



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**“EU CUIDO DELA E ELA ME CUIDA”: UM ESTUDO
QUALITATIVO SOBRE O CUIDADO
INTERGERACIONAL COM O IDOSO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Gisela Cataldi Flores

Santa Maria, RS, Brasil

2008

**“EU CUIDO DELA E ELA ME CUIDA”: UM ESTUDO
QUALITATIVO SOBRE O CUIDADO INTERGERACIONAL
COM O IDOSO**

por

Gisela Cataldi Flores

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Orientador: Prof^a. Dr^a. Zulmira Newlands Borges

Santa Maria, RS, Brasil

2008

Flores, Gisela Cataldi

F634e

“Eu cuido dela e ela me cuida” : um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso / por Gisela Cataldi Flores ; orientador Zulmira Newlands Borges. - Santa Maria, 2008.

128 f. ; il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2008.

1. Enfermagem 2. Envelhecimento 3. Idoso 4. Família 5. Cuidados I. Borges, Zulmira Newlands, orient. II. Título

CDU: 613.98

Ficha catalográfica elaborada por
Luiz Marchiotti Fernandes – CRB 10/1160
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Rurais/UFSM

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**“EU CUIDO DELA E ELA ME CUIDA”: UM ESTUDO QUALITATIVO
SOBRE O CUIDADO INTERGERACIONAL COM O IDOSO**

elaborada por
Gisela Cataldi Flores

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Zulmira Newlands Borges, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)

Marlene Teda Pelzer, Dr^a. (FURG)

Margrid Beuter, Dr^a. (UFSM)

Marco Aurélio Acosta, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 12 de novembro de 2008.

Dedicatória

Às minhas avós Gisela e Betina que sempre me cuidaram e
me ensinaram a cuidar.

Ao meu tio Renato cuidador e amigo incondicional.

Sinto que em um outro plano vocês continuam cuidando de
todos nós.

AGRADECIMENTOS

Nessa etapa final da pesquisa meu sentimento é de saudade e gratidão, por isso agradeço:

A minha mãe Leonor por me mostrar que existem anjos da guarda sem asas;

Ao meu pai Paraguassú por me ensinar que o melhor caminho é o da generosidade;

Aos meus filhos Paula e Rafael por me darem a oportunidade de crescer por meio das suas atitudes amorosas;

A Dodóia minha irmã e amiga por estar ao meu lado sempre;

A minha sobrinha Beatriz por iluminar minha vida, enchendo-a de esperança;

Ao meus queridos primos Ronaldo, Rita, João, Violeta e Roberto, pela escuta, pelo abraço e pelo olhar;

As minhas tias Ana Maria e Maria Luiza pela sua amizade, que fez a diferença nos momentos das perdas e vitórias, a qual me fez sentir cuidada;

A querida Zulmira, minha orientadora e hoje amiga pela sua capacidade de estar sempre ao meu lado, me ajudando a crescer, mostrando que compartilhar saberes com amorosidade é uma demonstração de cuidado. Seu jeito de ser me fez amadurecer;

A Maria de Lourdes, minha professora da graduação pela sua amizade e por ter me guiado para Saúde Coletiva, me permitindo sonhar;

A Teda por ter me acolhido no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação - GEP-GERON da Fundação Universidade de Rio Grande, por ter me incentivado a fazer a seleção do mestrado e ter me mostrado que nada é por acaso;

A Margrid por ter sido solidária, me cuidando sem nada perguntar;

Ao Marco Aurélio Acosta por ter compartilhado projetos e sonhos para uma vida com qualidade para os idosos;

A Sandra Márcia por me mostrar que amizade independe de tempo e distância física;

A Silvana Sidney Costa pelo estímulo aos estudos sobre Gerontologia, me acolhendo no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação - GEP-GERON da Fundação Universidade de Rio Grande, além dos textos e informações relevantes para meu crescimento profissional;

A Laura por me mostrar que os vínculos afetivos são construídos nas pequenas atitudes de cuidado;

A Adelina pelo abraço quando eu precisei;

Aos professores do mestrado de enfermagem da UFSM, por terem me acompanhado, compartilhando seus saberes com muita afetividade e humildade;

A Rafaela por ter me ensinado que o convívio intergeracional nos ajuda a tornar nossas vidas mais leves e que existem vínculos afetivos eternos;

Aos colegas do mestrado por me permitirem construir e compartilhar conhecimentos e projetos de vida;

A Zeli e Luana pela disponibilidade em ajudar;

As amigas Beti e Heidi, por me darem a certeza que os amigos são a família do coração;

A Liliane pela ajuda por meio das trocas de saberes;

Aos amigos e colegas da 4ª Coordenadoria que acreditaram em mim;

A Fernanda Mattioni pela sua disponibilidade na fase final da pesquisa e pela sua sensibilidade e escuta a qual me ajudou a continuar a lutar;

A Hedionéia, por ter me acolhido desde o primeiro contato na Secretaria municipal de Saúde de Santa Maria;

A Ligemara, pelo cuidado amoroso, pela acolhida da sua família.

A Equipe de Estratégia de Saúde da Família da Vila Bela União por terem me recebido na unidade com disponibilidade para o trabalho acontecer;

Meu agradecimento especial **aos sujeitos dessa pesquisa** que abriram as portas das suas casas e das suas vidas.

*"a vida são deveres que nós trouxemos para
fazer em casa.
Quando se vê, já são seis horas.
Quando se vê, já é sexta feira.
Quando se vê, já terminou o ano.
Quando se vê, já se passaram 50 anos!
E agora é tarde demais para ser aprovado.
Se me fosse dada, um dia, outra oportunidade,
eu nem olhava o relógio.
Seguiria sempre em frente e iria jogando, pelo caminho, a
casca dourada e inútil das horas.
Dessa forma eu digo: não deixe de fazer algo que gosta
devido á falta de tempo, a única falta que terá,
será desse tempo que infelizmente não voltará mais."*

(Mário Quintana)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

“EU CUIDO DELA E ELA ME CUIDA”: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE O CUIDADO INTERGERACIONAL COM O IDOSO

AUTORA: GISELA CATALDI FLORES
ORIENTADORA: ZULMIRA NEWLANDS BORGES
CO-ORIENTADORA: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 12 de novembro de 2008.

O envelhecimento populacional é um fenômeno social mundial heterogêneo e, no Brasil está ocorrendo de forma rápida, gerando uma demanda social para a família, para a sociedade e para o Estado, os quais devem satisfazê-la. Assim optou-se por uma pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica, a qual objetivou interpretar como ocorre o cuidado intergeracional com o idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul, de acordo com as particularidades culturais. Como referências teórico utilizou-se entre outros, Clifford Geertz, e Madaleine Leininger. A análise dos dados sustentou-se em Laurence Bardin, a qual trabalha com análise de conteúdo. Também foi utilizado o referencial de Lorraine M. Wright e Maureen Leahey que afirmam que o genograma é um dos instrumentos particularmente útil a ser empregado pela enfermeira, caracterizado como um diagrama do grupo familiar. No decorrer desse estudo emergiu o tema reciprocidade como condicionante do cuidado, entrelaçado com outros temas para o significado do cuidado intergeracional com o idoso. Os mesmos são apresentados e discutidos considerando os comportamentos, atitudes, valores e crenças dos idosos e seus cuidadores de outras gerações. Considera-se que o cuidado com o idoso praticado pelas outras gerações pode ser uma oportunidade de co-responsabilização com o cuidado e com o envelhecimento populacional. Nesse sentido propõem-se ações intergeracionais, com cuidadores informais e formais.

Palavras-chave: Cuidado, enfermagem, envelhecimento, idoso, família.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

“I TAKE CARE OF HER AND SHE TAKES CARE OF ME”: A QUALITATIVE ANALYSIS ABOUT THE INTERGENERATIONAL CARE TO THE ELDERLY

AUTHOR: GISELA CATALDI FLORES
ADVISER: ZULMIRA NEWLANDS BORGES
SECOND ADVISER: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Date and place of defense: Santa Maria, November 12th, 2008.

Populational aging is a heterogeneous worldwide social phenomenon. In Brazil, it has happened fast, generating a social demand for families, society, and the nation, which must handle it. The chosen research orientation was a qualitative one, with an ethnographic approach, aiming to interpret the intergenerational care with the elderly living in an area under the scope of the Family Health Strategy in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul state, respecting their cultural particularities. Theoretical references used include Clifford Geertz and Madaleine Leininger, among others. Data analysis followed Laurence Bardin, which works with content analysis, and Marcel Mauss was crucial for the detailing of the reciprocity concept. Also used was the referential of Lorraine M. Wright and Maureen Leahey, who state that the genogram is a particularly useful instrument to be employed by the nurse, characterized as a diagram of the family group. Through data analysis, the topic of reciprocity appeared as a structuring element in the care of the elderly. The notion of reciprocity is examined in detail, considering the behaviors, attitudes, values and beliefs of the elderly and their caregivers from other generations. The care of the elderly by other generations is thought to be an opportunity of co-accountability regarding their care and populational aging. In this sense, intergenerational actions are proposed with informal and formal caregivers.

Keywords: Care, nursing, aging, elderly, family.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos idosos sujeitos da pesquisa	68
QUADRO 2 – Caracterização dos cuidadores de idosos das outras gerações	71

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Município de Santa Maria - Vila Bela União	67
FIGURA 2 – Área de pesquisa.....	67
FIGURA 3 – Legenda.....	74
FIGURA 4 – Genograma da família 1	75
FIGURA 5 – Genograma da família 2	75
FIGURA 6 – Genograma da família 3	75
FIGURA 7 – Genograma da família 4	76
FIGURA 8 – Genograma da família 5	76
FIGURA 9 – Genograma da família 6	77
FIGURA 10 – Genograma da família 7	77
FIGURA 11 – Genograma da família 8	77
FIGURA 12 – Genograma da família 9	79
FIGURA 13 – Genograma da família 10	79

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas com os idosos.....	118
APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas para as outras gerações	120
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade	124

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de Aprovação da Secretaria de Município de Saúde.....	126
ANEXO 2 – Parecer da Equipe Estratégia de Saúde da Família da Vila Bela União	127
ANEXO 3 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM.....	128

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A escolha do tema e a construção do objeto	16
1.2 Da experiência profissional a questão norteadora	21
2 CAPÍTULO I: REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1 O envelhecimento populacional brasileiro	26
2.2 O cuidado intergeracional com o idoso	29
2.3 O cuidado com o idoso na enfermagem	33
2.4 As políticas públicas para o idoso	37
3 CAPÍTULO II: CAMINHO METODOLÓGICO	43
3.1 A escolha do método	43
3.2 A experiências de utilizar esse método	45
3.3 A inserção no campo	46
3.4 Técnicas de coleta e registro dos dados	48
3.5 A inclusão dos sujeitos na pesquisa e a coleta de dados	52
3.6 Processos Analíticos	53
3.7 Aspectos éticos da pesquisa	56
4 CAPÍTULO II: CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE E SUJEITOS DE PESQUISA	58
4.1 O local da pesquisa e a caracterização da comunidade	58
4.1.1 Informações básicas sobre a comunidade	59
4.1.2 Outras informações importantes	60
4.1.3 Os grupos de portadores de hipertensão arterial e diabetes	61
4.1.4 Acesso aos serviços de saúde	62
4.1.5 Composição das famílias e moradias	63

4.1.6 Religiosidade	63
4.1.7 Violência urbana	64
4.1.8 Hospitalidade	65
4.1.9 Fotografias	66
4.1.10 Localização geográfica da Vila Bela União	67
4.2 Caracterizando os sujeitos da pesquisa	68
4.2.1 Caracterização os idosos sujeitos da pesquisa	69
4.2.2 Caracterização dos sujeitos das outras gerações	72
5 CAPÍTULO VI: EU CUIDO DELA E ELA CUIDA DE MIM	74
5.1 Genogramas	74
5.1.1 Genogramas de avós-netas e avô-neto	75
5.1.2 Genogramas de mães, filhos e filhas	76
5.1.3 Genogramas dos idosos e noras	79
5.2 A reciprocidade como determinante do cuidado	80
5.2.1 Valores Culturais	82
5.2.2 O que significa cuidar?	83
5.2.3 O exemplo dos mais velhos	86
5.2.4 Controle como cuidado	86
5.2.5 Resiliência e enfrentamento de adversidades	87
5.2.6 O dever de cuidar	88
5.2.7 A retribuição	89
5.2.8 Co-responsabilidade pelo cuidado	91
5.3 A autonomia como determinante e condicionante do cuidado	91
5.3.1 A autonomia como direito legal	94
5.3.2 Liberdade e preocupação	95
5.3.3 O cuidado como rotina	95
5.3.4 O significado de ser idoso	96
5.3.5 Como me imagino idoso?	97
5.3.6 Como me percebo idoso?.....	99
5.3.7 Dependência financeira.....	100
5.4 A presença como significante de cuidado.....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	112

1 INTRODUÇÃO

1.1 A escolha do tema e a construção do objeto

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que têm gerado a reflexão e a discussão no meio acadêmico, nos serviços de saúde, nas instâncias governamentais e não governamentais, pois criou uma realidade social que requer transformações nas ações, para assim oportunizar qualidade de vida¹. Esse fenômeno demonstra uma questão demográfica atual e urgente, que exige a reflexão, o planejamento e o conhecimento do cuidado com o idoso.

Esse processo teve início, em princípio, nos países desenvolvidos, em decorrência da queda da mortalidade, que, por sua vez, ocorreu devido a conquistas do conhecimento médico, à urbanização adequada das cidades, à melhoria nutricional, dos níveis de higiene pessoal e ambiental e também em consequência dos avanços tecnológicos relacionados à área da saúde nos últimos anos. A queda da natalidade, iniciada na década de 1960, igualmente possibilitou uma explosão demográfica (MENDES et al, 2005). De acordo com Kalache, Veras e Ramos (1987), os significativos ganhos na expectativa de vida das populações européias estão ligados historicamente a uma melhor qualidade de vida experimentada pela maioria da população, uma vez que conquistas médico-tecnológicas de relevância foram, quase todas, subseqüentes.

¹Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações Essa definição foi dada pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, que também criou um instrumento de avaliação de Q.V., que é uma versão abreviada WHOQOL-100, chamado WHOQOL-bref.

Ainda que muitos milhões de pessoas continuem vivendo em graus absolutos de pobreza, em locais menos desenvolvidos do mundo, as conquistas tecnológicas da medicina moderna, ao longo dos últimos 50 anos, conduziram a meios que tornaram possível prevenir ou curar muitas doenças fatais do passado. A redução da mortalidade, verificada na maioria dos países subdesenvolvidos, é, portanto, um fenômeno que se pode chamar artificial, já que está ocorrendo em função da disponibilidade de meios inexistentes até um passado próximo (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Giacomin; Uchoa; Lima-Costa (2005) apontam que a cada ano 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Os desenvolvimentos científicos e tecnológicos possibilitaram o aumento da expectativa de vida, gerando uma demanda significativa em uma sociedade sem suporte social e preparo para acolher esse grupo social com histórias de vida singulares e diversas. Seus componentes precisam conviver com várias gerações cotidianamente, as quais têm idéias diversas acerca do envelhecimento, do significado de ser e de sentir-se idoso.

O cuidado com uma população que envelhece representa um grande desafio, especialmente pelo crescimento da parcela muito idosa e que apresenta vulnerabilidade². Destaco a reflexão acerca das concepções de cuidado, as quais são determinantes na forma de cuidar, de planejar o cuidado, de compreender a interdependência e complementaridade do cuidado informal³ e do cuidado formal⁴. Perceber as diferentes concepções desses aspectos poderá facilitar políticas de atuação na comunidade, bem como melhorar a atenção à saúde.

Conforme Minayo; Coimbra Júnior (2002, p. 12), “a previsão dos demógrafos é de que no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhões de idosos no mundo, dentre os quais 34 milhões de brasileiros”. Constata-se uma transformação nas famílias e na sociedade, em que as famílias estão sendo compostas por um número cada vez menor de filhos, com mulheres que anteriormente ficavam em casa (e hoje estão no mercado de trabalho) e os mais velhos que buscam preservar a autonomia e a participação social. O convívio intergeracional ocorre cotidianamente.

² Vulnerabilidade: movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento [e a outros agravos sociais], como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais (AYRES et al., 2003, p. 123).

³ Cuidado informal: nesse estudo é o termo que define cuidado executado por cuidadores, familiares ou não, que não têm preparo formal na área da saúde.

⁴ Cuidado formal: nesse estudo considera-se o cuidado executado pelos trabalhadores de saúde, com formação em instituições formalmente constituídas.

A II Assembléia Mundial Sobre o Envelhecimento – ocorrida em Madri, no ano de 2002 e promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) – escolheu como tema *Uma sociedade para todas as idades*. Essa escolha destaca a relevância social de pensar acerca de ações compartilhadas entre todas as instâncias da sociedade civil, do Estado e de todas as gerações para dar conta da revolução demográfica mundial. O documento resultante aborda que o envelhecimento é um fenômeno extraordinário, o qual gera conseqüências para cada comunidade, instituição ou pessoa, englobando todas as gerações.

Segundo Kalache:

o envelhecimento inexorável de uma perspectiva internacional implica a acentuação das desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como entre pobres e ricos num mesmo país (KALACHE, 2008, p.1108).

Nesse sentido o autor destaca que essas desigualdades geram conseqüências sociais que se manifestam nas diferenças de nível da saúde, as quais levam a desafios para os futuros cenários políticos. Daí surge a necessidade de reforçar a solidariedade mundial, nacional e entre subgrupos de uma mesma população. Como resposta a estes desafios, em 2005 foi criada a Associação Mundial de Demografia, com base na Universidade de St. Gallen, na Suíça, que realiza congressos anualmente. Em 2007, o tema central foi o estabelecimento de uma “solidariedade planetária”, baseada num pacto de solidariedade distributiva entre gerações e entre nações (KALACHE, 2008).

As diferentes culturas caracterizam o espaço e o papel social dos diferentes grupos sociais em todos os ciclos de vida, e constroem os significados das concepções acerca do cuidado intergeracional com o idoso. Nesse sentido, Minayo; Coimbra Júnior questionam:

Será que, por influência da época, estaremos sendo vítimas da ideologia-mito da eterna juventude, esse vírus que corrói a humanização do envelhecimento [...] o ao contrário, que os próprios limites do ciclo e do curso da vida estão se desfazendo, por causa do fenômeno irrefutável do aumento da esperança de vida a partir da segunda metade do século XX aqui e em todo mundo? (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR 2002, p. 13).

As perspectivas referentes à população brasileira vislumbram a continuação da redução da mortalidade em todas as faixas etárias e, em especial, nas mais

avançadas. Nessas, encontra-se a maior proporção de pessoas com doenças crônico-degenerativas, com dificuldade de lidar com as atividades da vida diária (CAMARANO, 2006). São os idosos que vivenciam essa realidade em maior número e cada vez mais essa situação fará parte do cotidiano de vida de todas as gerações. Atender a tal demanda requer reorganização familiar e social, assim como urge um olhar diferenciado sobre envelhecer e cuidar.

A velhice não constitui o fim da existência humana, mas um período de descobertas e possibilidades de participação social, bem como de enriquecimento individual e coletivo. Segundo Ferreira (2005), o relacionamento intergeracional é um caminho para a preservação da cultura⁵, compreendendo a necessidade de respeitar as particularidades culturais como imprescindíveis à sobrevivência humana.

Para Peixoto (2004, p. 118), “o reencontro e a solidariedade geracionais são grandes e bons momentos iniciais na trajetória do idoso em busca de redefinições de um lugar social”. Ela destaca que propostas de atividades intrageracionais, em sua maioria, provocam uma segregação etária. A autora refere, ainda, que o convívio intergeracional deveria ocorrer na sociedade inteira, da convivência privada à pública.

Motta (2006) afirma que é a heterogeneidade que caracteriza o envelhecimento. Nesse sentido a autora refere que existem diversas velhices, as quais têm pluralidade de imagens, que são construídas socialmente. A realidade social inclui o novo, o belo e o que produz. Entretanto, as transformações ocorridas na sociedade em geral – em um contexto no qual a população idosa cresce cada vez mais e em proporções maiores que as demais faixas etárias – sugerem que é necessário pensar e propor novas alternativas de cuidado humanizado.

Peixoto (2004, p. 15) indica que “é com os olhos da juventude que se percebe a velhice”. A autora destaca que compreender e vivenciar o envelhecimento populacional, de forma positiva ou negativa, está relacionado ao olhar das outras gerações, isto é, à forma como as demais gerações interpretam e vivenciam o processo de envelhecer, mesmo fazendo parte de outras faixas etárias. Também salienta que compreender e vivenciar o envelhecimento populacional estão atrelados ao modo como os idosos se percebem e constroem o seu envelhecer.

⁵ Cultura: teia de significados que o homem teceu (GEERTZ, 1989).

Minayo; Coimbra Júnior entendem que:

Há duas categorias opostas e em construção olhando para o futuro do país. A primeira é a juventude, essa etapa entre a adolescência e o mundo adulto [...] a segunda é a velhice, que não pode mais ser nomeada nem tratada como há 50 anos, quando a expectativa de vida era de 40 anos (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 21).

É evidente a relevância em desenvolver estudos relacionados ao envelhecimento populacional, considerando o quadro mundial e nacional que apresenta uma realidade epidemiológica e social com uma demanda social caracterizada pela presença no cotidiano de vida de todas as gerações. Papaléo Netto (2006) observa que o século XX marcou a relevância da realização de estudos SOBRE ESTAVA SOBE a velhice, em função do aumento significativo em nível mundial de pessoas com 60 anos e mais. Esse fato exerceu uma pressão passiva sobre o desenvolvimento de pesquisas nesse campo.

Cabe destacar que a agenda das políticas públicas e das pesquisas deve acompanhar essa situação. Tem-se demonstrado incertezas quanto às condições de saúde, de renda e de apoio ao grupo social de idosos. Além disso, a queda da fecundidade e a mudança nas relações – em que a solidariedade familiar sofreu influência como resultado da migração e da urbanização – interferem na qualidade de vida dos brasileiros de mais idade (CAMARANO, 2006). Portanto na sociedade contemporânea, deve-se levar em conta a importância de elaborar estratégias para um envelhecimento com qualidade, em que os atores sociais (isto é, os idosos) sejam escutados e envolvidos na construção de uma sociedade para todas as gerações.

Considerando a realidade social a respeito do envelhecimento populacional, é imprescindível o avanço nas pesquisas em enfermagem, de modo que partam da realidade social, reflitam e construam o conhecimento científico para que haja a transformação social. Essa área da saúde tem como sua questão central o cuidado, que é, contudo, singular e complexo. Na prática profissional, constatei que o cuidado formal por si só não dá conta da demanda, pois as pessoas são singulares, diversas e indissociáveis de seus contextos de vida.

Nesse sentido as transformações ocorridas por conta do desenvolvimento social, criaram demandas familiares, sociais e governamentais que concomitantemente devem dar respostas às pessoas. Assim cabe citar a Política

Nacional do Idoso, no capítulo II (Dos princípios e diretrizes), seção I (Dos princípios), art. 3º: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida” (BRASIL, 1998). Esse artigo é claro quando define as responsabilidades sociais para com este público.

Para oportunizar qualidade de vida a uma sociedade em que os idosos serão a maioria, é imprescindível que o Estado, a família e a sociedade cumpram o seu papel social. A legislação pressupõe a criação de uma rede de cuidado com coresponsabilização, na qual o protagonismo do idoso é compromisso coletivo.

1.2 Da experiência profissional a questão norteadora

A escolha do tema desta dissertação deve-se à minha trajetória profissional e, em parte, à minha história de vida. A partir delas, percebi a importância do envolvimento e do compromisso com as questões relacionadas ao cuidado com o idoso. Percebendo que a construção de uma sociedade inclusiva ocorre a partir de atitudes, comportamentos, valores e crenças de cada um e de todos, sinto-me – como ser social e enfermeira – incluída na responsabilidade acerca do cuidado com os idosos.

Tais experiências foram desenvolvidas em espaços profissionais diferenciados. O início ocorreu em 1991, na Quarta Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), uma instância regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na qual sou responsável técnica pela implementação da Política do Idoso nos 32 municípios de abrangência da mesma. Essa trajetória possibilitou a aproximação e o convívio com esse público e seus respectivos núcleos familiares, especialmente com os que participaram de movimentos sociais de luta pelos seus direitos legais com gestores da saúde, os quais têm a responsabilidade de implementar políticas públicas para esse grupo social. Essas atividades foram desenvolvidas por meio de capacitações com trabalhadores da saúde, sensibilização dos gestores municipais de saúde e acompanhamento, por intermédio da assessoria técnica, às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da área de abrangência da 4ª CRS. Continuo executando essas ações até o presente momento.

Entre 1995 e 1999, concomitantemente às atividades desenvolvidas na 4ª CRS, coordenei as atividades propostas pelo Serviço Social do Comércio (SESC), relacionadas ao envelhecimento e à educação em saúde. Nesse período, elaborei e executei projetos dirigidos à formação de um grupo de idosos do SESC, no município de Santa Maria. A realização desses projetos ocorreu por meio de atividades de sensibilização e capacitação relacionadas à saúde e à convivência entre as gerações, desenvolvidas com idosos e seus familiares. Também foram organizadas Mostras de Educação em Saúde, em que foram integradas as faixas etárias, bem como os integrantes do grupo de idosos do SESC com crianças da Escola Sesquinho. Essa escola atendia alunos de pré-escola e nela foram realizadas oficinas de integração entre avós e netos. Observei que essas atividades possibilitaram o convívio entre as gerações, o que propiciou a afetividade, a troca de experiências entre participantes, influenciando positivamente na qualidade de vida dos sujeitos envolvidos, nas quais as especificidades e diferenças entre idosos e crianças foram consideradas.

A participação em movimentos sociais ocorreu quando prestei assessoria técnica ao Conselho de Idosos de Santa Maria (CISMA) nas discussões para elaboração da Legislação Municipal referente aos direitos dos idosos, bem como quando participei da negociação para aprovação e implementação dessa lei. Esse movimento ocorreu com a participação efetiva dos representantes de grupos de idosos, de instituições asilares, de técnicos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação do município de Santa Maria, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e do Núcleo Integrado de Atenção e Estudos para a Terceira Idade (NIEATI). Nessa ocasião, foi elaborada a legislação para formação do Conselho Municipal de Idosos de Santa Maria (COMID).

Nos anos de 1999, 2005 e 2006, atuei no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), supervisionando aulas práticas de alunos do curso de enfermagem, nas disciplinas Estudos Integrados III e IV. Nessa entidade foram realizadas atividades dirigidas aos idosos e a seus familiares, como visitas domiciliares aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes que tinham dificuldade de acesso ao atendimento na unidade de Estratégia de Saúde da Família, formação de grupo de portadores de hipertensão arterial e de diabetes, oficinas de educação em saúde na escola da

região da referida unidade, em que o público participante era constituído por adolescentes, adultos e idosos.

