

**Universidade Federal do Maranhão  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

**AMANDA NAMÍBIA PEREIRA PASKLAN**

**O Cuidado Familiar: representações sociais dos idosos  
diabéticos**

SÃO LUÍS

2014

**AMANDA NAMÍBIA PEREIRA PASKLAN**

**O Cuidado Familiar: representações sociais dos idosos  
diabéticos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem,  
Cuidado e Saúde

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde  
e Enfermagem

Orientadora: Dr<sup>ª</sup>. Ana Hélia de Lima  
Sardinha

SÃO LUÍS

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

P 277c Pasklan, Amanda Namíbia Pereira

O cuidado familiar: representações sociais dos idosos diabéticos, 2013  
[Dissertação] / Amanda Namíbia Pereira Pasklan. – São Luís: UFMA/MA  
ENF, 2014.

104 f.

Inclui Bibliografias

Possui figuras

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Família. 4. Cuidadores. 5. Diabetes  
Mellitus. I. Título.

CDU - 616.379-008.64

PASKLAN, Amanda Namíbia Pereira. **O cuidado familiar:** representações sociais dos idosos diabéticos. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.  
Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### COMISSÃO EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha - Orientadora  
Doutora em Ciências Pedagógicas

---

Profa. Dra. Márcia Antônia Piedade Araújo – 1. Membro  
Doutora em Psicologia Social

---

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho – 2. Membro  
Doutora em Ciências da Saúde

---

Profa. Dra. Maria Ieda Gomes Vanderlei – Membro Suplente  
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública

---

Profa. Dra. Santana de Maria Alves de Sousa – Membro Suplente  
Doutora em Ciências Sociais

Dedico esta dissertação a Deus, que até aqui me abençoou. Ao meu marido Renato Pasklan, ao lado de quem espero envelhecer. Ao meu avô Bento Antunes (in memoriam), que me proporcionou o imenso prazer de saber como é cuidar de um idoso.

## AGRADECIMENTO

Ao término desta caminhada quero agradecer às pessoas que com seu carinho e incentivo contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade,

À minha orientadora e amiga, Dra. Ana Hélia, que sempre acreditou em minha caminhada acadêmica, e me direcionou para um futuro que está apenas começando.

À CAPES, pelo auxílio financeiro, tornando essa pesquisa possível de ser realizada.

À Secretaria Municipal de Saúde por ter disponibilizado minha pesquisa nas unidades de saúde, possibilitando a coleta dos dados.

À Jéssica Diniz, por me auxiliar e prestar toda atenção necessária quando precisei.

Aos meus amigos do mestrado, Lidiane, Nayara, Gustavo, Thaís, Márcia, Mônica, Pollyana, Luciana, Luís Fernando, Mafra e Danilo pelos agradáveis, divertidos e por vezes angustiantes momentos que vivenciamos juntos.

Aos meus pais, Nádia e Carlos, por torcerem por mim em cada conquista e serem meus exemplos ao me mostrarem que tudo se consegue com esforço e dedicação.

À minha irmã Danúbia, à minha sobrinha Maria Clara e à minha avó Olga que sempre se mostraram orgulhosas por mim, me fazendo acreditar que posso alcançar aquilo que eu almejar.

Ao meu marido, Renato, que sempre esteve ao meu lado, me encorajando e pacientemente me ajudando em todas as etapas desse sonho.

Aos agentes comunitários de saúde, que me ajudaram na coleta dos dados com grande disposição, e em especial à Vânia, dona Vitória e dona Joana, que se tornaram minhas amigas.

Aos idosos, que com grande prazer participaram da pesquisa, me mostrando que o cuidado não está nas coisas fantásticas e inovadoras, mas que o surpreendente do cuidado está nos simples e pequenos atos.

A velhice é o tempo que passa a  
utilidade e fica só o seu significado  
como pessoa. É o momentos que  
vamos saber quem nos ama de  
verdade, porque só nos ama, só vai  
ficar até o fim conosco, aquele que  
depois da nossa utilidade descobrir  
o nosso significado  
(Pe. Fábio de Melo)

PASKLAN, Amanda Namíbia Pereira. **O cuidado familiar**: representações sociais dos idosos diabéticos. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

Orientadora: Ana Hélia de Lima Sardinha

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde

## Resumo

O cuidado ocorre em todas as fases da vida, desde o nascimento do indivíduo até o seu envelhecimento. Com a velhice, as respostas do organismo diminuem, estando vulnerável ao acometimento de doenças que podem ser crônicas degenerativas. Nesse grupo de doenças que se desenvolvem com alguma alteração no envelhecimento do organismo, encontramos o diabetes. A consequência advinda do convívio do idoso com o diabetes é a necessidade de cuidados contínuos. Percebe-se então que, o cuidado ao idoso, principalmente quando este possui uma condição crônica como Diabetes Mellitus, é essencial. Ao se falar sobre a rede informal de apoio e ajuda ao idoso, compreende-se que esta é formada pelos seus familiares, um sistema geracional de indivíduos que, por vezes, convivem no mesmo lar do idoso, ou em domicílio próximo ao dele. Considera-se importante buscar o discurso do idoso sobre o cuidado prestado por sua família, entendendo como estes sujeitos que são cuidados vêem o cuidado prestado, como é realizado, compreendido, e avaliado. Pretendemos estudar, portanto, a representação social sobre o cuidado da família para idosos com diabetes mellitus. Tomando-se por base essa proposição, o problema de pesquisa ficou assim construído: Quais as representações sociais sobre o cuidado familiar para o idoso com diabetes mellitus? A pesquisa objetivou verificar as representações sociais sobre o cuidado prestado pela família para idosos com diabetes mellitus. Para isso, realizou-se um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com 57 idosos cadastrados em Unidades da Estratégia Saúde da Família localizada em São Luís - MA, no período de março de 2012 a janeiro de 2014. Para a coleta aplicou-se a técnica de associação livre de palavras, seguida de uma entrevista semiestruturada e um questionário sócio-demográfico, sendo analisados por softwares e a análise de conteúdo. As palavras evocadas que constituíram o núcleo central foram: companhia, consulta médica, família, medicação, preocupação; e como elemento de contraste: solidão. Em relação aos elementos do segundo quadrante encontramos: ajuda, alimentação, atenção e cuidadoso; e no terceiro quadrante: distância. As palavras evocadas fizeram parte dos conteúdos adquiridos nos discursos dos idosos, observando-se ainda em suas falas que foi enfatizada a condição de serem diabéticos. O idoso apresentou no discurso sentimentos de gratidão, de valorização e de conformação, enriquecendo a discussão da pesquisa sobre suas Representações Sociais. Ao se buscar o discurso de idosos sobre o cuidado da família, o enfermeiro pode vir a realizar um planejamento de saúde adequado e de qualidade, prestando um cuidado estratégico de acordo com as singularidades de cada sistema familiar que está sob sua responsabilidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Família. Cuidadores. Diabetes Mellitus.

PASKLAN, Amanda Namíbia Pereira. O cuidado familiar: representações sociais dos idosos diabéticos. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

### **Abstract**

Care occurs in all stages of life, since the birth of someone to their aging. With old age, the body answers decrease, being vulnerable to chronic degenerative diseases. We found diabetes in this group of diseases that develop with some changes in the aging body. The consequence from the elderly living with diabetes it's the need for ongoing care. It's noticed then that the elderly care, especially when it has a chronic condition like mellitus diabetes, is essential. When we discuss about the informal network of help and support to the elderly, we understand that this is formed by their family, a generational system of individuals who sometimes live in the same home or next to him. We consider important to seek the speech of the elderly on the care given by his family, understanding how these cared subjects see the care provided, accomplished, understood and evaluated. We intend to study the social representation of family care for older people with mellitus diabetes. Taking this proposition as a basis, the research problem was thus constructed: What are the social representations of family care for the elderly with mellitus diabetes? The research aimed to determine the social representations about the care provided by family for elderly with mellitus diabetes. For this, we performed an exploratory descriptive study with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, with 57 seniors registered in the Family Health Strategy Units located in São Luis-MA, covering the period March 2012 to January 2014. To the collect we applied the free association of words technique, followed by a semi structured interview and a socio-demographic questionnaire analyzed by software and content analysis. The evoked words that constituted the core were: company, medical appointments, family, concern, and as a contrasting element: loneliness. For those elements of the second quadrant we find: help, food, attention and care, and in the third quadrant: distance. The evoked words were part of the knowledge acquire in the speeches of the elderly, still observing in their speech, was emphasized the condition of being diabetic. The elderly presented in speech feelings of gratitude, valuation and conformation, enriching the discussion of their research on Social Representations. When seeking the elderly discourse about the family care, the nurse can make an appropriate and quality health planning, providing a strategic care according to the singularities of each family system under his responsibility.

**Key words:** Nursing. Aged. Family. Caregivers. Diabetes Mellitus.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Esquema de análise da construção dos objetos das Representações Sociais.....	19
FIGURA 2	Palavras evocadas em ordem alfabética.....	44
FIGURA 3	Palavras evocadas resumidas.....	45
FIGURA 4	Palavras evocadas sintetizadas no programa Microsoft Excel...	46
QUADRO 1	Resultado do Teste de Associação Livre de Palavras para o termo indutor cuidado da família para os idosos diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família.....	50
QUADRO2	Quadro de quatro casas do termo indutor cuidado da família para os idosos diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família.....	51
FIGURA 5	Categorias obtidas a partir do discurso dos sujeitos da pesquisa sobre o conhecimento do Diabetes Mellitus.....	56

## LISTA DE SIGLAS

ACs	Agentes Comunitários de Saúde
ALP	Associação Livre de Palavras
DNTs	Doenças não transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVOC2003	Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse Des Evocations
HUUPD	Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP)	Técnica de Evocação Livre de Palavras
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>ENVELHECIMENTO, CUIDADO, FAMÍLIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>17</b>
3.1	COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	17
<b>3.1.1</b>	<b>A Teoria das representações sociais na Enfermagem.....</b>	<b>20</b>
3.2	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO	21
<b>3.2.1</b>	<b>O processo de envelhecer.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2.2</b>	<b>A promoção de um envelhecimento ativo para o idoso diabético.....</b>	<b>25</b>
3.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO AO IDOSO...	27
<b>3.3.1</b>	<b>Natureza do Cuidado.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3.2</b>	<b>O(s) Cuidado(s) e o Cuidar.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3.3</b>	<b>A problemática do Cuidado.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Colocar em evidência o Cuidado.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3.5</b>	<b>O Cuidado da Família.....</b>	<b>36</b>
<b>3.3.6</b>	<b>Cuidando do Idoso diabético.....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>O PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
4.1	O TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2	O LOCAL E O PERÍODO DO ESTUDO.....	41
4.3	OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	42
<b>4.3.1</b>	<b>Abordagem dos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>42</b>
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	43
4.5	ANALISANDO OS DADOS.....	44
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
<b>5</b>	<b>APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS SOBRE O CUIDADO FAMILIAR.....</b>	<b>49</b>
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS AVALIADOS	49
5.2	REVELANDO A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS SOBRE O CUIDADO FAMILIAR.....	50
5.3	DESVELANDO O DISCURSO DOS IDOSOS SOBRE O CUIDADO PRESTADO POR SEUS FAMILIARES	55
<b>5.3.1</b>	<b>O cuidado da família e o envelhecimento.....</b>	<b>58</b>
<b>5.3.2</b>	<b>O cuidado da família e o diabetes.....</b>	<b>60</b>
<b>5.3.3</b>	<b>O cuidado da família, o cuidado essencial.....</b>	<b>63</b>
<b>5.3.4</b>	<b>Ser cuidado pela família é envelhecer bem.....</b>	<b>65</b>
<b>5.3.5</b>	<b>Ser cuidado pela família é ter um cuidado compreensivo.....</b>	<b>68</b>
<b>5.3.6</b>	<b>Ser cuidado pela família é ter o diabetes controlado.....</b>	<b>70</b>
<b>5.3.7</b>	<b>Ser cuidado pela família é ser cobrado.....</b>	<b>72</b>
<b>5.3.8</b>	<b>Ser cuidado pela família é ter suas necessidades supridas.....</b>	<b>74</b>
<b>5.3.9</b>	<b>Ser cuidado pela família é se sentir solitário.....</b>	<b>76</b>
5.4	AS RELAÇÕES ENTRE O TESTE DE EVOCACÃO E O DISCURSO APRESENTADO PELOS IDOSOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	79
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>93</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>99</b>

## INTRODUÇÃO

O cuidado, para Ayres (2004) é um processo que possui compreensão filosófica e atitudes práticas, sendo conquistado pela interação entre dois ou mais indivíduos que objetivam o alívio de um sofrimento ou a obtenção de um bem estar. Collière (2003) destaca que o cuidado pode ser de reparação ou de manutenção da vida cotidiana, compensando-se aquilo que é conhecido como necessário, sabendo o porquê de se estar fazendo.

Ao se realizar o cuidado a alguém, entende-se que o indivíduo ocupa-se do outro, tendo interesse, preocupação e afeto ao próximo, levando em consideração o olhar daquele que recebe o cuidado, sua cultura, hábitos, padrões, comportamento e conhecimento, fazendo com que o sujeito cuidado seja parte integrante, um membro ativo do processo. Trata-se do resultado da ação do cuidar, que ocorre com diálogo, com o toque, com o encontro entre o que cuida e o que é cuidado, entendendo que vai além do contato físico, mas é o importar-se com o outro como ser psicossocial.

O cuidado é entendido ainda como um processo que possibilita o indivíduo compreender a si no mundo, as experiências e seu modo de viver, sua existência, realizado de forma instintiva e intuitiva. É mais que um ato, é uma atitude que está na essência da existência humana, de forma sensível, criativa, com solicitude, com ética, sendo definido pela situação e de acordo com o que se descobre do outro.

Collière (2003, p. 178) explica que o cuidado ocorre em todas as fases da vida, desde o nascimento do indivíduo até o seu envelhecimento. E, em relação ao cuidado ao idoso, entende-se a necessidade do indivíduo de recorrer novamente à família para ser cuidado, “[...] não só para vigiar ou manter as capacidades que permanecem, mas também para tentar diminuir a aceleração das perdas sensório-motoras e psicoafetivas, assim como para manter despertas as capacidades restantes”.

O envelhecimento é compreendido como um conjunto de processos de transformação do organismo do indivíduo que ocorrem após a maturação sexual, implicando na regressão da probabilidade de sobrevivência. Há a modificação da capacidade fisiológica e a diminuição de resposta do organismo aos eventos considerados estressantes, o que pode causar uma instabilidade no equilíbrio do organismo e conseqüentemente o aumento do risco de desenvolvimento de patologias, podendo ser de causas internas e externas (NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012). Nesse grupo de doenças que se desenvolvem com alguma alteração no envelhecimento do organismo, destaca-se nesse estudo o diabetes mellitus (DM).

O DM é “um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina” (GROSSI; PASCALI, 2011, p. 2). Sua crescente incidência está relacionada ao envelhecimento populacional, assim como ao estilo de vida pouco saudável em que o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade estão presentes no dia a dia de muitos indivíduos, devido ao processo de urbanização.

A consequência advinda do convívio do idoso com o DM é a necessidade de cuidados contínuos, em que a família tem um papel de grande importância nesse processo. E, prestar cuidados ao idoso não se limita a supervisão ou administração de medicamento ou ao controle dos sintomas e da capacidade de se adaptar às mudanças físicas (GROSSI; PASCALI, 2011). É necessário, também, atenção à alimentação, à higiene, às atividades físicas e mentais, ao controle glicêmico, e dentre outras atividades cotidianas. Este processo envolve ainda o aspecto emocional e intuitivo do indivíduo que são compreendidos na interação com a família, e nas situações em que estes vivenciam.

Percebe-se então que, o cuidado ao idoso, principalmente quando este possui uma condição crônica como diabetes mellitus, é essencial. A família nesse processo tem o desafio de compreender que todos vivenciam a passagem de idade, e que na velhice há características e peculiaridades, que devem ser respeitadas e atendidas (COLLIÈRE, 2003). Nunes, Ferreti e Santos (2012) explicam que no Brasil a família ainda é o principal arranjo social e apoio para os idosos, uma vez que ainda são carentes as políticas públicas para amparar e proteger esses indivíduos.

Ao se falar sobre a rede informal de apoio e ajuda ao idoso, compreende-se que esta é formada pelos seus familiares, um sistema geracional de indivíduos que, por vezes, convivem no mesmo lar do idoso, ou em domicílio próximo ao dele. Assim, a rede de subsistemas que consiste em familiares que moram em casas separadas ou distantes é considerada como família estendida, não significando se tratar de um relacionamento interrompido (SOUZA, 2008).

Grossi e Pascali (2011, p. 158) destacam que a família é entendida como

[...] um sistema que interage entre si, criando os subsistemas, e com suprassistemas mais amplos, como a comunidade onde está inserida ou a sociedade. As interações entre os membros da família, propiciadas pela proximidade e características próprias, permite que ela tenha um papel ativo no acompanhamento do processo saúde-doença de seus membros, sendo responsável pelo cuidado dos mesmos.

A família é ainda um espaço de compartilhar sentimentos, que possui a capacidade de adaptação a diversas situações e fases da vida para se manter e se perpetuar. Nesse sentido, entende-se que no cuidado para o idoso com DM, a família possui

um papel importante por essa qualidade de se criar e recriar em cada situação (SIERRA, 2011).

Silva et al (2011) referem que o cenário da família como cuidadora de seus membros tem sido despertado nas últimas décadas, sendo um grande auxílio para o sistema de saúde. O cuidado prestado no domicílio tem se tornado uma preferência para o idoso, para que assim não seja necessário realizar o tratamento dentro de uma instituição. O que tem se observado com essa realidade é que o tempo de internamento hospitalar de idosos tem diminuído, principalmente no caso daqueles que possuem alguma condição crônica. O lar tem sido visto então pelo idoso como um lugar de conforto, o qual mantém sua identidade pessoal e seu relacionamento intrafamiliar, fazendo uma ligação entre o público e o privado.

Em relação a essa ligação público-privada, entende-se que a família tem responsabilidades de caráter privado, ainda que seja atribuído a ela tarefas do campo coletivo e público. Essa realidade tem sido observada devido à complexidade que hoje se observa em nossa sociedade, com o aumento da expectativa de vida e diminuição do número de membros no sistema familiar. Assim, aqueles que possuem uma família, esta é transformada em um sistema relacional responsável por mediar suas instâncias, tornando-se autopoietica, ou seja, toma normas para si mesma (DONATI, 2008).

O cuidar é um ato que se recebe em todas as fases, e se presta o cuidado muitas vezes de forma instintiva, intencional, se tratando de algo nato. Esse processo é aprendido para cuidar do que se nasce, dos filhos, dos pais na velhice, do ambiente, daqueles que se relacionam. Assim, durante toda nossa existência, tem-se aprendido a importância de cuidar e receber cuidados, por perceber-se que sem o cuidado não há sentido para a vida, e essa não pode existir sem ele (SOUZA; ROSA; SOUZA, 2011).

Considera-se importante buscar o discurso do idoso sobre o cuidado familiar, entendendo como é prestado, realizado, compreendido, e avaliado. Pretende-se estudar, portanto, a representação social sobre o cuidado da família para idosos com diabetes mellitus. Buscando-se estudar um determinado fenômeno que é uma realidade comum de um determinado grupo, o referencial teórico que contempla esse objetivo é o das Representações Sociais.

É de nosso conhecimento a importância do papel da família nesse cuidado para o idoso, mas qual influência tem as RS com os cuidados prestados ao idoso? Como os idosos diabéticos vivenciam esse processo de ser cuidado por sua família? Tomando-se por base estes questionamentos, o problema de pesquisa ficou assim construído: Quais as representações sociais sobre o cuidado familiar para o idoso com diabetes mellitus?

O problema desta pesquisa foi desenvolvido devido o meu interesse em estudar saúde do idoso, área na qual sempre tive afinidade. Com a minha participação no grupo de pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a Saúde do Idoso (NUPECE), vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, escolhi investigar algo ligado a minha experiência teórico-prática, devido minhas atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas no período acadêmico.

Assim, desenvolvendo atividades voltadas para o idoso diabético, pude perceber que várias situações e agravos poderiam ser evitados e/ou realizados se conhecesse o cuidado prestado pela família desses idosos e, a partir disso, desenvolver as orientações que precisavam ser passadas para o idoso nessa perspectiva de enxergá-lo como membro de uma família.

Para estudar o cuidado prestado pela família ao idoso com diabetes mellitus, é importante que primeiramente se entenda que o cuidado deve ser um processo dinâmico, e as ações planejadas para tal, depende da interação, respeito e conhecimento da realidade do idoso com a sua família (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

As autoras destacam que a família é participante ativa do processo de assistência ao idoso diabético, o qual tem maior possibilidade de agravo a sua saúde por portar uma condição crônica. Aborda-se ainda que a partir dos discursos apresentados pelo idoso “é possível o intercâmbio de saberes, em que as enfermeiras podem conhecer os saberes e as práticas deles [...]”, sendo possível obter conhecimento, por parte dele, sobre o cuidado (GONÇALVES; TOURINHO, 2012, p. 289).

É fato que o idoso com diabetes mellitus vivencia uma fase de mudança do ciclo vital juntamente com essa condição crônica, a qual é considerada uma situação em que o enfermeiro pode realizar intervenções de forma a criar vínculos com o indivíduo e sua família (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Além disso, é notável o aumento da expectativa de vida da população global, havendo conseqüentemente o crescimento do número de idosos em nossa sociedade, o que torna o sistema familiar mais envelhecido e com a necessidade de adaptação e (re)organização dos subsistemas. Trata-se, portanto, de um assunto importante de ser abordado, levantando-se pesquisas para que o sistema de saúde e, em particular, o enfermeiro, consiga prestar um cuidado integral ao idoso e sua família.

O estudo torna-se importante para a reflexão sobre a abordagem que o enfermeiro poderá prestar ao cuidado com o idoso e sua família, a partir das RS apreendidas. Assim, o ponto de vista daquele que é cuidado cotidianamente pela família propiciará novos elementos na (re) construção de práticas de saúde do profissional.

A pesquisa fornece relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará uma visão crítica e reflexiva ao grupo participante sobre a importância da família no cuidado ao idoso, de forma que esse cuidado proporcione um envelhecimento com qualidade.

## **2 OBJETIVO**

Verificar as representações sociais sobre o cuidado prestado pela família para idosos com diabetes mellitus.

### 3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ENVELHECIMENTO, CUIDADO E FAMÍLIA

Ao se propor a discussão de idoso, família e cuidado sob a perspectiva da teoria das Representações Sociais, considera-se importante entender, primeiramente, do que se trata esse referencial teórico e metodológico. E, assim, pode-se vir a compreender essa teoria quando aplicada na área da saúde, identificando sua importância e características que a torna um referencial na pesquisa da Enfermagem.

#### 3.1 COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das Representações Sociais (RS) originou-se na Europa, em 1961, com a publicação do psicólogo Serge Moscovici de seu trabalho *La Psychanalyse, SonImage et SonPublic*, abordando a psicologia social e a psicanálise (SÁ, 1993). Para a construção da teoria, Moscovici fundamentou-se em Piaget e Durkheim, com estudos na Filosofia, Sociologia e Psicologia.

Esta teoria pode ser entendida como “um conjunto de conceitos, explicações e afirmações interindividuais”. Podem ser comparadas aos mitos e ao sistema de crenças criados nas sociedades tradicionais. Pode ser comparada ainda como se tratando da “versão contemporânea do senso comum” (MOSCOVICI, 1978, p. 42).

Para o teórico, trata-se, portanto, de constituições daquilo que antes era considerado estranho ou ausente no sujeito social, mas que por impressionar, torna-se familiar.

A representação social é, então,

(...) uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Na construção de representação social, o indivíduo se constrói na relação com o outro e com o meio social em que faz parte (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

As RS são vistas como conjuntos que produzem comportamentos e relações de forma dinâmica com o meio. São compreendidas como ações que modificam os indivíduos, não podendo ser entendida como uma reprodução. Trata-se ainda de sistemas que “tem uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que

se referem tanto a valores como a conceitos [com] um estilo de discurso próprio” (MOSCOVICI, 1978, p. 48).

Diante dessas características, o autor destaca que as RS não devem ser consideradas como opiniões sobre e nem imagens de, mas como uma teoria, como uma ciência da área coletiva, que objetiva interpretar e construir uma determinada realidade.

É importante abordar que RS como teoria de estudo coletivo não deve ser reduzida à uma simples soma das representações dos indivíduos que compõem uma sociedade estudada. Diferentemente desse pensamento, “ela é um dos sinais do primado do social sobre o individual, da superação deste por aquele” (MOSCOVICI, 1978, p. 25).

