

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

GUIOMAR ALEGRIA SOUZA SILVA NOBRE

**DINÂMICAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES
RIBEIRINHOS**

MANAUS
2022

GUIOMAR ALEGRIA SOUZA SILVA NOBRE

**DINÂMICAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES
RIBEIRINHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI da Universidade Federal do Amazonas – UFAM para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicológicos e Saúde.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ

MANAUS
2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Nobre, Guiomar Alegria Souza Silva
N754d Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos /
Guiomar Alegria Souza Silva Nobre . 2022
175 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e
Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Dinâmicas familiares. 2. Idosos dependentes. 3. Idosos
ribeirinhos. 4. Cuidadores familiares. 5. Abordagem sistêmica. I.
Gutierrez, Denise Machado Duran. II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título



Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Processo nº: 23105.029756/2022-81

Interessado: Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PARECER

GUIOMAR ALEGRIA SOUZA SILVA NOBRE

“Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos.”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia na Linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Aprovado em 26 de julho de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Denise Machado Duran Gutierrez

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Prof.ª Dr.ª Consuelena Lopes Leitão
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Prof.ª Dr.ª Rita Maria dos Santos Puga Barbosa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu vida e capacidade intelectual para concluir essa pesquisa;

Aos meus pais *in memoriam*, Miguel Soares e Lourdemar Silva, em especial a minha mãe que me colocou na escola e me incentivou a não ser apenas uma dona de casa como ela, sempre muito fiel, aos padrões da família tradicional;

Ao meu querido esposo, Waldemir Nobre, que pegou sol e chuva junto comigo na coleta de dados e durante a pandemia da Covid-19, tornou-se cardiopata, exigindo de mim cuidados específicos, todavia, é meu grande incentivador. Seguimos de mãos dadas;

Aos meus queridos filhos, presentes de Deus que amo muito: Wanessa, George Felipe e Germano, meus apoiadores e admiradores. Deus os guarde, proteja e abençoe eternamente, meus amores;

À minha nobre orientadora, Denise Gutierrez, por sua competência em acolher, ensinar e orientar a mim visando meu crescimento constante;

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da UFAM, pelo apoio e acolhida tanto a mim como aos meus colegas de turma durante todo o processo que foi atravessado pela Covid-19, em especial a profa. Gisele Resende, humana e competente na Coordenação do PPGPSI;

Gratidão às professoras Consuelena Lopes Leitão, Iolete Ribeiro, Rita Maria dos Santos Puga Barbosa, Iolete Ribeiro da Silva e Cláudia Guerra Monteiro, que compuseram a banca examinadora.

Às Comunidades Santa Luzia/Careiro da Várzea e Campinas do Norte/Manacapuru, interior do Amazonas pela acolhida, receptividade e colaboração para realização desse estudo na pessoa de cada idoso participante, seus familiares, e profissionais de saúde que foram muito atenciosos;

E finalmente meu agradecimento e reconhecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM pela bolsa que fomentou essa pesquisa.