Percebi, nessa experiência profissional, que as pessoas atendidas conviviam com outras gerações com uma grande variedade de interações possíveis. Havia alguns que conviviam com crianças, adolescentes e adultos com prioridades e projetos diversos, os quais não compartilhavam suas vidas e experiências com os idosos. Em algumas situações, estes estavam à espera de que as outras gerações apresentassem oportunidades para a melhoria de suas qualidades de vida.

Também observei mulheres responsáveis pelo cuidado com idosos e com obrigatoriedade de trabalhar fora de casa, com inquietações relacionadas ao seu papel de cuidadora, realizando o cuidado informal, sem uma rede de suporte social de cuidado. Não raras vezes, tinham que cuidar solitariamente. Pessoas de diferentes idades eram responsáveis na prática pelo cuidado com o idoso, muitas vezes por falta de alternativa.

Os modelos de família apresentados foram diversos no que se refere ao número de pessoas que compõem as famílias, à estruturação das mesmas e à forma de participação dos idosos no cotidiano de vida familiar. Ficou evidente a influência das desigualdades sociais na qualidade de vida, pois os idosos não tinham suas necessidades atendidas e especificidades valorizadas.

Durante as visitas domiciliares e nos grupos de portadores de hipertensão arterial e de diabetes, identifiquei a existência de idosos autônomos, que cuidavam de outras gerações. A qualidade de vida deles estava relacionada, entre outros fatores, ao compartilhamento de espaço físico, ao respeito às singularidades e diversidades de todas as gerações. A comunicação inadequada entre as gerações facilitava a exclusão mútua. Na convivência intergeracional, quando os idosos vivenciavam a inclusão social nos seus contextos sociais, a qualidade de vida de todos era compartilhada.

Atualmente continuo com a responsabilidade técnica pela Política do Idoso em nível regional. Entre as atividades desenvolvidas, estão sendo realizadas oficinas sobre envelhecimento populacional com escolares do ensino médio, por meio de parceria entre a 4ª CRS e escolas. Também estão sendo promovidas ações de sensibilização dos trabalhadores de saúde das equipes de Unidades de Atenção Básica dos municípios da região.

A partir de 2007 até o presente momento realizo capacitações para implementação da Caderneta do Idoso, pois essa é uma das estratégias do Pacto pela Vida, o qual estabelece a saúde desta parcela da população entre as onze prioridades do referido pacto.

Cabe considerar que o cuidado é uma questão central para a enfermagem, mas não é uma exclusividade dessa área, visto que existem muitas formas tradicionais, alternativas e paralelas de cuidado. Na prática profissional, constatei que para cuidar é preciso, além de conhecimento específico da área, conhecer as particularidades culturais e os contextos de vida.

Certamente, há muitas concepções diferentes sobre o cuidado. Porém essa pesquisa debruçar-se-á sobre o cuidado popular dos idosos e especificamente o cuidado familiar, que implica no cuidado intergeracional. As concepções e estratégias do cuidado, nessas circunstâncias informais, podem contribuir com as reflexões a respeito do cuidado na enfermagem e proporcionar novos diálogos e novas interações entre profissionais da saúde e cuidadores, ou entre cuidadores formais e informais.

Assim, diante da realidade social mundial, brasileira, regional e do cotidiano profissional surgiu a questão norteadora dessa pesquisa: **Que percepções e significados são atribuídos ao cuidado intergeracional com o idoso nas famílias e como ele se constrói e se realiza na prática do cuidado no ambiente familiar?**

Objetiva-se, nesse estudo, interpretar, de acordo com as particularidades culturais, como ocorre o cuidado intergeracional com idosos residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família na Vila Bela União, no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul.

Para tanto esse estudo está organizado em quatro capítulos assim construídos: No capítulo I aborda-se o referencial teórico que dará sustentação para esse estudo. Nele são referenciados autores que estudam sobre o envelhecimento populacional, antropologia, cuidado intergeracional com o idoso, o cuidado na enfermagem e algumas políticas públicas para o idoso. Realiza-se, nesse capítulo, alguns comentários sobre a literatura acerca do tema, a qual foi embasada em pesquisas e reflexões teóricas.

O capítulo II refere-se ao método utilizado, o referencial teórico metodológico empregado, considerando a questão norteadora e o objetivo desse estudo e,

também apresenta como o mesmo foi utilizado, os instrumentos escolhidos para operacionalização do método, como os dados foram analisados e discutidos e os aspectos éticos da pesquisa.

No capítulo III realiza-se a caracterização da comunidade, na qual residem os sujeitos desse estudo, na qual abordam-se informações básicas e de importância sobre a comunidade. Nele também caracterizam-se os participantes da pesquisa separadamente, os idosos e os cuidadores das outras gerações.

O capítulo IV refere-se aos resultados da pesquisa, iniciando com a apresentação das famílias por geração e após os temas desenvolvidos, a discussão dos mesmos e a correlação com a literatura.

2 CAPÍTULO I: REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecimento populacional brasileiro

A longa sobrevivência não é um fato novo, já que há algum tempo existem pessoas vivendo com mais de 100 anos, embora sejam casos isolados. Novidade é o aumento da esperança de vida ao nascer, o que é consequência de mais pessoas atingirem idades avançadas. Nesse sentido a população está envelhecendo cada vez mais e, isso deve ser levado em conta, visto que essa população é heterogênea no envelhecer (CAMARANO, 2006).

De acordo com Camarano (2006), o crescimento do grupo etário composto pelas pessoas com 60 anos e mais deve-se à alta fecundidade prevalente no passado em comparação à baixa taxa de fecundidade atual e à redução da mortalidade. A autora afirma que o envelhecimento populacional traz mudanças na estrutura etária e que a redução da taxa de mortalidade inicia-se no nascimento, trazendo mudanças na vida das pessoas, nas estruturas familiares e na sociedade.

No Brasil, o nível de esperança de vida ao nascer dobrou em poucas décadas, em uma velocidade muito maior do que nos países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. De 1950 a 2025, o crescimento será de 15 vezes, enquanto que o restante das faixas etárias terá crescido cinco vezes (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002). Conforme afirmam esses autores (2002, p. 12), “um país é considerado velho quando a população acima de 60 anos atinge 7% da população total”.

Paschoal (2006) aponta que o envelhecimento populacional é resultado do desenvolvimento das sociedades, que superaram as adversidades e os percalços da natureza, como também da efetivação de algumas políticas públicas. Todavia, para a maioria dos governantes, da sociedade e dos planejadores, esse fenômeno é visto, ao mesmo tempo, como um triunfo e um problema. A longevidade é vivenciada de formas diferenciadas e também a qualidade de vida é influenciada, pois o aumento da expectativa de vida traz consigo, em alguns contextos, a dependência e a perda da autonomia. Nesse sentido cabe avaliar o envelhecimento e a qualidade de vida das pessoas, entendendo que é possível envelhecer com autonomia e independência (PASCHOAL, 2006).

Veras (1995) refere que a velhice deve ser conceituada sob o ponto de vista cultural, em que a mesma deve ser percebida de formas diversas, visto que a expectativa de vida difere entre países. O autor exemplifica país com expectativa de 37 anos e outros com expectativa de 78 anos.

A realidade social ocasionou um desafio para as famílias, para a sociedade e para o Estado. Esse é responsável pela implementação de políticas públicas que oportunizem qualidade de vida para as pessoas, possuidoras de singularidades e especificidades próprias, que devem ser integradas no planejamento e na execução de políticas públicas dirigidas a esse grupo social heterogêneo. As famílias, por sua vez, com transformações na sua constituição e nos papéis sociais, devem também adequar-se a essa demanda familiar. A sociedade, como um todo, não está preparada, pois é formada por várias gerações com histórias de vida diversas, compartilhando espaços familiares e coletivos.

De acordo com Paschoal (2006), no Brasil, os idosos são pessoas com possibilidades menores de vida digna, não só pela imagem social da velhice (percebida como época de perdas, dependência, decrepitude), bem como pela situação da aposentadoria (que não supre sua necessidade econômica), pela exclusão social, pelas oportunidades negadas e pelo analfabetismo. No entanto é preciso enfrentar esse desafio social, em que as pessoas vivam cada vez mais e com qualidade e dignidade. O autor refere que a qualidade de vida tem múltiplas dimensões, entre as quais estão a física, a psicológica e a social. Entre essas, a

saúde percebida e a capacidade funcional⁶ devem ser avaliadas, e ainda o bem-estar subjetivo indicado por satisfação das pessoas (PASCHOAL, 2006).

Camarano (2006) ressalta que são destacadas três dimensões das condições de vida dos idosos: arranjos familiares, saúde e mortalidade e rendimentos. Os arranjos familiares têm sido construídos de formas diversas, as quais vão se constituindo de acordo com o contexto de vida dos diferentes grupos sociais. Sabe-se que atualmente o gênero feminino é predominante nessa faixa etária. Em 2000, segundo Camarano (2006) dos 14 milhões de idosos, 55% eram do sexo feminino. Essas estão mais sujeitas às deficiências físicas e mentais. Portanto necessidades específicas devem ser pensadas no planejamento e na implementação de políticas públicas dirigidas para a população idosa.

Debert aponta a importância de se refletir ações de solidariedade intergeracional:

As hierarquias sociais envolvidas no uso de tecnologias de rejuvenescimento e o modo pela qual o envelhecimento populacional transformou-se num risco para a perpetuação da vida social colocam no centro de debate a questão da solidariedade entre as gerações (DEBERT 2004, p. 22).

Quando este valor humano é incorporado no cuidado, torna-o humanizado e ético. Para que seja pensada a prática da solidariedade entre as gerações cabe destacar que o envelhecimento populacional ocorre coletivamente. Embora seja uma vivência única, ela é compartilhada socialmente. As gerações mais jovens convivem com os idosos cotidianamente. Nesse sentido, o cuidado intergeracional com o idoso pode ser uma experiência prazerosa, dependendo das particularidades culturais, das relações entre as pessoas, nas quais os significados atribuídos ao idoso e ao cuidado influenciam as atitudes de todas as gerações.

Percebe-se que o aumento da expectativa de vida dos brasileiros não garante melhoria da qualidade de vida dos idosos, pois as desigualdades socioeconômicas e culturais continuam fazendo parte da realidade social no Brasil. Ao longo da história os papéis sociais das gerações foram transformando-se. Nesse sentido, ser idoso na sociedade contemporânea constitui diferentes formas de vivenciar esse ciclo vital, o qual é experienciado de acordo com as particularidades culturais.

⁶ Capacidade funcional: capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (PASCHOAL, 2006)..

Segundo Uchoa; Firmo ; Lima-Costa:

Contrariamente aos países desenvolvidos, onde a expectativa de vida resultou na melhoria considerável das condições de vida das populações, no Brasil muitos indivíduos estão vivendo por mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias (UCHÔA; FIMO; LIMA-COSTA, 2002, p. 25).

Ao compreender que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, deve-se atentar para as diferenças de comportamentos entre os gêneros. Socialmente homens e mulheres foram e ainda são educados para cumprirem papéis sociais diferenciados. Percebe-se que idosos em alguns contextos sociais, como grupos de convivência, vivenciam a velhice com atitudes positivas, liberando-se dos papéis sociais próprios de ciclos de vida anteriores. Essa percepção gera conseqüências no cotidiano das famílias brasileiras e da sociedade em geral. Assim, a prática do cuidado intergeracional com o idoso pode estar passando por mudanças nos diferentes contextos sociais.

2.2 O cuidado intergeracional com o idoso

Para conceituar o cuidado intergeracional, utilizou-se o referencial teórico referente à família, pois ela foi encontrada na maioria dos autores que tenham pesquisado sobre essa concepção:

O cuidado familiar se dá inter e intrageracionalmente. A literatura e as observações da realidade demonstram o duplo sentido dos cuidados entre gerações, qual seja, os mais velhos cuidam dos mais jovens em certos momentos e, em outros, serão por eles cuidados. Embora o cuidado familiar mais difundido seja aquele que envolve pais, avós e netos é preciso reconhecer que também ele se dá intrageracionalmente como entre irmãos, esposos, primos (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002, p. 15).

O cuidado intergeracional já ocorre antes do nascimento de um bebê, quando pais, avós, tios, amigos – ou seja, pessoas ligadas por vínculos consangüíneos e também sociais – cuidam da mãe que está gestando e acolhem o recém-nascido. A espera da chegada do bebê é uma atitude de cuidado intergeracional. Forma-se

uma rede de cuidados, de acolhimento, a qual é percebida nas atitudes e gestos das pessoas.

O idoso acolhe o bebê, a criança, o adolescente, o adulto, na figura do bisneto, do neto e do filho. Concebe-se o cuidado intergeracional como aquele em que todos se cuidam conforme suas singularidades e diversidades. Contudo a prática do cuidado realiza-se sob diferentes concepções.

Para Budó (1994), no seu estudo sobre as práticas de cuidado em saúde adotados numa comunidade rural, o cuidado intergeracional se dá a partir de uma mulher adulta, dirigida à geração mais jovem e à mais velha. As mulheres cuidam dos mais velhos e dos filhos, ocorrendo assim um trânsito de cuidado entre as gerações, a prática do cuidado nas famílias está incorporada aos cotidianos, já que várias delas foram cuidadoras desde crianças. A sociedade espera das mulheres que se responsabilizem pelo cuidado, em todas as gerações.

De acordo com Kalache; Veras; Ramos (1987), qualquer projeto de envelhecimento deve envolver diversos setores e sensibilizar toda a população, de jovens a velhos. É preciso sensibilização da sociedade civil, das entidades não-governamentais, da mídia e das pessoas de escolas primárias, pois projetos que envolvem a temática *envelhecimento* não dependem de uma medida isolada. Concebe-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno social que deve ser pensado coletivamente, por intermédio de propostas intersetoriais. Assim, torna-se possível propor a integralidade⁷ no cuidado dos que possuem mais idade.

Para que o cuidado com o idoso seja singular, respeitando suas diversidades, faz-se necessário refletir os aspectos culturais de cada grupo social. Compreende-se, dessa forma, que o envelhecimento e o cuidado intergeracional precisam ser vislumbrados segundo crenças, conhecimentos, valores, ações, atitudes pessoais e sociais, bem como os hábitos herdados e constituídos historicamente de forma individual e coletiva.

Ao pensar acerca do envolvimento e da responsabilização de todas as gerações no cuidado com o idoso, faz-se necessário refletir sobre modelos de família. Para tanto, há que se resgatar a história social da construção dos modelos de família. Veras (2002) ressalta que a sociedade contemporânea tem se constituído

⁷ Integralidade: pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. (PINHEIRO, 2002, p. 15).

por diversos modelos de família. Nas classes populares, em bairros periféricos, já existem famílias com várias gerações, muitas delas desempregadas, em que os mais idosos da família têm sido os sustentáculos por terem conseguido uma aposentadoria e também uma nova reinserção no mercado de trabalho.

Coutrim (2006) lembra que os idosos de baixa renda, já aposentados e que trabalham informalmente, possuem uma maior segurança de renda que os mais jovens. Isso ocorre devido ao alto índice de desemprego, ao nascimento de filhos fora do casamento, às separações e ao fato de muitos permanecerem na casa dos pais ou terem retornado a elas. Assim, muitos idosos mantêm-se como chefes de família e com novos encargos que até pouco tempo não eram realidade. Concebe-se, nesse contexto, uma necessidade econômica de coabitação, na qual os mais velhos muitas vezes ocupam papel de provedores das outras gerações.

Para Fonseca (1999, p. 69), o ideal de família *moderna*, que surgiu na Europa ocidental em torno do século XVIII, é caracterizado por alguns elementos: a livre escolha do cônjuge e a incorporação do amor romântico nessa escolha; o aconchego do lar; e a importância central dos filhos e da mãe como principal socializadora. Essa autora refere que a maioria dos estudiosos da história social relaciona a composição das famílias com o contexto histórico.

De acordo com Aquino; Cabral (2006), a família é o ponto de referência para os idosos em todas as situações e, em diversos estudos sobre envelhecimento é relatada pelos idosos como elemento importante para seu próprio bem-estar. Essas autoras destacam que no Brasil os estudos sobre o envelhecimento, idosos e a família são recentes, mas deverão crescer, porque os idosos estão socialmente mais visíveis. Mesmo com a redução do número de filhos, os idosos esperam ser cuidados pelos mais novos, ressaltando-se que nas famílias se dá a construção da identidade e do senso de pertencimento.

Herédia, em reportagem do jornal Zero Hora, em 29 de setembro de 2007, comenta que o perfil das famílias brasileiras está mudando. Ela afirma:

Pela primeira vez na História, muitas gerações estão juntas. Desafios estão surgindo por conta disso. No caso dos idosos, indispor-se significa pôr em risco a relação com as pessoas de quem eles vão depender no futuro. Eles estão percebendo a importância de manter uma relação harmoniosa com os mais jovens (HERÉDIA, 2007, p. 37).

Essa situação decorre da escolha dos casais de terem famílias com menos filhos e do aumento do grupo social de pessoas com 60 anos ou mais. Dessa forma, são comuns filhos únicos conviverem cotidianamente com avós e bisavós. Esse convívio intergeracional pode ocorrer de maneira prazerosa, interferindo na qualidade de vida de todas as gerações e humanizando as relações.

Ao vivenciar o envelhecimento de algum familiar, o cuidado deve ser compartilhado e compreendido a partir das suas singularidades e diversidades. Cada pessoa envelhece de forma única e singular, de acordo com seu contexto de vida. Portanto é fundamental pensar e compreender a heterogeneidade nas formas de envelhecer e praticar o cuidado intergeracional de acordo com essas singularidades.

Cargnin; Acosta (2007) em um estudo sobre idosos asilados com cegueira adquirida, apontam que, para a compreensão da realidade e do significado de um envelhecer para cada indivíduo, é necessário conhecermos o local onde cada idoso reside e sua representação em diferentes épocas e lugares, além de suas experiências e vivências acumuladas durante toda a sua existência.

Marcon (1999) destaca que os valores, as crenças das famílias e suas concepções sobre cada ciclo de vida e sobre papéis sociais do homem e da mulher estão mantidos em torno de dois núcleos básicos: o comportamento e as atividades. Essa pesquisadora estudou três gerações na década de 1990, quando constatou que na forma de criação dos filhos existem mudanças e permanências. Em seu estudo, a autora observa que as atividades que envolvem o criar são determinadas pelas concepções e valores da família, bem como que os comportamentos diferem nas três gerações.

No cuidado, deve estar implícita a heterogeneidade do ser idoso, as habilidades construídas ao longo de sua história de vida, as quais podem ser usadas para sua participação efetiva na sociedade. Assim, torna-se possível vivenciar um envelhecimento com qualidade, em que a autonomia seja preservada e a relação e o cuidado intergeracional sejam incorporados socialmente.

Ao refletir e conceber a cultura no cuidado com o idoso, cabe referenciar Geertz (1989, p. 4), que defende a conceituação de cultura como “uma teia de significados”. Seu método para desvendar significados é essencialmente interpretativo. Conforme ele, para interpretar o que acontece com o ser cuidado, é preciso “ler” o que está ocorrendo.

Nesse sentido considera-se, que a interpretação da vida social, na prática do cuidado intergeracional com o idoso, deve-se compreender o significado de cuidar a partir das experiências de vida do ser cuidado, de suas particularidades culturais, identificando a influência do contexto social no processo de envelhecimento do ser idoso e de todas as gerações. Assim, interpretam-se e compreendem-se os significados a partir das experiências de vida do ser cuidado. Analisar o cuidado intergeracional com o idoso, no contexto em que ele ocorre, e compreender o significado do processo saúde-doença, respeitando seu contexto de vida, é relevante para quem pensa o cuidado humanizado e integral. Para tanto é importante relacionar o cuidado com a antropologia. Nessa área de conhecimento, “cultura” é a interpretação da vida social, a maneira de viver de uma totalidade de um grupo, sociedade, país ou pessoa (DAMATTA, 1986).

A antropologia social e cultural é conceituada como uma ciência que estuda as diferenças entre os seres humanos e as sociedades sem pensar que a verdade está somente em uma delas. Propõe superar as diferenças, vê-las como possibilidades, mostrando que aceitar, interpretar e conviver com as diferenças humaniza o cuidado (HELMAN, 2003). Cuidado e cultura fazem parte do nascimento, da vida e da morte. Assim, analisar o modo de o idoso organizar-se, relacionar-se consigo, com os outros e com o mundo, seu comportamento diante da vida, torna o cuidado ético e integral.

2.3 O cuidado com o idoso na enfermagem

O cuidado pode ser conceituado de acordo com diferentes percepções, mas tem como objetivo ajudar os indivíduos, as famílias e as coletividades a sentirem-se acolhidos e autônomos, capazes de tomar decisões com relação à sua qualidade de vida. À enfermagem compete construir o conhecimento científico a partir da realidade social. Dessa forma, cabe a ela refletir, pensar, planejar e gerenciar ações referentes ao cuidado e à execução do cuidado, respeitando a visão do contexto social de quem é cuidado, atendendo, dessa forma, suas necessidades.

Na história da enfermagem, a compreensão da diversidade cultural como imprescindível no cuidado iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial, quando os

profissionais de enfermagem norte-americanos voltavam do exterior e trocavam experiências sobre as práticas de cuidados em outras culturas. A partir daí, cresceu a aliança entre a antropologia e a enfermagem por identificarem-se com as pessoas, famílias, comunidades e com os temas estudados, em função de ambas utilizarem a observação como forma de produzir conhecimento, respeitando a visão integral do ser humano (GREGIS; MARTINI, 2006).

Madeleine Leininger foi quem primeiro atribuiu importância ao significado da cultura na prática do cuidado na enfermagem. Ela considerou as diversidades e singularidades do ser cuidado, percebendo que os comportamentos dos indivíduos têm base cultural e que essa interfere na prática do enfermeiro. A pesquisadora desenvolveu seus estudos em 1960, quando começou a utilizar a expressão *enfermagem transcultural*, definindo-a como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidado de enfermagem como percebidos, interpretados e compreendidos pela cultura, por meio da experiência dos seres cuidados. Leininger notou que esses profissionais utilizaram o cuidado como modalidade de pensamento, de ação e de linguagem por quase meio século. Entretanto esse conceito está em processo de construção, a ser descoberto por intermédio de investigações científicas, numa perspectiva humanística, a qual reconhece a força da sociedade e da cultura sobre ele (LEININGER, 1991). Além do subcampo da enfermagem transcultural, a autora criou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Para ela, a teoria tem origem na investigação de significados, padrões e práticas originadas em uma abordagem indutiva, em que, ao pensar o cuidado, deve-se partir das particularidades culturais. Somente após as pesquisas de Leininger, que houve a incorporação das dimensões filosóficas e dos componentes culturais como imprescindíveis ao cuidado.

Acredita-se que, ao levar em conta os aspectos culturais do idoso, estará sendo proposta uma nova forma de cuidar, que oportunizará assim um cuidado humanizado e integral. Ao relacionar o cuidado com as culturas dos grupos sociais, concebem-se condições de melhorar ou manter a qualidade de vida do sujeito que recebe o cuidado. Essa concepção rompe com o modelo biomédico que, como se sabe, não propicia o cuidado humanizado e integral, pois ele tem como foco a doença, não considera o contexto social das pessoas e, fragmenta o cuidado.

Para cuidar, é necessário conhecer a objetividade e a subjetividade do que foi dito e do que não foi dito pelo ser cuidado, percebendo a representação e os

significados em sua forma singular de expressar-se. Além disso, deve-se estabelecer uma relação de proximidade, de encontro. Essa proximidade possibilita a construção de uma relação de confiança entre cuidador e ser cuidado e ainda relativiza as atitudes humanas, pois permite valorizar a verdade do outro, percebendo que não existe uma verdade única. Dessa forma, ao propor pensar o cuidado intergeracional com o ser idoso, deve-se entender que tanto o cuidador quanto o ser cuidado carregam suas particularidades culturais, a do seu grupo social e, possivelmente, algumas vulnerabilidades próprias, caracterizadas pelas histórias de vida e por sua faixa etária.

Discorrer sobre vulnerabilidade é referir-se à fragilidade dos seres humanos, compreendendo que o cuidado é circunstancial. Entretanto, também é perceber que uma mesma população ou grupo social tem graus variados de vulnerabilidade; em um mesmo espaço geográfico e até nas mesmas condições socioeconômicas pode-se encontrar uma ampla variedade de situações, desde a extrema vulnerabilidade até a sua ausência. Quando estão vulneráveis, os idosos vivenciam, não raras vezes, uma exclusão social; em função do processo de envelhecimento, de suas histórias de vida e de seu contexto social, apresentam limitações naturais desse processo, as quais requerem compreensão e adaptação social.

Cuidar de idosos, muitas vezes, faz surgir, nas pessoas que os cuidam, conflitos, negação e ansiedade. Tudo isso interfere na qualidade do cuidado. Porém as necessidades dos idosos precisam ser identificadas por aqueles que os cuidam. Vivenciar o envelhecimento de algum familiar, suas limitações, a necessidade de adequação à realidade, dar-se-á de forma natural quando houver a compreensão do que é cuidar e do que é envelhecer. Quando se cuida, é imprescindível pensar e propor a formação de redes de suporte de cuidado, em que haja efetiva participação da família, da comunidade, das organizações de idosos, de outras gerações e do Estado.

Gonçalves et al (2006, p. 576) apontam que “a decisão de cuidar de um familiar idoso exprime o que há de mais essencial no humano que é aquilo que ele diz dele, o Ser, e, em tal sentido, o cuidado é ontológico, ele é o próprio ser”. Para eles, cuidar é uma das mais antigas e tradicionais ocupações do ser humano. Entretanto o cuidador executa essa atitude de forma diferenciada de acordo com os valores e crenças das diferentes culturas.

De acordo com Trentini et al (2005), no cuidado é fundamental a escuta e a compreensão dos idosos. Suas falas devem ser valorizadas de modo que as necessidades ocultas sejam percebidas pelo cuidador. É importante ressaltar que o cuidado informal pode ser ou não constituído por vínculos consangüíneos e/ou sociais. Caldas (2003) observa que o cuidado informal, na maioria das vezes, caracteriza-se por ser executado por familiares que não dispõem de orientações básicas sobre o processo de envelhecimento, sobre a velhice e sobre ser idoso. A família cumpre o papel de tecer a rede de cuidados, muitas vezes, assumindo a função do cuidador formal.

Percebe-se que o cuidado com o idoso sofre uma série de influências, entre as quais a construção das relações intergeracionais. Ele é exercido, freqüentemente, por mulheres de outras gerações, as filhas e as netas. Esse fato pode ser explicado pela tradição cultural, em que as mulheres foram concebidas para serem cuidadoras (GONÇALVES et al, 2006). A inserção social da mulher no mercado de trabalho tem oportunizado, porém, uma mudança nesse quadro, o que nos revela que o cuidado com os idosos deve ser repensado.

Ainda conforme Gonçalves et al (2006, p. 574), “a convivência intergeracional tem-se mostrado positiva à medida que membros da família assumem o papel de cuidadores secundários”. Pode-se afirmar que o envolvimento de todas as gerações, com relação ao envelhecimento populacional e ao cuidado é uma estratégia social para que a vivência da velhice seja compartilhada.