Esta teoria é determinada simultaneamente tanto pelo próprio sujeito, diante da exposição de sua história e sua vivência, pelo sistema social e ideológico em que este se encontra inserido, quanto pela natureza dos vínculos que ele preserva com esse sistema social (ABRIC, 1998).

Em relação ao objeto que é estudado nas Representações Sociais, Sá (2002, p. 33) explica que “pode ser de natureza social, material ou ideal [...], se encontra em uma relação de simbolização (está no seu lugar) e de interpretação (confere-lhe significados)”.

[...] o grau de participação (no universo reificado) é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação. [...] há um comportamento próprio para cada circunstância, um estilo adequado para fazer afirmações em cada ocasião e, claro, informações adequadas para determinados contextos (MOSCOVICI, 1981, p. 186).

Spink (1993, p. 303) explica que a representação “é uma construção do sujeito enquanto sujeito social”. A autora aborda que se usa o termo construção para as representações por se tratar de representações de um determinado sujeito sobre um objeto abordado. Sendo assim, pode-se compreender que nunca se tratam de reproduções de um determinado objeto.

Para Moscovici (1978, p. 41) ao se estudar esta teoria, pode-se perceber que “a realidade das representações sociais é fácil de apreender, não o é o conceito, que padece de um conteúdo demasiado amplo e mal definido. Não é facilmente apreendido intuitivamente e só ganha sentido graças ao uso concreto”.

Este referencial pode ser entendido por um esquema, em que a teoria busca estudar indivíduos e grupos que se localizam em espaços concretos de vida. Assim, as RS possuem três esferas de pertença: a da subjetividade, a da intersubjetividade e a da trans subjetividade (FIGURA 1). Estas se cruzam e se combinam para que se elaborem as RS nos contextos de vida e na relação com os objetos que são significativamente relevantes para os sujeitos e grupos (JODELET, 2007).

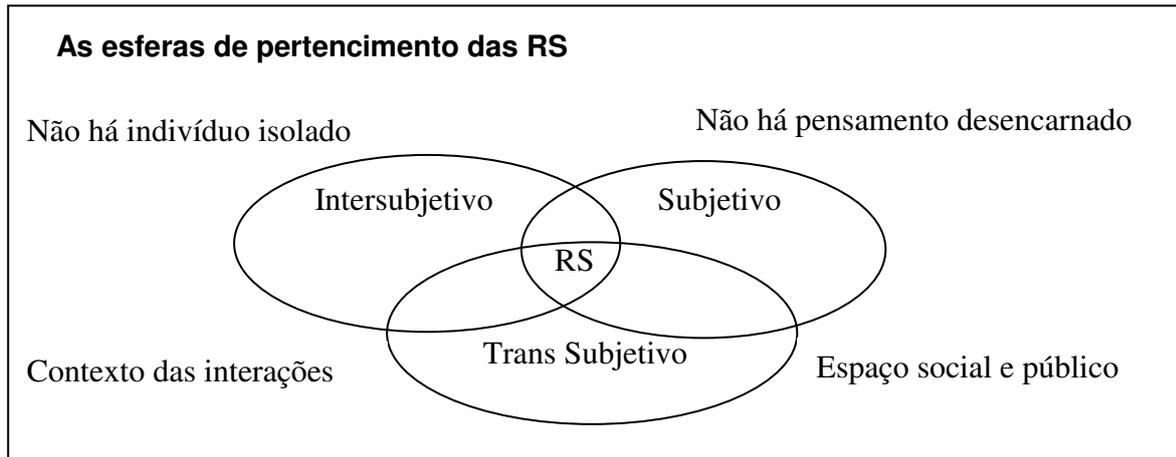


Figura 1 - Esquema de análise da construção dos objetos das RS  
 Fonte: JODELET, 2007.

A teoria das RS determina que não existe representação sem que seja de um objeto ou de um sujeito, e esta é formulada a partir de representações compartilhadas e do processo em que o sujeito se apropria e constrói essas representações. Trata-se, portanto, de interpretações da realidade (JODELET, 2007; SPINK, 1993).

Moscovici (1978) acrescenta ainda que toda representação é de alguém tanto quanto é de alguma coisa. Torna-se uma forma de conhecimento em que aquele que conhece a representação se substitui na representação que é conhecida.

As representações coletivas são explicadas como se tratando de um instrumento capaz de referir ideias e crenças de uma determinada sociedade. Mas para Moscovici (2003), trata-se de fenômenos que possuem a necessidade de serem descritos e explicados pela teoria, criando tanto a realidade quanto o senso comum. Relacionam-se como uma forma particular de compreender e comunicar-se com o objeto e sujeito estudados e, por isso, o termo adotado na teoria é “social” e não “coletivo”.

Esta subjetividade nos remete a pensar que os processos se operam ao nível dos próprios indivíduos, a intersubjetividade refere-se às situações e contextos que contribuem para se formular as representações que são compartilhadas; a trans subjetividade liga a subjetividade e a intersubjetividade, ou seja, o indivíduo, o contexto que este se encontra e os sistemas de construção discursiva e intersubjetiva (JODELET, 2007).

Spink (1993) retrata ainda que a teoria das RS está em contraste com as demais correntes que abordam o conhecimento, nas quais há o enfoque em um saber formalizado e científico, enquanto que as representações sociais como teoria, busca proporcionar um estudo científico ao saber não formalizado e do senso comum. Diante disso, observa-se que esta teoria busca mudar essa realidade do saber formalizado, abordando-o com um novo olhar.

O referencial fundamenta-se em uma intersecção dos níveis intrapessoal e interpessoal, ou seja, níveis cognitivo e social. Assim, com o plano simbólico em que as RS se encontram, é necessário um conteúdo informativo significativo e com significância, afirmando, assim, as representações como sociais (SOUZA, 2005).

Afirma-se, portanto, que as RS são originadas de figuras, imagens de nossa mente, atos identificados ou experiências que fazem parte de nosso cotidiano. Assim, são então atribuídos significados ou símbolos, podendo originar determinadas atitudes ou comportamentos pelo sujeito (SILVA, 2010).

As representações sociais, ao serem caracterizadas como formas de conhecimento prático passam a ser determinadas, portanto, como um estudo do conhecimento do senso comum (SPINK, 1993).

### **3.1.1 A Teoria das Representações Sociais na Enfermagem**

Ao se estudar as características que as Representações Sociais apresentam, este referencial teórico vem sendo uma referência nas pesquisas realizados na área da saúde e especificamente da Enfermagem. Isso ocorre por perceber-se que representações passam a expressar um modo de vida de um grupo social, do seu entendimento, conseguindo proporcionar uma ponte que liga os conhecimentos com os sentimentos. E, diante desses resultados, podem-se realizar cuidados mais amplos, que possibilitam compreender o indivíduo como integrante de um processo histórico, social e cultural (PADILHA; SILVA; COELHO, 2007).

As autoras falam ainda que esse conhecimento que é desvendado nas RS, baseia-se no cotidiano dos indivíduos, buscando o senso comum de um determinado grupo social, permitindo, assim, uma reinterpretação e um replanejamento das práticas assistenciais do enfermeiro e demais profissionais da saúde.

Banchs (2007) afirma que não se trata apenas de buscar como o grupo representa o objeto, mas de estudar como esse grupo enfrenta o impacto de uma determinada prática em seu dia a dia, como lidam com essa prática para que consiga enfrentar o cotidiano, além de analisar quais são as possibilidades desse grupo em se organizar para enfrentar essa situação conflituosa.

Nesse pensamento, deve-se compreender que o importante não é simplesmente estudar um grupo social diante de suas representações de um determinado objeto. Este

referencial teórico utilizado nessa pesquisa, por exemplo, não buscará apenas as RS que os idosos têm sobre o cuidado familiar.

Com este enfoque, esta pesquisa na área da saúde busca estudar como os idosos vivenciam esse processo, como eles enfrentam essa nova situação em seu lar, como estes idosos lidam com as práticas no cuidado que devem ser realizadas no dia-a-dia, e buscará também analisar como, para o idoso, essa família se organiza para enfrentar (ou sua possibilidade de enfrentar), essa nova situação, a qual pode ser considerada pelo grupo como conflituosa.

Ao se buscar as RS de um grupo de idosos, o pesquisador identificará que, o processo em que as RS são construídas é determinado pelas experiências sociais desse grupo, que vivencia uma determinada situação em comum. Estas experiências se repetem no cotidiano desses indivíduos, sendo compreendidas por conhecimentos populares e científicos (COUTINHO; ARAÚJO; CARVALHO, 2005).

A importância de o enfermeiro buscar estudar as representações sociais do cuidado, e nesse caso, o cuidado da família ao idoso, é a possibilidade desse profissional entender esse processo para o idoso. Com isso, Coutinho, Araújo e Carvalho (2005) relatam ainda que se pode identificar as características que se estabelecem nesse vínculo para que o enfermeiro venha a construir um processo de cuidado que busca um envelhecimento com qualidade.

## 3.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O ENVELHECIMENTO HUMANO

Quando se fala sobre a velhice, é comum reportar-se a essa fase do envelhecimento como um momento de perdas, sejam de pessoas, ou perdas físicas e fisiológicas. Identifica-se a velhice com um sentimento de falta de expectativa de vida, devido a impossibilidade de evitar a morte. Quanto a perda física e fisiológica, destaca-se a perda da força de trabalho, visto que o trabalho é considerado por esta sociedade capitalista como uma característica considerada importante (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Para Stacheski (2013), as RS do envelhecimento devem ser levantadas para que seja possível a compreensão do ser social, com suas significações que o circulam e que são reproduzidas na sociedade, nas relações interpessoais, e nas práticas comunicativas

que envolvem atores sociais e individuais. São simbologias que podem influenciar na percepção, conhecimentos e crenças adquiridos nas interações cotidianas.

Jodelet (2007) aponta que diversos estudos apresentam o envelhecimento com uma variedade de significados e definições, por acreditarem que existam diferentes velhices, diferenciadas no gênero, cultura, características socioeconômicas e culturais e o ambiente que vivenciam. Além disso, o envelhecimento possui diferentes definições nos critérios: cronológico, institucional, biológico, mediático, experiencial.

A autora explica que o cronológico explica o envelhecimento a partir do número de anos que o indivíduo possui ou do momento do curso de vida que esse está vivendo; o institucional explica a partir de estatutos sociais; o biológico refere-se a saúde do idoso utilizando termos negativos; e o critério mediático limita-se a explicar este processo de envelhecimento pela aparência física, os sinais que o idoso apresenta; e o experiencial, suas experiências de vida.

Assim, o idoso é visto por representações de alguém incapaz de produzir e de ser independente, sentimento produzido não apenas pelo próprio idoso, mas também pela sociedade. Essa afirmação, no entanto, não se relaciona à dependência financeira, visto que muitos idosos conseguem o sustento com sua aposentadoria, mas devido o fato de a maioria desses idosos não possuir autonomia para realizar as suas atividades da vida diária, são impossibilitados de viverem sozinhos (ARAÚJO; COUTINHO; CARVALHO, 2005).

Há, portanto, um reforço da ideia de que o jovem é alguém forte e saudável, enquanto que o idoso é representado como alguém associado a uma doença devido o estereótipo de que velho é sempre doente. Essa realidade pode ser explicada pelas alterações que o idoso apresenta com a idade, sendo necessário diferenciar o que é senilidade e o que é senescência, algo que não é fácil de praticar e, por isso, representa um motivo de ser difícil diagnosticar e tratar o idoso (CRUZ; FERREIRA, 2011).

As autoras observam, então, que as alterações próprias da idade são desmerecidas e incompreendidas, por haver sempre uma comparação entre o idoso e o jovem, deixando-o sempre em desvantagem, uma vez que o envelhecimento não é visto por si só. Abordar-se a ideia do idoso/velho é perceber uma representação voltada a um estereótipo negativo, em que este é visto com características de rabugento, chato, teimoso, implicante, com manias.

Entretanto, esse período do envelhecimento também possui representações positivas, ao ser identificado como um processo 'natural', ainda que haja momentos de 'tristeza' inerente a essa fase da vida. Percebe-se que mesmo comparando-se o idoso com o jovem, ainda há representações positivas, uma vez que o amor desenvolvido por eles e o

vigor físico e psicológico são colocados como o mesmo de quando se era jovem (ARAÚJO; COUTINHO; CARVALHO, 2005).

### **3.2.1 O processo de envelhecer**

Nos últimos dez anos, chegar à velhice é uma realidade mundial, mesmo nos países mais desfavorecidos economicamente. Sabe-se que ainda é distante alcançar os parâmetros esperados para uma boa promoção de saúde, de forma que seja equitativa nos países de diferentes condições socioeconômicas. No entanto, compreende-se que o processo de envelhecer não é mais privilégio de poucos na sociedade (VERAS, 2009).

Envelhecer é considerada uma experiência individual de cada ser humano, divergente tanto em indivíduos quanto nos diferentes grupos sociais. Por ser determinada de diferentes formas, o envelhecimento possui essa característica de variar e ser própria de cada indivíduo (BASSIT, 2004).

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, e entre 1950 e 2025 a população idosa crescerá 16 vezes, enquanto que a população em geral crescerá 5 vezes. Esse crescimento, diferente dos países desenvolvidos que teve uma transição gradual, caracteriza-se como uma mudança brusca (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

O resultado dessa situação é a grande desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e os desafios que o envelhecimento populacional proporciona para a saúde pública em nosso contexto social, demonstrando uma sociedade despreparada para essa realidade (BRASIL, 2005; NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012).

Os autores acima estimam ainda que entre 1970 e 2025 haverá um crescimento de 223%, o que corresponde a uma média de 694 milhões no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e no Brasil deverão ser 32 milhões. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento, e em 2080 espera-se que haja uma estabilização na proporção entre jovens e idosos.

Segundo os levantamentos do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2013), atualmente, a população brasileira total é composta 12,6% de pessoas acima de 60 anos. Estima-se que, nos próximos 20 anos, essa população de idosos poderá chegar a 30 milhões de pessoas, o que representaria 13% da população brasileira.

Apesar dos indivíduos com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente. Atualmente, as chances de se alcançar 70 anos é grande, e o número de pessoas com mais de 80 anos vem aumentando gradualmente, sendo que a maioria destes vivem em regiões desenvolvidas ou em países em desenvolvimento (BRASIL, 2005; NUNES; FERRETI, SANTOS, 2012).

Diante dessa realidade, percebe-se então que a proporção de dependência na velhice está mudando em nível mundial. Os países em desenvolvimento, como o Brasil, estão envelhecendo muito mais rápido que os países desenvolvidos. Estima-se que em cinco décadas, pouco mais de 80% dos idosos do mundo viverão nos países em desenvolvimento, comparativamente com 60% identificados em 2005.

Tem-se observado ainda nos estudos, o aumento na expectativa de vida dos idosos, aumentando então o número deles na nossa população. Isso nos leva a refletir a necessidade de melhoria na atenção e no cuidado aos idosos brasileiros, de forma que estes sejam realizados com bons resultados. Para que essa proposta seja possível, é necessário que haja, dentre outras ofertas de atenção ao idoso, boas estratégias no âmbito da saúde juntamente com o acompanhamento do idoso e sua família, a qual, na realidade brasileira, ainda é a principal cuidadora dos idosos (BRASIL, 2005).

Observando os dados acima, do ponto de vista demográfico, o processo de envelhecer é entendido como o aumento do número de anos vividos. Paralelo a essas transformações demográficas, coexistem determinados fenômenos de origem biopsíquica e social, os quais devem ser valorizados devido sua importância na percepção de idade e conseqüentemente, de envelhecimento. Estes aspectos visam proporcionar profundas melhoras nas condições de saúde e qualidade de vida dos idosos (GONÇALVES; TOURINHO, 2012; NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012).

Em relação aos aspectos biológicos, Nunes, Ferreti e Santos (2012) abordam que o envelhecimento é compreendido como a transformação do organismo após a maturação sexual, diminuindo, assim, as chances de sobrevivência. Os termos psicológicos referem-se às alterações cognitivas, como na percepção, na aprendizagem, e na memória.

Quanto aos aspectos sociais, este é determinado pela participação do idoso na sociedade, mantendo sua capacidade de cumprir seu papel social, entendendo que nesta fase da vida o indivíduo passa por maiores perdas, declínio físico, maior reflexão sobre a vida e menores perspectivas (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

O prolongamento da vida é um desejo de qualquer sociedade em todo o mundo. Entretanto, é necessário compreender a importância de se prestar um cuidado com

qualidade para os anos adicionais vividos por esses indivíduos. “Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto satisfação” (VERAS, 2009, p. 550).

Pesquisas vêm abordando que o envelhecimento global tem causado um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da terceira idade são, com frequência, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades (BRASIL, 2005). Ainda assim, com o aumento da população na terceira idade em todo o mundo, os idosos continuam a representar um recurso vital para as suas famílias e sua comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Entende-se, então, que proporcionar um cuidado de qualidade para o idoso vir a vivenciar um envelhecimento ativo, pode ser uma estratégia para esta realidade social e econômica que já se vivencia. Com o aumento da expectativa de vida, deve-se promover novos significados para uma vida de idade avançada, acompanhada de adequadas ações de promoção, cuidado e atenção ao idoso.

### **3.2.2 A promoção de um envelhecimento ativo para o idoso diabético**

O idoso é entendido como “um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências”. É visto ainda como um indivíduo que possui uma consciência coletiva, que define seu pensar e agir. Possui a capacidade de descobrir suas próprias forças e limites, estabelecendo uma conexão com as características do outro, (re)cria suas próprias formas de organização, transformando-se em força social e política (SÁ, 2002, p. 1120).

Com o avançar da idade, identifica-se que as doenças não transmissíveis (DNTs) tem se transformado em uma das principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todo o mundo (BRASIL, 2005). Dentre estas doenças crônicas, encontra-se o diabetes mellitus.

O diabetes mellitus, uma doença que, quando comparada à hipertensão arterial apresenta-se em menor número de casos, possui uma alta morbidade que, se não for adequadamente tratada e acompanhada, é considerada como um dos principais agravos entre idosos acometidos (VERAS et al, 2007).

Diabetes é compreendido como uma doença causada por deficiência na produção de insulina no organismo, ocorrendo um aumento de glicose que passa para o sangue. O indivíduo diabético se trata, portanto, de uma prioridade de saúde pública.

Estudos vêm abordando o risco de se desenvolver DNTs, o qual aumenta conforme as pessoas envelhecem. No entanto, não se trata isoladamente da idade avançada o aumento do risco, mas sim de hábitos de vida, como o tabagismo, a falta de atividade física, uma dieta inadequada, dentre outros fatores de risco que existem da vida adulta. Esse aumento da população idosa com doenças crônicas e/ou degenerativas traz consigo um aumento dos gastos com seu tratamento (BRASIL, 2005; GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Entende-se então a importância de se alertar sobre os riscos de doenças não-transmissíveis durante toda a vida, desde os primeiros até os últimos anos. Com isso, estratégias que proporcionem a promoção de um envelhecimento ativo a esse idoso com uma condição crônica podem ser realizadas, de forma que se prolongue sua vida com qualidade.

Envelhecimento ativo é definido como sendo o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. É considerado tanto para indivíduos quanto para comunidades. Este permite que os indivíduos possam compreender sua capacidade de possuir um bem estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas possam fazer parte da sociedade de acordo com suas necessidades, anseios e capacidades (BRASIL, 2005, p. 13).

Esse tema tem sido prioridade nas agendas mundiais das organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde. Têm-se discutido propostas e ações estratégicas de âmbito político para se realizar medidas de intervenção positivas sociais para o idoso, traduzindo a ele uma nova imagem da velhice (LOPES et al, 2012).

O termo “ativo” refere-se aqui à participação contínua do idoso nas questões de cunho social, econômico, cultural, espiritual e civil, não limitando-se apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de estar participando de alguma atividade relacionada ao trabalho. Isso significa que o idoso pode vir a auxiliar em seu lar, ajudando, administrando conjuntamente, e ser membro decisivo de todas as questões que envolvem sua família. Assim, o cuidado que a família vem a prestar torna-se apenas um auxílio, não mais um fator decisivo para a manutenção da vida do idoso (BRASIL, 2005).

Ainda que se admita a probabilidade de existência de perdas no processo dessa constituição, o envelhecimento de forma ativa deve ser estimulado entre todos os idosos, entendendo que está relacionado diretamente a vida plena e com qualidade. Entende-se

como se tratando de um equilíbrio biopsicossocial e de um ser humano em sua integralidade, o qual está inserido em um contexto social que, embora idoso, é capaz de desenvolver suas habilidades e potencialidades (FERREIRA et al, 2010).

O envelhecimento ativo torna-se, assim, uma abordagem voltada para o reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização, os quais foram estabelecidos pela ONU (BRASIL, 2005).

Atualmente, afirma-se que proporcionar um envelhecimento ativo e saudável não se constitui apenas de um direito do cidadão, mas se trata de uma necessidade econômica (NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012). Entende-se, portanto, que a atitude de se manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento trata-se de uma meta fundamental para indivíduos governantes (BRASIL, 2005).

É importante assumir que, atualmente, envelhecer não pode mais ser relacionado a adoecer, ainda que haja uma maior prevalência de doenças na idade avançada. Torna-se relevante que a sociedade mantenha a capacidade do indivíduo de forma ativa na comunidade a que este pertence (TELLES, 2006).

As limitações que podem surgir com o envelhecimento podem ser superadas e minimizadas com um processo de viver em que, os hábitos de vida são saudáveis e a integração social, segurança e bem estar são oportunizados. Essas condições não estão restritas apenas ao idoso, mas também àqueles que se encontram em seu contexto social e político (FARIAS; SANTOS, 2012).

Assim, passa-se a focar nos direitos, deixando de enxergar o idoso apenas em suas necessidades, uma vez que antes se considerava as pessoas mais velhas como alvos passivos. Permite-se, com isso, o reconhecimento dos direitos dos idosos a serem iguais nas oportunidades e na forma de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que passam pelo processo de envelhecimento (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde explica que “o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares [...]” (BRASIL, 2006a, p. 10).

Observa-se que a importância dessa atenção prestada ao idoso diabético se dá por este apresentar algumas necessidades que devem ser atendidas para uma melhor condição de vida. Há a necessidade de planejar os horários e tipo de alimentação, planejar atividades físicas quando estas podem ser realizadas, monitorar a glicemia capilar, tomar as medicações corretas e no horário certo, observar sinais de hipo ou hiperglicemia, gerenciar

as situações que estão fora da rotina diária, como consultas médicas, viagens, dentre outras (GROSSI; PASCALI, 2011).

Diante do exposto, percebe-se a importância dos profissionais de saúde, e especialmente neste estudo, da família, na realização de um cuidado que vise um envelhecimento ativo, prestando oportunidade do idoso diabético viver mais e com qualidade.

### 3.3 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O CUIDADO

O termo cuidado, utilizado no singular ou plural, é originado do verbo *soniare*, que significa ocupar-se de. Percebe-se que o termo cuidado possui múltiplo sentido, “fazem-se cuidados, prestam-se cuidados ou cuida-se, age-se com cuidado [...]” (HESBEEN, 2000, p. 9). O indivíduo possui, em sua essência, o cuidado, sendo esta afirmativa confirmada por Boff (2011), que defende a ideia de que sem o cuidado, deixa-se de ser humano e, ao não se receber o cuidado desde o nascimento até a nossa morte, o indivíduo se define e perde o sentido da vida.

Percebe-se ainda que vários significados podem expressar o cuidado, sendo entendido como o interesse, a afeição, o importar-se com o outro, a atenção, a preocupação, o imaginar, o meditar (WALDOW, 1998).

Adotar o cuidado em tudo o que se pretende realizar e fazer é a característica singular do ser humano. O indivíduo, tendo como base as ideias de Heidegger, é “um ser-no-mundo-com-outros, sempre se relacionando, construindo seu habitat, ocupando-se com as coisas, preocupando-se com as pessoas, dedicando-se àquilo que lhe representa importância e valor”; o ser humano dispõe-se a sofrer e alegrar-se com o outro que ama (BOFF, 2011, p. 35).

Estudando o cuidado para os idosos com as representações sociais, estes sujeitos de estudo se baseiam em suas “crenças, valores, histórias de vida e suas experiências e vivências no cotidiano” (SOUZA; ROSA; SOUZA, 2011, p. 172).

Dessa forma, Souza (2005) afirma que as Representações Sociais se tratam de uma teoria eficaz para compreender o objeto estudado, uma vez que proporciona uma visão sistêmica da vida, ao se perceber que o homem se encontra em um estado de inter-relação com a família e a comunidade.

Percebe-se, então, que o cuidado é considerado um desafio ao familiar, por exigir determinados atributos e qualidades para se conseguir prestar um cuidado com

qualidade. Considera-se necessário haver paciência, carinho e amor, com os quais se torna possível haver um cuidado que irá prestar o suporte necessário ao idoso e impulsionar a família a permanecer cuidando (CRUZ; FERREIRA, 2011).

