N.. Grounded theory methodology: Its uses and processes. **Image**, n.12, p. 20-23, 1980.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.. **Basics of qualitative research**. Grounded Theory, Procedures and Techniques. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1990.

TELFORD, K.; KRALIK, D.; KOCH, T.. Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 4, p. 457-464, 2006.

TRENTINI, M.; SILVA, S. H. da.; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n. 1, p. 38-45, 2005.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.11, n. 1, p. 18-28, 1990.

TURNER, R. H. **Family interaction**. New York: John Wiley & Sons, 1970.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. de. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 25-35.

VERAS, R. P., RAMOS, L. R., KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saude Públ.**, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

VERAS, R. P., ALVES, M. I. C.. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. S.. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995.

VERAS, R. P.. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: VERAS, R. P. et al. **Terceira idade: alternativa para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, UnATI, 1999. p. 35-50.

YOSHIOCA, M. R. **Tendo que ser maior do que os obstáculos para existir como enfermeira**. 1996. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

WAIDMAN, M. A. P.. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. Tese (Doutorado). 277 f. Programa de Pós-Grauação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

WALDOW, V. R.. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M.. **Enfermeiras e famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. Tradução: Silva M. Spada. São Paulo: Roca, 2002.

ZAITUNE, M. P. do A.; BARROS, M. B. de A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

ZIMERMAN, G. I.. **Velhice:** aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

APÊNDICE - A
Instrumento de Coleta de Dados – Roteiro

1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Grau de parentesco	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Renda	Profissão e Ocupação	Religião	Tipo de moradia

2. CONDIÇÃO DE SAÚDE /DOENÇA DO IDOSO E FAMÍLIA

Nome	Problemas de saúde (diagnóstico médico)	Tempo da doença	Presença de seqüelas	Faz tratamento? Quais?	Medicamentos com ordem médica	Medicamentos sem ordem médica

3. CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO.

O Senhor(a) consegue desenvolver estas atividades sozinho(a) ou necessita de ajuda de alguém?

Quadro 1 – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – Escala de Katz.

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Tomar banho	Não recebe ajuda para tomar banho.		
2. Vestir-se	Pega as roupas e veste-se sem qualquer ajuda.		
3. Ir ao banheiro em tempo	Vai ao banheiro, usa o banheiro, faz sua higiene, veste-se sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4. Deitar/levantar da cama/cadeira	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes.		
6. Alimentar-se	Come sem ajuda (exceto para cortar carne).		

A pontuação é o somatório de respostas “sim”. Um total de 6 pontos significa independência para AVD; 4 pontos dependência parcial; e 2 pontos dependência importante

Quadro2 – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton.

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

Para cada questão a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo que a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme sexo e podem ser adaptadas por atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

4. O cuidado do idoso no contexto da família.

Diante da(s) doença(s) _____ e das necessidades de cuidado, como tem sido para a família cuidar do Sr(a) _____? Você poderia me descrever com o máximo de detalhe possível essa situação ou esse período pelo qual estão passando?

5. Roteiro para observação.

- interação familiar;
- ambiente interno e externo da residência em que vive a família;
- atividades da vida diária;
- cuidado diário do idoso; condições de higiene, vestimentas, alimentação, eliminação, sono e repouso, cuidado com a pele, transporte, administração de medicamentos e outros...
- conversar com os membros da família, idoso, provedores de cuidado à saúde, pessoas significantes para a família (parentes, amigos, vizinhos ...);
- comunidade (igreja, escola, serviços de saúde, outras instituições significantes)

APÊNDICE - B**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Lígia Carreira, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, peço a sua participação no trabalho que pretendo desenvolver como tese de doutoramento.

Meu objetivo neste trabalho é desenvolver o conceito de cuidado da família com idoso portador de doença crônica. Para isto, solicito sua colaboração através de encontros e entrevistas que serão realizados no ambiente em que vivem.

Informo que é de livre escolha a participação neste estudo, e que, mesmo tendo concordado em participar, podem a qualquer momento e por qualquer motivo desistir dessa concordância. Além disso, comprometo-me a não revelar os nomes das pessoas que tiverem oferecido as informações, bem como não os referir nas observações que serão feitas por mim, ou seja, as informações serão apresentadas no trabalho sem qualquer possibilidade de identificação das pessoas. Informo que os resultados do estudo não serão utilizados para fins comerciais. Vou deixar à disposição uma cópia do trabalho na Biblioteca Municipal de Maringá e na biblioteca da Universidade Estadual de Maringá – UEM, para que todos possam ter condições de o ler.

Caso vocês concordem em fazer parte do estudo, por favor assinem logo abaixo.

Maringá-PR, _____ de _____ de 2005.

Família participante: _____

CPF/RG: _____

Lígia Carreira – Coren 82962

Endereço: R. João Luiz Dias, 459, bloco 02, apto 302. Bairro Cidade Nova. Maringá – PR. E-mail: ligiacarreira@hotmail.com Fone: 3267-9230.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – sala 01 – bloco 10 – Campus Central. Telefone: 3261-4444.