O cuidado intergeracional com o idoso leva a enfermagem a pensar a respeito da necessidade do conhecimento das particularidades culturais do ser cuidado, do grupo, da sociedade em que os indivíduos estão inseridos. Isso pressupõe que cada ser humano, cada grupo social, tem uma percepção própria sobre conceitos e concepções de valores e hábitos de vida.

Para Collière (1989, p. 47), “os cuidados exprimem uma forma de relação com o mundo”. Sua concepção indica que, para conhecer o ser cuidado, é necessário considerar suas particularidades, a diversidade, o contexto, a pluralidade de possíveis caminhos, a interdisciplinaridade e a prática da problematização para o saber fazer, o saber cuidar. A autora observa que “cuidar é, pois, manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (COLLIÈRE, 1989, p. 28). Ela leva em

conta as diversidades no conjunto das necessidades quando diz que os hábitos de vida são próprios de cada grupo, relacionando as diferentes culturas ao cuidado.

Ao olhar para o idoso, identificando seus valores e crenças, pressupõe-se um olhar diferente, com possibilidades diversas de vivenciar o envelhecimento, as quais oportunizam a todas as gerações o convívio com novos idosos, com olhares diferentes. Nesse sentido, é necessário um novo olhar social com relação ao envelhecimento populacional.

Acredita-se que é possível pensar em estratégias para que o cuidado com o idoso possibilite o vínculo por meio da responsabilização, já que não é somente ele que envelhece, mas a sociedade em geral, pois esse processo faz parte de todas as gerações. Dessa forma, ao compartilhar vivências, é possível unir passado e presente, colaborando na projeção do futuro. Quando os idosos se sentem responsáveis pela construção dos valores sociais, sua qualidade de vida melhora, há possibilidade de construção de relações solidárias. É relevante perceber que eles se sentem mais autônomos e são os transmissores intergeracionais de valores e comportamentos. Nesse sentido faz-se necessário o reconhecimento social dessa realidade.

2.4 As políticas públicas para o idoso

O Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento, aprovado na I Assembléia Mundial Sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, orientou o pensamento e a ação sobre o envelhecimento, durante duas décadas, formulando iniciativas e políticas importantes (ASSEMBLÉIA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 1982). A partir da II Assembléia Mundial Sobre o Envelhecimento, foi construído o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento, que exigiu mudanças em atitudes, políticas e práticas em todos os níveis e em todos os setores. O objetivo principal era concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI (ONU, 2003). Muitas pessoas envelhecem com segurança e dignidade, e também elevam sua própria capacidade de participar no âmbito de suas famílias e comunidades. O objetivo do Plano de Ação consiste em garantir que, em todo o mundo, a população envelheça com segurança e

dignidade e que os idosos continuem participando, em suas respectivas sociedades, como cidadãos com plenos direitos. Tal plano igualmente reconhece que as bases de uma velhice sadia e enriquecedora são lançadas em uma etapa inicial da vida.

O Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento é um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a estabelecer as prioridades básicas associadas ao envelhecimento dos indivíduos e das populações. Nele reconhecem-se as singularidades e diversidades desse período da vida, levando em conta as diversas etapas do desenvolvimento e as transições que estão tendo lugar em diferentes regiões, assim como a interdependência globalizada de todos os países. Nesse plano, foram estabelecidos princípios referentes à independência, ao cuidado, à participação e à dignidade (ONU, 2003). Ele refere que as políticas concretas variam de acordo com países e regiões, que o envelhecimento da população é uma força universal e tem tanto poder para modelar o futuro quanto a globalização. É indispensável reconhecer a capacidade dos idosos para fazer frente à sociedade, não só tomando a iniciativa para sua própria melhoria como também para o aperfeiçoamento da sociedade em seu conjunto. Um pensamento progressista recomenda que seja aproveitado o potencial da população que envelhece como base do desenvolvimento futuro (ONU, 2003).

Do Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento, faz parte a Declaração Política, que, em seu art. 1º, menciona: “Nós, representantes dos Governos, reunidos na II Assembléia Mundial Sobre o Envelhecimento, celebrada em Madri, decidimos adotar um Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento para responder às oportunidades que oferece e aos desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades” (ONU, 2003). No art. 5º, reafirma o compromisso de “não limitar esforços para promover a democracia, comprometendo-se a eliminar todas as formas de discriminação por motivos de idade” (ONU, 2003). Igualmente, esse documento evidencia a construção de ações acordadas para a construção de uma sociedade para todas as idades. Ainda, no art. 16º é citado: “Reconhecemos a necessidade de fortalecer a solidariedade entre as gerações e as associações intergeracionais, tendo presentes as necessidades particulares dos mais velhos e dos mais jovens e de incentivar as relações solidárias entre as gerações” (ONU, 2003).

O art. 17º aponta as responsabilidades dos governos: “Os governos são os principais responsáveis pela iniciativa das questões ligadas ao envelhecimento e à aplicação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002; mas é essencial a existência de colaboração eficaz entre os governos nacionais e locais, organismos internacionais, os próprios idosos e suas organizações, outros setores da sociedade civil, incluídas as organizações não-governamentais e o setor privado” (ONU, 2003). Ou seja, a aplicação do Plano de Ação exige a colaboração e a participação das várias partes interessadas: organizações profissionais, empresas e trabalhadores, sindicatos, cooperativas, instituições de pesquisas, universidades e outras instituições educativas e religiosas, além dos meios de comunicação (ONU, 2003). Percebe-se, neste art. 17º, a relevância social em pensar, pesquisar e propor ações relacionadas ao idoso. A seguir, o art. 19º expressa: “Convidamos todas as pessoas, de todos os países e de todos os setores sociais para que, a título individual e coletivo, juntem-se a nosso compromisso, com uma visão compartilhada da igualdade para as pessoas de todas as idades”.

Tem-se assegurado mundialmente a garantia do idoso viver com dignidade, compartilhando experiências, participando ativamente dos espaços de convívio social e político. Ao relacionar o que refere o Plano Internacional Sobre o Envelhecimento com as concepções de cuidado em enfermagem aborda-se a importância da preservação da autonomia e do autocuidado, para que seja garantida a qualidade de vida. A capacidade tecnológica, na sociedade atual, oportunizou, além do aumento da expectativa de vida, a possibilidade de se chegar à velhice com mais saúde. O cuidado com esta parcela da população, quando assegura o acesso às tecnologias leves, leve-duras e duras⁸, de que ela necessita, possibilita o cuidado integral e humanizado. É preciso entender sempre que as tecnologias leves, cuidadosas, devem estar incorporadas ao cuidado em enfermagem, pois se acredita que elas tornem possível o cuidado humanizado.

⁸ Para compreensão das tecnologias leves, leve-duras e duras, Merry (2000) relaciona com a imagem de valises, que são três e representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais. O trabalhador de saúde é portador de caixas de ferramentas tecnológicas, que são denominadas valises da mão, da cabeça e das relações. Na composição dessas valises são encontrados equipamentos, saberes tecnológicos e modos de se comunicar com o outro, respectivamente. As três valises são as tecnologias, sendo as *leves* aquelas que estão na valise da cabeça e das relações, as *leve-duras* estão na valise da mão e as *duras* na valise dos equipamentos.

Ao destacar as políticas públicas referentes ao idoso no Brasil, cabe resgatar a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção e a recuperação da saúde, sobre a organização dos serviços correspondentes e normatiza outras providências. O capítulo II (Dos princípios e diretrizes), no art. 7º, § II, refere, entre seus princípios, o da integralidade (BRASIL, 1990). Para garantir a integralidade no cuidado, deve-se perceber que os indivíduos têm necessidades próprias e que trazem consigo histórias, contextos e culturas, porque isso interfere no cuidado e determina a forma de cuidar. No mesmo artigo, § III, a lei cita o princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral, e – ainda relacionado à saúde do idoso – a universalidade no acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Isso representa a garantia, na lei, do cuidado humanizado e integral às pessoas com 60 anos e mais (BRASIL, 1990).

No ano de 2006, construiu-se o Pacto pela Vida em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da gestão. Com a finalidade de consolidação do SUS, sendo coerente com as diversidades operativas, em uma de suas três dimensões, a do Pacto pela Vida, coloca a saúde do idoso entre as seis prioridades. Ele refere, entre suas diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implementação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; o fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS nas áreas da Geriatria e da Gerontologia; a divulgação e a informação sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006). Conforme as proposições do Pacto pela Vida é possível relacionar o tema de reflexão desta pesquisa com a proposta de efetivação do pacto, no que se refere à saúde do idoso, visto que seu cuidado de forma integral e humanizada tem garantias legais.

O Estatuto do Idoso, título I, em seu art. 2º, afirma: “O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção de que trata esta lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu

aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”. No título II (Dos direitos fundamentais), capítulo II (Do direito à vida), em seu art. 8º, menciona: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da legislação vigente” (BRASIL, 2003).

O art. 3º, título I, aponta: “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”. No capítulo II (Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade), em seu art. 10º, § 2, é afirmado que: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, de idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais” (BRASIL, 2003). Novamente, a legislação garante o respeito às particularidades e às diversidades dos idosos. É a perspectiva cultural sendo considerada imprescindível para quem propõe o cuidado humanizado e integral.

A Política Nacional do Idoso, capítulo II (Dos princípios e diretrizes), seção I (Dos princípios), art. 3º, pontua que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida”. Esse artigo é claro quando define as responsabilidades sociais com os idosos (BRASIL, 1998).

Como política de saúde referente ao idoso, cabe destacar a proposta do envelhecimento ativo, elaborada como projeto de Política de Saúde, buscando obter informações para discussão e formulação de planos de ação (BRASIL, 2005). Tal proposta foi desenvolvida pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), como contribuição para a II Assembléia Mundial das Nações Unidas Sobre o Envelhecimento. Esse documento observa que há evidências de que o estímulo e as relações afetivas na infância influenciam a capacidade individual de aprendizagem e de convívio em sociedade durante os estágios posteriores da vida. Destaca, igualmente, que as culturas são fatores determinantes, transversais dentro da estrutura para compreender o envelhecimento ativo, pois ela caracteriza as pessoas e modela a forma de envelhecer. Os valores culturais determinam como uma sociedade percebe e concebe o envelhecimento,

bem como o modo como acolhe o idoso. Esse é um fator-chave para que a convivência com as gerações mais novas, na mesma residência, seja ou não o estilo de vida preferido (BRASIL, 2005).

Acredita-se que as políticas públicas relacionadas à velhice devam levar em conta as culturas e as tradições dos indivíduos, garantindo o cuidado humanizado e integral, e atendendo, assim, às necessidades individuais e coletivas desse grupo social. Considera-se de extrema relevância a criação de um novo paradigma de cuidado. Deve-se perceber e compreender os idosos como participantes de uma sociedade que precisa integrar todas as gerações. Assim, faz-se necessária a articulação da sociedade em geral, para que a legislação seja vivenciada e o envelhecimento seja ativo, humanizado e solidário, com a participação de todas as faixas etárias.

3 CAPÍTULO II: CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 A escolha do método

Foi escolhido o método etnográfico, em função da questão norteadora e do objetivo dessa pesquisa. Para interpretar comportamentos, atitudes, valores, crenças e compreender as percepções e significados que se atribui ao cuidado, é imprescindível conviver com os contextos dos sujeitos pesquisados. De acordo com Fonseca (1999, p. 58), a etnografia “procura uma nova solução para o dilema profissional – um tipo de elo perdido que ajudaria a fechar a lacuna entre a teoria e a realidade”.

O ponto de partida desse método é a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, em que se dá ênfase ao cotidiano e ao subjetivo. Esse procedimento permite a compreensão intelectual do mundo. Fonseca (1999) defende que esse método oportuniza a intervenção educativa na enfermagem e, para tanto, deve-se estabelecer o diálogo entre pesquisador e sujeitos da pesquisa; é nessa área que o método etnográfico age. Para a autora, a abordagem etnográfica é construída a partir da idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se for tomado como referência o contexto social onde os sujeitos pesquisados atuam, exigindo uma atenção especial aos discursos e aos atos do cotidiano, que as entrevistas por si só não contemplam. Trabalha-se com a compreensão e com o aprendizado de desconfiar de fórmulas pré-fabricadas. Fonseca destaca que, na pesquisa de campo de cunho etnográfico, deseja-se entender o que “está sendo dito” pelos sujeitos de pesquisa. Ela ainda

afirma que o pesquisador que se propõe a trabalhar com esse método deve ter a compreensão de que o processo de comunicação não é simples, já que, em muitas situações, existem diferenças significativas entre os universos simbólicos do pesquisador e dos sujeitos de pesquisa. A partir dos dados empíricos, parte-se do particular para o geral.

De acordo com Víctora; Knauth; Hassen (2000), o método etnográfico oportuniza ao pesquisador a compreensão das práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo. Essas práticas podem ser evidentes aos olhos, mas os valores que as motivam e as regras que as orientam podem não ser evidentes. As autoras destacam que o mesmo é utilizado na área da saúde com resultados significativos, considerando sua interação e colaboração para quem realiza pesquisa social.

Fonseca (1999) defende que na pesquisa etnográfica o pesquisador necessita ser treinado cientificamente para garantir a fidedignidade dos dados coletados, pois na antropologia levantam-se hipóteses acerca das assimetrias relacionadas às diferentes maneiras de ver o mundo. O objeto de estudo, nessa abordagem de pesquisa, são os modos de pensar e agir dos sujeitos pesquisados. Em tal método, o pesquisador formula sua análise a partir das diferenças, e são as particularidades dos dados diferentes que permitem aprofundar a análise.

A etnografia propõe:

passar da experiência de campo para as interpretações analíticas e, para tanto, pressupõe cinco etapas: estranhamento de algum acontecimento no campo, esquematização de dados empíricos, desconstrução dos estereótipos pré-concebidos, comparação entre esses com exemplos da literatura e sistematização dos dados em modelos alternativos (FONSECA, 1999, p. 66).

Os dados da observação, os depoimentos e os documentos escritos, as três áreas da realidade, de acordo com Víctora; Knauth; Hassen (2000), são complementares na abordagem etnográfica, visto que possibilitam uma apreensão mais ampla da realidade, sendo identificada a triangulação.

Na pesquisa de campo de cunho etnográfico, é bastante importante coletar dados concretos sobre todos os fatos observados e, com base nisso, formular as inferências gerais. O tratamento científico caracteriza-se, nessa abordagem, pelo fato de o pesquisador conduzir a pesquisa utilizando a triangulação de dados e,

portanto, contrapondo o que é dito pelos entrevistados, o que é observado por ele mesmo e o que já foi escrito sobre o objeto da pesquisa. Uma boa etnografia deve conter o maior número possível de detalhes e chegar à exaustão na coleta de dados, por intermédio das manifestações concretas (MALINOWSKI, 1984). Tal autor explica que a análise científica da cultura pode ser um guia do trabalho de campo e que ela permite definir o elo entre um ato cultural e uma necessidade humana.

3.2 A experiência de utilizar esse método

A construção do caminho metodológico, por meio da abordagem etnográfica, desencadeou algumas dúvidas, incertezas, as quais me acompanharam desde a construção do projeto de pesquisa até a entrada no campo. Esses sentimentos foram distanciando-se do meu cotidiano como pesquisadora. Surgiram inquietações acerca do olhar e da escrita baseada no meu olhar, já que o desenvolvimento do texto ocorreu longe do que foi observado e compartilhado. Percebi que era imprescindível estar na comunidade, com os sujeitos da pesquisa, onde somente minha presença não oportunizaria participar e compartilhar o cotidiano das pessoas. Para isso construímos vínculos, compartilhamos rotinas e também situações não-rotineiras de suas vidas. Os encontros oportunizaram a compreensão dos hábitos, comportamentos e atitudes dos sujeitos de pesquisa, fatores fundamentais para que ocorra profundidade na coleta de dados, a qual permite a descrição densa dos mesmos.

Acredito que essa experiência foi me tornando familiarizada com o estudo etnográfico, em função da oportunidade que tive de receber um referencial teórico orientado pela antropologia. Esse fato é imprescindível para utilizar as técnicas que caracterizam a pesquisa qualitativa de cunho etnográfico na enfermagem.

Iniciei a experiência de pesquisadora com olhar e sentimento inquietos, pensando que na saúde é preciso articular com outras ciências, que sejam complementares das suas competências. Tomei como referência o contexto social onde os sujeitos pesquisados atuam.

O caminho proposto colocou-me como enfermeira e pesquisadora, uma pessoa fazendo parte de um contexto social que não era meu até então. Tal

experiência, em um primeiro momento, causou-me surpresa em função do acolhimento instantâneo que os idosos demonstraram. Entendi rapidamente que não era possível uma postura neutra nesta pesquisa.

Conviver com os sujeitos estudados permitiu-me estar na comunidade, escutando, observando e relacionando o cuidado formal com a realidade de cada pessoa, a qual interfere na forma de planejar, negociar e realizar o mesmo. Ficou evidente que para cuidar é necessário construir uma rede de cuidado formada por cuidadores informais e formais.

Na construção do caminho proposto, percebi a importância de ter disponibilidade para estar com a comunidade. Para isso, precisei organizar minha rotina para essa nova experiência, com novos sujeitos entrando na minha história de vida e eu na deles. Estar com a comunidade, nas casas, convivendo com os idosos e com pessoas de outras gerações, conciliando o trabalho e a vida familiar, não foi tarefa fácil. Contudo, com o tempo e com as negociações, acostumei-me a essas atividades.

Guiiei-me pela hermenêutica, a qual trabalha com a interpretação da vida social. De acordo com Fonseca (1999), quando se interpreta a vida social, devem-se examinar minuciosamente os diferentes aspectos da vida dos grupos sociais que serão pesquisados. Ela oportuniza que o dado particular abra caminho para interpretações abrangentes.

Foram asseguradas boas condições de trabalho, nas quais houve o convívio com os sujeitos pesquisados, por meio de contato direto, em ambientes diversos. Apliquei métodos de coleta de dados que oportunizaram a manipulação e o registro das evidências. O convívio foi contínuo por um período de três meses (de fevereiro a maio de 2008), durante os quais os encontros ocorreram de acordo com os convites realizados pelos idosos e cuidadores de outras gerações.

3.3 A inserção no campo

Essa fase foi determinante para aceitação da minha presença na comunidade, considerando que eu era alguém que não fazia parte do contexto dos moradores e da equipe de saúde. Tal aceitação ocorreu quando apresentei o projeto

de pesquisa para a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desde o primeiro momento, senti-me acolhida pelos integrantes da equipe, os quais relataram à rotina de funcionamento da unidade e caracterizaram os idosos de acordo com os motivos de procura da unidade: possuir doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial e diabetes) e ou acompanhar familiares. Nessa ocasião os agentes comunitários de saúde (ACS) identificaram idosos que poderiam participar. No entanto essa estratégia funcionou somente em parte, pois alguns indicados não se enquadravam no critério de inclusão referente à capacidade de comunicação. Outros – segundo os ACS que se propuseram a conversar com os idosos nas visitas domiciliares –, após o encontro e a explicação sobre a pesquisa, não aceitaram participar porque não teriam ganho algum com a pesquisa. . O ganho para eles era a realização de procedimentos de enfermagem.

Parti para outra estratégia. Seguindo sugestão da minha orientadora, passei a frequentar a unidade de saúde em dias que os idosos fossem atendidos. Busquei essa informação com a equipe da unidade, e comecei a ficar alguns dias circulando por lá. Essa estratégia colaborou para a inclusão de sujeitos na pesquisa, visto que, já na primeira semana, após conversa informal entre os idosos e eu, cinco convidadas aceitaram fazer parte. Destes, quatro foram identificados na sala de espera e um na fila para coleta de sangue. No início permaneci na sala de espera, conversando com as pessoas; depois, estive em todos os ambientes. Passei a ser conhecida e identificada como “alguém da unidade” e, após algum tempo, como “alguém da comunidade”. Isso oportunizou minha inserção.

Por meio da aproximação e de minha aceitação no contexto dos sujeitos da pesquisa, tive a oportunidade de estabelecer uma relação de confiança que desencadeou a troca de informações significativas, o relato das vivências dos idosos e dos outros de uma forma natural e contínua. Cabe destacar a importância da minha aproximação com a comunidade a ser pesquisada desde a construção do projeto. Ela aconteceu porque fui algumas vezes na unidade de saúde conversar com a equipe, encontrando as idosas que aguardavam atendimento. Nesses momentos ocorriam conversas entre nós.

Acredito que essa estratégia permitiu trabalhar concomitantemente com o referencial teórico e a realidade social, e também possibilitou a construção de vínculos importantes e de interação entre as pessoas. Aqui resgato Santos (2006), quando refere que trabalhar com modelos hermenêuticos, propondo a construção e

a desconstrução, é incorporar o paradigma que entende a necessidade de compreender a realidade social. Observei que algumas expressões de linguagem próprias dos idosos e das pessoas de outras gerações eram diferentes da minha, o que me levou ao aprendizado e à certeza sobre a importância de considerar as particularidades culturais no processo de comunicação.

3.4 Técnicas de coleta e registro de dados

Utilizei como técnicas de coleta de dados a observação participante e a entrevista semi-estruturada (Apêndice A e B). Para registro, utilizei o gravador e o diário de campo.

Víctora; Knauth; Hassen (2000, p. 64) citam que a observação participante “tem como objetivo conhecer e compreender a realidade e pressupõe que a definição do objeto, técnicas e análise dos dados está centrada no pesquisador”. Essas autoras referem que a observação participante possibilita examinar, com todos os sentidos, um evento, um indivíduo dentro de um contexto ou grupo social, com o objetivo de descrevê-lo.

Essa técnica pressupõe três fases: a primeira é a observação descritiva, que ocorre no início e tem como função fornecer uma orientação para o campo que será estudado. Ela serve para compreender a complexidade do campo, desenvolvendo questões da pesquisa e linhas de visão concretas. A segunda fase, chamada de observação focal, é a perspectiva que revela processos e problemas essenciais para a questão da pesquisa. Já a terceira fase é a que ocorre próximo ao final da coleta de dados e concentra-se em encontrar mais evidências e exemplos para o que foi descoberto na segunda fase (FLICK, 2004). Essa técnica é praticada nos ambientes privados e coletivos dos sujeitos da pesquisa, de acordo com a concordância dos mesmos. Ela traduz a necessidade de um pesquisador estar ao mesmo tempo distante e próximo do objeto de observação. Nessa técnica deve-se saber medir os efeitos da presença do pesquisador (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Para Spradley (1980) existem situações sociais que podem ser descritas para fins de observação: locais; pessoas envolvidas; atividades; objetos; atos, ou seja,

ações individuais realizadas pelas pessoas, o evento conjunto de atividades realizadas pelos indivíduos; tempo e sua seqüência; metas; e sentimentos.

A observação participante ocorreu nas casas dos idosos e das pessoas das outras gerações, no grupo de portadores de hipertensão arterial de uma micro-área incluída na pesquisa, nas ruas, em um mercado da comunidade, em velório e em culto religioso. Foram surgindo convites a partir do primeiro encontro nas suas casas, para que eu estivesse com eles, participando assim das suas vidas, as quais mostraram o significado dos fatos sociais que acontecem nos ambientes do cotidiano dessas pessoas. Acredito que foi possível participar e ter acesso a situações programadas e não-programadas, que enriqueceram essa fase da pesquisa.

Durante um velório, ocorreu uma situação que para mim foi surpreendente. Minha intenção foi de acompanhar uma idosa participante da pesquisa que tinha perdido um parente, pois considerei que estar ao seu lado era meu papel enquanto ser social. Ao chegar, fui identificada por uma pessoa que já estava incluída na pesquisa e essa me apresentou à viúva, para outras pessoas da comunidade e aos familiares do falecido. Apresentaram-me como se eu fosse uma autoridade, pois eu era referenciada como a enfermeira do posto, aquela que estava lá para cuidar das pessoas. Fiquei surpresa com a reação geral. Os que se fizeram presentes no local foram aproximando-se de mim como se eu tivesse o poder de resolver seus problemas. Isso me causou angústia, no sentido de que imagem passamos para os usuários dos serviços de saúde. Que poder é esse que eles pensam que temos, diante da impotência que vivenciamos no cotidiano das nossas ações? Percebi a diferença de como as pessoas lidam com a morte. As crianças circulavam e brincavam, os da geração do meio estavam contidos no seu sofrimento, e os idosos demonstravam seus sentimentos com muita naturalidade.

É importante considerar o que Víctora; Knauth; Hassen (2000) falam sobre o método etnográfico, o qual oportuniza ao pesquisador a compreensão das práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo. Tais práticas podem ser evidentes aos olhos, mas os valores que as motivam e as regras que as orientam podem não ser tão claros. A observação participante possibilitou conhecer e compreender hábitos, crenças e comportamentos de idosos e cuidadores das outras gerações. Pude perceber também como as relações familiares se construíram como

ocorre o cuidado intergeracional com o idoso na prática e como é o relacionamento entre estes e os cuidadores, e vice-versa.

Ainda de acordo com Víctora; Knauth; Hassen (2000), são os objetivos da pesquisa que definem os sujeitos a serem entrevistados, o número de pessoas entrevistadas, o número de entrevistas para cada participante e o tipo de entrevista a ser utilizada. Assim, escolheu-se a entrevista semi-estruturada, caracterizada por validar desde uma conversa informal até um questionário padronizado. Foi construído um roteiro que constou de algumas questões comuns tanto para os idosos quanto para outras gerações. Havia perguntas diferentes de acordo com os objetivos da pesquisa. Este artifício serviu primeiramente para traçar o perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa, compreender e, posteriormente, interpretar os significados de cuidado: como ele ocorre na prática, o significado de ser idoso, do cuidado intergeracional, como as outras gerações imaginam-se velhas, o que significa cuidar de idosos e o que significa o convívio intergeracional para os idosos e para as outras gerações.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada em momentos diferenciados, de acordo com cada encontro. Essa técnica possibilitou, em alguns contextos, dar início à observação participante. Em outros momentos, serviu para dar continuidade à mesma, pois a coleta de dados ocorreu de forma diversificada, de acordo com o ritmo de vida dos indivíduos pesquisados. Com alguns idosos, ela foi aplicada já na primeira visita nas casas; com outros, ocorreu no segundo ou no terceiro encontros. Todas as entrevistas foram respondidas nas casas dos participantes.

Os relatos que foram surgindo durante as entrevistas, nos quais me contaram histórias de vida, proporcionaram-me reflexão e ação. Não raras vezes os sujeitos da pesquisa encontravam-se em situação de fragilidade e com urgência de minimizar seus sofrimentos. Esperavam algumas vezes a resposta que não estava pronta, pois não havia receita. Percebi a importância em colocar-se no lugar do outro, refletir e agir de forma que as pessoas se sentissem valorizadas e autônomas para a tomada de decisões. Nesse sentido, foi possível vivenciar a co-responsabilidade no cuidado, o que a observação participante permitiu.

Das 20 entrevistas realizadas, dez foram com idosos e dez com cuidadores de outras gerações. Houve singularidades e diversidades durante sua realização, nas quais observei que quando foram realizadas com os idosos, os cuidadores estavam presentes. Ao contrário, nem sempre os idosos estavam junto com os

cuidadores. A média de duração foi de uma hora, sendo que com os idosos as mesmas duravam até uma hora e meia. Houve uma entrevista com uma idosa que durou duas horas.