A família é compreendida como sujeito essencial no cuidar do enfermeiro. Em relação ao idoso, os seus familiares possuem uma importância singular, pois eles são os cuidadores que estão vivenciando o cotidiano desses sujeitos. Assim, ao se buscar o cuidado que a família presta ao idoso é necessário também compreender como a família é representada no universo dos idosos.

Araújo, Coutinho e Carvalho (2005) abordam que os idosos consideram os cuidados como uma condição de grande importância para a relação entre os indivíduos que estão convivendo com eles cotidianamente.

O jeito de ser do idoso, com suas qualidades e características peculiares exige que a família também desenvolva um determinado jeito de cuidar, para que esta enfrente as dificuldades que poderão surgir durante esse processo, devido a essas peculiaridades identificadas no idoso (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Ao se estudar a família do idoso, percebe-se a importância de analisar a relação entre eles, ao se compreender o envolvimento dos seus membros no cuidado ao idoso. Além disso, é fundamental entender as necessidades dessa família, e as atividades desempenhadas no cuidado de seu membro familiar na 3ª idade (WATANABE et al, 2009).

No momento em que se elaboram representações de algo, como os idosos sobre o cuidado, percebe-se um discurso filtrado e com organização de seus elementos, permanecendo aqueles que lhes são úteis no cotidiano. Nas informações oferecidas por estes sujeitos, relacionadas ao cuidado que deve ser prestado, alguns elementos são retirados, outros serão inseridos, outros esquecidos, e alguns enfatizados (SOUZA; MENEZES, 2009)

Assim, Souza (2005) explica que este cuidado se torna um fator importante de investigação por parte daqueles que são responsáveis pelos cuidados dos membros de uma comunidade. Trata-se, portanto, de uma função do enfermeiro a busca do cuidado prestado àquele que também é sujeito do seu cuidado.

Souza e Menezes (2009) relatam que, aqueles que cuidam são compreendidos como um grupo pensante, que possui a capacidade de receber e processar informações para a construção de novos significados, que se tornarão fundamentais para o dia-a-dia.

### 3.3.1 Natureza do Cuidado

Ao se buscar na história o cuidado, destaca-se no final do século XIX, o movimento de profissionalização, o qual ignorou a natureza dos cuidados. No entanto, Florence Nightingale, mesmo não adotando o termo natureza dos cuidados em suas atividades, conseguiu demonstrar como cuidar faz parte das leis da vida e como encontrou, mesmo que implicitamente, o sentido original dos cuidados, estando centrada nas capacidades e naquilo que estimula o indivíduo a viver (COLLIÈRE, 2003).

Por natureza dos cuidados, a autora entende como o que caracteriza o ou os tipos de cuidados que devem ser prestados ou executados conforme a ou as finalidades que estes cuidados se propõem a conseguir. Possui como características de cuidados os de manutenção da vida e cuidados de reparação, e também tudo aquilo que se propõe complementar ou compensar. O cuidado tem que ser situado no tempo, além de servir de base para a avaliação da ação de cuidados.

O cuidado sempre acompanhará o indivíduo, pois sua natureza está relacionada aos sentimentos que se tem pelo outro, e nunca se deixará de amar e de desvelar-se por alguém, e nem se deixará de se preocupar, de se inquietar por aqueles que se ama. O cuidado não existe, mas coexiste com todos os seres humanos, não se limitando apenas a uma intervenção, mas também a interação e comunhão com o próximo (BOFF, 2013).

Ao se falar sobre o cuidado com os seres humanos, percebe-se que este é diferenciado dos demais. Eles serão conforme se fizer deles com suas próprias escolhas, não se determinando pela natureza deles, mas de acordo com o que realiza o cuidado, podendo assim, perder-se nos desejos e na sua liberdade de escolha (FIGUEIREDO, 2009).

Percebe-se que o cuidado é um processo que possui origens diferentes e complementares, caracterizado por um sistema de trocas, objetivando conseguir definir a natureza dos cuidados que devem ser realizados para proporcionar ao que recebe este cuidado, a razão destes cuidados, e para que se cumpram os objetivos com os meios necessários para os atingirem (COLLIÈRE, 2003).

Ao se estudar a natureza dos cuidados realizados, a autora afirma que se devem buscar os cuidados necessários para mobilizar as capacidades de viver e compensando, conseqüentemente, os aspectos fisiológicos e psicoafetivos que ainda não foram adquiridos pelo indivíduo ou que este já os tenha perdido. Dentre os cuidados que se pode prestar, encontra-se os cuidados de estimulação, de conforto, de manutenção da vida, do parecer, de apaziguamento, e demais cuidados.

Boff (2011, p. 92) explica que o ser humano não tem o cuidado em si, mas que se trata de um ser que é cuidado. Isto então nos leva a entender que o cuidado possui uma característica ontológica, ou seja, que faz parte da natureza, da constituição do ser humano. O cuidado sempre acompanhará o ser humano “porque este nunca deixará de amar e se desvelar por alguém, nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada”.

O autor relata ainda que o cuidado surge da atitude de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo outro que se ama. “Somente aquilo que passou por uma emoção, que evocou um sentimento profundo e provocou cuidado em nós, deixa marcas indeléveis e permanece definitivamente” (p. 100). Possui o sentido de *cogitare-cogitatus*, pensando, colocando atenção, mostrando interesse, revelando uma atitude de desvelo e de preocupação com aquele que é cuidado.

Ao se determinar os cuidados que serão prestados ao indivíduo, designando-os pela sua finalidade, pode-se esclarecer as metas que pretende-se alcançar. Compreende-se então a importância de se identificar a natureza dos cuidados, uma vez que permitirá constatar aquilo que foi executado, em vez de apenas se preocupar com a qualidade desse cuidado (COLLIÈRE, 2003).

Diante desse pressuposto de se determinar a finalidade do cuidado, entende-se que não se realiza isso ao acaso. É necessário aprender a observar e escutar o indivíduo para se conseguir

[...] descrever, identificar, discernir as manifestações, indicando as capacidades a despertar, a desenvolver, ou as deficiências que afetam as funções biológicas e/ou psicossociais, os compromissos e/ou as diminuições funcionais e as perturbações afetivas a ser aliviadas, compensadas (COLLIÈRE, 2003, p. 188).

Boff (2011) destaca ainda que o desafio para o indivíduo realizar o cuidado é combiná-lo com o trabalho. Ele explica que o modo como se vive atualmente mata o carinho, destrói o cuidado, e fere aquilo que é a essência humana. Para se resgatar o cuidado, é necessário mediar uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho.

### **3.3.2 O(s) Cuidado(s) e o Cuidar**

Boff (2011, p. 33) explica o cuidado como sendo mais que um ato, mas uma atitude. “[...] Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Para Hesbeen (2000, p. 9) o cuidado apresenta uma relação com a atenção, designando “o fato de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento”. Com esta abordagem, o autor defende a ideia de que o cuidado deve ser escrito exatamente no singular, pois a atenção que se dá de forma particular ao ato de cuidar nunca pode ser senão única. Não se pode preestabelecer e nem programar um cuidado, e nem mesmo se pode repetir o cuidado prestado a um indivíduo para outro. Esta ação deve ser pensada, repensada e criada pelo indivíduo que a realiza.

É singular como o é a situação de vida em que um prestador de cuidados é levado a prestar cuidado a uma pessoa. Revela uma perspectiva do cuidar sem a qual as intervenções se limitariam aos gestos, às tarefas, às técnicas, etc, e teriam muito pouco sentido para os beneficiários de cuidados, dando-lhes apenas um pouco de ajuda [...]. O cuidado, no singular, permite recordar uma obra de criação sempre única que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua situação de vida. É por isso que a prática do cuidar é uma arte e não uma ciência (HESBEEN, 2000, p. 10).

Entretanto, Collière (2003, p. 187) aponta que o cuidado deve ser utilizado no plural, uma vez que o singular designa “um conceito vago e generalizável à descrição [...], paralisa qualquer interrogação sobre o que varia na natureza dos cuidados, em função das diferentes finalidades a assegurar”.

Estes cuidados ou este cuidado, de qualquer forma não terão um sentido de antagonismo, mesmo estando no singular ou no plural. Ambos os termos refletem uma mesma preocupação (HESBEEN, 2000).

Nos estudos relacionados ao cuidado, o autor percebe ainda a importância de diferenciar o termo cuidar do termo cuidado, que em alguns momentos podem ser confundidos. Os cuidados irão designar os atos que se utiliza para cuidar, com os quais se pode conservar o corpo nas diferentes etapas da vida. Quando se trata da perspectiva de cuidar, se define como “os cuidados que revelam o cuidado que se teve com uma pessoa”.

Ao se utilizar o termo cuidar, atribui-se sentidos diferentes conforme o que cada um entende, conforme aquilo a que cada um presta atenção na situação em que está e, também, de acordo com a orientação que cada um quer dar à sua existência. Cada pessoa dá ao cuidar um sentido que estrutura a partir das significações usuais da palavra. Trata-se da noção de se ocupar de alguém na situação em que se encontra de acordo com uma certa ideia do que é bom para ele, daquilo que lhe convém, segundo suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos.

Sobre o cuidar, Collière (2003) explica ainda que se trata de um processo de discernimento das necessidades de saúde que são de grande importância para a vida de alguém ou de um grupo. É um diagnóstico baseado nas necessidades vitais de ordem

biológica, afetiva, social e econômica, assim como das inter-relações e das influências entre essas ordens.

Se cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida, estimular, desenvolver capacidades, manter, conservar, compensar o que não está bem, supõe interrogar-se acerca do que se deve ser acompanhado, ou seja, situar o que torna os cuidados necessários. Quer dizer que todo o saber parte das situações e, ao mesmo tempo, vai beber as fontes de conhecimentos que levam a esclarecer as constatações feitas a partir das situações (COLLIÈRE, 2003, p. 134).

O cuidado é então colocado como uma ideia que possui intenções de acordo com a situação vivenciada, mas que essas ideias são atribuídas ao objetivo de não abandonar e nem negligenciar o outro. Este processo não está limitado apenas ao aspecto espiritual, mas também “dita uma maneira de ser, conjugando uma atitude e um comportamento numa conduta” (HONORÉ, 2004, p. 72).

### **3.3.3 A problemática do Cuidado**

Ao se proporcionar o cuidado necessário aos indivíduos que possuem algum problema de saúde, identificam-se duas ações: a de tomar cuidado e a ação de prestar cuidado. Honoré (2004) explica que o tomar cuidado do outro requer uma atenção particular ao indivíduo que vive uma determinada situação particular, visando ajudá-lo e contribuir para o seu bem-estar e promoção da sua saúde.

O autor relata que esta ação consiste em limitar-se aos atos que exige um saber mais científico e técnico, baseando-se em situações já conhecidas e que se encontram inscritas num protocolo. Nessa ação de cuidado, observa-se um sentido mais restrito de fazer o que é de nosso conhecimento para tratar uma doença, não englobando os cuidados ao indivíduo que está doente, devido visar-se apenas a cura.

Collière (2003) explica que com a necessidade de tomar conta, ou seja, de fazer o que é necessário para que a vida continue, foi que houve o desenvolvimento de todas as maneiras de fazer, gerando crenças e modos de organização social.

Compreende-se então que o tomar cuidado se trata de agir preocupando-se com o bem estar do outro, atentando-se às suas condições particulares, e manifestando uma preocupação com o outro ao se estar presente junto dele. Por outro lado, o prestar cuidados são as ações realizadas para se cumprir o que é preciso, de acordo com o que o indivíduo sabe fazer, com a finalidade de criar condições para o seu bem estar (HONORÉ, 2004).

Percebe-se então, a importância de se elaborar esse modelo, uma vez que pode interpretar as problemáticas encontradas na ação do cuidar, o qual pode ocorrer pela diferença ou similaridade estabelecida entre a saúde e a doença. A forma como se representa essa problemática pode revelar a competência cultural e política do cuidado e, ao se observar essas representações como práticas, compreende-se que se tratam do resultado de como as suas representações foram problematizadas (COSTA, 2011).

O cuidado é uma “maneira atenta de tomar conta de alguém”, de se colocar à disposição do outro o cuidado que se pode prestar. Significa também possuir zelo em fazer bem o que se faz, em obediência às ordens propostas e segundo o prazer esperado, podendo não estar sempre de acordo com o modo de cuidado que preocupa o outro que irá receber esse cuidado (HONORÉ, 2004, p. 72).

Tomar conta “não está de forma alguma centrada num mal, mas visa manter, desenvolver, despertar tudo o que permite aos seres vivos continuar a viver, inserindo-se no seu próprio meio, desde o nascimento à morte” (COLLIÈRE, 2003, p. 146).

Diante dessa situação, Honoré (2004, p. 29) faz o seguinte questionamento: “Em que condição prestar cuidados é bom para alguém? Como poderei responder a isso se não interrogar o sentido que tem o ato, para mim, enquanto cuidador, e para o outro, enquanto pessoa de quem se cuida?”

Ao se estudar as representações da problemática do cuidado relacionado à saúde e à doença, percebe-se sua relação direta com o cuidado de Enfermagem, que pode contribuir para se aprender o significado do cuidado prestado a alguém. O interesse por esse conhecimento é motivado quando se trata de um cuidado com o outro, “com um corpo, isto é, uma representação da biosfera, ou com um sujeito, ou seja, uma representação da humanidade” (COSTA, 2011, p. 8).

A ação realizada no cuidado reflete a expressão de uma intenção, uma orientação, um projeto, ainda que o indivíduo que a realize não tenha esse objetivo e o cuidado prestado seja apenas a manifestação de uma rotina de suas atividades. Mas questionarmo-nos sobre se a ação realizada será sempre cuidadora é questionar-se também o seu significado e o seu sentido para este indivíduo que a pratica. Essa questão, no entanto, é de grande importância para se compreender o cuidado em todos os seus aspectos.

Hesbeen (2000) explica esta situação ao problematizar que a expressão os cuidados tornou-se toda ação praticada por alguém a um outro indivíduo, como se as suas tarefas expressassem os cuidados que deveriam ser realizados. O autor explica que se pode efetuar uma atividade ou realizar uma ação com cuidado, mas sem cuidar da pessoa

que se praticou uma intervenção, pois a atenção está centrada na ação realizada e não no indivíduo cuidado.

### **3.3.4 Colocar em evidência o Cuidado**

Honoré (2004) aborda que na ação do cuidado, pode-se haver a intenção que realizá-la, mas que ao executar esse cuidado, não se corresponde àquilo que foi esperado. O que é importante compreender nessa situação é se essa ação foi insuficiente ou houve uma falta de conhecimento sobre o saber fazer, ou ainda se houve uma avaliação errada do cuidado que seria adequado para se executar no indivíduo.

Ao se construir o processo de cuidados, percebe-se que este deve basear-se em situações e elementos específicos, levando em consideração o indivíduo que presta e o que recebe esses cuidados. Assim, o processo de cuidados é criado a partir de uma investigação, na qual se descobre as informações necessárias sobre a situação e determina-se como se pode utilizá-las na construção das ações de cuidar (COLLIÈRE, 1999).

Nesse processo, pode-se identificar que os cuidados levantados podem possuir uma característica de um cuidado redutor ou de um cuidado libertador, tanto na visão de quem os recebe quanto para quem os presta.

Um cuidado redutor se trata daquele em que há uma redução das capacidades dos que prestam o cuidado “de não identificarem o que podem ou sabem fazer por si próprios e que se não utiliza tudo que os motiva, os mobiliza, lhes dá desejo e gosto de viver, lhes faz descobrir a sua própria capacidade”. Um poder é libertador quando “este se apoia nas forças e capacidades em presença, liberta outras possibilidades ou permite às capacidades existentes desenvolver-se ou simplesmente ser utilizadas” (COLLIÈRE, 1999, p. 313).

Percebe-se então que o cuidado deve levar em consideração as capacidades do indivíduo que cuida e as necessidades do que recebe o cuidado, as quais não devem ser focadas apenas na doença ou alterações do organismo, mas no indivíduo como um todo.

Observa-se que, em algumas situações, a finalidade que se tem ao prestar uma ação a um indivíduo é de tratamento, identificando a ação como de cuidado. O problema dessa visão errônea sobre o que é cuidado e o que é tratamento são as consequências que serão geradas ao indivíduo cuidado. Collière (2003) explica que os tratamentos nunca

poderão substituir os cuidados, mas que, devido a carência ou a insuficiência de cuidados prestados, pode levar à multiplicação de tratamentos.

É fato a necessidade do cuidado no dia a dia, o qual está relacionado a essência humana e presente na ética, sendo o responsável pela ordem estabelecida no sistema em que se realiza. Pensadores têm abordado que a ausência dessa sintropia tem tornado o cuidado desorganizado e sem previsibilidade das necessidades daquele que está sendo cuidado, mostrando a importância de se levantar o assunto (PINHEIRO; MARQUES; BARROSO, 2006).

Nota-se que o cuidado "funda a primeira atitude ética fundamental, capaz de salvaguardar a terra como um sistema vivo e complexo, proteger a vida, garantir os direitos dos seres humanos e de todas as criaturas, a convivência em solidariedade, compreensão, compaixão e amor" (BOFF, 2011, p. 88).

É importante compreender que se tem que pensar a vivência experienciada por quem cuida e por quem é cuidado nas situações em que estes perpassam, para que o sentido da experiência vivida não seja imobilizado e perdido (HONORÉ, 2004).

Ayres (2002) explica que cuidar da saúde de alguém é mais que simplesmente construir um determinado objeto e prestar uma intervenção sobre ele. Para cuidar é necessário planejar, é preciso ainda sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, de forma que sejam moldados a partir de uma forma de vida ligada permanentemente, que quer garantir a sua presença no mundo.

### **3.3.5 O Cuidado da Família**

O cuidado realizado pela família visando a saúde e o bem estar de seus membros, tornou-se um ato prioritário a partir do século XVIII, com o modelo familiar da época, a família burguesa. Passou-se então a serem vistas as figuras de cuidador e aquele que é cuidado no ambiente familiar, por passar a ser uma das leis essenciais nas famílias, adquirindo um caráter moral. Assim, a possibilidade de viver bem pertence ao espaço familiar, não se tratando apenas de um problema do Estado (CAPONI, 2000). FALTA

A família passa a prestar cuidados ao estimular seus membros quando estes se encontram doentes ou com necessidade de algum cuidado especial, dando-lhes sentido para que possam motivar-se a elas mesmas. Com o conhecimento da situação em que este indivíduo também está convivendo, há uma participação ativa nesse processo de cuidado e de aliviar o sofrimento (HESBEEN, 2000).

Tem-se observado em nossa sociedade que a família é vista como um arranjo social de grande importância no cuidado ao idoso. Veras (2002) afirma que compreende um suporte social em que há a colaboração não apenas de parentes, mas também de vizinhos e amigos. Essa realidade é vista em decorrência de estar ocorrendo uma diminuição no número de indivíduos nas famílias.

Nos países desenvolvidos, já é realidade o setor público ser o principal cuidador do idoso, no entanto, por questões sociais e culturais, no Brasil ainda é realidade a família ser a principal cuidadora dos idosos.

Em relação ao cuidado no idoso, o Estatuto do Idoso trata da responsabilidade da família quanto a esse cuidado. O art. 3º explica que

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. 1).

No capítulo 5, do parágrafo único do art. 3º relata ainda sobre a “priorização de atendimento por sua própria família, em detrimento do asilar, exceto àqueles que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (BRASIL, 2003, p. 1).

Nunes, Ferreti e Santos (2012) explicam que é necessário o reconhecimento de que o envelhecimento é um aspecto inerente ao ciclo natural da vida e que, portanto, o idoso merece ser tratado com respeito e dignidade. As autoras abordam isso por considerar que esta reflexão é de grande importância para aquele que está juntamente com o idoso, os familiares.

Tem-se observado ainda, que muitas são as famílias que possuem algum membro diabético, o qual muitas vezes se trata de um membro idoso. Essa condição crônica não apenas produz alterações físicas, mas também psicológica, comportamental, social e financeira. Essas influências são vistas não apenas na vida daquele que tem a diabetes, mas também em seus familiares que convivem com ele, modificando seu dia a dia, rotinas e dinâmicas para agregar a diabetes em sua realidade (GROSSI; PASCALI, 2011).

As autoras compreendem que o processo de adoecimento é, em si, uma situação que vem trazer estresse sobre a família e o indivíduo, afetando a vida de todos que irão conviver com essa realidade. Assim, percebe-se que cada família atribui significados diferentes a situações que são comuns a todos que possuem diabetes. Independente das características da família, entende-se que esta pode encontrar dificuldade na realização de suas atividades diárias, interferindo nas relações intrafamiliares e no papel desempenhado por cada membro em sua dinâmica familiar.

O cuidado vai além de um ato centrado no tratamento, ele caracteriza uma disposição do espírito diante de alguém e face ao que há para se realizar. Ele demonstra o nosso interesse pelos outros “sempre que as se sabe, ou se imagina, perecíveis e frágeis”. Por isso pode-se afirmar que há o cuidado com os pais quando estes estão idosos, por entender que o suporte que a família presta ao membro mais velho é de grande importância para a prestação de cuidados com qualidade (HONORÉ, 2004, p. 71; SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Tem-se visto que atualmente, as famílias estão em constante processo de alteração, passa por mudanças que são essenciais para manter seu equilíbrio. Assim, apesar das diferenças nos significados atribuídos, conseguem de jeito peculiar manter a estabilidade, a qual é vista não como melhor ou pior, mas como uma forma de controlar a situação vivenciada e obter um estilo de vida em que a doença possui seu lugar (GROSSI; PASCALI, 2011).

A família tem a importância nesse processo por vivenciar e possuir a capacidade de adaptação diante de mudanças, situações de estresse e passagens da vida que ocorrem dentro de seu lar (ZAGONEL, 1999). Diante disso, seu papel no cuidado prestado aos seus membros torna-se de grande importância, ao se compreender que ao vivenciar estas situações, a família passa a prestar um cuidado singular e eficaz.

### **3.3.6 Cuidando do idoso diabético**

A saúde do idoso é considerada um item prioritário na agenda de saúde do Brasil, sendo aprovada esta inclusão no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). Entende-se com isso, a necessidade de se investir na promoção e prevenção dessa parte da população, que nos últimos anos tem sido responsabilizada pelo aumento dos gastos de todo o mundo com hospitalizações mais frequentes e com maior permanência (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em implantar um modelo de atenção à saúde direcionado para os princípios e diretrizes de descentralização, universalidade e integralidade da atenção, equidade no acesso aos serviços e controle social, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde. Objetivando reorganizar a prática assistencial, o programa passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (TELLES, 2007).

O autor explica que juntamente com essa regulamentação, observou-se no Brasil uma organização para prestar assistência de qualidade à população idosa, que vem crescendo a cada ano. Além disso, é fato que os idosos se diferenciam quanto a sua necessidade de assistência a serviços específicos, sua história de vida, seu grau de independência funcional.

Todos (as) necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos (as). Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento à população idosa respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam (TELLES, 2007, p. 109).

O grande investimento com foco no tratamento não garante o cumprimento dessa resolução, o controle desses grandes gastos pode ser solucionado com atividades preventivas, que são mais eficazes e com menos custo na promoção da saúde, a qual pode contribuir para uma maior qualidade de vida a esses idosos (GONÇALVES; TOURINHO, 2012; NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012). Veras (2009) afirma que buscar formas de prevenção torna-se efetivo em qualquer nível, ainda que a fase de adoecimento ou necessidade esteja avançada. Enfatiza-se que a prevenção é a oportunidade de se mudar o quadro atual de morbimortalidade.

Diante dessa realidade global, é papel dos profissionais da saúde liderarem os desafios de se proporcionar um envelhecimento saudável para que os idosos permaneçam a ser um recurso valioso para suas famílias e comunidade, como se afirma na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996, projeto este que busca um envelhecimento saudável e ativo (BRASIL, 2005).

As ações de saúde voltadas ao idoso diabético devem buscar preservar com maior tempo e qualidade a capacidade física e mental desses indivíduos, de forma que estes possam permanecer com seus familiares e na sua comunidade. Para isto, busca-se compreendê-lo nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, diminuindo o risco de adoecimento e morte, e proporcionando mudanças no estilo de vida tornando-o mais saudável (NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012).

A Enfermagem vem buscando conhecimentos atualizados da área de gerontogeriatrics para que, com isso, prestar ao idoso cuidados específicos de acordo com suas competências. O profissional aplica, então, técnicas de tratamentos geriátricos baseando-se em tecnologias cuidativas específicas da área de Enfermagem (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Além disso, as autoras têm percebido a importância do sistema familiar nesse processo do cuidado ao idoso. Entende-se que, partindo-se desse ponto, as necessidades

identificadas refletirão a realidade do idoso, uma vez que a família esteja incluída no contexto atual do idoso.