RESUMO

Diante do crescimento da população idosa no Brasil que vivem mais, logo, dependem mais de cuidados de saúde, sobrecarregando os cuidadores familiares diariamente, é relevante estudar sobre as Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos no Amazonas. O Objetivo geral dessa pesquisa foi analisar as dinâmicas familiares de idosos dependentes em área ribeirinha. Objetivos específicos: 1. identificar principais conflitos de famílias de cuidadores de idosos dependentes, relacionados à situação de dependência e cuidado diário do idoso; 2. discutir as diferenças de gênero nas estratégias de cuidado do idoso dependente; 3. descrever as condições de acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial para o cuidado do idoso dependente. Metodologicamente foi usada abordagem qualitativa, coleta de campo por meio de entrevista semiestruturada e Análise de Conteúdo como técnica analítica. Participaram da pesquisa 10 idosos dependentes ribeirinhos e 08 cuidadores familiares moradores das comunidades de Santa Luzia, subdistrito de Careiro da Várzea/Amazonas e Campinas do Norte, município de Manacapuru/Amazonas. Resultados apontaram que as Dinâmicas das relações familiares de idosos dependentes se modificam conforme a condição de dependência do idoso; as redes de cuidado familiares são sustentadas pela cultura de residências próximas à casa do idoso e pelo envolvimento de grande parte da família no cuidado. 1. Os principais conflitos de famílias de cuidadores para os cuidadores estão ligados as finanças e alimentação, ao adoecimento do idoso, questões subjetivas e direito do idoso; na compreensão dos idosos acontecem confrontos geracionais e conflitos relacionados a aspectos da vida diária; 2. As diferenças de gênero nas estratégias de cuidado para o cuidador abrangem a organização do tempo e atividades, promoção de bem-estar, redes de apoio, promoção da autonomia, dialogar e ouvir histórias do idoso e orientações para um bem cuidar. Para os idosos essas estratégias estão ligadas a ideia de atenção conforme as expressões: me leva no banheiro, me leva para tomar banho, varre a casa, ser mais atenciosos; 3. As condições de acesso a serviços de saúde são bastante limitadas, em especial para o apoio psicossocial para o cuidado do idoso dependente e sua família nas comunidades, o que é inexistente. Conclusão: Ficou evidente a necessidade de mais estudos voltados para a escuta do idoso dependente, e em especial o ribeirinho, e suas famílias. Quanto ao precário acesso a serviços de saúde dessas comunidades tão próximas a Manaus, é imprescindível a melhoria da efetividade da assistência básica, de acordo com a realidade dos ribeirinhos, conforme proposta do SUS para o Programa Estratégia Saúde da Família, cuja equipe além da assistência básica atenda as questões psicossociais da população idosa, levando de forma efetiva programas de distribuição de medicamentos para todos. É necessário a presença de profissional de saúde para orientar as famílias de acordo com a dependência de cada idoso, bem como do nutricionista para orientar as famílias em contexto regional a aproveitar os alimentos regionais na prevenção de doenças, manutenção e promoção da saúde.

Palavras - chaves: dinâmicas familiares; idosos dependentes; idosos ribeirinhos; cuidadores familiares; abordagem sistêmica.

ABSTRACT

Faced with the growth of the elderly population in Brazil who live longer, therefore, depend more on health care, overloading family caregivers daily, it is relevant to study the family dynamics of dependent elderly people living in the Amazon. The general objective of this research was to analyze the family dynamics of dependent elderly people in a riverside area. Specific objectives: 1. to identify the main conflicts of families of caregivers of dependent elderly people, related to the situation of dependence and daily care of the elderly; 2. discuss gender differences in care strategies for the dependent elderly; 3. describe the conditions of access to health services and psychosocial support for the care of the dependent elderly. Methodologically, a qualitative approach was used, field collection through semi-structured interviews and Content Analysis as an analytical technique. Participated in the research 10 riverside dependent elderly and 08 family caregivers living in the communities of Santa Luzia, sub-district of Careiro da Várzea/Amazonas and Campinas do Norte, municipality of Manacapuru/Amazonas. Results showed that the dynamics of family relationships of dependent elderly people change according to the condition of dependence of the elderly; family care networks are supported by the culture of residences close to the elderly person's home and by the involvement of a large part of the family in care. 1. The main conflicts of families of caregivers for caregivers are linked to finances and food, illness of the elderly, subjective issues and rights of the elderly; in the understanding of the elderly, generational confrontations and conflicts related to aspects of daily life occur; 2. Gender differences in care strategies for the caregiver include the organization of time and activities, promotion of well-being, support networks, promotion of autonomy, dialogue and listening to the stories of the elderly and guidelines for good care. For the elderly, these strategies are linked to the idea of care according to the expressions: take me to the bathroom, take me to take a shower, sweep the house, be more attentive; 3. The conditions of access to health services are quite limited, especially for psychosocial support for the care of the dependent elderly and their families in the communities, which is non-existent. Conclusion: It was evident the need for more studies aimed at listening to the dependent elderly, especially the riverside, and their families. As for the precarious access to health services in these communities so close to Manaus, it is essential to improve the effectiveness of basic care, according to the reality of the riverside people, as proposed by the SUS for the Family Health Strategy Program, whose team, in addition to basic care meets the psychosocial issues of the elderly population, effectively carrying out drug distribution programs for all. The presence of a health professional is necessary to guide families according to the dependence of each elderly person, as well as a nutritionist to guide families in a regional context to take advantage of regional foods in disease prevention, maintenance and health promotion.