Foi utilizado o gravador para 19 sujeitos de pesquisa. Naquela que não foi gravada, houve solicitação da idosa que não fossem registradas suas respostas, porque acreditava que responderia errado. Expliquei que não havia respostas erradas, mas respostas diferentes, conforme o olhar e a compreensão. Contudo, eticamente, atendi sua solicitação. Para não perder dados nessa situação, anotei tudo que foi falado por ela e pelas pessoas que estavam presentes (o marido, também idoso e participante da pesquisa, e a filha, identificada pela idosa como sua cuidadora). Observei nesse contexto o conflito familiar, quanto ao cuidado intergeracional, pois a idosa demonstrou o desejo de não se envolver com os problemas das outras gerações. Destacou que os idosos não são escutados pelas outras gerações, e a filha acredita que todos devem se envolver com todos os problemas para que haja solução dos mesmos.

As transcrições iniciaram no final da coleta de dados. Junto com as entrevistas, utilizei um caderno de notas, no qual escrevia palavras e frases que consideraram relevantes e significativas. Percebi que as entrevistas oportunizaram o vínculo e a continuidade da observação participante, visto que depois do término desta fase as pessoas perguntavam quando eu retornaria. Acredito ser importante destacar que, em cada ida na comunidade, durante a realização das entrevistas, consegui aplicar uma entrevista por turno; o tempo que eu permanecia nas casas durava em média três horas. Nesse tempo, havia chimarrão e doce de abóbora. Enquanto conversávamos, chegavam visitas e assim ocorria a observação participante. A utilização das entrevistas semi-estruturadas e da observação participante permitiu definir o término da coleta de dados, que ocorreu quando os dados coletados tornaram-se repetitivos, havendo a saturação dos dados.

Para registro detalhado dos dados utilizei o diário de campo, apontado por Víctora; Knauth; Hassen (2000) como um instrumento essencial ao pesquisador, pois nele são registrados sentimentos, experiências, observações, para posteriormente selecionar os dados mais importantes para a etnografia. Essas autoras defendem a idéia de que deve ser mantido o diário de campo detalhado e acurado, como se apregoava nos primeiros tempos da antropologia. Em meu diário de campo, foram descritos todos os dados observados durante os encontros com os

sujeitos pesquisados, com a equipe de saúde e com a comunidade. Segui uma ordem cronológica, de acordo com cada ida ao campo de pesquisa. O diário serviu de suporte para fazer a relação entre estar na comunidade, coletando dados, e estar elaborando a dissertação, visto que utilizei o mesmo em todas as fases de construção desse estudo. Já no primeiro dia, ao chegar em casa, registrei detalhadamente tudo o que observei e isso se tornou rotina durante toda a fase de coleta de dados.

3.5 A inclusão dos sujeitos na pesquisa e a coleta de dados

Essa fase ocorreu concomitantemente com a inserção no campo. Seguiram-se os critérios propostos no projeto: ter 60 anos ou mais, dispor-se a participar da pesquisa, conviver com outras gerações e ter capacidade de comunicação. A amostra foi, portanto, intencional. Os dez idosos e os dez cuidadores de outras gerações foram incluídos no estudo após o conhecimento do território e da realidade local da realização da pesquisa. Considerei importante situar os sujeitos da pesquisa em seu contexto histórico e social. As pessoas de outras gerações incluídas foram aquelas que cuidam dos idosos, indicadas pelos mesmos.

A inclusão ocorreu na unidade de saúde, em um grupo de portadores de hipertensão arterial, em casas e em um velório. Na unidade, foi possível incluir cinco idosos, sendo quatro na sala de espera, enquanto aguardavam atendimento. Para tanto, aproximei-me de cada uma em momentos diferentes. Apresentei-me e expliquei o motivo da minha presença na unidade, bem como os objetivos da pesquisa. A outra idosa estava no pátio da unidade, na fila para coleta de sangue. Todas estas cinco aceitaram prontamente participar da pesquisa e, por isso, já agendamos um encontro na casa de cada uma. A inclusão dos cuidadores dessas idosas aconteceu na primeira visita às suas casas, quando identificavam o cuidador e me apresentavam para eles, ou quando conversavam com o cuidador para posteriormente agendar nosso encontro. Estes também aceitaram prontamente a participar.

Outro espaço de inclusão de sujeitos na pesquisa ocorreu em função da minha participação em duas reuniões de um grupo de portadores de hipertensão

arterial de uma micro-área da Estratégia de Saúde da Família. Na primeira reunião, fui apresentada pela enfermeira da unidade de saúde, e minha presença foi justificada no início das reuniões pela realização da pesquisa. Nesses encontros foram convidadas e incluídas duas idosas. O convite para serem sujeitos de pesquisa aconteceu após indicação da agente comunitária de saúde e da minha aproximação com elas durante a reunião. Após o término das reuniões, conversei com essas senhoras, identificando-me e explicando os objetivos da pesquisa; elas aceitaram participar. Os encontros seguintes foram agendados de acordo com a disponibilidade delas.

Foram também incluídos dois idosos indicados pela mesma ACS, que compreendeu os critérios e me levou até suas casas. Os mesmos aceitaram prontamente participar. Assim seguiram os encontros, os quais foram ocorrendo com agendamento e com convite dos idosos e dos cuidadores das outras gerações para eu retornar às suas casas.

Ainda houve a inclusão de uma idosa durante o velório de um familiar de uma pessoa que já estava participando da pesquisa. Após ser apresentada à pretensa participante, ela convidou-me para ir à sua casa, referindo que gostaria de fazer parte da pesquisa. Dessa maneira, foi possível atingir o número proposto na pesquisa (dez idosos e dez pessoas de outras gerações). Todas as pessoas das outras gerações foram incluídas por intermédio dos idosos, que consideram que estas tinham relação com o cuidado com o idoso.

3.6 Processos analíticos

Nessa etapa da pesquisa foi considerada a concepção de Geertz (1989, p. 6) sobre etnografia, como sendo “uma descrição densa”. Compreendi que realizar tal descrição é um aprendizado que necessita de um exercício permanente. Ele perpassa pelas falas dos sujeitos, pelo que foi observado, pelo que não foi dito mas era relevante, pelas atitudes e reações frente às diversas situações pelas quais pesquisador e pesquisados passam. Descrever fatos ocorridos e interpretá-los é uma responsabilidade científica enquanto pesquisadora, que exige um embasamento teórico-metodológico de muita leitura, reflexão e dedicação. Durante o

trabalho de campo, os dados envolvem-nos como “gotas de chuva”, em uma garoa fina e persistente (DAMATTA, 1986): estão por toda a parte e o tempo todo atingem-nos. Entretanto nossos lampejos e achados – que por vezes nos empolgam como grandes e repentinas descobertas – são produtos dessa imersão lenta e continuada do trabalho de campo etnográfico. Geertz afirma que a descrição densa de qualquer evento só tem sentido no contexto no qual está inserido:

A maior parte do que precisamos para compreender um acontecimento particular, um ritual, um costume, uma idéia, ou o que quer que seja está insinuado como informação de fundo antes das coisas em si mesmas serem examinadas diretamente (GEERTZ, 1989, p. 7).

Essa fase exigiu a compreensão dos sentidos, das falas, dos silêncios, dos sorrisos, das lágrimas, dos comportamentos compartilhados entre pesquisadora, idosos, pessoas de outras gerações, situações ocorridas no contexto de vida, nas quais expressar sentimentos foi uma construção natural e cotidiana. Penetrar nos significados das atitudes e interpretá-las foi uma experiência que exigiu sensibilidade, atenção permanente e um esforço intelectual e social. Cada fala, cada expressão, cada termo foi analisado a partir do contexto de sua produção na situação da entrevista.

Para análise dos dados das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (1977), é concebida como um conjunto de análise de comunicações, as quais devem ser relacionadas às atitudes e comportamentos. A consistência desse método está na inferência, a qual precede a compreensão dos significados. De acordo com a autora:

A leitura efetuada pelo analista do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes um realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. (BARDIN, 1977, p. 41).

Essa citação mostra a relevância da interpretação do que foi dito e do que não foi dito, mas que tem sentido e significado. Além do conhecimento científico, a intuição e a criatividade norteiam a interpretação dos dados. O “sentido que se encontra em segundo plano” só pode ser dado pela etnografia, pela descrição profusa e pelo conhecimento da vida na comunidade para além de uma esporádica situação de visita domiciliar. Isso também implica em considerar o contexto da entrevista: se foi feita em uma situação formal, em uma sala fechada e com um

gravador ou se foi feita no meio da rua, com espontaneidade e cumplicidade, ou ainda se foi feita na presença de algum membro da família.

Seguindo esse referencial teórico-metodológico, houve uma organização da análise de conteúdo, seguida das fases propostas por Bardin (1977), que utilizam três pólos cronológicos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise ocorreu a sistematização dos dados coletados, através da leitura flutuante das transcrições das entrevistas, dos roteiros das entrevistas e do diário de campo. Depois ocorreu o tratamento do material por meio da criação de dois quadros, onde foram selecionadas as falas dos idosos e as dos cuidadores de outras gerações. Essa seleção seguiu os questionamentos propostos na pesquisa, que foram norteadores da organização das falas.

Para a construção dos temas, li o material diversas vezes, até identificar aqueles relevantes e recorrentes, de acordo com os objetivos da pesquisa. Inicialmente, destaquei palavras recorrentes e relevantes. Novamente, retornei às falas organizadas nos quadros e associei ao que foi observado, retomando o diário de campo. Criei, então, as categorias temáticas, por meio da construção de frases. As mesmas foram criadas a partir também dos questionamentos que constavam no roteiro das entrevistas que foram alguns diferentes para os idosos e para outras gerações:

Os nomes dos sujeitos da pesquisa foram modificados, utilizando-se somente a inicial do nome verdadeiro. Tal escolha objetivou garantir o anonimato das pessoas, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Essa seqüência objetivou preparar o material, explorá-lo e tratá-lo para posterior análise e interpretação. Passei à fase de análise e interpretação dos dados, em que resgatei as experiências de estar no campo, utilizando a memória, na qual relembrei os contextos, os momentos, os sentimentos percebidos e compartilhados, os locais, as pessoas que fizeram parte do contexto pesquisado e o diário de campo.

Utilizei o genograma que, de acordo com Wright; Leahey (2002), é um instrumento particularmente útil a ser empregado pela enfermeira, caracterizado como um diagrama do grupo familiar, uma árvore que representa a estrutura familiar interna. Esse instrumento permite dados ricos sobre relacionamentos ao longo do tempo. Para essas autoras o genograma é um instrumento de compromisso, sendo

apropriado seu uso em um primeiro encontro com a família. Contudo, buscando facilitar a compreensão da composição familiar e os vínculos afetivos, utilizei o genograma para a compreensão do leitor no que se refere aos resultados.

O genograma utiliza, usualmente, três gerações. Destaquei, entretanto, duas, visto que os sujeitos de pesquisa são idosos e cuidadores de outra geração. De acordo com Wright; Leahey (2002, p. 85), os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagem de geração. Construí dez genogramas, que serão apresentados no capítulo IV.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Minha preocupação com a ética na pesquisa não se resumiu ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes, envolveu todo o processo, porque entrei nas casas e nas vidas dessas pessoas; situações próprias da técnica de observação participante. Nesse sentido, o bom senso e a eticidade são imprescindíveis. Por isso fizemos acordos quanto a situações em que presenciei conflito familiar, aquelas em que as pessoas solicitaram minha ajuda, bem como quanto ao sigilo quando ocorreram falas que as pessoas desabafaram suas angústias e histórias passadas e presentes. Presenciei situações íntimas que no modelo de pesquisa formal não ocorrem. O cuidado humanizado pressupõe o respeito às pessoas acima de tudo, portanto foram asseguradas condições nas quais os sujeitos se sentiram à vontade para participarem, considerando-se as especificidades no que se refere às condições físicas, psicológicas, sociais e educacionais.

Atendi a formalidades solicitadas pela instituição de referência desta pesquisa. Assim, inicialmente, apresentei o projeto na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, para a responsável técnica pela aprovação dos projetos da instituição. Nesse momento, oficializei a aprovação desta para realização da pesquisa (anexo 1). Depois, solicitei à enfermeira da unidade um espaço para apresentar o projeto para a equipe de ESF. Ela, então, convidou-me a participar da reunião semanal da equipe, em que estavam presentes a enfermeira, o técnico de enfermagem, os cinco agentes comunitários de saúde e a auxiliar de serviços gerais.

Nesse momento, a coordenadora do mestrado de enfermagem na época e professora do departamento de enfermagem também estava no local. Durante a apresentação, esclarecemos dúvidas que surgiram entre a equipe de saúde. Logo após, foi assinada a aprovação para realização da pesquisa pela enfermeira, que na ocasião era a coordenadora da unidade de saúde (anexo 2). A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS-MS) encontra-se em anexo ao estudo (anexo 3).

Após a realização dos caminhos anteriores, iniciei minha aproximação com os sujeitos da pesquisa. Sempre que fazia contato com possíveis participantes, apresentava-me e explicava o motivo de estar na unidade e na comunidade, convivendo com eles. Quando autorizavam verbalmente, o TCLE (apêndice C) era preenchido e assinado em duas vias. Uma cópia foi entregue aos participantes e outra ficou arquivada comigo.

Segui o previsto no TCLE, respeitando os quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. Para garantir o anonimato dos participantes, utilizei a primeira letra do primeiro nome de cada um, escolhendo outro nome próprio. Após a gravação das entrevistas escutávamos as mesmas e eu perguntava se eles concordavam com o que haviam dito. Todos aceitaram a utilização do material gravado. Depois de transcritas, as entrevistas foram lidas conjuntamente entre eles e eu; todos também aceitaram as colocações registradas. Dessa forma, a totalidade dos dados coletados teve autorização dos participantes para ser utilizada.

Cabe destacar que todos os sujeitos da pesquisa foram informados no início da mesma, que eu tinha um tempo previsto para saída do campo o qual estava condicionado a coleta de dados, o que não descartou a continuidade de preservação de vínculos afetivos. Essa atitude foi tomada com o objetivo de preservar o respeito aos mesmos.

De acordo com o Comitê de Ética da UFSM, os dados devem ser destruídos decorridos cinco anos após o término da pesquisa.

4 CAPÍTULO III: CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE E SUJEITOS DE PESQUISA

Nesse capítulo é caracterizada a comunidade e os sujeitos da pesquisa, em seus aspectos socioeconômicos e geográficos. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e das entrevistas.

4.1 O local da pesquisa e a caracterização da comunidade

Para escolher o local da pesquisa foi utilizado o critério de a Universidade Federal de Santa Maria ter projetos de pesquisa em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na ocasião, eram duas ESF nas quais a UFSM atuava com projetos de pesquisa e extensão. Escolhi a ESF da Vila Bela União, localizada na região norte do município de Santa Maria. Na outra ESF já se encontravam muitos alunos atuando na comunidade.

Na região escolhida existe uma Estratégia de Saúde da Família, organizada em cinco micro-áreas. A equipe, na ocasião da coleta de dados, estava composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma responsável pelos serviços gerais e cinco agentes comunitários de saúde, um para cada micro-área de abrangência.

Embora tenha havido tentativa de incluir outras micro-áreas, a pesquisa foi realizada em duas, pois já haviam sido incluídos dez idosos e dez cuidadores de outras gerações. Detive-me à *Vila Bela União* e à *Vila Negrini*. Iniciei a pesquisa na

Vila Bela União, região onde está localizada a unidade de saúde. Os idosos moradores dessa micro-área que participaram da pesquisa foram conhecidos e convidados na unidade de saúde. A micro-área chamada *Vila Negrini* localiza-se mais distante da ESF. Ela foi incluída em função da minha participação no grupo de hipertensos, quando fui convidada pela enfermeira e pela agente comunitária de saúde (ACS). A disponibilidade e o acolhimento da agente, que demonstrou cotidianamente seu compromisso e sua responsabilidade pela comunidade, foram fatores relevantes para minha entrada nessa micro-área e a aceitação de minha presença nas casas e no cotidiano dessas pessoas.

4.1.1 Informações básicas sobre a comunidade

Os dados a seguir foram obtidos junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/DATASUS), no qual se encontram os moradores cadastrados. Esse sistema mostra o consolidado das famílias por ano, relativo ao ano de 2007. Da Vila Bela União fazem parte 801 famílias. Constata-se que totalizam 2.768 moradores cadastrados, sendo 1.353 homens e 1.415 mulheres, divididos por faixa etária:

- Menos de um ano: uma criança do sexo feminino;
- De um a quatro anos: 190 crianças (108 meninos e 82 meninas);
- De cinco a seis: 93 crianças (39 meninos e 54 meninas);
- De sete a nove anos: 193 crianças (88 meninos e 105 meninas);
- De dez a 14 anos: 301 crianças e adolescentes (147 meninos e 154 meninas);
- De 15 a 19 anos: 254 adolescentes (125 homens e 129 mulheres);
- De 20 a 29 anos: 896 pessoas (454 homens e 442 mulheres);
- De 40 a 49 anos: 313 pessoas (152 homens e 161 mulheres);
- De 50 a 59 anos: 255 pessoas (111 homens e 144 mulheres);
- 60 anos ou mais: 272 pessoas (129 homens e 143 mulheres).

Os idosos representam 9,83% da população total. Esse é um percentual significativo, pois conforme Minayo; Coimbra Júnior (2002) uma população é considerada envelhecida quando atinge 7% da população total.

Os serviços oferecidos na unidade de saúde são utilizados, na maioria, por mulheres de todas as faixas etárias. Observei que o turno mais procurado pela comunidade é o da manhã, porque é quando o médico está presente. A unidade de saúde é freqüentada principalmente por quem reside próximo a ela. Nas micro-áreas mais distantes, os moradores dirigem-se a outra unidade de saúde.

4.1.2 Outras informações importantes

Em relação à *escolaridade* a região está assim caracterizada: das 494 crianças na faixa etária de sete a 14 anos, 443 estão na escola, ou seja, 89,67%. Das pessoas com 15 anos ou mais são alfabetizadas 92,47% do total dos moradores cadastrados. Existe uma creche municipal e duas escolas municipais.

O *abastecimento de água* pela rede pública inclui 785 famílias, ou seja, 98% do total. O restante tem poço ou nascente (13 famílias, 1,62%) e outras formas (três famílias, 0,37%).

O *destino do lixo* ocorre por meio de coleta pública, no qual 747 famílias têm acesso, perfazendo 93,25% do total; 25 famílias (3,12%) queimam ou enterram o lixo e 29 ficam com o lixo a céu aberto (3,62%).

O *acesso ao sistema de esgoto* é garantido a 353 famílias (44,06%), o que não difere do contexto geral do município. Usam fossa 236 famílias (29,46%) e esgoto a céu aberto são 212 (26,46%).

À *energia elétrica*, 771 famílias têm acesso (96,25%).

Em relação aos *tipos de moradia*, 446 famílias possuem casa de tijolo (55,68%), 269 de madeira (33,58) e de taipa revestida, não revestida, material aproveitado e outros totalizam 86 famílias (10,73%).

Os *meios de transporte* mais utilizados pelos moradores são moto-táxi e ônibus.

A *compra de alimentos* de uso diário é realizada em mercados de pequeno porte, cujos proprietários residem na região.

4.1.3 Os grupos de portadores de hipertensão arterial e diabetes

Segundo informações da coordenadora técnica da ESF, existem na comunidade três grupos de portadores de hipertensão arterial e de diabetes, que funcionam uma vez por mês com dias predeterminados (quintas-feiras, às 14 horas). Estão cadastrados nos grupos 339 portadores de hipertensão arterial e 77 portadores de diabetes. Participei de algumas reuniões de dois grupos, nas quais observei a rotina de funcionamento: verificação da pressão arterial, distribuição de medicamentos e palestras com temas determinados pela enfermeira e por acadêmicos de enfermagem. Percebi que, mesmo sendo apresentados temas relevantes, não havia interesse em escutar as palestras. Tive a sensação de que essa atividade era imposta. Numa reunião perguntei para algumas idosas se os temas eram discutidos anteriormente com o grupo e elas explicaram que não. Durante a reunião observei que a agente comunitária de saúde é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Ela relatou que os moradores dali têm como hábito a automedicação e demonstrou conhecer as histórias de vida de todos os presentes na reunião. Os participantes, na sua maioria, não eram idosos. Percebi pelas falas que algumas pessoas levam a medicação, contudo fazem uso equivocado. Quando os participantes receberam orientação sobre alimentação, questionaram quanto ao acesso a alimentos saudáveis. A falta de acesso a medicamentos, ao lazer e ao conforto nos vários tipos de moradias (explicitados nas falas dos idosos) interfere na qualidade de vida. Alguns destacaram que ficam sem medicações prescritas por não terem condições de comprar. Da mesma maneira, não têm acesso à alimentação saudável e ao lazer em função da renda e da forma como é administrada.

Os grupos de portadores de hipertensão arterial diferem entre si em relação ao público participante. Em um, a maioria é de idosos; no outro as pessoas são de outras gerações, que buscam medicação para familiares. Observei que o principal motivo da presença nas reuniões é ter acesso à medicação.

Os grupos são espaços em que os homens se fazem presentes, bem mais do que na unidade de saúde. No grupo onde os idosos são maioria, homens e mulheres sentam separados, ficando de um lado os homens e de outro as mulheres. No último dia que participei, as idosas relataram que os assuntos são repetitivos. Tentei

conversar com a equipe sobre isso, mas não obtive resposta satisfatória. Novamente, tive a sensação de que essa atividade é imposta.

4.1.4 Acesso aos serviços de saúde

Caracterizando o *acesso aos serviços* de saúde 19,03% das pessoas possuem plano de saúde privado municipal, perfazendo um total de 526 pessoas. Observou-se na coleta de dados que os idosos são a faixa etária que mais possui o plano privado.

Conforme conversa com a equipe da unidade, a procura pelos serviços oferecidos para os idosos tem como motivo principal as doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial e diabetes), para acompanharem familiares e também para lazer, pois se encontram e conversam.

O SIAB e a observação participante mostraram que os tipos de atendimento utilizados pelas famílias são: puericultura, pré-natal, prevenção de câncer cérvico uterino, diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, DST e AIDS. Não se observou nenhum caso de internação domiciliar.

As visitas domiciliares – ações predeterminadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) – são realizadas por agentes comunitários de saúde, enfermeira, acadêmicos de enfermagem e, em raras situações, pelo médico.

Existem diferenças socioeconômicas entre as duas vilas, o que foi observado pelos tipos de moradia, acesso a plano privado de saúde, transporte e lazer. Na Vila Negrini as gerações mais novas têm acesso à educação formal e ao mercado de trabalho; na sua maioria trabalham no centro da cidade. Já na Vila Bela União, muitos jovens estudam e não trabalham.

4.1.5 Composição das famílias e moradias

A Vila Negrini tem uma característica em relação à *composição das famílias*: muitos casamentos ocorreram entre parentes. Sendo assim, uma boa parcela tem o mesmo sobrenome.

Percebeu-se que as construções das moradias ocorreram no mesmo terreno. Assim, de uma mesma família residem três gerações no mesmo espaço, sendo as casas construídas sem separação de muro. Os idosos cedem um espaço e filhos e netos agregam-se a eles. Quando isso não ocorre, as gerações dos mais jovens residem muito próximas dos pais e avós – na maioria das situações, fica na mesma rua.

Na Vila Bela União, a realidade difere, considerando que a proximidade das moradias não ocorre nos mesmos terrenos, mas em lugares próximos. A renda familiar nessa micro-área é inferior à da Vila Negrini.

4.1.6 Religiosidade

Outra característica da comunidade pesquisada é a *religiosidade*, muito presente no cotidiano das pessoas. Há duas igrejas evangélicas e uma católica. A identidade religiosa ficou evidente em falas, comportamentos e atitudes, principalmente das mulheres idosas e de outras gerações. Em uma micro-área de pesquisa, encontrei várias vezes um carro de som tocando músicas de igreja.

De acordo com Borges (1995) é através da religião que o indivíduo busca “forças” para enfrentar as situações de tensão emocional com as quais se defronta. Observei isso principalmente nos discursos e nas atitudes dos idosos, que se apoiavam na religiosidade para enfrentar perdas e situações de doenças. Frequentar rituais religiosos, para eles, significa fortalecer-se para continuar vivendo.

Identifiquei essa situação quando dona Vera contou sobre uma cirurgia que realizou, relacionando que deu tudo certo porque “Deus estava junto, dando força”. Dona Inácia também disse com frequência que Deus é quem mais cuida dela. Patrícia afirmou que ir à igreja diariamente e escutar os programas de rádio de sua

religião deixou-a mais forte. Quando isso não fazia parte de seu dia-a-dia, era triste e desanimada, tendo sua vida mudada para melhor quando se tornou freqüentadora e praticante da Igreja Evangélica. Dona Inácia contou que passou muito trabalho na vida, mas que se sente forte para enfrentar tudo. Ao perguntar como ela superava situações adversas da vida, respondeu: “Deus, o Criador, me dá forças”. Ela também contou que conviver com diabetes, com perda de visão significativa é encarado com naturalidade porque tem sua religião que é o que lhe mantém forte.

Cabe destacar que o hábito de freqüentar a Igreja ficou evidente na prática dos evangélicos, com os quais observei que as outras gerações assumem responsabilidades propostas, tais como ajudar na igreja semanalmente, ensinando as crianças a orar e fazer atividades lúdicas.

Enquanto conversávamos na frente da sua casa, dona Patrícia perguntou se eu assistia a um programa de televisão que é da igreja evangélica. Pedi informações sobre o mesmo e ela relatou todos os horários, demonstrando a relevância da religião na sua vida e o quanto isso faz parte do seu cotidiano. Citou, ainda, um programa diário de rádio que ela ouve, no qual um pastor fala e são tocadas músicas evangélicas.

Bianca, também evangélica, contou que não fala em doença e em sentir dor porque “a boca abençoa e a boca amaldiçoa”. Explicou que sente dor nos ossos, mas não fala sobre isso para a dor não vir para seu corpo; por isso nunca se queixa.

A religiosidade foi considerada o suporte para a prática do cuidado quando dona Celina, referiu que a fé faz com que ela tenha força para cuidar do marido. Podemos relacionar a religiosidade com o cuidado ao compreender que acreditar e ser participante de alguma religião pode fazer as pessoas se sentirem protegidas e fortes, mesmo diante das adversidades da vida.

4.1.7 Violência urbana

Considerando as falas dos trabalhadores de saúde da equipe de ESF, bem como de vários moradores, percebi que outra característica da região é *violência urbana*. De acordo com as idosas, a violência fez com que tivessem “mais cuidado”

no dia-a-dia. Por exemplo, não deixam suas netas saírem de casa sozinhas e muitas vezes deixam de ir ao centro da cidade por medo de assalto.

A violência existe na própria comunidade, sendo praticada por meio de roubo de roupas e de utensílios domésticos. Percebi que essa característica desperta a prática do cuidado dos mais velhos para com os jovens. Avós e pais relataram que cuidam dos netos e filhos porque se preocupam quando eles saem de casa. Jovens e adultos cuidadores recebiam orientações dos idosos, na tentativa de que não corressem riscos.