A família deve ser vista como um sistema, o qual interage entre si, criando então os subsistemas ou suprassistemas, como a comunidade que convive. As relações de proximidade e características em comum entre o idoso e seus familiares possibilita que estes tenham um papel ativo no cuidado dele, responsabilizando-se por prestar atenção e acompanhamento que este necessitar (GROSSI; PASCALI, 2011).

Acredita-se que os familiares, assim como todos que estão envolvidos no cuidado do idoso, devem ter o conhecimento dos sintomas e dos fatores de risco do diabetes, para que assim se evite complicações da doença. O que se busca, não é a cura, mas qualidade de vida ao idoso diabético, intervindo com cuidado baseado em evidências nas complicações agudas e nas necessidades de tratamento e reabilitação.

## 4 O PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 O TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais.

### 4.2 O LOCAL E O PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Unidades da Estratégia Saúde da Família localizada em São Luís - MA, em que foram selecionados os locais que possuem um grande número de idosos do município. Assim, foi selecionada 1 unidade no distrito Centro, localizada no bairro da Liberdade e 2 unidades no distrito Cohab, sendo uma localizada no bairro Cohab Anil 2 e outra no bairro Habitacional Turu. O período da pesquisa foi de março de 2012 a janeiro de 2014 e a coleta dos dados no período de maio a outubro de 2013.

Em relação aos dados da saúde, São Luís apresenta 81 estabelecimentos de saúde municipais, destes, 49 são unidades de Saúde da Família distribuídos em 7 distritos de saúde (Distrito Bequimão, Distrito Coroadinho, Distrito Centro, Distrito Tirirical, Distrito Itaqui, Distrito Cohab e Distrito Vila Esperança) (MARANHÃO, 2012). Estudos revelam que apenas 36,1% da população ludovicense é coberta pela Estratégia Saúde da Família, porém se comparado aos anos anteriores, percebe-se que esse índice vem aumentando ao longo do período (MARANHÃO, 2007).

Quanto ao perfil de idosos na capital maranhense, São Luís compreende 5,7% do total de idosos da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). O número de idosos 78.060 (setenta e oito mil e sessenta) habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em levantamento realizado por Maranhão (2012) do número de atendimentos das unidades de saúde, as selecionados para a pesquisa, Liberdade, Cohab Anil 2 e Habitacional Turu atendem em média, 2909, 2836 e 1336 idosos por ano, respectivamente.

### 4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Foram considerados os sujeitos do estudo idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de ambos os sexos com diagnóstico de diabetes mellitus. A amostra foi constituída de 57 indivíduos entrevistados nas 3 unidades de saúde.

A pesquisa teve como critério de inclusão indivíduos com 60 anos ou mais, cadastrados no Programa Hiperdia com diagnóstico de diabetes mellitus, que convivem com a família, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, ativo, com aparente capacidade cognitiva preservada.

Como critério de exclusão, não participou da pesquisa o idoso que informou não possuir cuidados de algum membro da família ou que está sob cuidados de algum outro indivíduo que não seja membro de sua família.

#### 4.3.1 Abordagem dos sujeitos da pesquisa

Para a coleta dos dados da pesquisa, foi realizada inicialmente uma visita às unidades de saúde selecionadas, nas quais foi procurado o diretor da cada UBS para que fosse autorizada a realização da presente pesquisa. Logo após a permissão da diretoria, buscaram-se os enfermeiros responsáveis pelas equipes da ESF de cada uma dessas unidades de saúde para que houvesse uma apresentação formal aos agentes comunitários de saúde.

Na reunião com os ACSs foi então possível expor o objetivo da pesquisa, como seria realizada, as etapas da coleta de dados, e a importância da participação de cada ACS para a execução e sucesso da pesquisa. Assim, adequando-se aos melhores horários dos profissionais que aceitaram contribuir com a pesquisa, conseguiu-se marcar as datas para a visita nos domicílios dos possíveis participantes da pesquisa. Os ACS comprometeram-se em avisar previamente os idosos sobre a data e provável horário da visita para que não houvesse perdas dos participantes ou necessidade de remarcar uma nova visita.

Durante as visitas, o ACS apresentou a pesquisadora ao idoso, a qual explicava a pesquisa e as informações contidas no Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após a exposição, solicitava a assinatura do TCLE caso o indivíduo aceitasse participar da pesquisa.

A proposta inicial da pesquisa era realizar grupos focais para a coleta dos dados, no entanto, devido a dificuldade de locomoção e de transporte apresentada pela maioria dos idosos, foi definida a visita domiciliar como melhor método de entrevista.

Na primeira fase da coleta dos dados realizou-se a Técnica de Evocação Livre de Palavras (TALP), também conhecida como Associação Livre de Palavras (ALP), solicitando ao idoso que escrevesse até cinco palavras que viessem em sua mente ao ouvir o termo indutor “o cuidado da família prestado ao idoso diabético”. Ao se tratar de um idoso não alfabetizado, era solicitado apenas que falasse as palavras. O termo apresentado era exposto de forma que fosse compreendido por todos os idosos.

Após a primeira etapa, passou-se para a segunda, a qual foi compreendida por uma entrevista com perguntas semiestruturadas. Elas estavam relacionadas ao envelhecimento, à diabetes, ao cuidado, e à família, correlacionando logo após todos esses termos em uma única pergunta: “Como é o cuidado da família?”, de forma que se pudesse a priori entender como cada um desses termos se relacionava ao objeto de estudo da pesquisa.

A terceira etapa foi formada por um questionário para conhecer dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Para a realização das três etapas, foram organizados materiais independentes, havendo uma folha para cada etapa e para cada participante da pesquisa.

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As respostas obtidas das perguntas abertas se tornam essenciais para a elaboração da pesquisa qualitativa e, na pesquisa de Representação Social é verificado uma diversidade de métodos empregados de forma criativa para o desenvolvimento de novas técnicas de coleta de dados (SÁ, 2002). Nesta pesquisa optou-se, portanto, por utilizar a entrevista individual como técnica de coleta de dados.

Inicialmente, foi proposto como técnica de coleta de dados a utilização do grupo focal. No entanto, com as dificuldades estruturais e de recursos humanos apresentadas nas unidades de saúde selecionadas, além da dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) apontada pelos idosos, decidiu-se realizar a coleta dos dados nos domicílios dos sujeitos da pesquisa.

Foi utilizado como um dos instrumentos de coleta o TALP (APÊNDICE B), com o termo indutor: “cuidado da família ao idoso”. Esta coleta dos dados foi realizada após

a apresentação do método, para que os idosos compreendessem a aplicação da técnica. Com as respostas registradas, foi solicitado que sejam enumeradas conforme a ordem de importância considerada pelos idosos.

Após a aplicação do TALP, foi realizada uma entrevista com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE C) sobre o cuidado prestado pela família ao idoso, em que os participantes da pesquisa discorreram de suas ideias sobre o tema proposto de forma livre. Para essa entrevista, as perguntas foram norteadas nos seguintes guias temáticos: a compreensão do idoso sobre o processo do envelhecimento, sua experiência de conviver com o diabetes, a importância da família no processo do seu cuidado, sua percepção sobre como é realizado esse cuidado da família a ele, o relacionamento do idoso com sua família cuidadora, a sua percepção sobre a necessidade de ter o cuidado da família. Ao final da pesquisa, um formulário (APÊNDICE D) foi utilizado para abordar os dados sociodemográficos da população estudada.

Para esta técnica de entrevista, as informações obtidas com os idosos participantes foram gravadas pela pesquisadora com equipamento digital (gravador) e com anotações, que posteriormente foram transcritas pela pesquisadora, nos levando a compreender e interpretar os dados obtidos.

## 4.5 ANALISANDO OS DADOS

Para a análise das palavras escritas na técnica de evocação livre, foi utilizado como auxílio o software Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse Des Evocations (EVOCC2003) que avalia a associação livre de palavras ditas pelos participantes na etapa da abordagem estrutural.

Para a análise das palavras evocadas, realizou-se inicialmente a digitação em ordem alfabética, realizando-se a correção ortográfica quando necessário e retirando-se os sinais gráficos que poderiam interferir no processamento dos dados no software (FIGURA 2). Nessa primeira etapa obteve-se um total de 103 palavras.

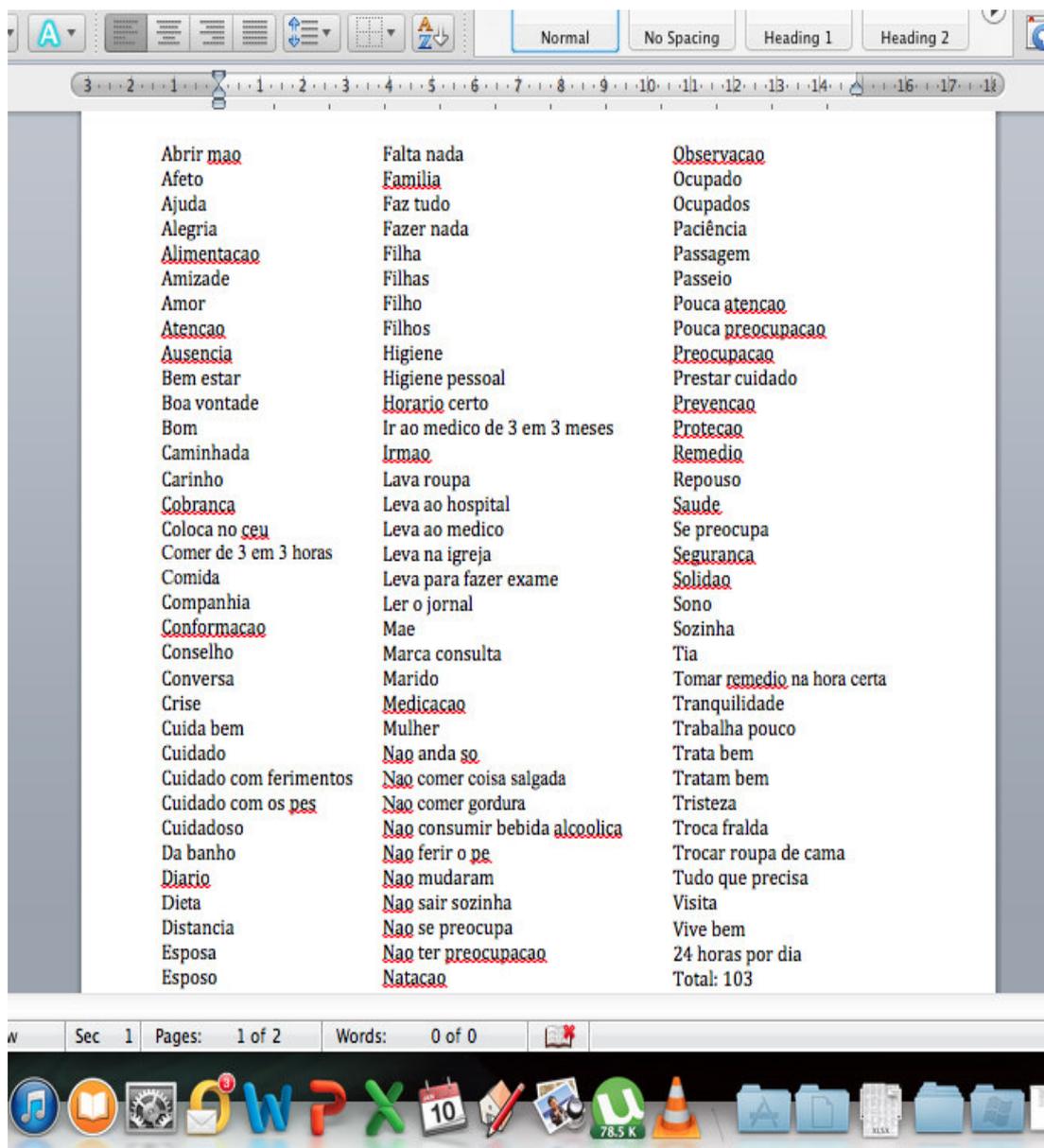


Figura 2 – Palavras evocadas em ordem alfabética.  
 Fonte: São Luís – MA, 2014.

Logo após a ordenação, passou-se para a segunda etapa, na qual as palavras similares foram sintetizadas em uma única palavra ou expressão, de acordo com aquelas que foram consideradas com grande semelhança (FIGURA 3), finalizando essa etapa com 49 palavras.

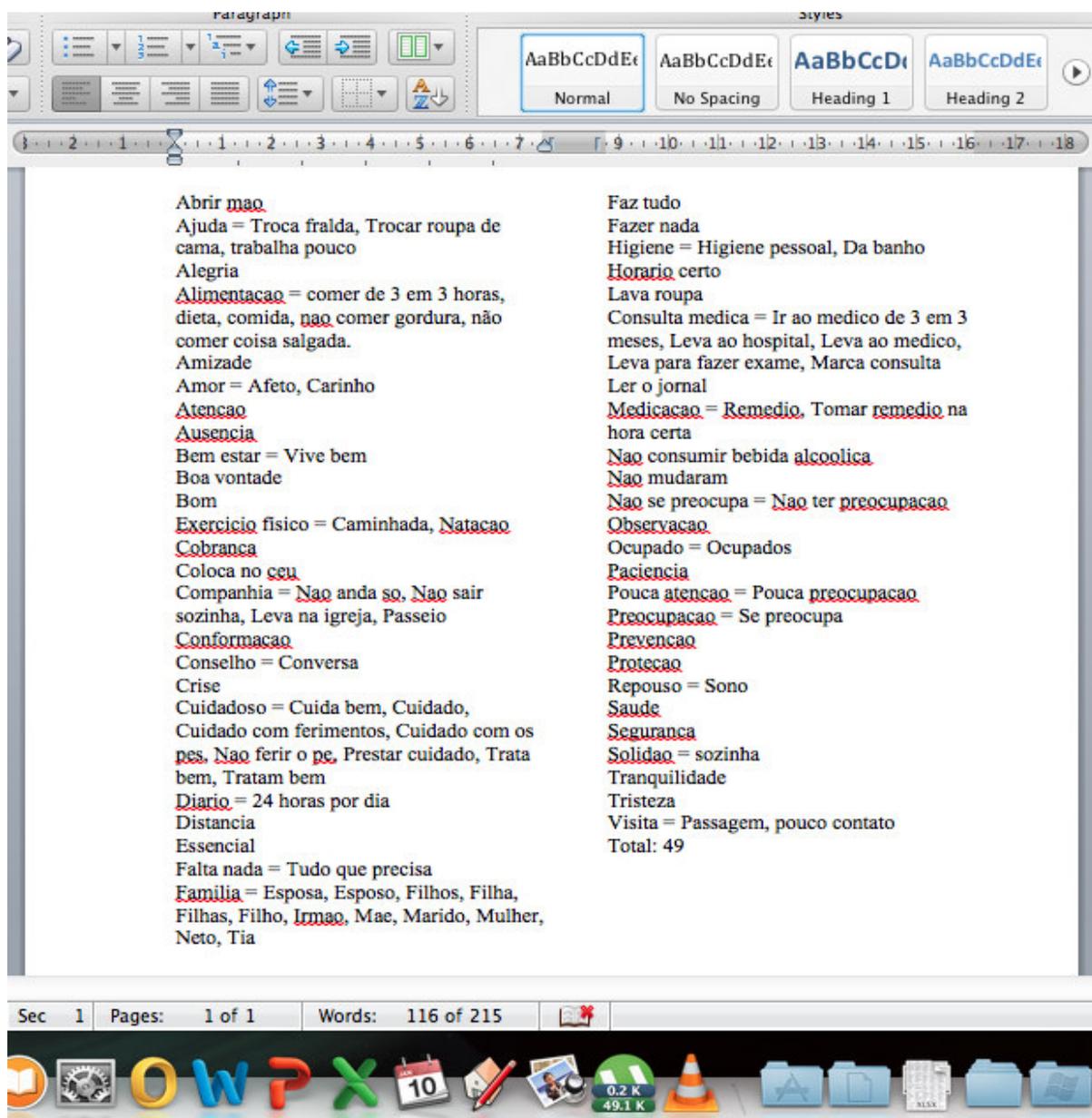


Figura 3 – Palavras evocadas resumidas.  
Fonte: São Luís – MA, 2014.

A terceira constituiu-se em colocar as palavras já sintetizadas no programa Microsoft Excel, organizadas da seguinte forma: na vertical a numeração dos participantes da pesquisa (1 a 57) e um total de cinco colunas para as palavras evocadas, e na horizontal a linha com as cinco palavras de acordo com a ordem evocada por cada participante (FIGURA 4). Assim, com o programa, foi possível desvendar a frequência das palavras mais evocadas pelos participantes da pesquisa, identificando-se, assim, os elementos do núcleo central e do sistema periférico.

	A	B	C	D	E
1	segurança	cuidadoso	amizade	familia	alegria
2	consulta medica	medicacao	prevencao	alimentacao	cuidadoso
3	fazer nada	alimentacao	medicacao	prevencao	nao preocupa
4	alimentacao	medicacao	cuidadoso	repouso	higiene
5	preocupacao	cuidadoso	atencao	amor	bem estar
6	faz tudo	fazer nada	cuidadoso	familia	companhia
7	amor	tranquilidade	cuidadoso	observacao	cobranca
8	cuidadoso	boa vontade	amor	atencao	cobranca
9	medicacao	ler o jornal	companhia	amor	saude
10	atencao	familia	familia	cuidadoso	medicacao
11	cuidadoso	companhia	amizade	preocupacao	atencao
12	familia	companhia	atencao	ajuda	cuidadoso
13	cuidadoso	saude	ajuda	protecao	alimentacao
14	alimentacao	consulta medica	familia	preocupacao	ajuda
15	preocupacao	crise	solidao	ocupado	distancia
16	cuidadoso	preocupacao	familia	familia	familia
17	familia	alimentacao	medicacao	bem estar	preocupacao
18	medicacao	consulta medica	higiene	companhia	amizade
19	diario	familia	preocupacao	familia	cuidadoso
20	conselho	familia	medicacao	familia	exercicio fisico
21	preocupacao	familia	medicacao	alimentacao	ajuda
22	companhia	alimentacao	familia	atencao	conselho
23	bom	preocupacao	familia	visita	atencao
24	familia	distancia	ajuda	companhia	consulta medica
25	consulta medica	atencao	companhia	cuidadoso	familia
26	alimentacao	distancia	solidao	consulta medica	visita
27	alimentacao	atencao	familia	ajuda	preocupacao
28	preocupacao	ocupado	familia	consulta medica	solidao
29	faz tudo	companhia	atencao	alimentacao	ajuda
30	cuidadoso	essencial	atencao	familia	familia
31	medicacao	alimentacao	consulta medica	fazer nada	faz tudo
32	familia	preocupacao	consulta medica	alimentacao	higiene
33	familia	ajuda	bom	alimentacao	cuidadoso
34	ajuda	higiene	familia	medicacao	consulta medica

Figura 4 – Palavras evocadas sintetizadas no programa Microsoft Excel.  
Fonte: São Luís – MA, 2014.

A quarta etapa foi realizada a colocação das palavras no software EVOC2003, formando assim, o quadro de quatro casas. Este programa possui três componentes independentes, são eles: a análise estrutural e construção do quadrante ou casa de quatro casas; a comparação entre grupos; e a análise de categorias para análise de similitude. Nesse estudo abordou-se apenas o primeiro componente para compor a análise dos dados das RS.

Na abordagem processual, foi utilizada a análise de conteúdo para avaliar os discursos obtidos na entrevista. Levantou-se as representações de um grupo sobre um determinado objeto, apresentando os aspectos importantes das representações, considerando-se que o conteúdo obtido na pesquisa e a relação que o sujeito tem sobre o objeto e o que se busca na pesquisa sobre esse objeto.

Realizadas as etapas da análise de conteúdo, buscou-se alcançar os processos de ancoragem e objetivação, elementos importantes no processo de construção das

representações dos idosos sobre o cuidado familiar. Com a análise do ponto de vista metodológico e conceitual das RS, essa busca foi orientada pela afirmativa da importância do cuidado da família ao idoso.

Para a análise dos dados sociodemográficos foi utilizado o software Epi Info versão 3.5.2, com 95% de intervalo de confiança nos dados obtidos.

## 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Condições crônicas em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís - MA”, com pesquisa autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO A) aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) com parecer nº 128.214 (ANEXO B).

A coleta de dados atendeu à Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos, no qual os participantes têm direito ao anonimato e sigilo, e a retirarem seus nomes em qualquer momento da pesquisa conforme sua vontade, conforme é apresentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Para garantir o direito de anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram identificados pela letra “I” seguido de número. Foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento, sendo que uma permaneceu com a participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

## 5 APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS SOBRE O CUIDADO FAMILIAR

Ao se buscar analisar um determinado objeto com base na teoria das RS, compreendeu-se que esta guia o comportamento do indivíduo, na medida em que remodela e reconstitui os elementos do meio em que este convive, no qual o comportamento tem lugar. Esse referencial consegue inculcar um sentido ao comportamento, integrando-o a uma rede de relações, o qual está vinculado ao seu objeto, “fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes” (MOSCOVICI, 1978, p. 49). Diante disso, percebe-se que esta teoria busca nos discursos o objetivo que se pretende alcançar nessa pesquisa.

Inicialmente será apresentado o perfil sociodemográfico dos idosos avaliados. A seguir, os resultados serão apresentados de acordo com cada fase do estudo: Fase 1. Avaliação das palavras evocadas pelos idosos pesquisados sobre o cuidado familiar; e Fase 2. Avaliação da fala dos entrevistados sobre o cuidado prestado por sua família.

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS AVALIADOS

As variáveis abordadas para compor este estudo foram: unidade da ESF que é acompanhado, sexo, cor, idade, escolaridade, principal membro da família que presta cuidado, tempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus, tempo de cuidado do membro da família, e estrutura familiar. Foram entrevistados 22 idosos (38,6%) na Unidade de Saúde da Liberdade, 21 (36,8%) na Unidade de Saúde da Cohab, e 14 participantes (24,6%) na Unidade de Saúde do Turu.

Quanto ao sexo, 75,4% eram do sexo feminino, correspondendo a 43 idosas, enquanto que foram entrevistados apenas 14 homens idosos. Em relação a cor, 63,2% (n = 36) se referiram como pardos, 22,8% (n = 13) como negros, e 14% (n = 8) como brancos.

As idades variaram entre 60 e 84 anos, tendo como média de idade 67 anos, e faixa etária mais predominante 65 a 69 anos, com 31,6% (n = 18). Nas demais faixas etárias tiveram como valores 28,1% (n = 16) os indivíduos com 60 a 64 anos, 17,5% (n = 10) na faixa de 70 a 74 anos, 15,8% (n = 9) entre 75 a 79 anos, e 7% (n = 4) aqueles com 80 anos ou mais de idade.

No que se refere a escolaridade, a maioria possui fundamental incompleto, 56,1% (n = 32). Aqueles com ensino médio completo e os idosos sem escolaridade tiveram valores percentuais iguais, 15,8% (n = 9) respectivamente, os participantes com ensino fundamental completo e aqueles com ensino superior completo também apresentaram valores iguais, com 5,3% (n = 3) respectivamente, enquanto que os idosos com ensino médio incompleto foram minoria, com 1,8% (n = 1).

Quando questionados sobre o principal membro da família que presta cuidado a eles, a maioria citou os filhos como principais cuidadores, com 64,9% (n = 37); o companheiro foi citado em 17,5% (n = 10) das entrevistas, irmãos e outros com 7% (n = 4), respectivamente, e 3,5% (n = 2) citaram os netos como seu cuidador.

Quanto ao tempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus, 29,8% (n = 17), possuem 1 a 5 anos de diagnóstico, 26,3% (n = 15) mais de 20 anos, 24,6% (n = 14) de 6 a 10 anos, 17,5% (n = 10) de 11 a 20 anos, e 1,8% (n = 1) menos de 1 ano de diagnóstico.

Em relação ao tempo de cuidado do familiar ao idoso, os resultados foram semelhantes, 31,6% (n = 18), possuem 1 a 5 anos de cuidado, 24,6% (n = 14) de 6 a 10 anos, 21,1% (n = 12) de 11 a 20 anos, 19,3% (n = 11) mais de 20 anos, e 3,5% (n = 2) menos de 1 ano de cuidado de algum familiar.

Questionando-se a estrutura da família, 77,2% (n = 44) possuem algum membro da vida convivendo no mesmo lar com o entrevistado, e 22,8% (n = 13) apresentam uma família de estrutura flutuante, em que o familiar cuidador o visita com determinada frequência para prestar atenção e suprir as necessidades do idoso.

## 5.2 REVELANDO A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS SOBRE O CUIDADO FAMILIAR

Busca-se nas RS formas de fazer e/ou repensar o cuidado global e, para isso, é necessário estudar o cuidado daquele que está no convívio do idoso, e que presta uma atenção diária a esse indivíduo que está vivenciando o envelhecimento. Trata-se, portanto, de avaliar o cuidado prestado pela família ao idoso.