Segundo informações da equipe da ESF, existe uma micro-área da vila, na qual sugeriram que eu não chegasse sozinha em função da violência. Lá, participei de uma reunião do grupo de portadores de hipertensão arterial e diabetes. Para tanto ficou combinado que iríamos juntas, a enfermeira, as acadêmicas de enfermagem, de medicina e eu. Fomos em um carro da prefeitura ao local da reunião. Percebi que estar num carro oficial tem um significado de autoridade, para garantir imunidade frente à violência. Durante a reunião, identifiquei uma relação amistosa dos moradores com a equipe de saúde.

4.1.8 Hospitalidade

Mais uma característica da comunidade pesquisada é o *doce de abóbora*, o qual tem um significado especial para as participantes da pesquisa. Para elas é costume fazer o doce, comer junto com as pessoas que chegam às casas e presenteá-las com o mesmo. Com frequência, durante a observação participante nas casas das idosas, havia o momento de comer o doce e depois de eu ganhar um vidro de doce. Destaco que essas senhoras vieram da zona rural, onde a abóbora era plantada e disponibilizada em abundância.

Outra característica percebida são as *hortas*, que existem na maioria das casas. São cultivadas verduras para consumo, árvores frutíferas e temperos, e várias vezes fui presenteada com alface, alecrim, limão e bergamota.

Um fato que também marca é o *cultivo de flores*, de várias espécies. As idosas são conhecedoras da época de plantio e de como cuidar. Isso foi demonstrado nas nossas conversas e nas vezes que íamos para os pátios

conversar. Também fui com frequência presenteada com flores nas despedidas. Notei que a atitude de me presentear foi uma demonstração de agradecimento por eu estar disponível para cuidar, por meio da escuta, da conversa e do compartilhamento de experiências.

4.1.9 Fotografias

Outro aspecto importante que caracterizou essa comunidade é a *fotografia*, utilizada para enfeitar as casas e para os idosos contarem as histórias das famílias, seus vínculos afetivos e graus de parentesco. Nas conversas, lembro que as fotografias de encontros familiares eram retiradas das paredes para alguma história ser contada. Os porta-retratos servem de enfeite nas salas. Por meio deles eram relatados o significado das imagens, cuja maioria era de gerações reunidas para festejar alguma data. Pude observar nas falas dos idosos que a fotografia é um meio de demonstrar o cuidado intergeracional, mostrado nos registros das fotografias por meio dos abraços e das mãos dadas entre as gerações.

4.1.10 Localização geográfica da Vila Bela União



Figura 1. Município de Santa Maria - Vila Bela União
Fonte: Google mapas

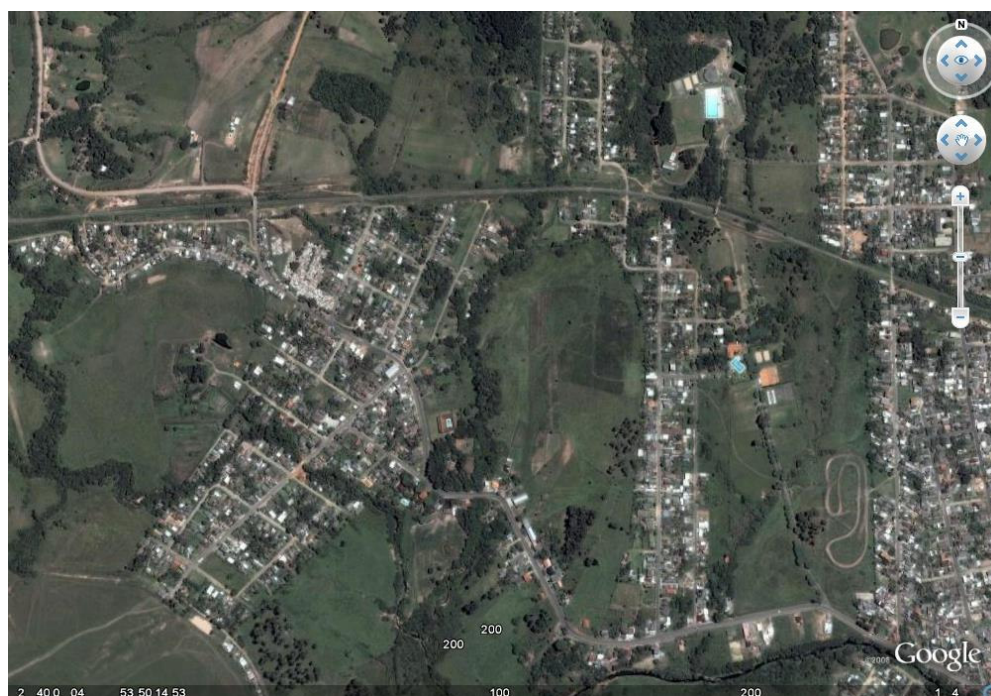


Figura 2. Área de pesquisa
Fonte: Google mapas

4.2 Caracterizando os sujeitos da pesquisa

Foram construídos dois quadros para visualizar todos os sujeitos que participaram da pesquisa. Inicialmente, apresentarei os dados dos idosos e depois os das pessoas de outras gerações. Em ambos, constam nome fictício, idade, estado civil, religião, escolaridade, moradia, renda familiar e composição familiar por geração.

Nome Idade	Cor	Est. civil	Religião	Escola- ridade	Moradia	Renda familiar	Filhos	Netos	Bisn.
Inácia 66 anos	B	V	4	4	própria	1 s.m.	9	25	9
Leda 66 anos	B	V	1	4	própria	2 s.m	4	3	0
Lilian 63 anos	B	C	1	2	própria	1 s.m.	9	14	0
Ana 79 anos	B	SE	4	3	própria, terreno do filho	1 s.m.	11	38	24
Vera 79 anos	B	V	4	2	da Igreja	1 s.m.	6	10	2
Rosa 71 anos	B	V	1	4	própria	2 s.m.	8	17	5
Floriano 81 anos	B	C	6	4	própria	2 s.m.	4	6	1
Patrícia 79 anos	B	C	4	4	própria	2 s.m.	4	6	1
Osmar 82 anos	B	V	1	4	própria, mas deu para filho	3 s.m.	9	11	3
Celina 73 anos	B	C	2	4	própria	2 s.m. e meio	4	9	0

Quadro 1. Caracterização dos idosos sujeitos da pesquisa, Santa Maria, RS, 2008.

Legenda:

Cor: B – Branco, N – Negra, P – Parda

Estado Civil: SO – Solteiro, C – Casado, V – Viúvo, SE – Separado

Religião: 1 – Católico, 2 – Católico Praticante, 3 – Evangélico, 4 – Evangélico Praticante, 5 – Evangélico Obreiro, 6 – Não Tem

Escolaridade: 1 – Analfabeto, 2 – Escreve o nome, 3 – Aprendeu as letras, 4 – Fundamental Incompleto, 5 – Fundamental Completo, 6 – Ensino Médio Incompleto, 7 – Ensino Médio Completo

4.2.1 Caracterização dos idosos sujeitos da pesquisa

Os idosos participantes da pesquisa vieram da zona rural. Foram organizando-se nessa região que é limite entre zona urbana e rural. As zonas rurais de origem são aqueles considerados limites para onde atualmente residem. Essa migração ocorreu em função do acesso à educação formal de seus filhos, do trabalho menos pesado (pois desde a infância trabalharam no campo) e também da melhoria das condições de vida.

Os incluídos na pesquisa têm como características o nascimento na zona rural e, serem proprietários de pequenas propriedades nos locais de onde se originam. Quem tinha propriedade, vendeu e adquiriu na zona urbana mais próxima de sua região de origem. Os que eram empregados vieram com suas famílias à procura de melhores condições de trabalho e de qualidade de vida para todas as gerações.

Das dez pessoas com 60 anos ou mais, oito são mulheres e dois são homens. Estão distribuídos por faixa etária: de 60 a 69 anos, três idosas; de 70 a 79 anos, cinco idosas; e de 80 a 89 anos dois idosos, os únicos homens.

Em relação à *cor*, todos são brancos. Quanto ao grau de parentesco, são mães e pais, avós e avôs, sogras e sogro.

O *estado civil* dos mesmos demonstrou que os idosos são em grau de prevalência viúvas (mulheres), depois casados e separada.

A *religião* dominante é a católica, seguida pela evangélica. Fica evidente que os idosos consideram-se praticantes quando falam sobre a religião, e isso foi observado durante a coleta de dados. Destaca-se que as mulheres vivenciam e assumem mais a religiosidade que os homens.

No que se refere à *escolaridade*, uma sabe escrever o nome, uma sabe ler e escrever (Movimento Brasileiro de Alfabetização-MOBRAL), uma estudou três meses e aprendeu as letras, uma estudou até o segundo ano do ensino primário, uma estudou até a terceira série, três estudaram até a quarta, um estudou até a quinta e uma cursou até a sexta. Nenhum idoso concluiu o ensino médio.

O *tipo de moradia* caracterizou-se em casas de alvenaria (quatro). Entre os que não concluíram o ensino fundamental, quatro possuem casa de madeira e dois têm moradias mistas. Dos dez, oito residem em casa própria, uma na casa do filho e

uma em casa emprestada pela Igreja Evangélica. Assim, ter casa própria prevalece entre os idosos.

Diogo; Duarte (2002) apontam que a composição familiar sofreu transformações ao longo do tempo e que, na atualidade, os idosos residem em famílias multigeracionais, morando sós ou com seus cônjuges. Nesse estudo, os idosos diferem em relação ao que os autores indicam.

Percebe-se que a *renda familiar* demonstra que são pessoas de classe média baixa: R\$ 500,00 (quatro); de R\$ 800,00 a R\$ 850,00 (cinco); e de R\$ 1000,00 a 1.400,00 (um). O quadro mostra que os idosos são mais independentes economicamente do que os cuidadores das outras gerações.

Em relação à *composição familiar*, percebe-se que os idosos construíram famílias numerosas, nas quais o menor número de filhos é 4 e o maior é 11.

Sobre *profissão e trabalho*: quatro foram agricultores (um homem e três mulheres), três foram domésticas (destas, uma também fazia tricô e outra trabalhou em um matadouro), uma costureira (ainda exerce, eventualmente, a profissão), um trabalhou na construção civil e uma sempre trabalhou em casa. Observa-se que uma idosa continua trabalhando.

Todos são portadores de hipertensão arterial e fazem uso de medicação. Cinco idosas freqüentam os grupos de portadores de hipertensão arterial e de diabetes. As doenças que ainda são relatadas pelas idosas são osteoporose, reumatismo e problemas de coluna. Os dois homens tiveram depressão, foram tratados com uso de medicação. Um fez cirurgia de catarata. Percebi que, apesar de fazerem uso contínuo da medicação para hipertensão arterial, eles não têm acesso a ações efetivas e eficazes de promoção da saúde. Assim o tratamento para a patologia é somente medicamentoso.

Cabe destacar que o fato de todos os sujeitos de pesquisa serem portadores de hipertensão arterial corrobora com os dados epidemiológicos referentes à prevalência das doenças crônico-degenerativas em idosos. Conforme Diogo; Duarte (2002), a transição demográfica tem como resultado o envelhecimento populacional e, por sua vez, o mesmo ocasionou o incremento das doenças crônico-degenerativas no perfil epidemiológico da população.

As doenças prevalentes nos idosos que participaram da pesquisa são: hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, catarata, mal de Parkinson e depressão.

Com relação a *plano de saúde*, o acesso está relacionado à renda familiar. Aqueles que têm acesso a plano privado associaram-se ao mesmo plano, que é municipal.

Percebe-se que essas pessoas são autônomas, saem sozinhas, realizam as atividades diárias sem necessitar de ajuda de alguém. Convivem com os familiares cotidianamente. Suas maiores queixas são relacionadas às perdas afetivas.

Os idosos me viam no início como enfermeira que estava ali para resolver seus problemas quanto à falta de acesso aos serviços especializados. Percebi que eles vivenciam essa realidade, pois evidenciavam a demora para que as solicitações dos profissionais da ESF fossem atendidas. Nessas ocasiões, apropriei-me da rotina de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde, para, então, dar retorno a eles. Depois de algum tempo de convivência, nossa relação foi mudando, pois, além da compreensão anterior sobre minha presença, um vínculo afetivo foi se construindo: passei a fazer parte da vida deles e eles da minha.

Nome / Idade	Cor	Est. civil	Religião	Escola-ridade	Moradia	Renda familiar	Filhos	Netos	Bisn.
Sandra 25 anos	B	SO	4	6	da avó	1 s.m	0	0	0
Nelson 30 anos	B	SO	1	7	da mãe	2 s.m.	0	0	0
Adriana 39 anos	B	C	1	4	própria no terreno da sogra	1 s.m. e meio do marido	1	0	0
Etiana 16 anos	N	SO	4	6	mora c/ avó, na igreja	1 s.m	0	0	0
Sérgio 38 anos	B	C	5	4	própria	3 s.m. e meio	3	0	0
Marcela 49 anos	B	C	1	4	própria	do marido, 5 s.m.	1	0	0
Airton 23 anos	B	C	4	7	terreno do avô	1 s.m. e meio	1	0	0
Bianca 56 anos	B	C	4	4	própria	1 s.m., filhas ajudam	3	1	0
Janaína 34 anos	P	C	6	2	do sogro, deu p/ o filho	do marido, 1 s.m. e meio	2/grávida	0	0
Renata 48 anos	B	C	2	7	própria	do marido, 5 s.m.	2	0	0

Quadro 2. Caracterização dos cuidadores de idosos das outras gerações, Santa Maria, RS, 2008.

Legenda:

Cor: B – Branco, N – Negra, P – Parda

Estado Civil: SO – Solteiro, C – Casado, V – Viúvo, SE – Separado

Religião: 1 – Católico, 2 – Católico Praticante, 3 – Evangélico, 4 – Evangélico Praticante, 5 – Evangélico Obreiro, 6 – Não Tem

4.2.2 Caracterização dos sujeitos das outras gerações

Os sujeitos incluídos na pesquisa que são de outras gerações totalizaram dez seguindo o que foi proposto no projeto de pesquisa. Desses, são sete mulheres e três homens. Observa-se que nessas gerações também o gênero feminino está mais presente.

O *grau de parentesco* dessas pessoas evidencia-se no gênero feminino: duas netas moram com avós, uma nora mora em terreno de sogra, uma na casa com sogro, três filhas moram em casa própria, enquanto que os homens são dois filhos (um morando com a mãe e um em residência própria), além de um neto que mora em casa própria em terreno dos avós.

A *faixa etária* encontra-se distribuída conforme segue: até 16 anos uma adolescente (autorizada a participar pela avó, após assinatura do TCLE); de 20 a 25 anos, uma mulher e um homem; de 30 a 39 anos, duas mulheres e dois homens; de 40 a 49 anos, duas mulheres; e de 50 a 59 anos, uma mulher.

Caracterizando a *cor*, oito são brancos, uma é negra e uma é parda. Quanto ao *estado civil*, sete são casados (cinco são mulheres). Os outros três são solteiros (um homem e duas mulheres).

Em relação à *religião*, cinco são evangélicos, quatro católicos, e uma referiu não ter religião. Os que disseram ser praticantes são, na maioria, da igreja evangélica. Contudo a prática de freqüentar rituais religiosos é menos freqüente nesses sujeitos da pesquisa do que em relação aos idosos.

Quanto à *escolaridade*: uma pessoa assina o nome; quatro têm o ensino fundamental incompleto; duas pessoas têm o ensino médio incompleto; e três têm o ensino médio completo. Ficou evidente o maior acesso ao ensino formal para essas gerações.

Essas pessoas foram construindo suas casas em terrenos comuns, de propriedade dos idosos. Em algumas situações, no mesmo terreno moram três gerações. Em outras, idosas e pessoas de outra geração moram na mesma casa. Outra característica em relação à *moradia* é a proximidade das gerações: idosos e cuidadores têm suas casas na mesma rua. Dos dez cuidadores de idosos, quatro têm casa e terreno próprios, dois moram em terreno dos idosos e três na casa dos

idosos. Uma tem casa própria doada pelo idoso. Percebe-se um número significativo de compartilhamento de moradia, cujas casas são dos idosos.

A *renda familiar* está assim distribuída: de um salário mínimo a menos de três salários mínimos, sete pessoas; de três a cinco salários mínimos, três pessoas; Duas cuidadoras são sustentadas pelas avós. Observei que a dependência econômica ocorre com mais frequência nessas gerações. Dos dez, um trabalha e estuda (homem), duas só trabalham, duas só estudam e cinco são do lar.

A *composição familiar* caracteriza-se nessas gerações por famílias nas quais o número de filhos diminui em relação aos idosos, pois a maior família tem três filhos. Percebi que a diminuição da composição familiar das pessoas das outras gerações ocorreu também em função dos custos financeiros para criar os filhos. As mulheres referiram que queriam dar para seus filhos o que não tiveram acesso, tais como bens materiais e escolaridade.

A doença prevalente nas pessoas das outras gerações é a depressão, para a qual as mulheres relataram usar medicamento. Nenhum homem relatou caso de depressão.

Com os cuidadores das outras gerações, meu vínculo afetivo estabeleceu-se de outra forma. No início eles demonstravam muita curiosidade, fazendo perguntas relacionadas a ser enfermeira, porque fazer pesquisa e sobre qual a diferença que o mestrado faria na minha vida. Percebia nesses questionamentos a vontade de alguns seguirem profissões da área da saúde. Após essa fase, os cuidadores passaram a me ver como alguém que estava ali para escutar seus problemas íntimos e dar-lhes sugestões.

Os conflitos entre as gerações não raras vezes foram compartilhados quando eu estava lá. Percebi que os comportamentos eram de expectativa, como se eu tivesse a receita para suas angústias e dores. Foi um aprendizado, no qual a troca de experiências nos norteou; muitas vezes encontramos um caminho juntos.

Nessa trajetória de trocas, foram compartilhados sentimentos de impotência, de realização e solidariedade permeadas pelo cuidado por meio da escuta, da presença, do convívio com as diferenças, de atitudes cotidianas. Para resolver os problemas individuais e coletivos foram sendo construídas relações em função da responsabilidade coletiva com o cuidado. Construímos um caminho sem volta, pois não raras vezes me senti sendo parte da comunidade.

5 CAPÍTULO IV: EU CUIDO DELA E ELA CUIDA DE MIM

Esse capítulo descreve os genogramas dos sujeitos da pesquisa, os quais estão organizados por geração. Apresento, inicialmente, os genogramas dos idosos e a geração dos netos; depois os dos idosos e da geração dos filhos e noras. Neste instrumento, destacam-se os vínculos afetivos e os graus de parentesco. Dando continuidade apresentam-se os temas que emergiram na análise dos dados por categorias temáticas.

5.1 Genogramas

Para todos os genogramas apresentados, utilizo a seguinte legenda:



Figura 3. Legenda dos Genogramas.

5.1.1 Genogramas de avós-netas e avô-neto.

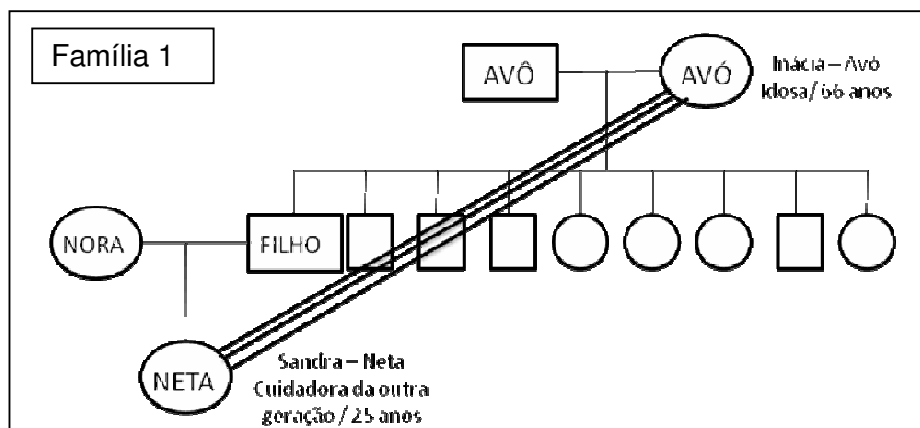


Figura 4. Genograma da família 1. Santa Maria, RS, 2008.

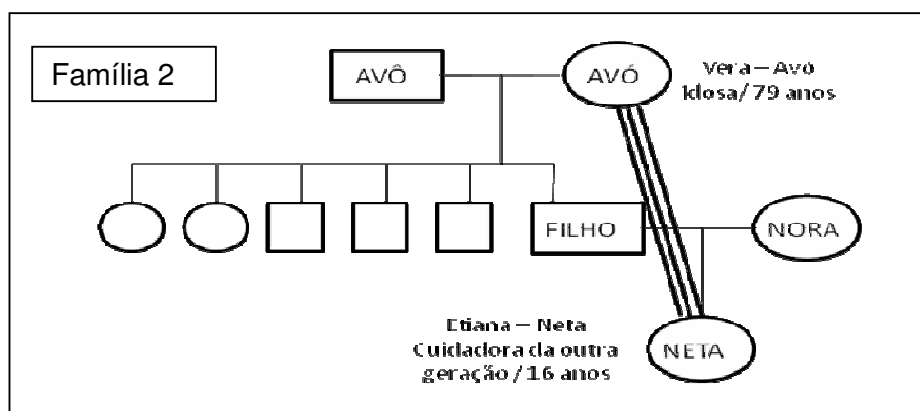


Figura 5. Genograma da família 2. Santa Maria, RS, 2008.

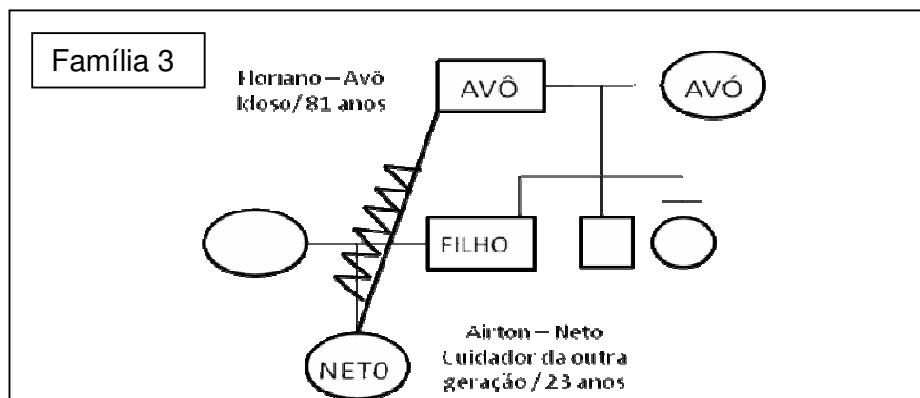


Figura 6. Genograma da família 3. Santa Maria, RS, 2008.

Nas famílias 1 e 2, as avós criaram as netas desde bebês. Elas cuidam-se, estando sempre juntas. As netas cuidam das avós dando remédios, fazendo companhia em casa e na rua. Elas demonstraram um vínculo afetivo muito forte entre as gerações. Ficou evidente na relação entre avós e netas a interdependência entre as duas gerações no cotidiano das mesmas, pois foi observado que as rotinas são realizadas em conjunto. As idosas caracterizaram as netas como suas cuidadoras principais. As netas identificaram as avós como as pessoas que mais cuidam delas.

Na família 3 percebeu-se o conflito intergeracional, em função do neto não seguir os ensinamentos do avô em relação a hábitos alimentares, relação conjugal e riscos de violência urbana. O avô destacou o desrespeito com os idosos por parte das outras gerações. O neto demonstrou ter admiração pelo avô, considerando que ele é um idoso autônomo, e ainda salientou *que sabe quais decisões são melhores para sua vida. Esse neto foi criado pelos avós*. O vínculo entre eles é moderado.

5.1.2 Genogramas de mães, filhos e filhas

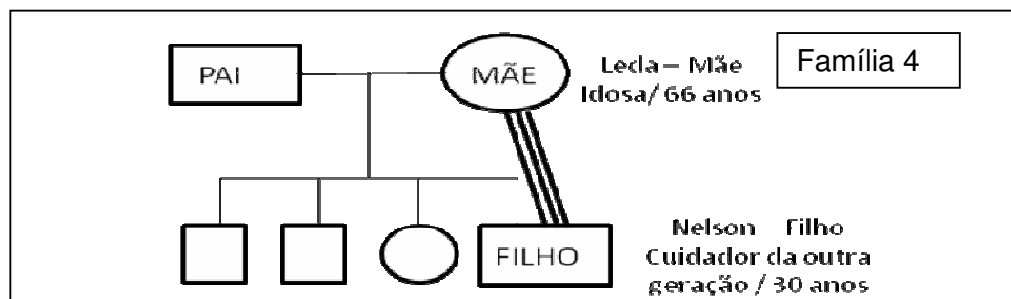


Figura 7. Genograma da família 4. Santa Maria, RS, 2008

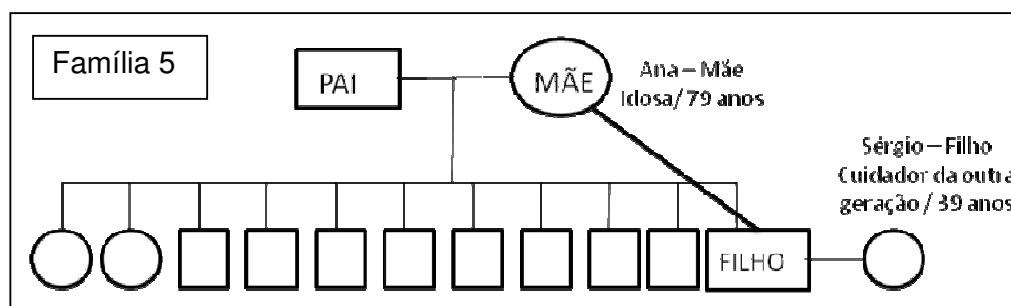


Figura 8. Genograma da família 5. . Santa Maria, RS, 2008

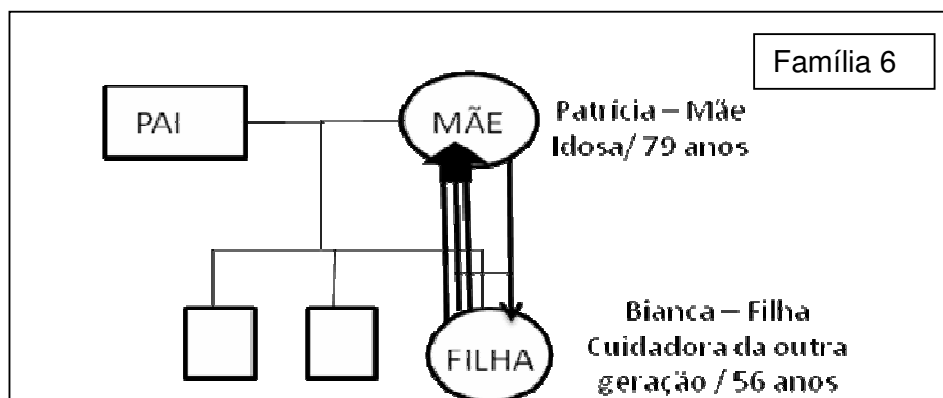


Figura 9. Genograma da família 6. Santa Maria, RS, 2008.

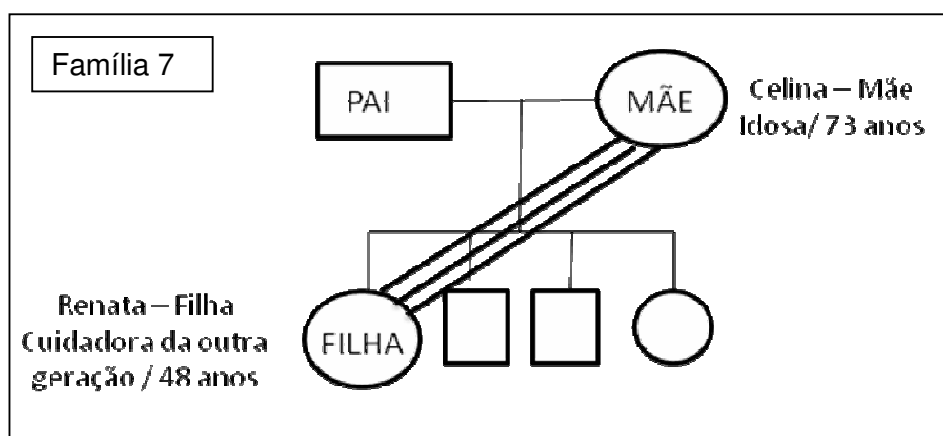


Figura 10. Genograma da família 7. Santa Maria, RS, 2008.

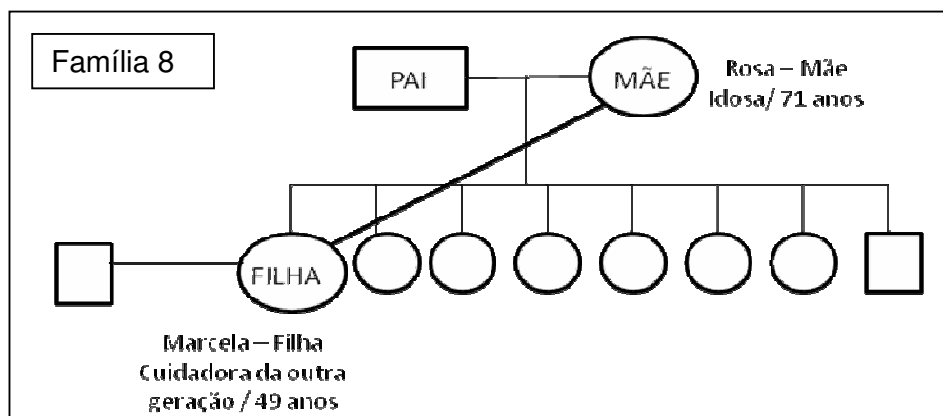


Figura 11. Genograma da família 8. Santa Maria, RS, 2008.

Na família 4, a idosa identificou o filho como seu cuidador principal, e o mesmo caracterizou-se como cuidador da mãe, tendo sido eleito pelos seus irmãos. A mãe relatou que durante todos os ciclos de vida cuidou de alguém, pois desde os sete anos de idade tomava conta de crianças. A prática do cuidado entre eles ocorre por meio da companhia diária que eles fazem um ao outro, já que o filho sai para trabalhar e volta para casa para ficar com a mãe. O cuidador dessa idosa demonstrou admiração por ela ter autonomia. Eles demonstraram um forte vínculo afetivo.

Na família 5, Ana identificou um filho como seu cuidador, o qual tem disponibilidade para ficar junto da mãe durante todo o dia, pois trabalha próximo da sua casa e da casa de sua mãe. Ele considera-se o cuidador porque relacionou esta prática com a disponibilidade de estar junto. O vínculo entre os dois é moderado. Ela convive diariamente com os netos, nora e filhos desse cuidador.

Na família 6, a cuidadora identificada pela idosa é a filha, que demonstrou ter necessidade de estar sempre junto da mãe. A idosa apresentou certo desligamento dos problemas familiares, o que, para a filha, não é uma atitude correta. Segundo esta, o conflito entre as gerações não deve existir. Além disso, mostrou negação em relação a um conflito intergeracional entre um sobrinho e o pai dela, e entre ela e suas filhas. O vínculo afetivo é forte da filha com a mãe, mas não observei o mesmo da idosa com a filha.

Na família 7, a cuidadora identificada foi uma filha que reside na mesma rua, bem próximo à casa de sua mãe. Essa idosa é cuidadora de seu marido e o faz com apoio da sua filha. Esta faz visitas diárias, quando fica com o pai para a mãe poder sair. A filha também colabora nos afazeres domésticos. O vínculo afetivo entre as duas é muito forte.

Na família 8, a idosa identificou como sua cuidadora principal uma filha que reside na mesma rua, bem próxima da sua casa. O vínculo afetivo entre as duas é moderado. A idosa demonstrou o desejo de mudar de residência para sair de perto dos filhos, pois referiu que não tem autonomia perto deles.

5.1.3 Genogramas dos idosos e noras

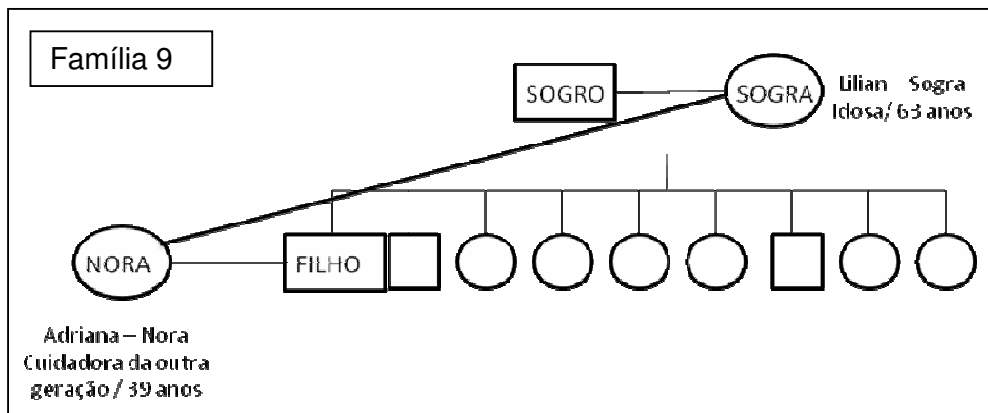


Figura 12. Genograma da família 9. Santa Maria, RS, 2008.

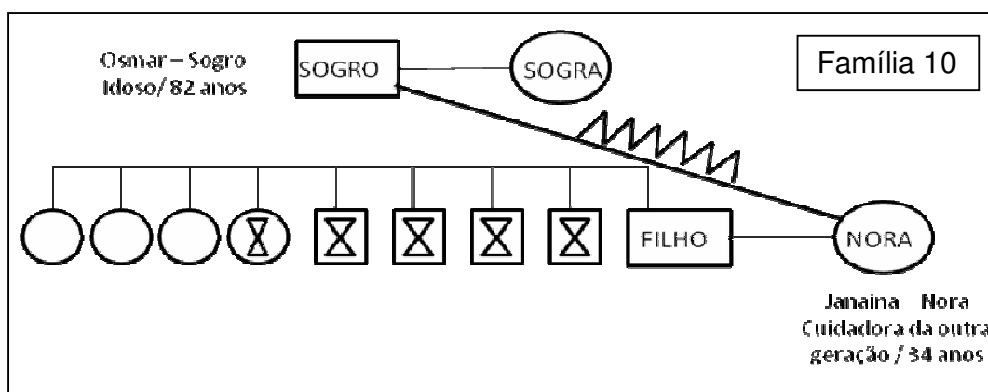


Figura 13. Genograma da família 10. Santa Maria, RS, 2008.

Na família 9, a idosa identificou como sua cuidadora uma nora que mora nos fundos do seu terreno. Essa se mostrou desligada de toda a família, apática em relação aos acontecimentos do cotidiano familiar. Presenciei situações de conflito intergeracional entre a cuidadora da idosa e seu filho adolescente. O vínculo afetivo entre a idosa e a cuidadora é moderado. A idosa acha que na família não pode haver desavenças e demonstrou ter necessidade de estar perto dos filhos, noras e netos. Já esses não sentem a mesma necessidade.

Na família 10, o idoso identificou como sua cuidadora a nora que mora junto com ele. Ela relatou que tem dificuldades de convivência com ele, contudo admitiu

que também é uma pessoa difícil. Em todos os encontros, ocorreu conflito intergeracional. As queixas do idoso referem-se ao desrespeito dos mais jovens com os mais velhos e exemplificou que ele como idoso sabe o que é certo e o que é errado e, contudo, as outras gerações não o obedecem. O vínculo afetivo entre os dois, com as freqüentes desavenças, é moderado. O idoso aparentou e verbalizou muita tristeza quanto às perdas afetivas.

Observa-se que das dez famílias o cuidado intergeracional com o idoso prevalece na geração dos filhos e noras, pois nessas famílias sete cuidadores são dessa geração, sendo cinco compostas por filhos e filhas e duas por noras. Na geração dos netos, são somente três.

A seguir apresentam-se as categorias temáticas, agrupadas de acordo com as falas dos idosos e dos cuidadores das outras gerações.

5.2 A reciprocidade como determinante do cuidado

Quando perguntei a algumas idosas sobre o significado de cuidar, recebi como respostas:

Quando eles são pequenos, os pais criam os filhos. Depois que os pais estão numa certa idade, que os pais não podem se cuidar, têm que ter alguém que cuide deles (Rosa, família 8).

Essa idosa demonstrou que se sentiu cuidada quando era criança, contando que sua mãe dava comida para os filhos e ajudava a fazer a lição da escola.

Eu cuidava da guria. Agora ela me faz companhia e eu reparo, dou conselho... (Vera, , família 2).

Essa idosa criou a neta desde quando essa era bebê.

Olha, para mim quem eu tenho que cuidar é ela e ela me cuida, é ela que eu tenho que cuidar (risos) (Inácia, família 1).

Essa idosa sempre se referiu à neta como a principal cuidadora. Demonstrou uma relação de dependência por parte da neta e de controle por parte da avó. Em

uma tarde, quando eu e a neta fomos à casa da pastora da igreja que elas freqüentam, em função de um convite que recebi para conhecer sua família, a idosa disse que era para nos dirigirmos diretamente até lá; assim, não podíamos demorar. Como a pastora não estava, voltamos logo. Percebi que a idosa se mostrou satisfeita quando nos avistou na rua, em frente à casa. No cotidiano das duas, tudo é realizado junto. A neta tem a função de obedecer à avó, e esta avó de cobrar o que a jovem deve fazer como limpar a casa, estudar etc.

Na observação participante, percebi que as respostas com esse significado foram elaboradas por mulheres idosas cuidadoras de netas desde quando essas eram bebês. Fizeram isso porque as mães biológicas não se sentiram preparadas para cuidar. As netas chamam as avós de mãe, e sentem muita admiração por elas.

Dessas idosas, uma, em todos os encontros, queixou-se do descuido dos filhos com ela, destacando que, se não fosse a neta cuidar dela, ninguém cuidaria. O convívio intergeracional entre elas é contínuo e fazem tudo juntas. Por exemplo, quando uma sai de casa, a outra acompanha.

Outra idosa demonstrou que a neta é a pessoa mais importante em relação ao cuidado e a vínculos afetivos. Identifiquei, em falas e atitudes das idosas, que cuidar das netas representa uma obrigatoriedade social imposta para as mulheres, pois comentavam que seus filhos (pais das netas) não tinham condições de cuidar, por serem homens que trabalham e não tinham disponibilidade.

A reciprocidade foi um tema central que esteve presente nas falas, nos comportamentos e nas atitudes de cuidar dos idosos e dos cuidadores das outras gerações. Entrelaçada a outros temas, ficou evidente que na reciprocidade ocorre a troca entre cuidador e ser cuidado, e essa determina a prática do cuidado intergeracional com o idoso. Fica explícito que se a pessoa cuidou de alguém, será um dia cuidado; se foi cuidada tem o dever de cuidar e retribuir.

Mauss (2003) afirma que a reciprocidade tem como mecanismo central a solidariedade, defendendo uma "nova moral" baseada no respeito mútuo e na generosidade recíproca. Ele aponta que a vida social exige obrigações e disciplina, mas ela repousa também sobre a troca, a reciprocidade e as relações contratuais. Isso vale também para as relações entre sociedades e nações. Para o autor, há uma força na coisa dada que faz o donatário retribuir. A partir disso, podemos estabelecer uma relação entre essa teoria e a lógica de reciprocidade na prática do cuidado. É bastante recorrente a idéia de que o idoso é cuidado na medida em que foi um

cuidador. Ocorre um intercâmbio nas relações entre cuidador e ser cuidado. Existem três obrigações sociais: a obrigação de dar, a obrigação de receber e a obrigação de retribuir. Ou seja, são três momentos interconectados, um supondo a necessidade do outro (MAUSS, 2003).

Borges (1995), em estudo a respeito da construção social da doença renal crônica e das representações sobre o transplante entre doadores vivos, pondera que o ato nunca inaugura a doação. Para ela, as relações de troca já existiam na família; o transplante só atualiza o que já vem acontecendo.

A referida autora defende que a troca de presentes estabelece uma relação social que é basicamente um sistema de comunicação entre dois indivíduos, dois grupos. Entretanto é, essencialmente, a síntese do pensamento simbólico, pois as trocas só acontecem e se mantêm graças ao que elas representam socialmente em termos de valores sociais, como prestígio, honra, união, poder, alianças, entre outros. A troca, por si só, é rica em significados simbólicos, criados e recriados constantemente.

Nesse sentido, não é o envelhecimento que sensibiliza a família para cuidar. O cuidado com o idoso depende de situações prévias e da importância da manutenção dos vínculos familiares.

A seguir serão trabalhados todos os aspectos da reciprocidade na tríade de Mauss (2003): a obrigação de dar, de receber e de retribuir, o que está sendo dado, o que está sendo recebido e o que está sendo retribuído.

5.2.1 Valores culturais

A reciprocidade, como troca, levou os idosos a associarem o cuidado intergeracional recebido por eles ao cuidado que eles dispensaram ao longo da vida às outras gerações, praticado de acordo como os valores culturais dos diferentes grupos sociais. Para Leininger

cultura são valores, crenças, normas de comportamentos e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo (LEININGER, 1991, p. 47).

A autora afirma que os valores culturais derivam da cultura e são forças que dirigem e dão significado ao pensamento, às decisões e às ações de cada grupo social. Esses valores são mantidos por muito tempo pela cultura e orientam a tomada de decisões. Assim as particularidades culturais caracterizam a atitude de cuidar entre as gerações.

Marcon segue na mesma linha, quando observa:

As gerações constituem o espaço onde crenças, valores e práticas são transmitidos, reforçados, mantidos e/ou transformados. No entanto, as relações entre as gerações são bidirecionais e se caracterizam pelo estabelecimento de interações, que se manifestam pela troca de experiência entre os indivíduos: enquanto as gerações mais velhas se encarregam de socializar e cuidar das mais novas, influenciando o estabelecimento de suas práticas de criar, estas se encarregam de cuidar das mais velhas no final da vida, transmitindo-lhes também suas novas experiências (MARCON, 1999, p. 15).

Nesse sentido, na prática do cuidado intergeracional com o idoso, ocorre a troca, na qual cada um dá para o outro o que sabe e o que aprendeu. Contudo, a reciprocidade nem sempre ocorre.

5.2.2 O que significa cuidar?

O significado de cuidar também foi respondido por idosas:

Eu estou sempre na frente para cuidar. Agora, quando eu preciso, não tenho quase esse apoio, mas meus filhos, minha família, sempre têm. Eles diziam que iam me cuidar, mas na hora que precisei não veio ninguém. (Inácai, família 1)

Na observação participante, percebi que ela sente satisfação em dar ordens para a neta e para os filhos, contudo somente a neta obedece à idosa. Essa parece estar à frente de todas as situações-problema da família. Nos encontros, quando a neta ia me contar alguma coisa, a idosa interrompia e terminava o assunto.

Ao questionar sobre o significado do cuidado intergeracional com o idoso, obtive a resposta:

Isso tem que vir de berço. Hoje cada um quer cuidar do seu próprio nariz. (Ana, família 5).

Essa idosa contou que os filhos se preocupam, para que ela se sinta bem. A mesma demonstrou considerar-se valorizada pelas outras gerações da sua família.

Ficaram evidentes nas falas, demonstrações de tristeza e de indignação, quanto à não-retribuição que os idosos esperavam da família. Pude identificar que não houve reciprocidade dos filhos com os idosos no cuidado e que a qualidade do cuidado depende dos vínculos sociais anteriores ao envelhecimento.

O retorno esperado pelos idosos no cuidado não se fez presente nesses contextos, visto que a expectativa construída ao longo da vida não se efetivou em algumas situações. Entendi que o cuidado intergeracional com o idoso é resultado das relações solidárias, dos valores e crenças construídos como uma rede de cuidado, na qual as particularidades culturais são transmitidas entre as gerações, consideradas também como uma obrigação social.

Quando perguntei para as cuidadoras qual o significado do cuidado intergeracional com o idoso, responderam:

Eu acho que o que eles tinham que cuidar da gente eles já cuidaram. Agora quem tem que cuidar é a gente deles. A gente tinha que ganhar amor e carinho deles. A gente já ganhou, é a nossa vez (Janaína, família 10).

Observei que essa nora demonstrou se sentir obrigada a constantemente retribuir para os mais velhos o que eles e seus pais fizeram por ela, educando-a. Relatou não seguir os ensinamentos dos pais, mas sente que devia ter feito isso.

Daí a minha guria (referindo-se à sua filha, neta da idosa) também ajuda a cuidar, todo mundo tem que se ajudar. O pai sempre foi de querer bem os netos, sempre foi uma pessoa que se deu bem com todo mundo, então a gente foi criado de estar bem com as pessoas (Renata).

Nessa fala percebi atitudes de preocupação da filha com o bem-estar da mãe e do pai, pois a mesma abraçou o pai e perguntou se ele não estava com frio. Olhava com muito carinho para a mãe em todos os nossos encontros, demonstrando serenidade também na fala. Percebi que, para essa cuidadora, a prática do cuidado é uma atividade prazerosa.

A reciprocidade percebida pelos cuidadores esteve entrelaçada a outras sensações, como por exemplo, quando estar junto, escutar e conversar é cuidar; proteção, quando a cuidadora da idosa sente-se protegida pela mesma; solidariedade e troca, quando um cuida do outro conforme as necessidades de cada um; afeto, quando o cuidado é relacionado com ser presenteado com carinho e amor. O afeto foi demonstrado, na prática, agregado à sabedoria do idoso, que ensina como cuidar.

Quando perguntei para pessoas de outras gerações sobre a prática do cuidado, obtive as seguintes respostas:

Sinto-me protegida pela mãe, sou muito grata por tudo que ela me fez, pelo esforço para me criar. Ela faz um esforço por mim. Quando eu tiver meus filhos, eu vou passar para eles o que ela me ensinou. Pra mim ela é muito boa, porque o amor que eu tive dela, tive tudo de uma mãe verdadeira. Não tinha chuva, não tinha frio... ela esperava na esquina (Sandra, que chama a avó de mãe, família 1).

Um cuida do outro. Quando eu estou mal ela me cuida e quando ela está mal eu tento fazer o possível (Nelson, família4).

A primeira fala ocorreu em um encontro, no qual estavam a avó, a neta e um neto que a idosa disse ser “emprestado”, visto que não é parente de sangue (entretanto o rapaz, segundo ela, cuida mais que seus filhos). Nesse dia, a senhora demonstrou satisfação em estar junto com os dois netos. A neta (que chama a avó de mãe), em vários encontros tinha um material didático. Manuseava-o e mostrava-me exercícios de algumas disciplinas, como geografia, espanhol e português. A avó destacava sempre a importância de a neta terminar o ensino médio, para que não passasse as mesmas necessidades que a idosa passou por ter pouco acesso à educação formal. Percebi, nessa pesquisa, que os mais velhos determinam os modelos de educação para as gerações descendentes.

A segunda fala ocorreu quando na cozinha da casa da idosa. Lá se encontravam o filho, a idosa e eu. Comíamos doce de abóbora e o filho demonstrou que os dois se cuidam quando estão mal, para que supere as adversidades, como estar doente ou triste.

5.2.3 O exemplo dos mais velhos

Percebi a relação do cuidado com a proteção, bem como o enfrentamento e a superação dos problemas com uma troca, na qual um cuida do outro. Quando os cuidadores aprendem a superar as adversidades, aprendem a cuidar. A experiência dos idosos serviu de modelo para as outras gerações seguirem como exemplos de vida.

Notei, no que não foi dito, que a superação das adversidades é um modelo de educação a ser seguido pelos cuidadores, cujos conhecimentos vêm dos idosos. Ficou evidente que, para as cuidadoras netas, seguir o exemplo da avó é saber cuidar.

Numa entrevista, quando perguntei sobre o significado de cuidar, uma cuidadora afirmou:

Cuidar é explicar o que é certo e o que está errado (Janaína, família 10)

Essa cuidadora relatou sua história de vida desde a infância, na qual ficou nítido que o enfrentamento de dificuldades fez parte de todos os ciclos da sua vida. Ela comentou que, se tivesse seguido o modelo de educação dos mais velhos, sua vida teria sido melhor. Nesse sentido, cuidar é dar bons exemplos. Ser cuidado é seguir os bons exemplos dados pelos idosos. Assim, uma boa cuidadora é uma pessoa exemplar. O cuidado gera admiração quando os mais jovens percebem que os idosos superam as adversidades e vivem com qualidade.

5.2.4 Controle como cuidado

Uma filha levantou a questão do controle, quando discorreu sobre o significado de cuidar:

As meninas têm que cuidar da prostituição e os meninos das drogas, tem que estar vigiando, na rua (Bianca, família 6).

Na observação participante, observei que ela se sentia culpada por não ter cuidado de uma filha que engravidou adolescente. Também demonstrou remorso por não ter ensinado o que era certo para essa filha. Nesse enfoque, cuidar é ensinar e controlar.

Evidenciaram-se relatos de cuidadores que algum dia desobedeceram a pais e avós e sofreram conseqüências desagradáveis. Percebi que esses cuidadores sentiram-se controlados na infância. Junto com a moralidade, destacou-se a diferenciação do comportamento aceito socialmente de acordo com o gênero.

5.2.5 Resiliência e enfrentamento de adversidades

A superação de situações adversas foi destacada como demonstração de cuidado, como também se evidenciou que o cuidado é uma prática construída ao longo da vida e que faz parte do cotidiano de vida de todas as gerações. Cabe resgatar o conceito de *resiliência* que, de acordo com Silva; Elsen; Lacharité (2003), tem como característica a capacidade de as pessoas responderem de forma positiva às demandas diárias, apesar das complicações que enfrentam ao longo do seu desenvolvimento.

Nesse sentido, a resiliência é uma capacidade desenvolvida que colabora para a preservação da autonomia, do autocuidado e do cuidado humanizado como atitudes apreendidas por meio da transmissão de valores e experiências compartilhadas entre as gerações – constituindo-se uma rede de relações e experiências vividas entre as gerações. É possível, assim, relacionar o cuidado intergeracional com o idoso (no qual a reciprocidade é determinante) com a resiliência, a qual é transmitida e vivenciada entre as gerações nas famílias.

Para Silva; Elsen; Lacharité (2003), este conceito, do ponto de vista social, mostra uma possibilidade valiosa de trabalhar a prevenção e a promoção da saúde, desenvolvendo as potencialidades das pessoas. As autoras indicam a possibilidade técnica para a prática da assistência ética em saúde, visto que incorporar a resiliência na prática profissional pressupõe quebrar previsões e expectativas de continuidade de problemas. Dessa forma, resgata-se a autonomia dos idosos. Elas afirmam, ainda, que esse conceito não deve ser usado de forma que responsabilize

as famílias na solução de problemas que fogem da sua competência, como as macro-adversidades sociais.

5.2.6 O dever de cuidar

Os valores e crenças transmitidos pelos idosos aos cuidadores nortearam a prática do cuidado e determinaram os significados atribuídos às atitudes humanas, tais como gratidão, solidariedade e responsabilização pelo cuidado entre as famílias por meio da construção de vínculos sociais. De acordo com Goldin (2002), as pessoas que compõem uma família são influenciadas pelas histórias familiares. O funcionamento de um grupo familiar é dinâmico, possuindo especificidades e diversidades que estabelecem construtos de cuidado transmitidos pelas gerações dos mais velhos aos mais jovens. Contudo os valores humanos foram transformando-se ao longo da história, em que a revolução industrial influenciou a concepção dos valores sociais. O autor afirma que o cuidado, quando exercido com amor, tem significado positivo. Ao contrário, a prática pelo dever traz o significado de obrigação e de retribuição.

Ao perguntar para os cuidadores sobre o significado do cuidado intergeracional com o idoso, recebi como respostas:

Eu tenho o dever de cuidar dela. Busco remédio no grupo de hipertensos para a mãe, Bianca, família 6).

Agora eu tenho o dever de cuidar dela. Sempre. Busco remédio no grupo de hipertensos. Quando está frio ela me tapa. Isso é cuidar ((Etiana, família 2).

A avó, que tem limitação física para se locomover, depende da neta para usar o medicamento. Já a filha demonstrou que também existe dependência, contudo essa idosa é autônoma e tem acesso à medicação.

O uso do verbo *ter* desvela a obrigatoriedade na atitude de cuidar, que pode ser sinônimo de *dever*. Ocorre a troca para pagar uma dívida que o cuidador tem com alguém, com a sociedade, com a família. Nesse sentido, as famílias têm

singularidades e especificidades próprias, assim como diversidades e complexidades que tecem a prática do cuidado.

5.2.7 A retribuição

Fonseca (1999) conclui que, em sociedades estudadas, os pais biológicos têm um papel indiscutível: dar à criança uma identidade social por meio da noção de filiação biológica. Contudo outras responsabilidades paternas, como alimentação e ensino, podem ser realizados por pessoas que não são os pais biológicos. Essa responsabilidade, como prática do cuidado, esteve presente no contexto da pesquisa quando avós cuidam das netas. Cabe destacar que, para idosas e netas que residem juntas, a identificação da família é dada relacionando três gerações: avós, pais e filhos. Já na identificação do cuidado, essas idosas referiram a troca existente entre elas e as netas.

A autora explica que a circulação de crianças está associada à solidariedade familiar (FONSECA, 1999). Daí pode-se inferir que entregar um filho é uma forma de estabelecer uma rede de troca que consolide vínculos familiares – como no caso de avós e netas, em que ficou evidente a presença de vínculos afetivos, além dos consangüíneos. Nesse estudo, a experiência de cuidado intergeracional ocorreu quando as netas são filhas dos filhos. Pode-se partir da lógica que a sociedade impõe quanto aos papéis sociais femininos, pois, particularidade aqui, a responsabilidade de cuidar é tida como função das mulheres.