Pretende-se assim, que estas RS possam levantar estratégias que aproximem o enfermeiro do idoso e sua família, entendendo que o cuidado do profissional deve considerar o cuidado familiar como essencial e de grande importância para seus clientes da terceira idade.

Nesse estudo realizou-se uma análise lexicográfica do cuidado da família para o idoso, no qual se obtiveram 230 palavras. Dessas, 45 palavras eram termos diferentes. A média geral ou rang foi de 2,51, tendo como frequência mínima de evocações 7, e a frequência intermediária 14 evocações, conforme apresentado no quadro 1.

Número total de evocações	230
Número de palavras diferentes	45
Média Geral por Sujeito (Rang)	2,51
Frequência mínima	7
Frequência intermediária	14

Quadro 1 – Resultado do TALP para o termo indutor cuidado da família para os idosos diabéticos atendidos na ESF.

Fonte: São Luís – MA, 2014.

Logo após obter-se as informações acima, realizou-se o quadro de quatro casas, o qual tem como proposta apresentar as palavras mais evocadas e as com menor frequência de evocação. Para se compreender como se procede o quadro, explica-se que as palavras que se situam no quadrante superior esquerdo são, provavelmente, os elementos do núcleo central da representação estudada. Aquelas palavras que estão situadas nos quadrantes superior direito e no quadrante inferior direito são os elementos mais claramente periféricos. As palavras que se localizam no quadrante inferior esquerdo são os elementos considerados de contraste.

O quadro 2 apresenta no primeiro quadrante as palavras mais frequentemente evocadas e mais prontamente evocadas, são os termos companhia, consulta médica, família, medicação e preocupação. São provavelmente as palavras que constituem o núcleo central deste estudo.

No segundo quadrante mostraram-se as palavras mais frequentemente evocadas, no entanto menos prontamente evocadas: ajuda, alimentação, atenção e cuidadoso. No terceiro quadrante identificaram-se os termos menos frequentemente evocados e menos prontamente evocados, que é: distância. No quarto quadrante foi exposta a palavra com menos frequência de evocação, no entanto, mais prontamente evocada, se tratando de: solidão.

<b>1º QUADRANTE -</b> <b>Elementos possíveis do núcleo central</b> Frequência: $\geq 14$ Rang $< 2,5$			<b>2º QUADRANTE -</b> <b>1ª Periferia</b> Frequência: $\geq 14$ Rang $\geq 2,5$		
<b>Palavras</b>	<b>Frequência</b>	<b>Rang</b>	<b>Palavras</b>	<b>Frequência</b>	<b>Rang</b>
Companhia	14	2,286	Ajuda	14	2,571
Consulta médica	14	2,429	Alimentação	19	2,526
Família	162,294		Atenção	14	2,643
Medicação	34 2,188		Cuidadoso	14	2,643
Preocupação	15 2,400				
<b>4º QUADRANTE -</b> <b>Elementos de contraste</b> Frequência: $< 14$ Rang $\geq 2,5$			<b>3º QUADRANTE -</b> <b>2ª Periferia</b> Frequência: $< 14$ Rang $< 2,5$		
<b>Palavras</b>	<b>Frequência</b>	<b>Rang</b>	<b>Palavras</b>	<b>Frequência</b>	<b>Rang</b>
Solidão	7 2,857		Distância	7 2,143	

Quadro 2 – Quadro de quatro casas do termo indutor cuidado da família para os idosos diabéticos atendidos na ESF.

Fonte: São Luís – MA, 2014.

O núcleo central é entendido como um subconjunto da RS, o qual possui outras funções estruturais complementares, denominadas periféricas, reconhecidas. Possui grande importância para a teoria por conhecer o próprio objeto da representação, apresentando o que está sendo representado. Essa forma de esquema teórico de elementos centrais e da periferia demonstra a organização interna da Representação Social, os quais caracterizam-se por pela mobilidade, flexibilidade, e expressão individualizada (SÁ, 2002).

Em relação às palavras que provavelmente fazem parte do núcleo central (companhia, consulta médica, família, medicação, e preocupação), são compreendidas como aquelas que refletem o real significado do termo indutor para a maioria dos idosos. Observa-se que se trata de termos positivos, nos quais são identificados atitudes, características e membros familiares.

Com base nesses dados, pode-se pensar que a representação social do cuidado da família tem como núcleo central elementos ligados à atenção – consulta médica, medicação e preocupação, e à convivência – companhia e família. O cuidado familiar surge então como uma atenção prestada pelos membros da família, os quais se preocupam em

levar o idoso para a consulta médica e em administrar as medicações, sendo ainda uma companhia de grande importância para ele.

Quando se fala em companhia, entende-se a relevância que a família possui, por se tratar do contexto social mais próximo no qual um indivíduo pode estar envolvido, e os relacionamentos que são mantidos por eles em seus arranjos domiciliares contribui de forma positivas para a saúde do idoso (ALVARENGA et al, 2011).

A consulta médica é compreendida como sendo uma medida de promoção da saúde do idoso, uma vez que esta segue critérios do paradigma adotado, não se centrando simplesmente na cura da doença. O objetivo da consulta é, portanto, a redução dos riscos que são previstos, possibilitando a esse indivíduo uma vida mais saudável e com melhor qualidade (MAZZA; LEFÉVRE, 2005).

O termo família neste estudo englobou qualquer membro da família que o idoso citou quando dito o termo indutor. Foram citados: mãe, filhos, irmãos, netos, esposo (a), e cunhada. A família, segundo Harré (1984), é considerada para as RS como um grupo estruturado que se baseiam em direitos, deveres, obrigações e laços biológicos.

Em um estudo de Aires et al (2006) sobre o cuidado ao idoso em seu domicílio, eles tiveram como resultado que os filhos são os principais cuidadores, com 13,1%, seguido pelo próprio cônjuge (5,1%), e pelo genro e nora (1,1%), tendo 5,1% do total demais cuidadores.

Nas pesquisas levantadas sobre os cuidadores familiares, percebeu-se que vários motivos contribuem para que isso seja ainda nos dias atuais uma realidade. Os principais cuidadores destacam que há uma obrigação moral relacionada a características culturais e religiosas, havendo no caso do esposo (a) ser o cuidador, a condição de conjugalidade. Eles apontam ainda que a ausência de um outro cuidador leva o familiar a assumir essa condição, tornando-se não uma opção, mas uma obrigação (GONÇALVES et al, 2005).

Ao se falar de medicação, percebe-se que à medida que a população mundial vem envelhecendo, há uma maior demanda por medicamentos que tem como efeito o retardo e/ou tratamento de doenças crônicas, o alívio da dor, ou a melhora na qualidade de vida do indivíduo na terceira idade (BRASIL, 2005).

Quando se fala sobre preocupação, entende-se que se trata de um sentimento que a família expressa para o idoso diante das ações em que esses membros da família prestam.

As palavras do sistema periférico são explicadas por Sá (2002) como sendo aquelas permitem à RS ancorar-se na realidade do momento. Dentre as palavras da

primeira periferia (ajuda, alimentação, atenção, e cuidadoso), a que apresentou maior frequência foi o termo alimentação.

Compreende-se que a família é, na realidade de muitos idosos, a principal ajuda, satisfazendo as suas necessidades em vários aspectos, seja na alimentação, habitação, cuidados pessoais, ao prestar amor e afeto, e até mesmo ao relacionar-se e comunicar-se com o idoso, tornando-o pertencente a um grupo (ALVARENGA et al, 2011).

Em relação à alimentação, entende-se que o idoso diabético necessita de uma maior atenção, uma vez que uma dieta rica em gordura (saturada) e sal, e pobre em frutas, legumes e verduras, suprimindo uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, além de uma vida sedentária, apresentam-se como os maiores fatores de risco de problemas crônicos, como o diabete (BRASIL, 2006a).

A atenção que a família presta ao idoso é um elemento básico para a preservação da sua saúde. Mazza e Lefèvre (2005) explicam que esta atenção está intimamente relacionada ao cuidador estar presente no espaço que o idoso mora ou em suas ações de auxílio e realização de atividades de vida diária, intencionando preservar a autonomia e independência dessa pessoa de idade.

Entende-se que o cuidado é uma parte integrante da vida humana, o qual é realizado nas mais variadas formas de expressão. Quando o indivíduo torna-se aquele que presta cuidado, tratando-se do seu principal foco, esta prática unifica o cuidador e aquele que é cuidado, constituindo-se então em uma prioridade e um compromisso para a transformação pessoal e social (FERNANDES; SILVA, 2010).

No segundo quadro percebeu-se também um conjunto de palavras com significado positivo, demonstrando uma articulação com os elementos possíveis do núcleo central. Entende-se, portanto que essas evocações tornam-se elementos protetores do núcleo central, os quais, em conjunto, apresentaram um resultado de que há uma boa relação no cuidado idoso x família.

Considera-se que as palavras evocadas que se encontram na segunda periferia se tratam daquelas mais distantes de serem o possível núcleo central, uma vez que foram as menos evocadas e menos prontamente apresentadas. Neste estudo o termo do terceiro quadro (distância) apresenta um significado negativo, o qual é compreendido como sendo resultado de um menor envolvimento da família no cuidado, por estar havendo uma maior oportunidade de cuidados formais em toda a sociedade.

No entanto, compreende-se que os mais velhos precisam de apoio e assistência, uma vez que sua capacidade funcional tornou-se acometida pela sua condição crônica, impedindo assim, o autocuidado e aumentando as responsabilidades da família. Nesse contexto, mesmo que com um cuidado formal adequado, a assistência que os familiares

podem vir a prestar continuam sendo um grande aliado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; AIRES et al, 2006).

Esta palavra distância apresenta um contraste com as encontradas no possível núcleo central, revelando que o cuidado da família vem se apresentando distante, e a companhia e a preocupação por parte dos familiares podem ser realidade apenas de alguns idosos.

O elemento encontrado no quarto quadrante, solidão, apresenta uma situação em que se questiona aquilo que foi encontrado no possível núcleo central, e concordando com a palavra evocada identificada na segunda periferia (distância). Diante dessa situação, pode-se pressupor a hipótese de que em vez do cuidado familiar ser preocupado com o idoso e este cuidador estar sendo a sua companhia, os elementos de contraste e da segunda periferia demonstram que esse cuidado vem se apresentando distante, de forma que o idoso se sintá solitário.

O sentimento de solidão é observado nos idosos quando seus laços familiares são rompidos seja pelo distanciamento ou pela perda de seus parentes, tornando-os isolados e pertencentes a um menor grupo social. Além disso, há a situação de suas interações serem conflituosas, levando-o a um declínio de sua saúde física e mental. Observa-se, no entanto, que os idosos que convivem em lares em que há uma relação animadora e mais próxima, já não expressam esse sentimento negativo, por expressarem uma força para sua saúde emocional (GIRONDA; LUBBEN, 2003; BRASIL, 2005).

Ao revelar-se as Representações Sociais do cuidado familiar prestado ao idoso, entende-se que o cuidado dos membros da família são essenciais, além disso, é o cuidado mais importante que outro ser pode realizar a um indivíduo na terceira idade. Acredita-se nessa afirmativa devido ser uma forma de cuidado cotidiana, com indivíduos que fazem parte do convívio do idoso, os quais já são conhecidos pelo indivíduo, e portanto mais fáceis de serem aceitos.

### 5.3 DESVELANDO O DISCURSO DOS IDOSOS SOBRE O CUIDADO PRESTADO POR SEUS FAMILIARES

Para se compreender melhor sobre o cuidado familiar prestado ao idoso diabético, buscou-se, por meio da análise de conteúdo de entrevistas, relacionar o cuidado com tópicos relacionados ao nosso objeto de estudo. Iniciou-se a entrevista perguntando

sobre o envelhecimento, avançando para a discussão relacionada à diabetes e, logo após realizaram-se perguntas relacionadas ao cuidado e especificamente ao cuidado familiar.

Optou-se por essa estrutura de entrevista por entender-se que os tópicos selecionados podem estar relacionados diretamente com o cuidado prestado pela família. A forma como o idoso envelhece pode afetar o seu grau de dependência de cuidado, uma vez que o autocuidado se restringe em variados graus devido às limitações impostas pela idade. Outro fator se trata do acometimento do diabetes na vida do idoso, que pode interferir significativamente na forma como a família cuida dele, seja qualitativa ou quantitativamente.

Os discursos dos entrevistados foram analisados com a proposta de Moscovici, o referencial teórico metodológico das Representações Sociais. Segundo o autor, uma representação social trata-se do sinal e da reprodução de um objeto que é socialmente valorizado por um determinado grupo social que, no caso da presente pesquisa, por um grupo de idosos diabéticos (MOSCOVICI, 1978).

Para Araújo, Coutinho e Carvalho (2005, p. 73) as RS “são constituídas por processos sociocognitivos nas interações sociais, o que significa dizer que elas têm implicações na vida cotidiana”. A teoria implica também na comunicação e nos comportamentos adotados por um grupo de indivíduos, os quais são resultantes da forma como os indivíduos sociais “representam socialmente esse objeto e do significado que estes adquirem em suas vidas”.

As autoras ressaltam ainda que a Teoria das Representações Sociais não se baseia em um estudo de qualquer conhecimento encontrado no senso comum, trata-se de um saber compartilhado, o qual se organiza em teorias do senso comum, considerados como representações.

Identificou-se que, na entrevista com os idosos sobre o cuidado prestado por seus familiares, os participantes apresentaram representações ancoradas em diversos fatores relacionados aos sentimentos, atitudes e práticas cotidianas. Decidiu-se então subdividir estas representações para se realizar uma melhor discussão sobre o objeto de estudo abordado na pesquisa.

Para que se tornasse mais dinâmico e compreensível os temas abordados no discurso dos idosos entrevistados, optou-se por realizar um quadro com um organograma abordando em lócus o que será discutido em cada subitem deste subcapítulo (FIGURA 5).

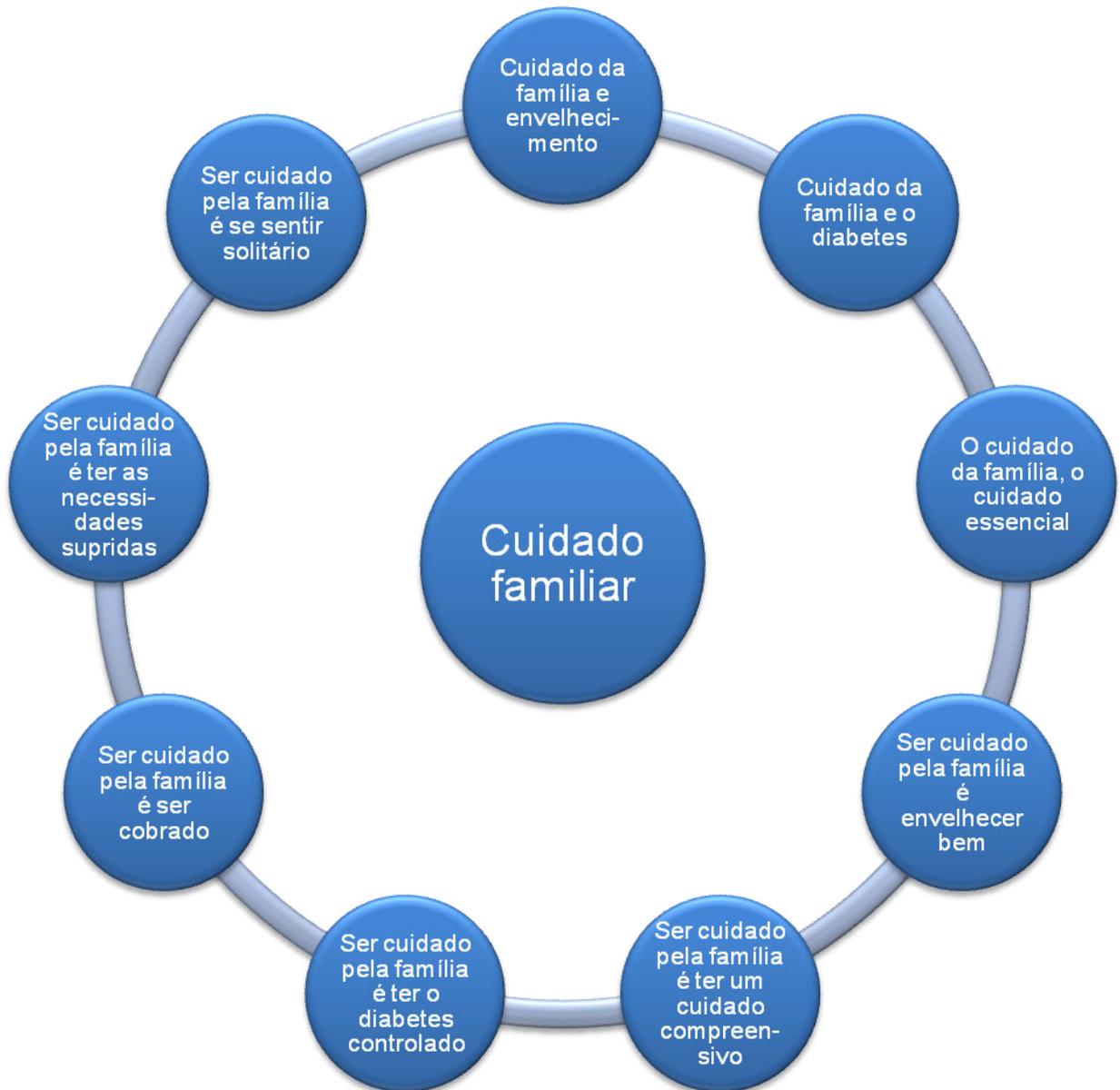


Figura 5 - Categorias obtidas a partir do discurso dos sujeitos da pesquisa sobre o conhecimento do Diabetes mellitus.

Fonte: São Luís – MA, 2014.

### 5.3.1 O cuidado da família e o envelhecimento

Ao se estudar os idosos com uma condição crônica, como o diabetes, entende-se que estes necessitam de cuidados peculiares, como medicamentos e alimentação apropriados e no horário certo. Assim, o esquecimento pode prejudicar o idoso no cuidado executado por ele próprio, necessitando do próximo, ou seja, da família para realizá-lo.

Pra mim ela [velhice] chegou a gente nem espera. Cada dia que passa, a gente: meu Deus do céu. Você vai percebendo. Você vai ficando, a primeira coisa: esquecido. Você parte de certas coisas que você vai todo tempo mudando, entra outras pessoas. Claro que você tem que dá a vez para os outros, mas você se acha esquecido (11).

Percebe-se que a representação do idoso sobre a velhice é focada no esquecimento e no enfrentamento de uma sociedade que evolui rápido, fazendo-o ter necessidade do próximo para ajudá-lo a enfrentar a velhice e tratar sua condição crônica de acordo com os tratamentos atuais.

Cintra, Guariento e Miyasaki (2010) apontaram em seu estudo que idosos que moram sozinhos ou que não têm acompanhamento da família tendem a não aderirem ao tratamento de sua condição crônica e, dentre as explicações fornecidas pelos idosos do estudo, o esquecimento é abordado em destaque.

Outra característica representada pelos indivíduos na terceira idade é a dependência para funções diárias, uma vez que o avançar da idade leva o indivíduo a diminuir sua capacidade física e cognitiva.

[...] a gente quando já vai ficando com a idade, a gente vai ficando criança, aí os filhos não querem que a gente faça mais nada, aí eles é que faz pra gente (115).

[...] com esse pé e essa dor na costela não to fazendo mais nada. Mas, ainda não to na velhice de dizer que não to fazendo mais nada. Mas já me sinto cansado (117).

Ao analisar o discurso desses participantes, verifica-se uma objetivação relacionada a essa dependência de seus familiares, sendo comparada à fase da infância ou relacionada ao cansaço desenvolvido com a velhice, necessitando de maior atenção e auxílio na execução de atividades.

Para Gonçalves (2013) é importante ressaltar, no entanto, que a dependência expressada pelos idosos de ajuda para desempenhar desde atividades básicas a atividades

instrumentais e mais avançadas, ocorre não por terem perdido suas capacidades funcionais, mas por perceberem que um suporte da parte de um cuidador poderá melhorar seu contexto domiciliar.

É inevitável para o indivíduo vivenciar o processo do envelhecimento, portanto, buscar apreendê-lo conduzirá as famílias na construção de significados importantes para realizar a arte do cuidar. Com o desenvolvimento histórico e de valores éticos e morais, a família tende a buscar suas estratégias que ofertam um atendimento de qualidade ao idoso nessa fase de sua vida (BATISTA; CRISPIM, 2012).

No discurso abaixo, observa-se que os idosos relatam sua necessidade de cuidado familiar não apenas no seu domicílio, mas também precisam do acompanhamento desse membro quando for necessário sair de seu lar, ocorrendo isto para suas consultas médicas e exames, ou para ir a lugares relacionados ao lazer.

Com todo conforto que a gente tem em casa, mas não é bom não, a gente ser velho. Eu tenho medo de andar só porque eu tenho medo de cair [...]. Porque velho quando cai, pra quebrar osso, Deus me livre. Não emenda tão cedo né? E quando emenda (129).

Nas falas apresentadas pelos idosos, percebe-se a importância da presença da família no seu cuidado. Essa afirmação é evidenciada na representação que o idoso possui de apresentar limitações físicas que fazem sua marcha alterar, apresentando, assim, determinado risco de queda e fraturas.

O medo de cair é uma sensação criada pelo idoso quando este realiza diversas tarefas relacionadas à sua vida diária. Essa sensação é mais evidenciada nas atividades que exigem maior capacidade de mobilidade por parte do idoso ou quando são realizadas fora de seu domicílio. Assim, o simples ato de fazer compra na feira ou ir a uma padaria é considerado um desafio para o indivíduo que vivencia a velhice (ALMEIDA; NEVES, 2012).

Galimbert e Almeida (2012) observaram também que esse medo de cair é compartilhado pela maioria dos idosos, os quais destacaram duas atividades de vida diária como as mais desafiadoras para eles, que são andar em lugares com aglomerado de pessoas e a necessidade de subir ladeira ou escada. O medo vivenciado por eles os leva a evitarem determinadas atividades pelo receio prévio de queda ou devido sua redução de mobilidade e marcha. A consequência dessa privação leva ao aumento do número de idosos sedentários e limitados cada vez mais em desempenhar determinadas atividades.

O cuidado da família também é representado como uma forma de ajudar o cuidador também, uma vez que quando este precisa de auxílio financeiro dos pais devido a diversas situações vivenciadas por ele, realiza, em troca, ajuda ao idoso em seu domicílio e

fora dele. O cuidado foi objetivado em conceitos relacionados aos atos realizados pelo familiar.

Ela [filha] faz tudo, comida, roupa, as coisas da casa. E quando vou no médico, amanhã mesmo tenho que ir no médico, ela tem que me levar. Porque eu já tenho medo de ir só. Ela ficou viúva e veio morar comigo. As outras trabalham, mas ela não, fica aqui comigo. É bom, né? Porque eu vivia só, não tinha ninguém. Os meus filhos é que são meus companheiros (I30).

Nos estudos realizados por Gonçalves et al (2005), eles destacaram que o cuidado prestado pelos familiares está relacionado em algumas situações à condição financeira do cuidador que, por motivo de dificuldades nessa área, as filhas desempregadas se incumbem de prestar esse cuidado aos pais em troca de sustento

Diogo, Ceolim e Cintra (2005) explicam ainda que na maioria dos países tem-se percebido na história do cuidado ao idoso, a prevalência de mulheres no cuidado, sendo demonstrado nos estudos que se tratam principalmente das esposas, filhas e netas.

Essa afirmação também é observada nos estudos de Fernandes et al (2012) os quais demonstraram que, apesar de ainda haver uma clara predominância de mulheres no cuidado, o número de homens que vêm prestando ajuda e apoio a algum membro de sua família está crescendo. Essa afirmação também foi confirmada no presente estudo, em que, na entrevista realizada com os idosos, percebeu-se filhos, esposos, genros e irmãos sendo citados com frequência em suas falas.

### **5.3.2 O cuidado da família e o diabetes**

Ao se abordar sobre o DM, Sá (2002) explica que a doença torna-se um objeto de estudo da RS por esta possuir um caráter estranho, que torna ameaçador, característica própria da doença, respondendo assim pela extrema capacidade em gerar representações.

Os depoimentos desses participantes acerca do cuidado realizado àqueles que possuem o diabetes demonstram a importância dos membros de sua família, os quais são representados como auxiliares nas atividades necessárias para o tratamento dessa condição crônica que o idoso convive.

[...]o que tenho é que não tenho esse olho, só enxergo do outro. Eu tenho esse privilégio de tá na minha casa com meus filhos. Eles não deixam eu fazer mais nada, nenhum dos meus filhos, eles não deixam eu sair pra canto nenhum sozinha, em casa eles tão reparando onde eu to pisando. Assim que é (I4).

A diabete pra mim é uma doença muito grande, porque basta não ta fazendo minhas coisas, basta eu ta quase cega, meus olhos me doendo. Eu to quase cega mesmo, meus ossos me dói, minha mão me dói. Não posso pegar uma cuia pra eu comer (I21).

Observa-se, na objetivação encontrada no relato das falas, que as consequências relacionadas ao diabetes são responsáveis pela maior dependência do idoso de um membro familiar, pois conforme citado nas falas, esses agravos gerados pela doença limitam o indivíduo a executar suas atividades sem um acompanhamento ou orientação devida.

Nagai, Chubaci e Neri (2011) relataram que dentre as complicações crônicas que se associam ao DM, pode-se citar a perda gradual ou total da visão, tornando o indivíduo cego, e a amputação de membros, sendo os principais os membros inferiores. Além disso, as autoras apontam que essa condição crônica leva o idoso a se sentir mais cansado para a realização de suas atividades cotidianas.

No processo de cuidar por parte dos familiares, observa-se que estes membros sofrem a influência do DM em seus subsistemas, de forma que eles se organizam para que consigam controlar os agravos da doença. O diabetes é assimilado pelos membros familiares em seu contexto cotidiano como algo que já faz parte de sua vivência (SILVA et al, 2011b).

No estudo realizado por Batista e Crispim (2012), elas observaram que em relação ao contexto social, as maiores dificuldades enfrentadas por um idoso com condição crônica e seu sistema familiar é a doença e as limitações que ela traz consigo, e não necessariamente o processo de envelhecimento. É relatado que a condição crônica traz para os sujeitos envolvidos um desgaste físico e emocional, sendo difícil compreender essa nova realidade de ter uma pessoa dependente de cuidados daqueles que são de sua descendência.

Nota-se que os discursos dos sujeitos da pesquisa também destacaram o diabetes como principal causa de se sentir velho e dependente de um familiar para lhe prestar os cuidados necessários. As falas abaixo pautam-se na representação de que os idosos sentem-se velhos não necessariamente devido o avançar da idade, mas devido o desenvolvimento e agravo do diabetes.

Se não fosse a diabete, a pressão alta, o que eu já passei com a... uma cirurgia que eu fiz na aorta abdominal, tava tudo bem. Porque eu, eu não me sinto velho, eu me sinto doente (I8).

[...] eu só vivo doente. Adoeci por causada diabete, da velhice, que eu já vou fazer 80 anos. Muda tudo né? Sempre indo pro médico (128).

Fernandes e Silva (2010) relatam que é de grande sensibilidade verificar a realidade vivenciada pelos idosos que tem que conviver com uma condição crônica. Com o passar dos anos, a velhice e a doença levam o idoso a necessitar cada vez mais de cuidado, uma vez que sua individualidade e o controle sobre si mesmo vão se perdendo, ficando dependente de diferentes graus do familiar cuidador.

Silva et al (2011b) explicam que no processo de envelhecimento, o indivíduo está mais propenso a adoecer sendo, geralmente, acometido por uma condição crônica, como o diabetes mellitus. Juntamente com o desenvolvimento das alterações relacionadas à senescência, o DM faz com que o idoso tenha a necessidade de uma maior atenção por parte, em particular, de seus familiares.

As autoras destacam que a importância desse sistema familiar está relacionada aos conhecimentos e habilidades apreendidos pelos membros para a prevenção e diminuição dos efeitos de ordem física e psicológica que o DM pode desenvolver no idoso. Devido a possibilidade de ocorrer esses efeitos considerados graves, a família busca então (re) organizar dinamicamente seu sistema relacional.

Foi explorado nos discursos que as ações de cuidado dessas pessoas que representam o cuidado, os membros familiares, ocorreu depois que o idoso foi diagnosticado com o DM. As preocupações que são desenvolvidas após o diagnóstico de uma condição crônica leva a família a (re)pensar sobre a sobrevivência do idoso e sua limitação de cuidar de si próprio. Assim, os membros familiares se mobilizam a tentar solucionar o problema acompanhando o idoso de forma mais próxima.

Agora eles estão mais perto, depois da diabete, porque eles sabem que o negócio é mais sério. Aí agora ele tem mais cuidado comigo (149).

De uns anos pra cá foi que eles vieram a se preocupar comigo, porque antes eles não se preocupavam não. Depois que eu adoeci é que eles se preocuparam (150).

Devido a essas mudanças, deve-se entender, de forma efetiva, que essa nova forma de necessidade de saúde exige da família compreender-se como complexa, instável, global, multidimensional, e em sua contextualidade, organização, e diversidade de seu sistema. Envelhecer em família se trata, portanto, de um processo único e complexo, com múltiplas tarefas que precisam ser desenvolvidas para a consolidação e maturação desse sistema familiar (SILVA; FIGUEIREDO, 2006; FIGUEIREDO et al, 2011).

Compreende-se que a dinâmica familiar voltada para o cuidado ao idoso tem grande importância, particularmente nos casos de idosos com condições crônicas. Essa atenção prestada interfere especialmente no equilíbrio do indivíduo da terceira idade conviver cotidianamente com o DM (SILVA et al, 2011b).

### 5.3.3 O cuidado da família, o cuidado essencial

Ao se formular as RS sobre o cuidado familiar, os idosos diabéticos baseiam-se em suas crenças, valores e histórias de vida, além de suas experiências e vivências no cotidiano domiciliar, ou seja, o lar onde o cuidado é prestado (SOUZA; ROSA; SOUZA, 2011).

Para Collière (1999), o cuidar é compreendido como um ato de tomar conta, de tratar do próximo, sendo realizado de forma individual que se presta a nós mesmos, e ao mesmo tempo torna-se um ato de reciprocidade que nos leva a proporcionar ao próximo, com o objetivo de manter e sustentar a sua vida.

A família é compreendida como um suporte de grande importância para o idoso devido eles prestarem ajuda quando necessário, e darem apoio ao idoso em suas atividades, sendo considerados, assim, peças fundamentais na promoção de maior sobrevivência aos idosos.

A única coisa que a gente se preocupa é ter cuidado com as coisas. Graças a Deus nossos filhos nos ajudam, temos nossas aposentadorias. Vivemos bem. [...] Todo mundo tem cuidado comigo. Chego em casa e nem me preocupo com nada. Eu nunca fui assim, preocupado. Graças a Deus nunca precisei me preocupar. Não preciso nem me preocupar se tem o que comer (I1).

Tenho sido cuidada por todos aqui. Eles fazem minha papinha de noite, que eu janto cedo. E de noite eles levam minha papa, aí eu tomo. De manhã eu tomo a insulina, o cafezinho da manhã já tá pronto e eles levam. É boa (I28).

A família tem realizado importantes mecanismos de regulação, de controle da situação vivenciada, disciplina e poder, articulando-os nas diversas formas de interações que podem ter com o idoso. Assim, é possível haver uma ligação afetiva entre os membros desse sistema familiar, ampliando suas relações interpessoais e proporcionando uma qualidade de saúde desse membro familiar que está vivenciando a velhice (MOURA; SILVA; MARQUES, 2011).

O cuidado pautado em beneficiar o idoso em todas as áreas de sua vida também é representado no discurso dos sujeitos da pesquisa, tendo seus membros como indivíduos que têm prestado atenção não apenas aos cuidados relacionados a doença, mas também ao indivíduo, conforme se observa na objetivação abaixo.

Me levam no médico, me levam na missa, quando eu quero ir na casa de Fulano, eles levam também. É assim. [...]Têm cuidado comigo, né? Eles conversam comigo, tudo (I29).

Figueiredo et al (2011) abordam que a família tem emergido um relevante papel no cuidado do idoso devido as mudanças sócio demográficas que observa-se na sociedade. Essas mudanças estão relacionadas com o envelhecimento populacional que vem crescendo.

Estima-se que seja uma realidade social a presença da família no planejamento e realização do cuidado na velhice, uma vez que o número de pessoas que vivem sós e têm um estilo de vida diferente está aumentando, exigindo da Enfermagem uma maior atenção a esse grupo (FIGUEIREDO et al 2011).

Batista e Crispim (2012) relatam que nos últimos anos têm sido criadas novas tendências e transformações socioeconômicas no país, ocorrendo isto devido o envelhecimento e a dependência de idosos, devido a patologias e o próprio avanço de sua idade. A família ocupa então um papel fundamental em ser o responsável pela proteção social do seu membro familiar idoso, sendo esta atitude independente se sua configuração atual.

Percebe-se também na representação dos participantes da pesquisa que a forma como se presta esse cuidado é valorizado por eles, pois essa atitude é vista por eles como uma forma de demonstrar carinho e zelo a esse indivíduo na velhice.

Não tenho riqueza não tenho nada, mas tenho meus filhos. Pra mim é uma alegria muito grande, é, como se diz, um tesouro na terra que não existe. Foi o maior tesouro que eu tenho na terra (I39).

Meu filho que cuida de mim, ele tem muito prazer em me cuidar. Eu vim morar aqui com ele, e de lá pra cá ele que tem cuidado de mim (I47).

A tonica dos discursos dos idosos entrevistados recai sobre o valor de ser cuidado com atenção. Esse ato desenvolvido pelos membros familiares pode tornar-se, então, um processo prazeroso tanto para o que cuida quanto para aquele que é cuidado, fazendo com que esse relacionamento seja bem sucedido.

Souza, Rosa e Souza (2011) explicam que para cuidar do idoso é necessário conhecer as suas necessidades e limitações, é preciso também que o indivíduo se perceba no outro.

A família tem demonstrado um cuidado realizado não apenas por atos superficiais, mas também atitudes que trazem ao idoso mais conforto e segurança na área emocional, da saúde, e inclusive financeira.

Quando ele [filho] recebe o dinheiro dele, ele me dá uma parte, compra meus remédios que eu preciso. Eu não saio de casa, é minha sobrinha que me leva [...] Ela se preocupa muito comigo, ela que recebe meu dinheiro, não saio mais, aí ela é que recebe. [...] As vezes tem que trocar senha, aí vou com ela. No médico ela que leva nas consultas, marca as consultas, as vezes é de madrugada que marca (I51).

Percebe-se que no cuidado ao idoso, há também representados os casos de famílias de idosos que, além de realizar os cuidados necessários, tem fornecido o auxílio financeiro para que o idoso possa realizar seu tratamento e manter sua casa, com a compra de remédios, alimentação, dentre outros.

Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) explicam que diferentemente do que se tem pensado, o sistema familiar ainda é a principal forma de sustento financeiro e social dos idosos, e são seus membros familiares que os ajudam quando passam por situações que necessitam de auxílio. A família é, ainda, aquela que oferece ao idoso o apoio social, funcional, material e afetivo.

Os mesmos autores relatam que o cuidado proporciona satisfações ao familiar, mas também traz trabalho a ele. Ao se dispensar cuidado a alguém que esteja doente ou dependente, há conseqüentemente um esforço mental, físico e psicológico considerável, que envolve além disso, o custo financeiro que esse cuidado pode vir a causar.

#### **5.3.4 Ser cuidado pela família é envelhecer bem**

A família é compreendida como uma facilitadora do processo de envelhecimento, uma vez que o cuidado prestado tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade na vida dos idosos. Os benefícios que esse ato pode atribuir ao indivíduo na terceira idade se tratando suporte emocional e da promoção de sua saúde.

Dá uma ajuda boa pra gente. Se a gente quiser cair, eles levantam. Eles não querem ver a gente cair. Então é muito importante a família pra gente. E não só pro diabete, mas pra todo tipo de doença. Se a família cuidar, é muito bom (I3).

Aqui em casa começa do pequeno, o povo tem tanta preocupação. [...]. Graças a Deus que assim, eu sou uma privilegiada. É maravilhoso. A família deve, a nossa família deve ter união, paz, um jeito né, um com o outro. Meus filhos parentes, todo mundo gosta de mim.

Entende-se nesse discurso que o cuidado da família auxilia os idosos no enfrentamento e tratamento de suas condições crônicas na velhice. Portanto, a presença de seus membros no apoio e auxílio ao idoso se torna uma contribuição que faz a diferença no cuidar do idoso diabético.

Figueiredo et al (2011) explicam a importância da adaptação da família nesse processo do envelhecimento de um ente familiar, por se tratar de uma experiência única. Eles explicam que assim é assegurada a mudança e continuidade do sistema familiar que, mesmo em situações que geram estresse, é possível haver um funcionamento efetivo desse sistema.

Dessa forma, os relacionamentos interpessoais entre os membros familiares com o idoso não são afetados, sendo então possível que o idoso tenha sua família no seu processo de envelhecer com qualidade.

Os relatos descritos nas falas seguintes pautam-se na representação de que a atenção prestada ao idoso tem sido uma grande ajuda para se vivenciar experiências satisfatórias durante o envelhecimento. Conviver com outra pessoa de sua família na terceira idade pode vir a trazer maior segurança ao idoso, tornando-o satisfeito com o cuidado pelo simples ato do membro familiar se dispor a acompanhar essa fase da vida de forma presente diariamente.

Quando você está com sua família, você sabe que tem alguém pra cuidar de você quando está assim. A importância é que graças a Deus fico satisfeito de todos estarem aqui preocupados comigo (I13).

Eles sempre tiveram aqui atento comigo, tanto família, quanto marido, eles sempre tiveram cuidado. Principalmente meu filho mais novo, ele sempre teve muito cuidado comigo, comigo e com o pai dele. Ele é mais chegado a mim, se bem que os outros tem muito cuidado comigo, mas ele é bem mais chegado a mim e ao pai. Tanto é que ele comprou a casinha dele bem aí do lado pra ta toda hora aqui. O outro também, dorme lá, mas todo dia ta aqui, almoça aqui, eles tudinho. É ótimo, com as noras, com os netos... (I42).

Eles todo dia, quando estão longe, tão procurando por mim. Ligam pra mim, pra saber como eu estou. Ele [filho] vem todo dia aqui, passa o dia comigo. Ela [filha] é preocupada comigo demais, uma coisa que é séria, que é pra mim ir no médico, ela me leva pra fazer os exames, ela que me leva. Elas cuidam de mim também, as que tão aqui em casa também, ficam preocupadas do mesmo jeito (I54).

Compreende-se que quando se trata do cuidado familiar no processo do envelhecimento, a participação de todos os membros da família do idoso são de grande importância para eles, independente da forma como cada um executa sua forma de prestar esse cuidado.

Novais et al (2011) destacam que as distintas formas de envolvimento no cuidado por parte dos familiares são essenciais e complementares, salientando-se que não há uma sobreposição de tarefas no cuidado. Entende-se então que os papéis que os membros familiares desempenham no processo cuidativo pode ser de na responsabilidade de cuidados primários, e há aqueles que realizam tarefas secundárias

Os autores enfatizam que mesmo se tratando de tarefas distintas, é necessário compreendê-las como complementares e que são importantes de forma igual, pois ambas proporcionam ao idoso um cuidado integral.

Os idosos expõem ainda em seus discursos que, mesmo de longe, os familiares mostram-se preocupados, indicando que a velhice é vista como uma fase em que a família precisa se envolver para que ele viva bem. Percebe-se que todos são lembrados nas falas dos entrevistados, demonstrando o grau de significância que é prestado aos seus membros.

É importante compreender-se que todos se desenvolvem e, portanto, a criança de ontem é o adulto de hoje, e que se tornará o avô ou avó de amanhã. Assim, a qualidade de vida que o indivíduo poderá ter quando idoso, dependerá não apenas das consequências desenvolvidas ao longo de sua vida, mas também da forma como seus familiares de gerações posteriores prestarão a atenção e apoio necessários (BRASIL, 2005).

De modo semelhante, os discursos apresentados a seguir pelos idosos apresentam a importância da atenção por parte dos familiares, vistos também como uma companhia importante para o indivíduo na sua velhice.

Até agora eu to vivendo tão bem com minhas filhas, to idosa, mas to passando tão bem com minhas filhas. Graças a Deus (I54).

Os discursos dessas participantes pautam-se na importância de se proporcionar um cuidado atencioso e presente na vida do idoso. Assim, o processo de envelhecimento se torna mais agradável e menos conflituoso, ainda que esse idoso tenha que conviver com uma condição crônica, como o diabetes.

Batista e Crispim (2012) abordam que, em relação ao ambiente domiciliar, os filhos tem apresentado uma responsabilidade primordial, quando se trata de idosos que possuem filhos. Assim, estes tornam-se os principais cuidadores de seus pais, sendo estes os responsáveis por atender às necessidades desses idosos. No entanto, há outros membros que tem sido observados como cuidadores informais na composição familiar, como é o caso de esposas e esposos, e irmãos do indivíduo na velhice.

### **5.3.5 Ser cuidado pela família é ter um cuidado compreensivo**

Compreender os sentimentos e necessidades do idoso se trata de um ato sensível, no qual a família relaciona isso ao seu relacionamento e sentimento desenvolvido com o tempo vivido com seu membro familiar que está vivenciando a terceira idade. Assim, cuidar de um idoso torna-se um ato que necessita de compreensão, afeição ao que será cuidado.

O cuidado é a pessoa... cuidar do diabético que não pode fazer muita coisa. Não pode fazer muita coisa que gostaria de fazer, sem estar reclamando, né? Ter paciência. Uma das coisas melhores que a gente tem pra cuidar é ter paciência, ter compreensão, ter amor com aquela pessoa. O mais importante é isso (I2).

Ciente de que o cuidado está relacionado aos sentimentos do outro, o discurso do entrevistado acima emergiu da representação sobre as necessidades do idoso serem atendidas quando esta vem acompanhada com a paciência, sentimento de grande importância quando se trata de cuidar de alguém que anos antes tinha a capacidade de prestar os cuidados, e que hoje necessita recebê-los.

Moura, Silva e Marques (2011) ressaltam que o cuidado é resultado do sentimento de gratidão que os membros familiares desenvolveram no decorrer de suas vidas, tendo então um respeito ao seu familiar idoso. Assim, esses cuidadores buscam cumprir seus papéis sociais de forma objetiva com o cumprimento de funções primordiais e subjetiva ao expressar sentimentos positivos no cuidado ao idoso.

Para as autoras, a família possui a característica de se criar e recriar em seu contexto sociocultural, tendo a capacidade de se (re)organizar ao longo do tempo, de acordo com as necessidades relacionais encontradas no interior de seu sistema familiar e para além dele.

A representação de que o cuidado precisa também de uma atenção ao idoso é evidenciada também na fala dos entrevistados, os quais consideram que essa atenção abordada por eles não está focada apenas na sua condição crônica, mas também dia a dia do idoso.

Todos eles me prestam muita atenção, me dão muita atenção, querem saber como foi meu dia, coisa que é boa demais pra gente. Por isso não me queixo de nada. Graças a Deus (14).

A família é considerada a primeira unidade de cuidados para os membros de seu sistema, compreendendo que a sua presença no dia a dia deles torna imprescindível a atenção voltada para suas necessidades. Assim, considera-se indispensável que o familiar busque potencializar a suas atividades voltadas para aprimorar qualitativamente o cuidado prestado ao seu idoso crônico (SILVA et al, 2010).

Além disso, percebeu-se que os participantes da pesquisa construíram a ideia de que o cuidado compreensivo tem como sua essência o amor ao idoso, o carinho que seus familiares têm por eles. Eles consideram que essa forma de cuidar traz a eles maior tranquilidade em sua vida, sendo demonstrado pelas atitudes que são prestadas a eles por parte dos membros de sua família.

Eu acho que o maior cuidado é o amor e o carinho, não tem coisa melhor. Porque você pode ter tudo, mas se não tiver paz... a paz é tudo, porque você sem carinho, sem amor, sem compreensão, sem paz, é como se diz, é você em vez de ta tomando um remédio, ta tomando um veneno. Família é primordial, família é tudo. Porque a base de tudo é a família. Tudo tudotudo (18).

[...] Essa daqui, coitada, quando eu to mal, ela fica comigo na beira da cama: oh, mãe. Teve uma vez que eu tava paradinha aqui na cama, ela correu pra vizinha, aí ela depois fez um chá de erva cidreira, me fez uma massagem, até que aquilo me foi melhorando, melhorando... meu neto, quando me vê assim, ele diz: que é mãe? O que a senhora tem. Eu digo: nada, nada, nada. Ele: me diz, mãe. Aí eu mando ele sair. Aí ele vai chorando pra cozinha. É assim que é. Teve 3 aqui que ficaram aqui depois dessa queda, depois dessa queda que eu fiquei assim (144).

É importante entender ainda que o cuidado é pautado em uma atenção e compreensão de que a doença traz situações estressantes e de (re)pensar na morte por parte do idoso, mas por ser compreensivo, o familiar permanece ao lado do idoso, prestando a atenção necessária que ele precisa.

A realidade que um indivíduo tem que se deparar por ter idoso em seu sistema familiar com determinado grau de dependência no seu domicílio é considerado preocupante. Isso ocorre devido a necessidade de cuidados mais especiais, que exigem maior realização

de tarefas. Assim, é comum gerar conflitos intensos no sistema, que tornam-se por vezes difíceis de lidar com eles, colocando o cuidado como uma situação complexa (SILVA et al, 2011b).

Silva e Gonçalves (2010) salientam que essas situações que geram tensão ao se realizar o cuidado à pessoa idosa, podem ser reorganizadas de forma criativa e diversificada, de forma que negociações relacionadas ao comportamento possam auxiliar na promoção e manutenção dos cuidados prestados pela família.

### **5.3.6 Ser cuidado pela família é ter o diabetes controlado**

O cuidado também é entendido como sendo um ato necessário para o tratamento do indivíduo com uma condição crônica. Compreende-se que ao se desenvolver um cuidar em que a pessoa se envolve com aquele que é cuidado, este torna-se mais propenso a ter um cuidado de qualidade que melhora a sua saúde e bem estar.

O cuidado com o diabético é uma coisa muito importante, né? O idoso diabético. Porque as vezes o diabético, ele é teimoso. Quer comer tudo, mas tem que fazer o diabético conscientizar que não deve, não pode fazer tudo, comer tudo [...] Me dão meus remédios na hora certa, me dá minhas refeições da hora certa, me ajudam a fazer minhas necessidades fisiológicas. (I2).

Eles seguem a tabela do médico (I29).

Quando eu vou pro médico, eles que me levam. Eu sou muito teimosa, como o que não devo comer. Aí elas falam pra mim. As vezes quando eu preciso de um remédio, eles vão e compram pra mim direitinho. Quando eu não posso fazer as coisas, elas [filhas] que tomam de conta (I46).

Os discursos apresentados pelos idosos entrevistados sobre o cuidado de sua família mostraram-se também ancorados no tratamento e na atenção voltada ao diabetes. A importância desse cuidado é por compreender que o indivíduo que possui uma condição crônica que muda radicalmente seus hábitos e estilos de vida, podendo vir a negar realizar o tratamento. No entanto, o acompanhamento da família pode ajudá-lo no enfrentamento, levando-o a aceitar a doença e buscar realizar as ações necessárias com ajuda e apoio.

Batista e Crispim (2012) citaram em seu estudo que os idosos em sua condição de portar uma condição crônica, trazem para si um sentimento de constrangimento por estarem em uma posição de dependência, ainda que esta seja mínima. O fato de necessitar

do apoio dos membros de seu sistema familiar para auxiliar na realização de suas atividades de vida diária, pode ser para eles algo que os constrange. No entanto, as autoras apontam que também é criado um sentimento de gratidão, sendo receptivos para ter de seus familiares a proteção e cuidado que estes podem lhes prestar.

Ao se considerar a família como participante ativa do controle e tratamento do DM, esta contribui para o profissional de Enfermagem planejar e gerir a saúde da população idosa com condição crônica, fortalecendo assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SQUARCINI; SILVA; REIS, 2011).

O cuidado voltado ao tratamento do diabetes torna-se para o idoso um cuidado de suma importância. Trata-se de um ato em que ele torna-se dependente de forma que as responsabilidades sobre o tratamento são transferidas em grande parte para os membros familiares. Isso ocorre pela necessidade do idoso em ter alguém que o acompanhe nessa etapa da vida, que além das consequências da senescência, um idoso diabético tem que enfrentar os sintomas também da sua condição crônica.

Eles é que me levam no médico, eles é que compram meu remédio, eles é que me aplicam a injeção, é meu filho, é a filha, a minha neta. Agora eu só saio com minha neta. Porque nós sempre fomos juntos, a minha filha sempre morou comigo. Mora o casal aqui do lado, né, e eu moro aqui. Então sempre elas tão junto comigo. Desde o início (137).