A necessidade de retribuir, diz Mauss (2003), está na essência da coisa dada, porque quem recebe está inserido em uma relação social. Para ele a dádiva tem, por natureza, criar uma obrigação a prazo. Assim, os significados atribuídos ao cuidado intergeracional com o idoso podem ser relacionados à dádiva e à dívida. O cuidado recebido pelos idosos (dado pelas outras gerações) é uma retribuição àquilo que foi feito por eles.

A reciprocidade tem caráter voluntário, no entanto possui fundo obrigatório e de interesse. Mauss (2003) propõe caracterizar isso como *sistema de prestações*

totais. Ele relaciona o *potlatch*⁹ com o significado de *dar*, *nutrir* e *consumir*. No cuidado ocorre, então, a doação, a nutrição, para a continuidade da espécie humana, bem como o consumo por meio do recebimento de um presente (o cuidado). O autor aborda as prestações totais agonísticas, as quais acontecem quando um chefe ou grupo compete com outro sobre quem pode dar mais. Dar, receber e retribuir são três momentos específicos, cuja diferença é imprescindível para a constituição e manutenção das relações sociais (MAUSS, 2003).

Ao experienciar o cuidado como troca, cabe destacar que por trás deste estão os valores humanos e as crenças dos diferentes grupos sociais. Também mistura as pessoas que se presenteiam, as coisas e as pessoas, as coisas e os espíritos. Para Mauss (2003), a coisa dada é individualizada e animada, tende a retornar a quem deu, e produz algo que substitua aquilo que foi dado.

Nesse sentido foi observado que o significado atribuído ao cuidado e à prática do mesmo diferenciou-se em alguns contextos, nos quais ficou evidente que os valores sociais, transmitidos entre as gerações condicionam-no. Da mesma maneira, a mistura de sentimentos de afeto, conflito, culpa, responsabilização, obrigatoriedade e gratidão nortearam o cuidado. A solidariedade entre as gerações, sobretudo, é determinante do cuidado; está relacionada às particularidades culturais.

No cuidado humano, ocorre a circulação entre dar, receber e retribuir. Isso pressupõe continuidade. É um ciclo que não tem fim, sendo inerente e fundamental à sobrevivência das pessoas. Em relação a essa pesquisa, é possível afirmar que o cuidado é a dádiva que circula entre as gerações – um presente que atualiza e fortalece os vínculos.

⁹ O **potlatch** é uma cerimônia praticada entre tribos indígenas da América do Norte, como os Haida, os Tlingit, os Salish e os Kwakiutl. Há um ritual semelhante na Melanésia. Consiste num festejo religioso de homenagem, envolvendo um banquete de carne de foca ou salmão, seguido por uma renúncia a todos os bens materiais acumulados pelo homenageado. Esses bens devem ser dados a parentes e amigos, caracterizando o ritual de oferta de bens e de redistribuição da riqueza. A expectativa do homenageado é receber presentes também daqueles para os quais deu seus bens, quando for a hora do potlatch destes. O valor e a qualidade dos bens dados como presente são um sinal do prestígio do homenageado.

5.2.8 Co-responsabilidade pelo cuidado

A reciprocidade e a solidariedade permearam os encontros e oportunizaram a prática do cuidado humanizado, construído por meio da troca, em momentos que cuidei e que fui cuidada. Senti-me cuidada quando cheguei à casa de uma idosa, sem ter almoçado, e ela me ofereceu doce de pêssego, mesmo que eu não houvesse pedido nada. Acho que os participantes da pesquisa, com o tempo, passaram a me conhecer mais, visto que tive momentos que não foi preciso utilizar a fala para me comunicar. Ao mesmo tempo, chegava às casas com uma programação prévia de atividades, mas a realidade daquelas pessoas mudava o rumo dos encontros. Lembro de uma observação participante em que, ao entrar na residência, a idosa estava preocupada com a doença e a internação de um neto. Nesse encontro foi necessário amenizar seu sofrimento, por meio de muita escuta e conversa sobre família e cuidado. Algo semelhante ocorreu quando uma pessoa de outra geração estava triste por ter cometido atitudes que lhe despertaram o sentimento de culpa. Percebi que, por falta de informação, ela carregou essa culpa por 16 anos. Pelo que relatou sua atitude não foi desencadeadora do que aconteceu com pessoas da sua família. Quando ela compreendeu a situação, demonstrou um sentimento de alívio e de consciência limpa. Então a abordagem etnográfica foi permeada por sentimentos de culpa, abandono, solidão, descuido, cuidado, inclusão e valorização social, os quais me oportunizaram vivenciar o afeto e a co-responsabilidade pelo cuidado.

Outro tema trabalhado nesse estudo será apresentado a seguir com os aspectos que tem significado e relação com o mesmo.

5.3 A autonomia como determinante e condicionante do cuidado

A autonomia^{10,11} foi um tema que se destacou na pesquisa, para todas as gerações. Contudo o significado de ter autonomia diferenciou-se entre os idosos e

¹⁰ Significa ter capacidade de deliberar a respeito de seus objetivos próprios e de ter atitudes em direção a eles (GOLDIN, 2002).

as outras gerações. Para os idosos, a autonomia é fator imprescindível para sua qualidade de vida e preservação da sua dignidade.

Segundo Goldin (2002), respeitar a autonomia é valorizar as escolhas e deliberações dos indivíduos – também os idosos devem ter a garantia da preservação da autonomia. O autor afirma que as convicções próprias dos idosos devem ser respeitadas e que a família ou as instituições restringem indevidamente a participação ativa dos idosos na tomada de decisões. Destaca, ainda, que é imprescindível reconhecer que ser idoso não impede o indivíduo de tomar decisões baseadas nos seus valores.

O Estatuto do Idoso destaca a preservação da autonomia ao relacionar a mesma com o direito ao respeito, que consiste na inviolabilidade e na integridade física, psíquica e moral (BRASIL, 2003). Sabe-se que na prática, na implementação e na execução das políticas públicas brasileiras nos serviços de saúde, o respeito à preservação da autonomia do idoso é incipiente – visto que os mesmos recebem o atendimento fragmentado, no qual se estabelece uma dependência deles com os profissionais de saúde, pois a tomada de decisão é realizada pelos profissionais de saúde. Os familiares, apesar de compreenderem a relevância a esse respeito, têm dificuldade de respeitá-la na prática.

Os idosos que preservaram sua autonomia demonstraram que ser idoso autônomo os faz sentirem-se com sua dignidade preservada. Afirmaram que a autonomia pode ser vivenciada no seu cotidiano, mesmo quando há alguma dependência¹². Assim, no cuidado intergeracional com o idoso, deve-se, sobretudo, colaborar na preservação da sua autonomia, respeitando suas escolhas e oportunizando a sua liberdade de agir, mesmo diante da dependência.

De acordo com Papaléo Netto (2006, p. 11), “independência e dependência são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa”. Percebeu-se que em algumas situações os idosos encontram-se independentes (financeiramente) e dependentes (afetivamente). Em outros contextos familiares, observei dependência econômica e afetiva, mas também independência econômica e afetiva.

¹¹ Capacidade de decisão, de comando; e de independência. Capacidade de realizar algo com seus próprios meios (PAPALÉO NETTO, 2006).

¹² Nesse estudo utilizou-se o conceito de dependência como a incapacidade de realizar algo com seus próprios meios (PAPALÉO NETTO, 2006).

A dependência, para Camarano (2006), é determinada pela variável *rendimento* dos idosos. Assim, é relevante considerar que a independência econômica concorre para o respeito à tomada de decisões. A autora destaca que a universalização dos benefícios da Seguridade Social, implementada no início da década de 60 do século XX, possibilitou a mudança na situação antes desfavorável aos idosos. Destacam, ainda, que a renda destes depende principalmente dos benefícios previdenciários, cujo tempo de contribuição aumentou para ambos os sexos. No que se refere à relação entre dependência e envelhecimento, não há clareza, visto que não existe um único fator que determine essa relação (CAMARANO, 2002).

Nesse sentido, observei que a tomada de decisões dos idosos acerca das suas vidas foi associada a viver bem, a ter qualidade de vida, apesar de outras limitações orgânicas naturais do processo de envelhecimento e de, alguns idosos dependerem financeiramente de seus filhos. Identifiquei alguns contextos em que estar doente não deixa o idoso sem autonomia, mas a privação de decidir sua vida o faz sentir-se desvalorizado e excluído da família e da sociedade.

Para Roselló (2005), o ser humano só é sujeito quando está livre, quando se autodetermina, se olha, se vê, toma consciência de sua liberdade. Para o autor, a liberdade não é somente um dado psicológico, mas também ontológico, arraigado ao indivíduo. É uma referência de valor. Nesse sentido, para cuidar, como atitude responsável, é imprescindível que o cuidador respeite o direito de o cuidado ser livre e decidir. Ao cuidar dessa forma está sendo relativizada a relação; considera-se a verdade do outro, negociando e compartilhando o cuidado; reconhece-se que, para quem recebe o cuidado, existem várias possibilidades na vida e que quando essas são reconhecidas, o receptor responsabiliza-se também pelo seu próprio cuidado. Ao considerar as múltiplas possibilidades do ser cuidado, a liberdade inerente a todo ser humano e suas singularidades, o cuidador estará respeitando a autonomia como direito social e legal. De acordo com Paschoal (2006) para envelhecer com qualidade de vida é fundamental a preservação da autonomia e da independência, a saúde física, o desempenho de papéis sociais, a permanência da atividade e desfrutar de um senso de significado pessoal para os idosos.

5.3.1 A autonomia como direito legal

A Lei Orgânica da Saúde, no art. 7º, destaca que ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal. Obedece a alguns princípios, entre os quais: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário (BRASIL, 1990). É relevante resgatar esses princípios ao defender a autonomia como direito legal dos idosos e relacionar os princípios da integralidade, da universalidade, da igualdade da assistência à saúde e da divulgação das informações acerca dos serviços de saúde, pois são condicionantes da autonomia e fortalecem a tomada de decisões dos usuários do SUS.

Nesse sentido, cabe resgatar a autonomia na história e nos estudos sobre envelhecimento. Marjory Warren¹³ assumiu a responsabilidade por um asilo adjacente ao seu local de trabalho, em 1935, em Londres, no intuito de promover uma revisão sistemática de pacientes sem diagnóstico médico e sem tratamento de reabilitação. Essa autora utilizou um método de mobilização ativa e reabilitação seletiva, o qual proporcionou que muitos doentes (na maioria idosos) se locomovessem e outros tivessem alta para seus domicílios (PAPALÉO NETTO, 2006). Observa-se que a autonomia já era percebida como relevante na melhoria da qualidade de vida dos idosos desde a década de 1930, proporcionando sentimentos de dignidade mesmo em condições adversas. De acordo com Paschoal (2006), considerar que o idoso deve participar ativamente sobre o que é melhor e mais

¹³ Considerada mãe da geriatria, porque introduziu o conceito e a implementação de ações de avaliação geriátrica especializada, ponto de partida da avaliação multidimensional e interdisciplinar.

significativo para ele é respeitar a heterogeneidade do significado e da vivência da qualidade de vida, como singular e diversa.

5.3.2 Liberdade e preocupação

Em um dia de observação participante, estavam presentes a idosa, seu marido, uma filha e um neto que mora no mesmo terreno dos avós. Questionei a idosa sobre o significado do cuidado intergeracional com o idoso, ao que me respondeu:

Os filhos cuidam de nós, mas eu ainda não preciso de cuidado, eu me cuido sozinha. Eles me servem de companhia, me entendem (Patrícia, família 6)..

Essa senhora, em todos os encontros, demonstrou sentir-se incomodada quanto à incompreensão do marido, da filha e do neto pelo fato de ela sair muito. O marido um dia disse-me que eu tinha de agendar com antecedência a entrevista. De fato, mesmo agendando, por duas vezes não a encontrei em casa. Observei que ela sai para ir à igreja no mínimo duas vezes por semana, o que a deixa muito feliz. Percebi que ela tem necessidade de momentos individuais, sem a presença dos familiares. Segundo suas falas e atitudes, ser autônoma é imprescindível para ter qualidade de vida. Identifiquei também que a idosa não se envolve com os problemas dos familiares, o que para a filha não é correto. Contudo Patrícia não demonstrou se sentir incomodada com isso.

5.3.3 O cuidado como rotina

Em um dos encontros com outra senhora, conversávamos sobre o que ela fazia durante o dia:

Eu me viro nos 30¹⁴. Faço comida, lavo alguma roupa, limpo a casa. Tudo que eu gosto de fazer eu faço. Cuido das minha duas netas quando minha filha tem que trabalhar e não tem com quem deixar as crianças (Leda, família 4).

Observei no olhar dessa idosa muita serenidade. Seu sorriso foi constante nos nossos encontros, mesmo quando ela me contava sobre as adversidades, referindo que passou muito trabalho, pois sofreu violência psicológica familiar, e hoje se considera feliz. Nas manhãs e tardes que passamos juntas, Leda ficava pouco tempo sem fazer nada, e eu a acompanhava. Ela mostrava a horta, ensinando-me a época de plantio das verduras; levava-me ao pátio, contando o nome de árvores e flores; oferecia-me doce de abóbora etc. Dizia que gostava muito de conversar e que minha presença a fazia lembrar da sua história de vida, a qual ela considerou que daria um livro.

Percebi que essa idosa tem a prática do cuidado desde sua infância, pois trabalhou desde os sete anos de idade, cuidando de uma casa e de crianças. Para ela, tomar conta das netas é uma obrigação social, por acreditar que compete a ela, já que não tem outra pessoa na família para fazer isso. Em um encontro, comentou que um filho seu não tem paciência com ela, visto que a critica em quase tudo que diz. Mesmo assim, ela acha que sua vida é muito boa, pois consegue cuidar de tudo sozinha. Essa idosa contou que cuidou dos seus pais quando ficaram velhos, trazendo-os para morar com ela, seu marido e filhos, e que os filhos cuidaram dos avós. O filho (cuidador da idosa) contou-me que levava o avô para passear e que gostava muito de fazer isso. Leda comentou que dormia na mesma cama da mãe para cuidá-la durante a noite, quando esta adoeceu.

5.3.4 O significado de ser idoso

Ao ser questionada sobre o significado de ser idosa, Ana respondeu:

Eu saio seguido. Vou ao centro da cidade de ônibus, cuido da casa. Sinto-me bem fazendo isso (Ana, família 5).

¹⁴ Frase utilizada em um quadro de programa da Rede Globo de Televisão, apresentado aos domingos, no sentido de “fazer o máximo esforço”.

Observei que ela cuida da sua casa com muito orgulho, pois me mostrou todas as peças, contando que limpa a casa, faz comida e lava roupa. Percebi que ela circula pela casa do filho, pelo mercado, o qual é propriedade do mesmo e que está localizado no mesmo terreno das suas casas. Ana demonstrou muita satisfação em sentir-se fazendo parte da comunidade, pois todos que chegavam ao mercado conversavam com ela. Durante nossos encontros, levava-me ao pátio, onde existem folhagens que ela plantou e cuida, sempre comentando sobre nomes das flores.

5.3.5 Como me imagino idoso?

Um neto respondeu à pergunta sobre o significado do convívio intergeracional com o idoso:

Conviver com ele, é como viver com pessoas da minha idade, ele é independente (Ailton, família3).

Um filho que cuida da mãe idosa (uma pessoa autônoma, a qual passa todo dia sozinha, sai de casa com frequência para passear e cuidar das netas), respondeu sobre como se imagina idoso:

Eu quero chegar lá. Se puder passar dos 100 anos vou passar. Vou curtir a vida. Quero ir para praia e descansar, se Deus permitir (Nelson, família 4).

Outra cuidadora sente-se desanimada, sem vontade de fazer nada. Inclusive admitiu que até pouco tempo atrás ficava todas as tardes deitada. Em uma tarde, comentou comigo que havia começado a caminhar com uma vizinha e que se sentia mais animada. Quando perguntei a ela sobre como ela se imaginava idosa, disse:

É uma coisa que eu não penso ainda. No meu pensamento não sei se vou durar até os 80 anos. Eu quero continuar caminhando. Tem uma vizinha, eu pretendo ser como ela. Ela é ativa, participa sozinha, não depende de ninguém, eu quero ser assim que nem ela (Adriana, família 9).

Uma filha cuidadora afirmou sentir-se excluída quando a família está conversando. Demonstrou nas suas atitudes que é desrespeitada pelos filhos, pois apontam que o que ela diz não é a realidade deles. Ou seja, vivem em mundos diferentes. Sobre como se imagina idosa, a filha cuidadora respondeu:

O teu coração é o mesmo de jovem, teu pensamento também. Claro que o corpo envelhece por fora. Imagino-me tendo alegria, fazendo ginástica, dançando (Bianca).

Outra filha demonstrou sentir-se incomodada com essa situação de dependência. Ela tem um problema de coluna e fez uma cirurgia de coluna há um ano, necessitando da ajuda de marido e filhos para tomar banho e se alimentar. Ao ser feita a pergunta sobre como se imaginava idosa, afirmou:

Eu nem me imagino ainda, só quero ter saúde, porque daí não vou ficar dependendo das pessoas para sair, para ir ao mercado, para ir aqui, ali (Renata , família 7).

Ao fazer a mesma pergunta a uma neta, esta expressou surpresa, como se envelhecer e ser idoso fossem impossíveis de acontecer. Respondeu:

Ai nem fala... Eu não quero pensar. Eu não consigo imaginar, acho que trabalhando em casa também, fazendo as coisas com meu marido. Imagino-me rindo, caminhando, chorando, deitada numa cama, sozinha, com uma bengalinha na mão (Etiana, família 2).

Na observação participante, presenciei situações de conflito entre uma cuidadora e o idoso (a mesma relatou que os dois são pessoas de difícil convivência). Ela contou que desde criança incomodou muito seus pais, pois desobedecia os mesmos. Sobre como se imagina idosa, respondeu:

Imagino-me uma pessoa quieta, eu preferia estar num lugar descansando, que ninguém me cuidasse ou então que me colocassem num asilo, porque sei que não vão ter paciência comigo. Eu acho melhor ir para um asilo (Janaína, família 10).

O filho de uma idosa demonstrou ser uma pessoa que não interage com os outros. Percebi nas suas atitudes certo isolamento social:

Imagino-me retirado, quieto, hoje já me sinto assim. Acho que vou ter dificuldade de caminhar, vou perder a autonomia (Sérgio, família 5).

A falta de autonomia foi percebida nas falas dos cuidadores que demonstraram ser pessoas quietas, isoladas, com pouca socialização. Observei que alguns cuidadores demonstraram ser esta uma singularidade presente, independente da faixa etária. Contudo outros evidenciaram que ter autonomia é um privilégio dos mais jovens. As particularidades culturais associadas às histórias de vida de cada indivíduo e de cada família foram determinantes da construção dos significados atribuídos a ser idoso.

Identifiquei muita dificuldade das pessoas que ainda não são idosas em conversar sobre o assunto. Todos declararam nunca ter pensado sobre isso. Observei que a preservação da autonomia dos idosos é fator positivo para as outras gerações conviverem e cuidarem deles. Ficou evidente que as outras gerações relacionam sua projeção de ser idoso com suas histórias de vida e com o convívio intergeracional, nas quais ter liberdade é ter autonomia.

5.3.6 Como me percebo idoso?

Uma idosa que assumiu um sentimento negativo em relação à sua incapacidade de ler e escrever comentou sobre o significado do cuidado intergeracional. Essa fala ocorreu quando ela contou sobre uma cirurgia que fez na perna, que a obrigou a ficar imobilizada, dependendo da neta para realizar higiene e ir ao banheiro:

Fiquei três meses na cama. Ela [a neta] me lavava, me ajudava a tomar banho. Me sentia ruim, porque não podia me virar sozinha (Vera, família 2).

Outra idosa demonstrou necessidade de estar em movimento, pois em todos os nossos encontros encontrei-a cozinhando ou limpando a casa. Queixa-se de dores nos ossos, em função da osteoporose, que a deixa limitada para fazer tudo que fazia quando era mais jovem:

É a parte mais braba, porque quando a gente é nova, a gente trabalha, tem aquela disposição, não sente dor. Chega certa idade a gente vai trabalhar, dói aqui, dói ali (Leda, família 4).

Portanto a falta de autonomia, as situações de dependência e de limitações dos idosos, foram consideradas problemas para todos. A consequência de alguma patologia que leva à dependência é fator que interfere negativamente na qualidade de vida dos idosos.

5.3.7 Dependência financeira

Uma idosa considerou-se dependente do filho para sobreviver. Queixou-se da sua ausência e da falta de autonomia. Ele envia o dinheiro mensalmente, porém ela necessita de óculos e referiu que lhe entregou a receita há cinco meses. Até aquele momento não havia trazido a encomenda, conforme combinado. A idosa tentou desculpar essa atitude, acreditando que ele logo viria, pois mora em outra cidade. Perguntada sobre a prática do cuidado intergeracional, respondeu: *“Tem meu filho que me sustenta”*.

Outra senhora demonstrou que precisa dos filhos para se sentir cuidada e que existem conflitos intergeracionais entre uma filha e o pai. Percebi que a ajuda financeira colabora para melhorar sua qualidade de vida, no que se refere ao acesso a medicamentos. Entretanto demonstrou insegurança e incômodo em depender do filho. Ficou evidente, nessa fala, que a idosa recebe ajuda financeira, porque o filho não tem dependentes. Nesse sentido, o cuidado com o idoso por meio de ajuda financeira está condicionado ao cuidador não ter outras pessoas mais jovens sob sua responsabilidade:

Um filho meu que não tem filho pequeno, ajuda com dinheiro (Lílian, família 9).

Uma terceira idosa demonstrou em todos os encontros uma forte necessidade em afirmar que os filhos não são ruins:

Meu filho, ele não é ruim, eu fiquei doente, ele saiu correndo, pegou e me deu dinheiro para eu ir ao médico (Rosa, família 8).

No entanto observei que na presença dos filhos sentia-se sem autonomia. No nosso último encontro, ela falou:

Eu quero sair daqui. Quero morar noutra lugar onde eu possa decidir minha vida. Já achei um lugar onde minhas amigas estão, daí eles não vão decidir minha vida (Rosa, família 8).

Observei que a *sustentação econômica* e a *ajuda financeira* foram relacionadas ao cuidado intergeracional com o idoso, no sentido de suprir as necessidades de alimentação e o acesso aos serviços de saúde. Influencia também a preservação, ou não, da autonomia.

Pude perceber que quando os filhos ajudam com dinheiro, não existe a presença no dia-a-dia. De acordo com Camarano (2006), nas famílias brasileiras as freqüentes crises econômicas que atingem a população mais jovem têm gerado transferências intergeracionais que possuem caráter bidirecional.

Para Saad (1999) as transferências de apoio familiar se referem à importância dos recursos físicos e financeiros, e da distância geográfica separando gerações, no que diz respeito ao balanço nas trocas de apoio entre pais idosos e filhos adultos. Nesse estudo o tema emergiu nos contextos familiares em que às idosas não recebem aposentadoria (portanto sem acesso formal à renda financeira), ou quando a renda familiar é a aposentadoria do idoso ou de cônjuge já falecido (sendo, as idosas, responsáveis pelo sustento das netas). Essa dependência foi identificada como uma situação de falta de autonomia quando as idosas ficam esperando a ajuda dos filhos. Por outro lado, também foi considerada como preservação da autonomia quando relacionada à melhoria da qualidade de vida, inclusive oportunizando a elas decidirem o que fazer com o dinheiro recebido.

Apesar de a realidade brasileira demonstrar que os idosos são com freqüência responsáveis pelo sustento das gerações mais jovens, observei que quando isso é experienciado pelas idosas, existe uma geração intermediária – os filhos, que oportunizam que as idosas se responsabilizem pela sustentação econômica das netas. Cabe destacar que essa situação foi observada quando as mulheres idosas chefiavam as famílias.

A troca ocorrida entre cuidadores e idosos se fez presente, sobretudo, quando há sustento e apoio financeiro por parte dos mais novos. São atitudes de retribuição ao cuidado recebido, pela presença ou por meio de atitudes de suprimento das necessidades básicas, tais como alimentação e higiene. O cuidado praticado nas relações intergeracionais foi demonstrado pelos cuidadores no sentido de garantir suas necessidades alimentares e o acesso a medicamentos.

5.4 A presença como significante de cuidado

Em todos os encontros uma idosa e sua neta estavam sentadas na sala da casa com a porta aberta, de maneira que me enxergavam quando eu estava chegando. Sempre as duas levantavam e vinham até o portão. Também em todos os encontros elas ofereciam-me chimarrão e doce de abóbora. Quando perguntei sobre o significado de cuidar, a idosa respondeu:

Na cirurgia, foi minha neta que me cuidou e na doença sempre foi ela que me cuidou, porque os remédios ela não se descuidou, foi no tempo e na hora, os horários da lavagem dos olhos. Ela dizia: mãe vamos pingar colírio, mãe vamos lavar os olhos (Sandra, família 1).

Outra senhora respondeu à mesma pergunta da seguinte forma:

Ela fica aqui comigo [a nora]. Os meus gurus [seus filhos] gostam de reparar a gente, o mais velho que mora aqui nos fundos, cuida. Quando ele dormia [referindo-se a um filho que quando era criança esteve hospitalizado], eu só atravessava uma porta e ia deitar numa cadeira (Lílian, família 9).

Uma idosa que mora sozinha, no mesmo terreno do filho, falou sobre o significado de cuidar:

Cuidar é estar perto, meu filho vem de longe para o meu aniversário. Eu morava só, mas meus filhos acharam que eu não podia ficar sozinha e eu vim para cá (Ana).

Outra idosa respondeu à mesma questão assim:

Cuidar é ficar alcançando alguma coisa, é ficar reparando. Quando eu quebrei o braço, essa filha aqui [a filha estava com ela] quem me cuidava, as outras vinham sempre, elas são carinhosas não me queixo. Agora eu fico mais feliz, eu até gosto de ficar sozinha, assim fico limpando, arrumando minhas coisas, devagarzinho vou fazendo minhas coisas. Mas se chega uma visita eu fico feliz (Rosa , família 8).

Esta idosa viveu por alguns meses compartilhando sua casa com uma filha e suas netas, o que para ela não foi prazeroso, pois se sentia desrespeitada quanto a seus hábitos de vida. Por exemplo, não podia ter horários de descanso garantidos. Ela demonstrou uma necessidade de afirmar que é cuidada pelos filhos, contudo houve contradição na sua fala quando ela se queixava com frequência do desamor dos seus filhos com ela, dos conflitos intergeracionais e de violência psicológica. Ao mesmo tempo em que demonstrava gratidão por ser cuidada, também destacava o desrespeito de alguns familiares.

A *presença* significou cuidado como estar disponível, dar remédios e controlar seus horários de administração (a disciplina como condicionante do cuidado). Morar perto, para alguns, é fator significativo de cuidado, pois torna o cuidador mais disponível. Deslocar-se até onde está o idoso demonstrou cuidado e ficou subentendida a valorização do idoso pelas outras gerações.

Leininger (1991) utilizou vários construtos de cuidado, entre eles o da *presença*, no qual ela evidencia o convívio entre as pessoas, por meio do qual se aprende a cuidar. Ela destaca que o cuidado é uma necessidade humana essencial para todos os ciclos de vida. Nesse sentido, o cuidado intergeracional é uma necessidade humana, desde a gestação. Sua prática do cuidado vai sendo transmitida de acordo com as particularidades culturais dos grupos sociais.