É importante, porque a gente mesmo sem perceber precisa de alguém pra estar me lembrando, né? Meus filhos me lembram bastante, né? Ah mamãe, a senhora não pode comer isso, a senhora não pode comer aquilo. Eles têm cuidado comigo de eu não comer certas coisas, e meu marido é muito preocupado [...] aí quando eu bato o pé, é: tu feriu alguma coisa? Eu digo: não, feriu nada. Ele tem cuidado comigo, ele tem medo. Eles sempre tiveram aqui atento comigo [...] sempre tiveram cuidado (142).

Como ressalta a fala, além do acompanhamento do tratamento do DM, os familiares que prestam cuidado ao idoso diabético vivencia o medo das consequências que o diabetes pode desenvolver no indivíduo, levando esses membros a desempenharem um cuidado cauteloso e apreensivo.

No entanto, é importante ressaltar que no ambiente familiar é realizado um rearranjo que objetiva atender as necessidades do idoso que depende do cuidado de seus membros familiares. Esse cuidado pode ser desde a necessidade de companhia até no auxílio da execução de atividades de vida diária e cuidados voltados para a saúde (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

Os autores falam ainda que, compreendendo que o idoso perde progressivamente suas capacidades físicas e cognitivas, no caso daqueles que são

acometidos por uma condição crônica é evidenciado um maior agravamento com o passar dos anos, tornando a necessidade de cuidado maior e mais intensa. O cuidador familiar responsabiliza-se então em assumir essas atividades que podem ser consideradas além de suas possibilidades técnicas e emocionais.

Em relação às atividades de vida diária voltadas para o tratamento do idoso diabético, como a preparação das refeições, atividades relacionadas à consulta para avaliar o seu estado de saúde e a rotina de uso dos medicamentos para o DM, considera-se que a participação da família contribui para que esse processo seja mais saudável ao idoso. Entende-se que o envolvimento dos familiares no cuidado favorece, além de tudo, a adesão do idoso ao seu tratamento (SQUARCINI; SILVA; REIS, 2011).

### **5.3.7 Ser cuidado pela família é ser cobrado**

Ao se prestar o cuidado a um idoso, é necessário que haja uma atenção voltada para o cumprimento das atividades que ele ainda pode realizar. Essa forma de fiscalizar o indivíduo na velhice ocorre devido ao esquecimento, como observado em discursos anteriores. Assim, ao se buscar diariamente a realização de suas atividades diárias, o idoso pode interpretar essa atitude de seus familiares como se tratando de cobranças a ele.

[...] eles ficam sempre em cima: já foi ao médico? Já foi procurar o médico? Ta sentindo isso? Pra eu procurar o médico, não tomar remédio a toa, né? É isso que é. Porque se a gente deixar, se a gente mesmo não tiver uma orientação, a gente cai mesmo. Não tem esse que segura. (I3).

Eles cuidam de mim através de cobrança: mamãe a senhora não pode. Oh, mãe, oh isso, oh aquilo. Aí minha filha ela faz dieta: oh mãe, a senhora tem que comer o que eu to comendo. Come junto comigo mamãe. Eu digo: eu não gosto desse teu arroz. E ela: senhora, negócio de dizer não gostar, tem que ver o bem estar (I5).

Minha família, é... ta falando. Oh, não come bolo, não faz isso, não faz aquilo, vai no médico. Eles querem me levar no médico (I26).

A representação que os entrevistados objetivaram em suas falas demonstrou que a cobrança existe não apenas por parte de seus familiares que moram com eles, mas se trata de uma preocupação por parte de todos que se envolvem no cuidado, ainda que este não conviva diariamente com o idoso.

Os sentimentos por parte dos membros cuidadores do idoso estão voltados para um apoio direto às necessidades que são apresentadas de cuidados ainda que, por vezes, essa forma de cuidar cause ao idoso certo conflito nas relações. No entanto, há também emergido nessa relação uma satisfação pela função desempenhada de proteção (SILVA et al, 2011a).

As autoras explicam ainda que, no sistema familiar, o cuidado está relacionado à intimidade entre os membros, ao acolhimento ao idoso, ao respeito as suas necessidades e à segurança, trazendo à sua lembrança ainda as experiências de um dia ter sido cuidado.

Percebeu-se também que essa cobrança realizada aos participantes da pesquisa não é interpretada como sendo uma queixa, mas como algo bom. Os idosos a recebem como uma preocupação, sentindo-se queridos por seus membros familiares.

Mamãe não fica comendo isso, mamãe não faz aquilo. Aí ela é que me cria. Já criei ela, agora ela que ta me criando. Ela diz logo: Mãe, a senhora gosta de um doce hein? [riso]. Pra mim é tudo da vida. Eles mesmo dizem: eu venho pra cá pra ajudar a senhora (I36).

Quando minha filha me vê comendo alguma coisa, ela já vem: mamãe, a senhora ta comendo o que? Sempre tem um que... (I37).

De modo igual, os discursos acima demonstraram que a cobrança é vista pelos idosos como uma forma dos familiares demonstrarem que eles são importantes em suas vidas, sendo realizada, portanto como uma forma de buscar prolongar sua idade.

No estudo realizado por Nagai, Chubaci e Neri (2011) foi levantado por vários idosos que os indivíduos que são diabéticos necessitam prestar maior atenção à sua alimentação, por esta apresentar determinadas recomendações médicas, como a quantidade certa para cada alimento. Assim, a adaptação à dieta pode ser um desafio ao indivíduo, pois depende da força de vontade de cada um, levando então a família cobrar mais seu idoso diabético quanto à sua alimentação.

No discurso abaixo, entende-se o benefício que o familiar possuirá ao buscar prolongar a vida do idoso com as cobranças. O idoso compreende sua importância na sua família e, portanto, sua permanência nela trará mais conforto aos seus membros. Diante disso, o zelo realizado pelos familiares é observado pelos idosos da pesquisa, fazendo-os sentir-se queridos e desejados em seus lares.

Aí elas ficam: mamãe, não pode fazer isso. Então eu sei que elas tão de olho. Tão tendo muito cuidado, cautela, zelando pela própria saúde, porque quanto mais elas zelarem, mais este apoio elas têm (I39).

Sebastião e Albuquerque (2011) relatam que o cuidar pode trazer benefícios também para aqueles que prestam o cuidado, uma vez que ele acentua a possibilidade de manter entre o idoso e seus membros familiares uma boa relação. Assim, diante dessa resposta positiva identificada no processo do cuidado, o ambiente relacional se torna mais agradável, tanto para o idoso quanto para os demais membros de seu sistema familiar. Também se percebe que é criada uma relação afetiva mais íntima, que (re)aproxima os indivíduos do mesmo lar, que buscam manter um bom relacionamento entre eles, para que essa união e ajuda mútua torne o cuidado prestado por cada um reconhecido e a responsabilidade possa ser compartilhada.

### **5.3.8 Ser cuidado pela família é ter suas necessidades supridas**

O cuidado pode ser realizado de diversas formas, no entanto, o objetivo final é o mesmo, suprir as necessidades do idoso. Silva et al (2011a) versam o assunto explicando a importância do enfrentamento do sistema familiar, para que seja possível se desenvolver as atividades voltadas para o cuidar do idoso em seu lar. As autoras explicam que, mesmo com dificuldades, os membros familiares mantêm seu papel de promotor dos cuidados, adaptando-se às necessidades que foram impostas com o DM e a velhice.

Dentre essas diversas formas, observam-se as ações que o cuidador presta ao indivíduo, sendo destacadas sempre que perguntado ao sujeito sobre o cuidado que recebe. Quando se trata de um indivíduo idoso com condição crônica, como o diabetes, percebe-se que as ações destacadas são mais voltadas a sua doença, ainda que eles não se esqueçam dos demais cuidados.

Olha se falta um leite, eles traz pra mim. Se falta uma fruta, eles traz pra mim. Eles não querem que eu vá na feira sozinha, mas eu vou na feira quase todo dia, andando. Meu filho liga pra mim, ele vem medir minha pressão. Meu marido, quando eu acordo a noite, ele já vai afastando a cadeira pra eu não cair (I9).

Aí ela me banha, me deixa limpinha todo tempo. Todo cuidado né? Tudo limpinho, roupa, rede. Aqui nós duas aqui, ela cuida direitinho de mim. A alimentação não falta (I20).

No comer. Quando eu não to em condição de fazer, ela [irmã] faz a comida. Essas coisas. A única coisa que ela não faz é lavar roupa porque tem a máquina. Mas ela faz tudo aqui. Essas coisas (I33).

Nos discursos anteriores, observou-se que cuidados relacionados a alimentação, higiene e companhia são os mais lembrados pelos idosos por se tratarem de atividades que são realizadas no seu dia a dia. Essa forma de cuidado também é vista com grande gratidão por parte do idoso, por compreender que se encontra limitado devido sua idade e sua doença, ainda que consiga realizar alguma atividade diária.

Novais et al (2011) explicam que o consequente processo de envelhecimento humano que vem ocorrendo em nossa sociedade também tem representado o crescimento de fatores de risco que se associam às doenças crônicas, o que vem aumentando as taxas de comorbidade que comprometem a independência do idoso. Diante dessa realidade, faz-se então necessária a presença de cuidadores familiares que executem cuidados básicos diários de forma constante a essa população idosa.

Batista e Crispim (2012) mostraram em seu estudo que ao se tratar do cuidado familiar, os idosos apresentaram-se emocionados por serem gratos à sua família, por compreenderem que o papel executado por seus membros lhes oferece suporte e alicerce para enfrentarem sua condição crônica e o avanço de sua idade. Assim, ao enfrentar situações diárias, vencer obstáculos, e conquistar vitórias lhes trazem a lembrança o quanto, para eles, a sua família é essencial a sua vida.

No discurso a serem apresentados, observa-se que foram destacadas as formas de cuidado relacionadas também ao tratamento clínico e medicamentoso. Para muitos idosos, ter alguém que está a frente do tratamento de sua doença ajudando-o nesse processo, se trata de um ato de grande importância.

[...] minha irmã, que é minha, meu murão. Porque hoje só ela que cuida de mim, ela que cuida muito, de fazer exame, marcar exame, me levar no médico. Ela faz minha comida, porque eu não posso fazer, não enxergo. Ela cuida bem de mim né? Ela faz o teste da diabete, ela que dá injeção, ela é enfermeira, só não ta trabalhando mais. Ela mede minha pressão, dá injeção, teste da diabete (I31).

Souza, Skubs e Brêtas (2007) abordam em seu estudo que, em relação ao apoio realizado pelos familiares de forma informal são proporcionados devido a toda a trajetória de vida que estes membros já vivenciaram com o idoso, e agora no processo de envelhecimento. O cuidado emerge então da relação afetiva e da ajuda mútua entre esse membros familiares, que pode ser realizado por diferentes ações: o apoio emocional, voltado para expressões de amor e afeto ao idoso; o apoio instrumental, direcionado para atividades do dia a dia no lar, como a limpeza, preparação do alimento, transporte aos locais necessários e ajuda financeira; o apoio direcionado a informação, ao aconselhamento, orientação e sugestões para a solução de problemas; e o apoio interacional, que de forma

positiva, o membro familiar se mostra disponível para momentos de lazer e descontração, ou pelo simples fato de fazer companhia ao idoso.

Batista e Crispim (2012) relatam que no relacionamento da família com o idoso, o cuidado prestado por seus membros familiares são considerados em sua maioria como satisfatórios, os quais atendem às demandas levantadas no dia a dia do idoso devido sua necessidade de auxílio familiar.

### **5.3.9 Ser cuidado pela família é se sentir solitário**

O cuidado familiar é visto como uma forma de demonstrar ao idoso a preocupação e a atenção que sua família possui com ele. No entanto, há os casos de familiares que realizam o cuidado de forma tão distante e superficial, que o idoso começa a expressar o sentimento de solidão.

[...] as vezes a gente é desprezado. Começa pelos da gente. As vezes, ah, não quero aproximação porque já ta velho. Dá uma tristeza. Eu hoje nunca pensei em ta passando isso. Mas eu me sinto (I11).

[...] não pode ta junto comigo porque cada qual tem sua família [...] (I31).

A família é uma coisa importante. Eu acho importante, mas o destino me deixou aqui só (I32).

Os discursos desses outros participantes representaram o cuidado relacionando-o à solidão, destacando o fato de seus familiares possuírem uma família, ou por considerarem que o idoso já está com a idade avançada, não possibilita que estes possam estar mais presentes em suas vidas.

A consequência dessa realidade juntamente com a lembrança da importância do cuidado que seus familiares poderiam prestar se estivessem mais presentes, é o isolamento social do idoso, o qual já se encontra debilitado pela idade e sua condição crônica que ele convive.

Moura, Silva e Marques (2011) explicam que estudar os processos relacionais familiares diante de seus aspectos simbólicos, pode trazer significados ainda não identificados no sistema familiar.

As autoras destacam ainda que esses discursos poderiam refletir, portanto, os prováveis problemas vivenciados nessas relações, desvelando situações que antes se

encontravam internalizadas. Essa complexidade encontrada na dinâmica do sistema familiar é exposta então por sentimentos singulares, os quais constroem representações inconscientes sobre a realidade vivenciada pelo idoso.

Observa-se também nesse estudo, que o idoso relata a solidão quando percebe que apenas poucos membros de sua família estão presentes nesse processo do cuidado. A presença de seus familiares é de grande importância para o idoso, no entanto, delegar a responsabilidade sobre o idoso para um membro da família tem se tornado a realidade em muitos lares.

Ele [irmão] me leva no médico, me traz do médico, compra meu remédio, já os outros, não ligam pra ninguém. Nem pra perguntar: quer um copo d'água que é pra ti não morrer? Leva mais de mês que eles nem vêm aqui (I34).

Um passa 4 a 6 meses sem vim aqui. Não vem aqui. As vezes minha filha vem, quando ela chega lava a casa, lava as roupas, faz as coisas de casa, e vai embora (I38).

Os discursos acima apresentaram que estes participantes expressam, então, sentimento de tristeza por essa realidade ser, para eles, um desprezo por parte dos membros de sua família.

Gonçalves (2013) explica que muitas dessas situações ocorrem devido um membro familiar assumir as responsabilidades sobre o idoso, não por escolha, mas devido as circunstâncias o terem direcionado a essa realidade. Assim, os demais membros familiares afastam-se do indivíduo que está vivenciando a terceira idade, não se envolvendo nesse processo.

Diante dessa situação, o cuidador familiar que assume mesmo que despreparado para essa função, se sente sobrecarregado, uma vez que o cuidado deveria ser compartilhado entre os membros familiares desse sistema. A ideia do cuidado compartilhado é que assim pode-se qualificar a assistência prestada, promovendo ao idoso sua maior autonomia (SILVA et al, 2011a).

As mesmas autoras explicam que é importante compreender que a atenção que se presta ao idoso crônico em seu domicílio deve atender também às necessidades de todos que estão integrados nesse sistema, de forma que proporcione ao idoso e demais membros segurança, conforto nessa situação experienciada e bem estar, por se tratar de um cuidado humanizado, sensível e com um relacionamento mais próximo.

Silva et al (2011a) verificaram em seu estudo que as atividades relacionadas ao cuidar eram desempenhadas de forma assimétrica, ou seja, alguns cuidadores eram mais sobrecarregados que outros membros da família. Essa situação ocorre devido ser assimilada de forma diferente por cada subsistema da família do idoso, tornando o cuidado

pesado para aqueles que se encontram mais próximos afetivamente ou para aqueles que possuem mais conhecimento sobre as formas de tratamento do DM.

Para Gurgel, Oliveira e Salles (2012), a situação de sobrecarga do cuidado sobre um cuidador familiar é explicado ainda devido as mudanças que são oriundas da realidade de se prestar o cuidado a um idoso acometido de uma condição crônica.

Os autores explicam que, quando a família busca cuidar desse indivíduo crônico, é comum haver uma desorganização no sistema familiar, surgindo assim, desavenças entre os membros, limitações para o cuidar, e conflitos intrafamiliares. Assim, devido a condição sócio econômica que se observa na realidade da maioria da população brasileira que não permite aos familiares contratarem um profissional de saúde que atenda às necessidades de cuidado do idoso, o familiar mais próximo assume então a responsabilidade total nos cuidados com o idoso.

Nas falas abaixo percebe-se que outros fatores são abordados pelos idosos, como as atividades do dia a dia e a distância que interferem para os familiares estarem mais presentes na vida e no cuidado do idoso.

Eles têm preocupação com algumas coisas, mas tudo é cansado, não pode fazer, não pode tá junto comigo diretamente, e eu não posso tá lá junto toda hora porque eles tem o que fazer né? (I40).

Meus filhos moram em outro lugar, e nem vem por aqui. Quando dá uma doídice meu sobrinho vem aqui. Só minha mulher que cuida de mim (I48).

Ao se tratar de uma prestação de cuidados que é realizado de forma intermitente, ou seja, mais ausente, em que há contatos presenciais mais esporádicos, ou realizado por telefone, e/ou com uma certa ajuda financeira ou no domicílio, percebe-se que há um questionamento aberto sobre quem deve se responsabilizar pelo papel principal de cuidador do idoso. Assim, o cuidado ativo permanece inerte, e os membros familiares não se ocupam de buscar solução, não se tornando um assunto que causa conflito entre eles (SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011).

Silva et al (2011a) abordam que em relação ao sistema familiar mais ausente no cuidado, o idoso busca então manter-se bem emocionalmente ao adotar estratégias de conformação, aceitação da situação, anulação pessoal/social e dever de cuidar de si próprio.

## 5.4 AS RELAÇÕES ENTRE O TESTE DE EVOCAÇÃO E O DISCURSO APRESENTADO PELOS IDOSOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Ao se avaliar as palavras evocadas e os discursos apresentados pelos participantes da pesquisa, observou-se uma clara relação entre eles, validando o resultado obtido com o TALP. Nas falas apresentadas pelos idosos, observou-se que os elementos do provável núcleo central foram destacados nos discursos dos idosos.

Em relação aos discursos em que tiveram como representação a palavra evocada *companhia*, percebe-se que os idosos entrevistados relataram a importância da presença de seus familiares nas suas atividades de vida diárias. A decisão por parte dos subsistemas familiares em acompanhar mais presencialmente, optando por vezes em construir seu domicílio próximo ao idoso ou mudar-se para o lar do seu familiar da terceira idade tem demonstrado sentimentos positivos de enfrentamento e adaptação com relação a situação atual do idoso crônico.

Mostra-se ainda que o familiar tem tomado a iniciativa de acompanhar o idoso em suas *consultas médicas* e realização de exames. Apresenta-se nesse discurso a família como responsáveis pelo acompanhamento do estado de saúde do idoso, além de ser participante ativa do tratamento do DM, condição crônica que, juntamente com a velhice, compromete a promoção do autocuidado do idoso, passando a necessitar da família para a realização de algumas tarefas, sendo elas simples ou mais complexas.

O cuidado tem sido prestado pelos vários membros que constituem o sistema familiar do idoso, sendo evocados os filhos, esposo, esposa, sobrinha, irmãos, e encontrados outros nos discursos, como os netos, genros e as noras. Isso tem demonstrado que a *família* está presente no dia a dia do idoso, ainda que por vezes a atenção que o idoso recebe esteja limitada a poucos familiares. Independente da atividade realizada é importante compreender que a participação no cuidado pode ser entendido nas variadas formas, desde o cuidado presencial no lar do idoso até a ajuda financeira, ainda que, para o idoso a atenção e companhia sejam representados como essenciais em seu cuidado.

Dentre as atividades prestadas pelos familiares, foram encontradas como núcleo central na evocação dos idosos, a *medicação*, compreendida nos discursos como se tratando da compra do medicamento, da aplicação da insulina quando o idoso não tem conhecimento ou se recusa a realizar, de ter um cuidador lembrando-o dos horários corretos e medicamentos que devem ser tomados para o tratamento de sua condição crônica.

Devido o diabetes ser uma doença crônica, que deve ser controlada em muitas situações com a administração de medicamentos, ao se falar do cuidado prestado pela família, o idoso traz a sua lembrança instantaneamente o uso dos medicamentos, uma vez que se trata de uma atividade do seu cotidiano, realizado comumente mais de uma vez no dia. A família torna-se portanto um elemento essencial no prolongamento da vida de seu familiar idoso com qualidade e saúde.

Observou-se também que outra palavra do núcleo central foi destacada na representação do idoso, que se trata da *preocupação* que os familiares possuem com seus idosos crônicos. Entende-se pelos discursos apresentados que após o diagnóstico de uma doença crônica, a família passa a preocupar-se mais com o idoso, por saber que este vai necessitar de mais apoio e ajuda. Essa atenção preocupada que é prestada é vista por vezes pelo idoso como excessiva, sentindo-se cobrado por tantas regras repassadas ao familiar pelo serviço de saúde.

No entanto, nota-se nas falas que essa preocupação é vista com uma situação que demonstra o familiar desejando cuidar do idoso e, portanto, trata-se de uma atitude boa para aquele que a recebe. Cuidar é compreendido dentre tantos significados como preocupar-se com o outro, demonstrando carinho, afeição, amor ao que precisa ser cuidado.

Os elementos do segundo quadrante também foram encontrados nos discursos dos idosos sobre o cuidado de sua família. A *ajuda* foi representada pelos sujeitos da pesquisa quando discutido sobre as atividades prestadas a eles. Devido às características da senescência e o agravamento da condição crônica, o idoso passa a depender do familiar para ajudá-lo a realizar suas atividades de vida diária, como sua higiene pessoal, limpeza da casa, compra e preparação dos alimentos.

Quanto a *alimentação*, entende-se que o familiar deve prestar maior cuidado na escolha adequada e sua preparação. No discurso dos idosos percebeu-se que estes cuidados têm sido realizados pelos familiares que, com o surgimento do DM na vida do idoso, seus membros passaram a se conscientizar dos cuidados alimentares que deveriam ser feitos.

A *atenção* também teve destaque em alguns discursos, que representaram o cuidado familiar como a atitude de seus familiares prestarem uma devida atenção a sua situação atual. É demonstrado nas falas que o cuidado é voltado tanto para seu quadro clínico quanto para sua vida em geral, prestado por todos os membros, desde os mais velhos até os mais jovens.

Os familiares também foram considerados na evocação como sendo *cuidadosos*, confirmando os demais elementos encontrados no TALP, como a companhia que ocorre no dia a dia do idoso, a preocupação com sua saúde e qualidade de vida, a ajuda voltada para

suas necessidades básicas e essenciais, e a atenção prestada pelos membros. Percebe-se que os idosos vêem os seus familiares como prestadores de um cuidado com qualidade, que estão dispostos a cuidar quando assim for necessário.

Com relação ao elemento do terceiro quadrante, abordou-se nos discursos de alguns idosos a questão de um cuidado limitado a auxílio financeiro por parte de alguns membros familiares devido a distância física que eles possuem. No entanto, também foi relatado pelos idosos o distanciamento emocional de alguns membros que deixaram de se preocupar com o idoso, ainda que este se apresente em uma situação que necessita da presença e afeto dos integrantes de seu sistema familiar.

Quando analisado o elemento de contraste encontrado no quarto quadrante, a *solidão* é verificada nos discursos dos idosos entrevistados, demonstrando que se trata da realidade de muitos que estão sob os cuidados familiares. Este sentimento expressado pelos familiares é representado em suas falas como sendo a ausência de alguns membros considerados importantes para o idoso, quando o cuidado está sendo prestado por apenas um familiar, ou a ausência de um cuidado mais atencioso e prestativo.

Percebe-se nas falas que alguns familiares limitam-se a realizar as atividades necessárias para a manutenção da vida e estado de saúde do idoso, mas sem prestar um devido apoio emocional e psicológico. Assim, o idoso sente ao mesmo tempo gratidão pela ajuda prestada e queixa-se de não poder ter a presença de seus familiares em seu domicílio, contrastando com o elemento do provável núcleo central *companhia*.

Devido o elemento do contraste *solidão* ser visto como destaque em muitas falas, levantou-se neste estudo o questionamento se ele não se torna, portanto, também um núcleo central.

Sobre as representações que foram discutidas, Souza (2005) explica que devido o idoso crônico apresentar fragilidades de caráter biológico, econômico e social, a família passa a ser um instrumento de grande importância para o controle do Diabetes Mellitus.

A autora verifica ainda que, com o diagnóstico do DM, informações de um universo reificado são inseridos na vida do idoso e sua família. Assim, novos elementos são inseridos, alguns retirados, e outros fortalecidos na visão do senso comum desse sistema familiar. Isso foi observado nos discursos dos idosos, que tiveram suas representações voltadas para o diagnóstico de sua condição crônica.

Ao se assumir a possibilidade da responsabilidade da família constituir uma etapa do plano de cuidados profissionais, percebe-se o quanto é necessário o contínuo cuidado prestado pelos membros no ambiente domiciliar do idoso. Busca-se olhar o contexto da família na sociedade contemporânea e o fenômeno intergeracional que elas vivem na realidade brasileira, levando-se a criar perspectivas sobre as demandas de

cuidados que ela receberá com o processo crescente do envelhecimento humano e fortalecimento dos laços familiares Silva et al (2010).