Collière (1989) também observa que o cuidado é uma necessidade humana, pois permite a continuidade da espécie. Para cuidar, segundo a autora, é necessário assegurar a manutenção das necessidades vitais, respeitando as singularidades e diversidades do ser cuidado que são agregadas aos valores culturais. Os costumes devem ser considerados no cuidado, os quais são determinantes das diferentes formas de garantir a existência humana, por meio do suprimento das necessidades vitais.

A *presença* no cuidado está relacionada a dar resposta às necessidades humanas considerando que é fundamental para suprir algumas delas. Cuidado por

meio da presença está condicionado ao respeito à totalidade e à complexidade das pessoas, aos seus modos de vida e valores culturais.

Goldin (2002) aponta que atualmente existe a convivência simultânea entre várias gerações de uma mesma família, possibilitando conjuntamente diferentes visões de mundo e de valores, o que pode gerar conflitos intergeracionais. Estes, quando percebidos em alguns contextos familiares, foram determinantes na preferência dos idosos em ficar sós.

Percebi que em algumas situações os idosos necessitam ficar sós, pois estar junto não significa necessariamente cuidar. Ficou evidente que em muitos casos, a presença dos cuidadores desconsiderou a autonomia do idoso.

Uma avó vive em função da sua neta. Afirmou, inclusive, que fica deitada até a moça chegar da escola. Quando eu ia pela manhã à sua casa, a idosa estava sempre deitada. Levantava para abrir a porta, e então sentávamos na sala para conversar. Quando perguntei a ela sobre o significado de ser idosa, disse:

*Eu só não gosto de ficar sozinha... Tenho maior horror de ficar sozinha (Vera, família 2).
Os filhos me cuidam, né, quando eu tiver alguma coisa eles me atendem. Levam no médico. Quase todos os dias um ou outro estão aqui. Fiquei 12 dias no hospital. Daí um filho ia posar num dia, noutra noite ia à neta (Vera, família 2).*

Na observação participante, percebi que ocorre uma circulação entre as gerações no cotidiano dos idosos. Filho, filhas e netas são presentes no dia-a-dia dessa outra idosa e do seu marido:

Aonde o avô vai às netas vão atrás (Celina, família 7).

Na observação participante percebi que uma filha cuidadora tem necessidade de estar junto dos pais e dos filhos, pois todas as vezes que fui à casa da idosa (sua mãe), ela estava lá. Nas reuniões do grupo de portadores de hipertensão arterial e de diabetes, as duas iam juntas. Sobre o significado de cuidar, comentou:

Eu sou como galinha choca, minhas filhas e filho têm que estar na minha volta. Cuidar não é só quando ela [a mãe] está doente, é estar sempre vigiando, tem que proteger, tem que estar perto, mas eles se cuidam [referindo-se aos filhos]. Eu já tive chance de ir embora daqui. Acho que mato minha mãe do coração se sair daqui. Não consigo sair de perto dela (Bianca, família 6).

Houve contradições nas falas e atitudes entre a cuidadora e a idosa. Esta é autônoma e não demonstrou necessidade da presença de ninguém para realizar qualquer atividade. Até mesmo quando necessitou de cuidados formais, foi à unidade de saúde sozinha, fato pelo qual a filha demonstrou insatisfação. Durante os encontros, todas as falas e atitudes sobre a necessidade de estar junto são da filha, não da idosa. De acordo com Camarano (2006, p. 2), “viver só pode ser um estágio temporário do ciclo de vida e pode estar refletindo preferências”. Nesse sentido observei que a presença associou-se ao controle, enfatizado pelos cuidadores como atitude de cuidar.

Ao perguntar para um filho cuidador sobre a prática do cuidado e quando ele se sentiu cuidado, o mesmo respondeu:

Quando soltaram um veneno onde eu trabalhava, eu fiquei bem mal, daí a mãe fez chá. Daí eu consegui levantar, ela ficou na minha volta o tempo todo, aí foi a melhor parte. Eu ajudo a cuidar da mãe, né, porque os outros irmãos estão longe e me disseram, olha tu estás com ela, ajuda a cuidar, se der algum problema de saúde, pega ela e leva para o hospital (Nelson, família 4).

A presença como significante de cuidado entrelaçou-se ao significado do cuidado materno como diferencial no cuidado, bem como a responsabilização e o compromisso de cuidar do idoso ser de um cuidador principal, que é identificado pela família. A disponibilidade é considerada condição para cuidar, como foi relatado a seguir por um filho cuidador da mãe idosa, que trabalha no mercado, em casa próxima. Nessa fala, além da presença, a autonomia foi relacionada ao cuidado:

Eu fico junto da mãe. Não a deixo só porque tem que estar junto para cuidar, se eu trabalhasse fora não daria para cuidar. Tem que proporcionar que ela se cuide (Sérgio, família 5).

Uma filha possui limitação física, mas mesmo assim cuida, ficando com pai para a mãe fazer ginástica e ir à igreja. A filha mora na mesma rua que a mãe. Seguidamente, quando eu ia à sua casa, ela me convidava para irmos até a casa da sua mãe. Atravessávamos a rua e ficávamos conversando no pátio: a idosa, a filha, eu. Seu pai, portador de Alzheimer, pouco interagiu. Perguntada sobre o significado de cuidar, a filha respondeu:

Eu estou ali presente, eu sempre ajudei a mãe limpando a casa, eu só não faço agora porque não tenho condições, mas assim mesmo eu tiro o pó, passo pano de lã (Renata, família 7).

Uma idosa falou sobre o cuidado intergeracional:

Pior se a gente estivesse sozinha. Tem como pedir. Quando tem necessidade, eles ajudam (Celina, família 7).

Outra idosa, com a mesma questão, disse:

A minha filha mora ali pertinho. Quando estou doente ela está aqui toda hora, toda hora me cuidando (Vera, família 2).

Essa idosa e a filha moram na mesma rua. Quando conversei sobre o TCLE a mãe pediu que a filha lesse, considerando que ela não sabe ler e escrever. Expliquei e lemos juntas (eu e a filha). A idosa ia perguntando quando tinha dúvidas e, ao final, assinou seu nome.

Observei que o cuidado exige a formação de uma rede, a qual é construída por várias gerações. Dessa maneira, cuidar pode ser uma experiência compartilhada, na qual os vínculos afetivos se fortalecem. Percebi que a presença (na qual os cuidadores residem perto dos idosos) significou segurança, fator relevante para a sensação de ser cuidado.

De acordo com Roselló (2005) o ser humano é um ser social e, portanto, o estabelecimento de vínculos no seu mundo afetivo é fundamental. Ele afirma que essa potencialidade do ser humano se realiza rosto a rosto, isto é, no espaço temporal dos seres humanos. A partir disso, cuidar sugere presença, na qual o respeito às diversidades, às potencialidades, às especificidades e à liberdade de tomar decisões condiciona a construção de relações intergeracionais e de cuidado intergeracional com uma atitude humanizada e ética.

O mesmo autor destaca que a dimensão das relações entre as pessoas humanas tem o diálogo e o amor como categorias fundamentais da existência humana (ROSELLÓ, 2005). Ora, se o cuidado é condição de sobrevivência humana com dignidade, quando é considerado como uma atitude amorosa, torna-se uma dádiva e uma dívida; uma troca que, de acordo com as particularidades culturais, se constrói nas relações de cuidado.

Nesse sentido, na construção de relações de cuidado, deve-se considerar que estar junto é imprescindível, desde que essa presença seja embasada no respeito ao outro, às particularidades culturais, no afeto e no relativismo. Quando a presença ocorre isoladamente, não garante o cuidado humanizado e ético. Em alguns contextos sociais, a não presença também significou cuidado, levando em conta que o ser idoso deseja ter seu momento sozinho, planejar sua vida e suas decisões.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término dessa pesquisa é possível constatar que são imprescindíveis mudanças em relação ao olhar dos profissionais de saúde e das políticas públicas sobre os idosos. Cabe destacar algumas particularidades observadas nos idosos e nas outras faixas etárias que devem ser consideradas pelos cuidadores formais e informais.

Um dos resultados mais importantes dessa pesquisa diz respeito ao tema da “preservação da autonomia” que deve ser pensada e incorporada na prática do cuidado com o idoso. Ao pensar e fazer o cuidado de enfermagem humanizado, deve-se conduzi-lo no sentido de que os idosos sintam-se protagonistas de suas vidas. A promoção da saúde com ações que permitam a informação significativa, e assim a tomada de decisões, oportuniza a autonomia.

Trabalhar com a dependência sob o olhar do idoso – colocando a horizontalidade na relação enfermeiro-pessoa idosa, em que a enfermagem tenha o conhecimento científico gerontológico e o idoso seja respeitado com seu saber e experiência de vida – poderá construir uma relação de confiança e um vínculo “cuidador – ser cuidado” que seja mais eficaz. Exemplificando o que foi constatado: a dependência afetiva foi evidente nos idosos, mas não se destacou entre cuidadores filhos. Nos cuidadores netos entrelaçaram-se a dependência afetiva permeada com sentimentos de submissão e admiração. Os idosos têm significados diversos para as outras gerações. Para os netos, conviver com os idosos é uma oportunidade de aprendizado e crescimento, que despertaram a construção de vínculos afetivos fortes. São contextos sociais cujas relações estabelecem trocas, em que todos são presenteados e retribuem o presente recebido que é o cuidado.

Nascemos e morremos necessitando de cuidado, mas a qualidade do cuidado dependerá do respeito às especificidades culturais do grupo social em que ele é exercido.

Para Mauss (2003) dar, receber e retribuir são três momentos distintos, mas interligados cujas conexões são fundamentais para a constituição e a manutenção das relações sociais. A dádiva, nesse caso o cuidado, opera uma mistura entre amizade e conflito, interesse e desinteresse, obrigação e liberdade. A reciprocidade é determinante do cuidado, sobretudo na sua interpretação como prática cultural de reconhecimento social, de realização pessoal, de perspectiva para o futuro que pode ser ilustrada pela idéia: “se eu cuido de alguém, um dia serei cuidada”.

A presença constante não é necessariamente uma manifestação de cuidado e pode inclusive representar falta de cuidado com o idoso. A prática do cuidado será humanizada na medida em que haja respeito às escolhas e histórias de vida. A qualidade de vida para os idosos e cuidadores têm particularidades que devem ser consideradas. Ficou evidente que ter qualidade de vida para os idosos não é apenas ausência de doenças e, sim, ter autonomia, sentir-se reconhecido e valorizado, fazendo parte da família. Categorizar as pessoas por ciclo de vida pode ser um fator negativo na prática do cuidado integral, sobretudo se for compreendido que existem necessidades inerentes às pessoas em todos os ciclos de vida.

O questionamento sobre o significado de ser idoso, para quem não é idoso, demonstrou que é relevante se colocar no lugar do outro, pois, ao fazer isso, estaremos compreendendo suas particularidades. A escuta é uma *tecnologia leve* que causa impacto na vida dos idosos, interferindo positivamente nas vidas de todos.

Nos encontros, surgiram oportunidades de atuação de ações de cuidado, direcionadas à promoção da saúde, por meio da educação em saúde, a qual possibilitou resgatar algumas concepções de Leininger (1991). Respeitar singularidades, diversidades, histórias, contextos e cotidianos dos indivíduos permitem exercer o papel científico e social da enfermagem. Considerar os hábitos e culturas da comunidade fez a diferença no cuidado de enfermagem.

Ficou evidente que os papéis sociais são complementares, pois os encontros construíram-se de acordo com as expectativas de cada um e de imprevistos, os quais exigem da enfermagem (enquanto arte e ciência) o cuidado do ser humano em sua complexidade (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

Na prática profissional a aplicação das políticas públicas referentes ao cuidado com o idoso são fragmentadas, desconsideram os contextos de vida. Segundo Pelzer (2005), existe um evidente descompasso entre a PNSI e a assistência oferecida à população na rede básica de saúde, cujas funções profissionais não exigem, em sua grande maioria, qualificação na área de geriatria/gerontologia. Os trabalhadores de saúde encontram-se despreparados para acolher às demandas dos idosos e de seus cuidadores. Não existe ainda a possibilidade de formação de rede de cuidado entre cuidadores formais e informais. A demanda de cuidado na prática fica sob responsabilidade da família que vem passando por transformações constantes, as quais interferem no cotidiano das pessoas, pois o cuidado foi ao longo da história uma responsabilidade social do gênero feminino e está aos poucos deixando de ser, tendo em vista que nessa pesquisa já encontramos alguns cuidadores homens.

Por fim gostaria de fazer algumas considerações sobre o método. A utilização do método etnográfico na enfermagem oportuniza a realização do cuidado humanizado, por meio da aproximação das pessoas, nos seus contextos sociais. O método permite estabelecer uma relação cuidativa, na qual os saberes são complementares e imprescindíveis para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e seus familiares. Estar próximo, respeitando as particularidades culturais é uma estratégia de humanização na relação enfermeiro e ser cuidado. Assim, a enfermagem está, de fato, construindo seu saber e seu fazer a partir da realidade social.

Cabe considerar a relevância no sentido de que sejam pensadas e planejadas ações que envolvam todas as gerações no cuidado intergeracional com o idoso, destacando aquelas que possibilitem às pessoas que ainda não são idosas a compreensão de que um dia, se tiverem o privilégio, também serão. Desconstruir a idéia de que a velhice é algo distante ou até impossível de acontecer para as pessoas que não são idosas, poderá ser uma estratégia de transformação nas relações e de valorização social dos idosos. É possível, nesse sentido, propor ações de intervenção para todas as faixas etárias, iniciando pela criança, em que sejam problematizadas e compartilhadas situações cotidianas de quem é idoso.

Santos (2006) fala do paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente. Quando aponta a necessidade de mudança de paradigma, o autor aborda o paradigma emergente, construído por meio do respeito a diferenças,

particularidades culturais, valores e crenças, da flexibilidade como fundamental na humanização das relações, da valorização do saber popular e da interpretação da vida social. Refere-se à qualidade de vida como fator imprescindível para a garantia da dignidade humana.

Nesse estudo foi possível, por meio do método utilizado, chegar aos resultados que evidenciaram a necessidade emergente de mudança de paradigma, por meio da humanização das relações.

Sendo assim, é importante levar em consideração as percepções que as outras gerações têm dos idosos, pois, só assim, será possível elaborar estratégias de mudanças nos comportamentos e atitudes dos cuidadores informais.

A sugestão que fica a partir dessa dissertação é que sejam pensadas e planejadas ações (tanto para os trabalhadores de saúde quanto para os cuidadores familiares) que oportunizem a relativização, a consideração de que existem olhares e concepções diversas acerca da prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F. T. M. de; CABRAL, B. E. da S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ASSEMBLÉIA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. **Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento**. Viena, 1982.

AYRES, J. R. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; Presses Universitaires de France, 1977.

BORGES, Z. N. **Quando a vida é um dom**: um estudo sobre a construção social da doença e as representações sobre o transplante renal, 1995. 177f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Centro de Documentação e Informação. Coordenação de Publicações. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003**. Cria o Estatuto do Idoso, respeito à melhor idade. Brasília, 2003.

BRASIL. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. **Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> (acesso em 20 mai 2008).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde-SAS. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. **Pacto pela saúde**. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, 2006. v.1.

BRASIL. **Envelhecimento ativo**: uma política de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

BUDÓ, M. de L. D. **Cuidando e sendo cuidado**: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos, 1994. 222 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARGNIN, R.; ACOSTA, M. A. Um estudo sobre idosos asilados com cegueira adquirida. **Estud. Interdisciplinar Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 67-80, 2007.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, 1989.

COUTRIM, R. M. da E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 21, n. 2, 2006.

DAMATTA, R. **Explorações-ensaios de sociologia interpretativa**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Fapesp, 2004.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. do. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

- FERREIRA, M. de F. de J. A. O idoso e a criança. Centro de Documentação sobre Envelhecimento da Universidade Aberta da Terceira Idade - UniAT. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005.
- FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 58-78, 1999.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- GIACOMIN, K. C; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.
- GOLDIN, J. R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora do idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.
- GREGIS, C.; MARTINI, J. G. Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no projeto de redução de danos de Porto Alegre. SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, p. 1-21, 2006.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HERÉDIA, V. M. Com bisavô e sem primos. **Jornal Zero Hora**, p.37, 29 set 2007.
- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1115-1117, 2008.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, v. 10, p. 21-200, 1987.
- LEININGER, M. M. **Culture care diversity e universality: a theory of nursing**. New York: Leininger M.M., 1991.
- LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, 2001.
- MALINOWSKI, B. K. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. In: _____. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MAPA 01. Município de Santa Maria - Vila Bela União. Disponível em <http://earth.google.com.br/> (acessado em 20 ago 2008).

MAPA 02. Município de Santa Maria – Área de pesquisa. Disponível em <http://earth.google.com.br/> (acessado em 20 ago 2008).

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MARCON, S. S. **Criar os filhos: experiências de famílias de três gerações**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1999.

MENDES, R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L. de; FARO, A. C. M; LEITA, R. de C. B. de. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 422-4226, 2005.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas no setor saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MOTTA, A. B. Visão Antropológica do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In FREITAS, E. V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In FREITAS, E. V. de. et al (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PEIXOTO, C. E. **Família e envelhecimento**. Rio de janeiro: FGV, 2004.

PELZER, M.T. **Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua**, 2005. 132f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

ROSELLÓ, F. T. **Antropología del Cuidar**. Madrid: MAPFRE, 2005.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, p. 221-250.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2006.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

SILVA, M. R. da S.; ELSEEN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia Ribeirão Preto**, v.13, n. 26, p. 147-156, 2003.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL (SIAB). Secretaria de Município de Saúde. Santa Maria, 2007.

TRENTINI, M.; SILVA, S. H.; VALLE, M. L.; HAMMERSCHN, K. S. de A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

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

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

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

APÊNDICES



APÊNCIDE A - Roteiro das entrevistas com os idosos

1. Dados socioeconômicos:

- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Religião (descobrir se é praticante ou não)
- Etnia ou origem étnica
- Estado civil
- Profissão que já exerceu e atividade/ocupação que exerce no momento
- Reside em casa própria ou alugada?
- Renda familiar
- Número de pessoas que moram nessa residência

Outros detalhes importantes a serem observados: se os pesquisados moram em casa de material ou de madeira, com encanamento ou não, se há banheiro dentro de suas casas ou na rua, qual o número de cômodos de cada residência, etc.

Número de pessoas que dividem o quarto com o idoso

2. Sobre o cuidado:

- O que significa cuidar para o senhor/ a?
(verificar se cuidar é dar sustentação econômica, se cuidar é ter contato físico, se é ter paciência, se tem relação com dedicação e atenção constante, se tem relação com preocupação, se está relacionado ao controle sobre a moralidade dos filhos e filhas, etc)
- Em sua família, quem cuida de quem? Quem cuida e quem é cuidado?
- Em sua família, quem precisa ser cuidado?
- Em caso de ter uma pessoa que precisa ser cuidado, como ele é feito e por quem é realizado esse cuidado? (tentar esmiuçar a forma como o cuidado ocorre)
- Quem o/a sr/a considera que cuida melhor, o homem ou mulher? Por quê?
- O senhor (a) é ou já foi cuidado (a)?
- Como é/ foi essa experiência?
- O que significa para o (a) senhor (a) conviver com outras gerações

- O que é ser idoso/ velho para o (a) senhor (a)? Perceber qual termo eles ou elas utilizam, se é velho ou idoso e empregar o termo que o entrevistado estiver usando.
Em sua família, quem cuida dos velhos/idosos?

APÊNCIDE B - Roteiro de entrevista para as outras gerações

1.Dados socioeconômicos

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
- Religião (descobrir se é praticante ou não)
- Etnia ou origem étnica
- Estado civil (não será incluído se a outra geração for criança)
- Profissão que já exerceu e atividade/ocupação que exerce no momento (não será questionado se a outra geração for representada por uma criança)
- Casa própria ou alugada (será investigado se a pessoa da outra geração não residir com o idoso)
- Renda familiar
- Você mora com o (a) idoso(a)?
- Quantas pessoas dividem o quarto com você?

2.Sobre o cuidado:

- O que significa cuidar para você?
(verificar se cuidar é dar sustentação econômica, se cuidar é ter contato físico, se é ter paciência, se tem relação com dedicação e atenção constante, se tem relação com preocupação, se está relacionado com controle sobre a moralidade dos filhos e filhas... etc)
- Em sua família, quem cuida de quem? Quem cuida e quem é cuidado?
- Você cuida de alguém?
- Em sua família, quem precisa ser cuidado?
- Em caso de ter uma pessoa que precisa ser cuidado, como ele é feito e por quem é realizado esse cuidado? (tentar esmiuçar a forma como o cuidado ocorre)
- Quem você considera que cuida melhor, o homem ou mulher? Por quê? (se for criança, abordar essa questão de forma que ela compreenda o significado da pergunta. Exemplo: questionar se quem ela acha que cuida melhor é o pai, a mãe, a irmã, o irmão, o avô, a avó).
- Como você é ou já foi cuidado?

- Por quem você é ou foi cuidado?
- Como é/ foi essa experiência?
- O que significa para você conviver com o (a) idoso(a)?
- Em sua família, quem cuida dos velhos/idosos?
- Como você se imagina quando for idoso (a)/velho (a)?

APÊNCIDE C - Termo de consentimento livre esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
A PERSEPECTIVA CULTURAL NO CUIDADO INTERGERACIONAL
COM O IDOSO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

Pesquisadora:- Gisela Cataldi Flores (Enfermeira – Aluna do Mestrado em Enfermagem da UFSM). Tel: (55) 30277787; Cel: (55) 91636782; e-mail: gcflores1@hotmail

Orientador:- Profa. Dra. Zulmira Newlandes Borges (Antropóloga – Professora associada do Departamento de ciências sociais da UFSM e do Mestrado em Enfermagem da UFSM).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o cuidado com o idoso entre as gerações. O objetivo dessa pesquisa é compreender como ocorre o cuidado com o idoso pelas outras gerações, o que é para o senhor(a) o cuidado, o que é o cuidado para quem cuida. Pensa-se em realizar essa pesquisa, porque o envelhecimento da população uma questão que é de responsabilidade de todas as pessoas, de todas as gerações.

Para alcançar o objetivo dessa pesquisa, serão realizadas entrevistas com um roteiro o qual o senhor(a) terá liberdade para responder o que achar necessário. Essas entrevistas serão realizadas por meio de uma conversa entre a pesquisadora e o senhor(a) , em local acordado com o senhor(a). Caso o senhor(a). autorize as mesmas serão gravadas e, após serão escutadas pelo senhor (a). Após seu consentimento o registro das gravações serão utilizados pela pesquisadora. Junto será realizada a observação participante que, ocorrerá nos domicílios após acordo entre sujeitos da pesquisa e pesquisadora, ou em local previamente marcado, conforme sua disponibilidade. A observação participante é uma forma de convívio entre você, outras pessoas que façam parte da sua vida e a pesquisadora, na qual ocorrerão conversas e encontros que vão sendo combinados durante a pesquisa. As entrevistas serão entregues ao senhor (a) após o término, para depois serem analisadas pela pesquisadora. O senhor(a) terá disponível a transcrição realizada pela autora, para certificar-se do que realmente será considerado da sua fala e para que não ocorram equívocos.

Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa, o sujeito da pesquisa tomará ciência dos princípios éticos quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficência e confidencialidade e, que regerão sua participação.

Este projeto fora encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, obtendo parecer_____.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar desta pesquisa científica, e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento sendo bem instruído (a), de acordo com os princípios da ética:

A minha participação é voluntária e livre, não acarretará nenhum risco físico ou moral, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, dando minha permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas ou não em áudio. Todas as fitas serão desgravadas após o termino da pesquisa, sendo que as falas serão identificadas por códigos. Estou ciente que sou livre para recusar a dar

respostas a determinadas questões durante as entrevistas, retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas pelo pesquisador a meu contento.

Sei que, além do pesquisador, o material coletado na entrevista será de conhecimento do Professor Orientador, sendo o meu nome omitido e esta pessoa estará submetida às normas do sigilo profissional. O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, podendo conter falas da entrevista, mas sempre de modo anônimo, garantindo o anonimato. Finalmente, estou ciente de que serei respeitado (a) quanto a minha privacidade e autonomia.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____
pelo _____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Campus Universitário - 97105-900 - Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE D- Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: A perspectiva cultural no cuidado intergeracional com o idoso: um estudo etnográfico

Pesquisador responsável: Zulmira Newlandes Borges

Pesquisadora mestranda: Gisela Cataldi Flores

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 30277787 – (55) 91636782

Local da coleta de dados: residências dos idosos moradores na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Vila Bela União e outros locais a ser acordado com os sujeitos da pesquisa.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos idosos e da outra geração que participarem da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas e observação participante, sendo utilizado gravação em áudio, nas residências e outros locais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas junto da pesquisadora por um período de 12 meses sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Gisela Cataldi Flores. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,dede 2007.

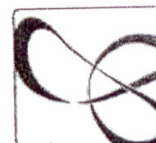
Zulmira Newlands Borges CI 2052814452.

ANEXOS



ANEXO 1**Ofício nº 113/20/ Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS)/ NEPES.**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail nepes@santamaria.gov.br – Fone (55) 3286 2609
3222-3290



Ofício nº .113 /2007/SMS/NEPES

Santa Maria, 08 de outubro de 2007.

Prezada Mestranda

Em resposta a solicitação de realização da pesquisa de dissertação de mestrado em Enfermagem da UFSM intitulado “A Perspectiva cultural no cuidado intergeracional com idosos”.

Informamos que a pesquisa poderá ser realizada mediante a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução CNS 196/96.

Agradecemos a atenção, respeitosamente.


Hedioneia Pivetta

Coordenadora do NEPeS

Ilma Sra.
Gisela Cataldi Flores
Mestranda em Enfermagem
UFSM

ANEXO 2
Parecer da Equipe Estratégica de Saúde da Família da Vila Bela União

Santa Maria, 07 de novembro de 2007.



Após apresentação do projeto de pesquisa intitulado “ A PERSPECTIVA CULTURAL NO CUIDADO INTERGERACIONAL COM O IDOSO, a essa equipe de saúde e líderes comunitários, informamos que a mesma poderá ser realizada no Programa de Saúde da Família da Vila Bela União, com o parecer favorável.

Solicitamos que a mesma seja iniciada após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM.

Atenciosamente


Coordenador da Equipe de PSF da Vila Bela União.

ANEXO 3 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa - UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: A perspectiva cultural no cuidado intergeracional com o idoso

Número do processo: 23081.000061/2008-85

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0001.0.243.000-08

Pesquisador Responsável: Zulmira Newlands Borges

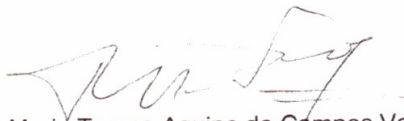
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2009 Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 15/01/2008

Santa Maria, 16 de Janeiro de 2008.



Prof.ª. Dr.ª. Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.