As autoras explicam ainda que a presença do idoso que necessita de ajuda da família pode trazer a formulação de novos papéis no sistema familiar, objetivando atividades voltadas para um cuidado que seja resolutivo e diferenciado. Assim, a família deve apreender os cuidados apropriados para a condição crônica, considerando-se tanto aqueles natos quanto os adquiridos com o relacionamento do idoso com seus familiares.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa sobre as Representações Sociais do idoso sobre o cuidado familiar surgiu de minhas atividades de pesquisa e extensão acadêmicas, de uma inquietação gerada durante meus estudos sobre saúde do idoso e o cuidado aos portadores de condições crônicas, como é o caso do Diabetes Mellitus. Acredita-se que a assistência de Enfermagem não se restringe apenas à realização de cuidados e orientações ao idoso e sua família.

O enfermeiro deve buscar conhecer todas as formas de cuidado prestado ao idoso, inclusive o cuidado familiar, com o qual seu paciente convive diariamente e que supre as necessidades do indivíduo. Precisa ainda diagnosticar a prática desse cuidado, tendo conhecimento se esse existe, como é realizado, como é a expectativa do idoso diante desse cuidado e, com esse conhecimento, planejar estratégias de cuidado que possam ser satisfatórios e de grande abrangência ao idoso e sua família cuidadora.

Assim, foi no sentido de compreender o cuidado familiar ao idoso, conhecendo e interpretando os significados relativos a esse processo cotidiano, que esta pesquisa foi realizada. O trabalho apresentado teve como finalidade a avaliação das representações sociais do cuidado prestado pela família ao idoso diabético.

Para que a proposta da pesquisa fosse contemplada, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, com um questionário semi-estruturado para a entrevista e um teste de evocação livre de palavras com a técnica do TALP. Contou-se então com a participação de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família que tinham como cuidador algum membro de sua família.

As Representações Sociais propiciaram a realização da proposta da pesquisa, nos apresentando os elementos essenciais da teoria de Serge Moscovici. A objetivação e os elementos da ancoragem nos demonstraram aspectos importantes de análise, e as falas dos idosos entrevistados nos proporcionou analisar a importância e características desse cuidado familiar.

Na coleta dos pensamentos sobre o cuidado familiar que os participantes conviviam, a técnica da associação livre de palavras nos proporcionou evidenciar o primeiro pensamento frente à pergunta evocadora e às motivações deste pensamento, desvelando, assim, um universo comum de expressões que foram analisadas. Essa forma de pesquisa nos apresentou significados singulares que os idosos poderiam fornecer sobre si mesmo e o cuidado de familiar.

Os sujeitos da pesquisa puderam, então, retirar da sua realidade social os elementos de seu senso comum que demonstraram serem capazes de dar consistência e vida a suas representações sobre o cuidado familiar.

Ao se analisar os resultados, verificou-se que o estudo revelou as representações do senso comum dos idosos em relação ao objeto de estudo apresentado a eles. Foi demonstrado discursos ancorados em atos voltados para o DM e atitudes precedidas de afeição, realizados pelos familiares que (re)ajustaram seu sistema para se (re)adaptar a situação de ter um idoso com condição crônica que necessita, assim, de mais apoio.

As representações do cuidado familiar que encontraram-se alicerçadas no possível núcleo central foram a companhia fornecida, a ida às consultas médicas, a presença da família, a medicação administrada, e a preocupação prestada. Quanto ao elemento de contraste identificou-se a solidão, sendo discutido por estar presente nos discursos de alguns idosos.

Os discursos demonstraram relação com as palavras evocadas na técnica do TALP, havendo uma concordância entre aquilo que foi falado instantaneamente e aquilo que foi discutido mais amplamente. O idoso apresentou no discurso sentimentos de gratidão, de valorização e de conformação, enriquecendo a discussão da pesquisa sobre suas RS.

Ao se buscar o discurso de idosos sobre o cuidado da família, percebe-se a necessidade de solucionar os problemas encontrados nos sistemas familiares, entendendo que a saúde é de responsabilidade pública. Além disso, quando se busca a qualidade de vida e do estado de saúde do idoso, compreende-se a importância de se buscar como se encontra a família, uma vez que estando desestruturada ou não adaptada a situação, irá prejudicar diretamente o idoso.

Diante do exposto, compreende-se a importância de se conhecer o idoso e sua família de forma individualizada, reconhecendo a forma que se dá os vínculos e relações entre seus membros. Assim, torna-se possível entender como cada sistema familiar se adapta à realidade vivenciada com a presença de um idoso crônico, sendo solidários com a situação ou se ausentando do papel de cuidador.

Ao se descobrir as características dos membros familiares, o enfermeiro pode vir a realizar um planejamento de saúde adequado e de qualidade, prestando um cuidado estratégico de acordo com as singularidades de cada sistema familiar que está sob responsabilidade dele.

Com a pesquisa, espera-se que novos estudos relacionados ao idoso e sua família sejam realizados. Observou-se que analisar a dinâmica intrafamiliar desse sistema com técnicas conhecidas como o ecomapa e genograma facilitaria as atividades do

enfermeiros na prestação de um cuidado eficaz. Percebeu-se ainda que estudar os discursos dos familiares que se encontram ativamente no cuidado do idoso enriqueceria as pesquisas sobre saúde do idoso, compreendendo os sentimentos desses familiares e buscando soluções para possíveis problemas apresentados.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. A abordagem estrutural das apresentações sociais. In: MOREIRA, A.S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

AIRES, M. et al. O cuidado domiciliar ao idoso no contexto do programa de saúde da família. **Rev. Contexto e Saúde**, v. 6, n.11, jul-dez. 2006.  
Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1390/1149>

ALMEIDA, P.; NEVES, R. As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 15, n. 5, p. 27-43, set. 2012.

ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 206-211, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>.

ARAÚJO, L. F. de; COUTINHO M. da P. de L.; CARVALHO, V. A. M. de L. e. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de Grupos de Convivência. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**, v.25, n. 1, 2005, p. 118-131. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100010). Acesso em: 15 out 2013

AYRES, J. R. de C. M. Tão longe tão perto: o cuidado com desafio para o pensar e fazer nas práticas de saúde. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7.; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, COMUNICAÇÃO ORAL, 6., 2002. Ribeirão Preto. **Anais**...Ribeirão Preto, 2002.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p. 73-92, set. 2003 – fev. 2004.

BANCHS, M. A. Representações sociais e trabalho comunitário: seu estudo a partir de uma perspectiva etnográfica. In: MOREIRA, S. P.; CAMARGO, B. V. (Orgs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: Ed.UFPB, 2007. p 269-295.

BASSIT, A. Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. In: PY, L. et al. (Orgs.). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau, 2004. p. 137-157.

BATISTA, N. C.; CRISPIM, N. de F. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: um enfoque no idoso hospitalizado. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 15, n.5, p. 169-189, set. 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. 243p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado essencial**. Disponível em: <http://www.leonardoboff.com/site/vista/2001-2002/cuidado-ess.htm>. Acesso em: 10 set. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, **Presidência da República**, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 17 mai 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 14 nov 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, **Pacto pela Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2000.

CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 3. p. 3507-3515, 2010 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302025>

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2 ed. Portugal: Lusociência, 2003.

\_\_\_\_\_. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, J. C. P. **As representações biomédicas da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros no contexto multicultural da prestação de cuidados da unidade de cuidados continuados integrados da santa casa da misericórdia de portimão**. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós Graduação em Antropologia -

Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2011. Disponível em:  
<http://run.unl.pt/bitstream/10362/6121/1/Tese.pdf>. Acesso em: 22 dez 2013.

COUTINHO, L.F.; ARAÚJO, M.P.L.; CARVALHO, V.A.M.L. Representações Sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 25, n. 1, p. 118-131, 2005. Disponível em:[http://cac-phil.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI\\_16.pdf](http://cac-phil.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI_16.pdf). Acesso em: 12 nov. 2012.

CRUZ R. C.; FERREIRA, M. A. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n. 1, Jan-Mar 2011, p.144-51. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100017). Acesso em: 13 dez 2013.

DIOGO, M. J. D. E; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 39, n.197-102, 2005.

DONATI, P. **Família no século XXI**: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas, 2008. ou

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.167-176, jan-mar 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>. Acesso em: 20 dez 2013.

FERNANDES, A. S. et al. Dilemas atuais e desafios futuros. In: Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior, 2012, Escola Superior de Saúde, 2012. **Anais...** Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2012. Disponível em:  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8343/1/SOBRECARGA%20EM%20CUIDADO%20RES%20INFORMAIS%20DE%20IDOSOS%20DEPENDENTES%20E%20SUA%20RELAÇÃO%20COM%20VARIÁVEIS%20DO%20CUIDADOR%20E%20DEPENDÊNCIA%20DOS%20IDOSOS%20NAS%20AVD.pdf>. Acesso em: 23 jun 2013.

FERNANDES, M. J. C.; SILVA, A. L. Significados do Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Cuidados Intensivos (UCI). In: SILVA, A. L. da; GONÇALVES, L. HisakoTakase (Orgs.). **Cuidado à pessoa idosa**: estudos no contexto luso-brasileiro. Porto Alegre: Sulina, 2010.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v.44, n.4, p. 1065-1069, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>. Acesso em: 17 dez 2013.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. In: FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do Cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2009.

FIGUEIREDO, M. H. J. S. et al. Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 11-12, jun. 2011.

GALIMBERTI, J. Z.; ALMEIDA, C. M. S. de C. de. Avaliação de um grupo de idosos no bairro do Butantã (SP) no suposto medo de queda. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 5, p. 57-66, set. 2012.

GIRONDA, M.; LUBBEN, J. (noprolo). "Preventing loneliness and isolation in older adulthood." In: GULLOTTA, T.; BLOOM, M. (orgs.) **Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion**. Nova York: Kluwer Academic; Plenum Publishers. 2003.

GONÇALVES, E. V. **Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores**: impacto de um programa de enfermagem de reabilitação. 2012, 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 2012. 158 f. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>. Acesso em: 12 dez 2013.

GONÇALVES, L. H. T. G.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri, SP: Manole, 2012.

\_\_\_\_\_ et al. El perfil de la familia cuidadora del anciano enfermo/debilitado en los contextos sócio-culturales de Florianópolis, SC y Passo Fundo, RS. **Rev. Pan Amer. Enferm**, Florianópolis, SC, v. 3, n. 2, p. 185-194, 2005.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. Itapevi, SP: Guanabara Koogan, 2011.

GURGEL, D. A.; OLIVEIRA, F. P. A.; SALLES, H. S. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Rev. Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 15, n.2, p. 129-143, mar. 2012.

HARRÉ, R. Some reflections on the concept of social representation. **Social Research**, v. 51, p. 927-938, 1984.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital**: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Portugal: Lusociência, 2000.

HONORÉ, B. **Cuidar**: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Resultados gerais da amostra. Brasil: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>. Acesso em: 27 abr 2012.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais 2012**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2013. Disponível em:

[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2013/SIS\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf). Acesso em: 22 dez 2013.

JODELET, D. Imbricações entre representações sociais e intervenção. In: MOREIRA, S. P.; CAMARGO, B. V. (Orgs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: Ed. UFPB, 2007. p. 45-73.

LOPES, M. J et al. **As representações sociais do envelhecimento ativo de idosos e profissionais**. 2012. Dissertação - Universidade de Évora, Évora, 2012. Disponível em: <http://www.rdpcc.uevora.pt/handle/10174/7607>. Acesso em: 17 dez 2013.

MARANHÃO. **Dimensão social**: proporção da população coberta com o Programa Saúde da Família. Mapa Socioeconômico de São Luís. São Luís: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.saoluis.ma.gov.br/mapaSocioEconomico/>. Acesso em: 27 abr 2012.

\_\_\_\_\_. **Relação das Unidades de Saúde distribuídos pelos sete distritos sanitários**. Disponível em:

[http://www2.saoluis.ma.gov.br/SEMUS/frmPagina.aspx?id\\_pagina\\_web=224](http://www2.saoluis.ma.gov.br/SEMUS/frmPagina.aspx?id_pagina_web=224). Acesso em: 21 dez 2012.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. On Social Representation. In: FORGAS, J.P. **Social Cognition**: perspectives oneverydayunderstanding. Londres: Academic Press, 1981.

MOURA, E.P.; SILVA, L.W.S.; MARQUES, C.L. Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde: Considerações reflexivas. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 185-204, Jun. 2011.

NAGAI, P. A.; CHUBACI, R. Y. S.; NERI, A. L. Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado, **Rev. Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 15, n. 6, Jun. 2011.

NOVAIS, N. N. et al. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos: um enfoque sistêmico. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 23-37, jun. 2011.

NUNES, M. I.; FERRETTI, R. E. L.; SANTOS, M. S. **Enfermagem em Geriatria e Gerontologia**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.1, p. 65-72, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Growing Older**. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Preparado por HEIKKINEN, R. L. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Guia global**: cidade amiga do idoso. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 14 dez 2013.

PADILHA, M. I. C.S .; SILVA, D. M. G. V.; COELHO, M. S. Aspectos teórico-metodológicos das representações sociais e seu uso na enfermagem. **Online Brazilian Journal Nursing**, v.6, n.2, ago 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=13619&indexSearch=ID>. Acesso em: 25 out 2012.

PINHEIRO, P. N. N. C. ; MARQUES, M. F. C.; BARROSO, M. G. T. Ética na formação profissional: uma reflexão. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 116-120, abr 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000100015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000100015&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 14 dez 2013.

RODRIGUES, S. L. A., WATANABE H. A. W., DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.

SÁ, C. P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

\_\_\_\_\_. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.26-32, 2010.

SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudos sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, 14, n. 4, p. 25-49, set. 2011.

SIERRA, V. M. Conceitos básicos e as principais vertentes sociológicas sobre família. In: SIERRA, Vânia Morales. **Família**: teorias e debates. Cap 2. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 31-52.

SILVA, M. E. D. C. **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde**: uma contribuição para a Enfermagem. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem Universidade Federal do Piauí. 2010. 173p. Disponível em: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20(Segura).pdf). Acesso em: 31 jan. 2013.

SILVA, A. L.; GONÇALVES, L. H. T. (Orgs.). **Cuidado à pessoa idosa**: Estudos no contexto luso-brasileiro. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SILVA, L.W. S. et al. A família e o cuidado: reveses e vieses entre a aceitação e o desafio do cuidar. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v.13, n. 2, p. 191-202, nov. 2010.

\_\_\_\_\_. A família na conviabilidade com o idoso acamado no domicílio: relato de experiência. **Revista Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 75-87. Jun. 2011a.

\_\_\_\_\_. Construindo o balance familiar: Uma análise compreensiva da dinâmica familiar com pessoa idosa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 243-261, jun. 2011b.

SILVA, L. W. S.; FIGUEIREDO, M. H. J. Cuidar a família: um compartilhar de experiências Luso-Brasileiras. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 9., [2012], Lisboa. **Anais...** Lisboa, p. 22-32. Lisboa, 2012.

SOUZA, D. M.; ROSA, D. O. S.; SOUZA, M. M. Representações do idoso asilado sobre os Cuidados da Família. **Revista Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, p. 14, n.3, p. 149-165, jun. 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6498>. Acesso em: 22 out. 2012.

SOUZA, A. S. **O cuidado com idosos hipertensos**: representações sociais de familiares. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. 2005. Disponível em: <http://www.pgenf.ufba.br/RESUMO%20ANDR%C3%89IA%20DOS%20SANTOS%20SOUZA.pdf>. Acesso em: 22 out 2012.

\_\_\_\_\_; MENEZES, M.R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v.12, n.1, p. 87-102, 2009. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232009000100008&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 out 2012.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.3, p.263-267, maio-jun 2007

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 300-308, jul/set, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-3111X1993000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3111X1993000300017). Acesso em: 31 jan 2013.

SQUARCINI, C. F. R.; SILVA, L. W. S; REIS, J. F. et al. A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num Programa de Treinamento Físico Aeróbio. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 105-126, jun. 2011.

STACHESKI, D. R. **O idoso brasileiro na comunicação pública**: cidadania e representações sociais num sistema de interação midiático. Tese [Doutorado]. Programa de Pós Graduação em Comunicação e Linguagens. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2013.

TELLES, J. L. Portaria n 2.528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 26 out. 2013.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 548-554, Maio/Jun 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020). Acesso em: 26 out 2013.

\_\_\_\_\_. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará. UnAll, UERJ, 2002.

\_\_\_\_\_ et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2007, Disponível em: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-9](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-9).

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra- Luzzato, 1998.

WATANABE, H. A. W. et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009. Disponível em: [http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume3\\_Redde\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume3_Redde_atencao_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 12 nov 2013.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. **Rev.Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, julho 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>. Acesso em: 13 dez 2013.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Prezado (a) Sr. (Sra.)

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Caso isso aconteça, peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“O cuidado aos idosos com condições crônicas atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA”**, sob a responsabilidade da pesquisadora, Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha.

Você foi selecionado (a) porque é maior de 60 anos e está inscrito no Programa Hiperdia, porém a sua participação não é obrigatória. O objetivo do projeto é compreender o significado de autocuidado, cuidado da família e cuidar do enfermeiro para os idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís – MA.

Esta pesquisa será realizada devido o aumento do número de idosos com diabetes a nível mundial, e em especial no Brasil, havendo a necessidade de se buscar o ponto de vista dos idosos sobre o cuidado prestado pela família a eles.

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em realizar um teste de exame mental, e depois responder a uma entrevista, que terá perguntas sobre: sua experiência como idoso, sua vivência com diabetes, o cuidado dos membros da sua família para o (a) senhor (a). Também haverá um questionário que será realizado com perguntas sobre: sua idade, seu sexo, sua moradia, sua ocupação, sua escolaridade, e sua família. Espera-se que, com o resultado deste estudo, profissionais e estudantes de enfermagem possam ter um maior conhecimento sobre o cuidado ao idoso e que você tenha uma maior reflexão quanto a importância do cuidado da família.

O teste de exame mental será realizado através de 12 (doze) perguntas que irão avaliar seu raciocínio e memória.

Você será acompanhado (a) pelos pesquisadores e terá todas as suas dúvidas esclarecidas. Serão também realizadas ações educativas sobre o cuidado ao idoso que ocorrerão através de reuniões marcadas de acordo com o melhor horário escolhido pelo grupo.

Sua participação neste estudo é muito importante e será voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso de você retirar-se do estudo, favor

avisar a pesquisadora que está acompanhando-o (a). Caso você desista de participar, será retirado (a) da pesquisa.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado (a) quando o material de sua fala for utilizado, seja para propósitos de publicação científica (apresentação de trabalhos e artigos) ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo que consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas do projeto e da sua participação a qualquer momento.

Em caso de dúvida, favor entrar em contato com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem no prédio Paulo Freire, UFMA, Bacanga, telefone (98) 3272-9700 ou (98) 8159-9161, e-mail: anahsardinha@ibest.com.br.

Desde já agradecemos.

O (a) participante leu ou alguém leu para ele (a) as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declara ainda que toda a fala utilizada nestas informações do estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebeu respostas para todas as suas dúvidas. Confirma também que recebeu uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Compreende que é livre para se retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Fornece seu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

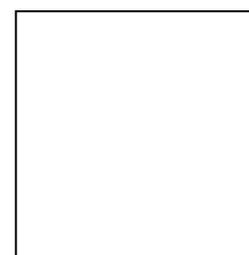
São Luís, de de 2013.

---

Assinatura da pesquisadora

---

Assinatura do (a) pesquisado (a)



**APÊNDICE B****Teste de Evocação Livre de Palavras****Estímulo indutor**

Que palavras vêm em sua mente quando eu digo: o cuidado da família ao idoso.

---

---

---

---

---

Enumere as palavras de acordo com o grau de importância que estas palavras têm para o (a) senhor (a).

**APÊNDICE C - Guias temáticos para Entrevista Semiestruturada com os idosos participantes dos grupos focais.**

**Guia temático 1**

- Fale livremente sobre o que o senhor (a) entende por envelhecimento.

**Guia Temático 2**

- Relate-me a sua experiência em estar convivendo com diabetes.

**Guia Temático 3**

- Falem o que o (a) senhor (a) compreende por cuidado (Como acham que o idoso deve ser cuidado? Qual a importância da família no cuidado? Como é realizado esse cuidado? Como é o relacionamento de vocês com sua família cuidadora? Quando sentiu necessidade do cuidado da família?).

**APÊNDICE D – Instrumento de coleta dos dados socioeconômicos**

Identificação

Data:

Cor:

1 – ( ) Branco 2 – ( ) Pardo 3 – ( ) Negro

Sexo:

( ) Masculino ( ) Feminino

Idade:

1 – ( ) 60-64 a 2 – ( ) 65-69 a 3 – ( ) 70-74 a 4 – ( ) 75-79 a 5 – ( ) 80 anos ou mais

Escolaridade:

1 – ( ) Ensino fundamental incompleto 2 – ( ) Ensino fundamental completo

3 – ( ) Ensino médio incompleto 4 – ( ) Ensino médio completo

5 – ( ) Ensino superior 6 – ( ) Analfabeto

Unidade da ESF que é acompanhado:

1 – ( ) Cohab 2 – ( ) Turu 3 – ( ) Liberdade

Familiar que presta cuidado a você:

1 – ( ) Esposa (o) 2 – ( ) Filho (a) 3 – ( ) Irmão (ã) 4 – ( ) Neto (a)

5 – ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico de DM:

Tempo em que o membro da família cuida do senhor (a):

Sua família mora com o senhor (a):

**ANEXOS**

**ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Autorizo a realização da pesquisa intitulada **CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS-MA** realizada sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para fins de trabalhos acadêmicos. Informo que esta cessão de dados ou autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade.

São Luís, 13 de setembro de 2012.

  
Ana Hélia de Lima Sardinha  
Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Superintendência de Educação e Saúde  
Coordenação de Estágio, Pesquisas e Extensão  
  
Antonio de Souza Azevedo Neto  
AUTORIZADO em 14 / 09 / 12

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS-MA

**Pesquisador:** Ana Hélia de Lima Sardinha

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 02090112.5.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 128.214

**Data da Relatoria:** 16/11/2012

**Apresentação do Projeto:**

Este estudo ira avaliar idosos com condição crônica atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA e cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Programa HIPERDIA. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualiquantitativa. Serão entrevistados 280 idosos de ambos os sexos. Os idosos responderão um questionários com perguntas fechadas que serão preenchidos pelos investigadores contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida e a utilização de gravador durante a entrevista cujo roteiro abordará aspectos relacionados às políticas públicas de saúde e as doenças crônicas. Após a entrevista será realizado exames para avaliação de peso e estatura, pressão arterial, nível glicêmico capilar e medida da circunferência abdominal e glicemia capilar. Para análise dos dados quantitativos será utilizado o Programa Estatístico Epi-Info 2008 versão 3.5.1, tendo como nível de significância de 95%, e margem de erro tolerável de 5%. Quanto à análise qualitativa, será representada pelos resultados das entrevistas semi-estruturadas. A análise qualitativa, será realizadas através das reflexões mais importantes da coleta conforme Triviños (1987) que ressalta que em pesquisa qualitativa a análise dos dados embora pareça ser uma fase distinta, poderá estar ocorrendo desde o momento da coleta. De acordo com Minayo (2000) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, crenças e atitudes. O início da coleta esta proposta para novembro 2012. O financiamento do estudo é de responsabilidade do pesquisador.

**Endereço:** Rua Barão de Ipatary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**Fax:** (98)2109-1223

**E-mail:** cep@huufma.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA



**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo principal: Avaliar os idosos com condição crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA.

Objetivo Secundário: - Caracterizar a população segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida (atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica) - Traçar o perfil da família cuidadora do idoso com condição crônica - Identificar os fatores de risco que interferem na adesão medicamentosa; - Correlacionar condição crônica com qualidade de vida; - Relacionar comorbidades associadas; - Descrever os significados de condição crônica para os idosos que convivem com essa realidade; - Descrever o significado do cuidado para os idosos com condição crônica; - Compreender as necessidades desses idosos ao enfrentarem uma condição crônica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco referido esta associado a o aspecto emocional entretanto os participantes são livres para desistirem em participar. Os benefícios estão associados a relevância social oportunizando estratégias para melhorar a qualidade da assistência aos idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos,

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta TCLE (atendendo os requisitos da Resolução CNS 196/96), carta de anuência dos pesquisadores, autorização do representante da instituição para a coleta de dados, Cronograma e Currículo lattes atendendo os requisitos para aprovação.

**Recomendações:**

Não Há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende aos requisitos da Resolução CNS 196/96

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Barão de Ipatary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA



**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução nº 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 22 de Outubro de 2012

Assinador por:

**Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Barão de Ipatary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**Fax:** (98)2109-1223

**E-mail:** cep@huufma.br