Keywords: family dynamics; dependent elderly; riverside elderly; family caregivers; systemic approach.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de quadros

Quadro 1	Estruturação dos resultados	53
Quadro 2	Síntese dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa	54
Quadro 3	Condições de dependência dos idosos participantes	58
Quadro 4	Quem mais cuida dos idosos quanto ao gênero	114
Quadro 5	Quem mais vigia o idoso quanto ao gênero	117

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	QUADRO TEÓRICO	20
2.1	Teoria sistêmica	21
2.2	Desenvolvimento humano e envelhecimento	30
2.2.1	Generatividade versus estagnação: cuidado	32
2.2.2	Integridade versus desespero e desgosto: sabedoria	33
2.3	Dependência	37
2.4	População ribeirinha	43
3	QUADRO METODOLÓGICO	45
3.1	Tipo de pesquisa	45
3.2	Dos sujeitos da pesquisa	46
3.2.1	Participantes	46
3.2.2	Da composição do grupo de participantes	46
3.3	Crterios de inclusão e exclusão	46
3.4	Local da pesquisa	47
3.4.1	Contextualização das comunidades	47
3.5	Instrumentos	49
3.6	Procedimentos	49
3.6.1	Coleta de dados	49
3.6.2	Procedimentos de análise	51
3.6.3	Procedimentos éticos	51
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1	Ser cuidador de idoso dependente em área ribeirinha	55
4.1.1	Mudanças nas dinâmicas familiares	55
4.1.2	Rotinas de cuidado	58
4.1.3	Dias típicos e atípicos no cuidar	60
4.1.4	Administração dos proventos dos idosos	62
4.1.5	Identificando conflitos na relação cuidador- idoso a partir da fala do cuidador	62
4.1.6	Diferenças de gênero nas estratégias de cuidado segundo os cuidadores	81
4.2	O idoso dependente em área ribeirinha	102
4.2.1	Identificando conflitos na relação idoso-cuidador	103
4.2.2	Diferenças de gênero nas estratégias de cuidado na perspectiva dos idosos	113
4.3	Acesso à saúde e apoio psicossocial na perspectiva dos cuidadores e idosos	122
4.4	O cuidador ribeirinho e o cuidar de idoso dependente.....	132
5	CONCLUSÃO	150
6	REFERÊNCIAS	153
7	APÊNDICES	161

1 INTRODUÇÃO

Este estudo investiga as dinâmicas familiares de idosos dependentes residentes em área ribeirinha no estado do Amazonas, especificamente nas Comunidades de Santa Luzia, à margem do Paraná do rio Autaz Mirim, subdistrito de Careiro da Várzea e Comunidade de Campinas do Norte, localizada   margem do Paraná do rio Anam , pertencente ao município de Manacapuru.

A realiza o dessa pesquisa sobre a dinâmica familiar de pessoas dependentes na última fase do desenvolvimento humano necessitou de revisão da literatura. Para tal buscou-se publica es com os seguintes termos: “dinâmicas familiares”, “idosos dependentes” e “Idosos ribeirinhos,” pretendendo ampliar o conhecimento desse campo de estudo peculiar. Digo, quanto a especificidade dos povos tradicionais (BRASIL, 2007), habitantes das proximidades de rios, dependentes, quase que exclusivamente das águas para sua subsistência em contexto sócio-histórico e cultural.

A atualiza o de revisão de literatura deu-se de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, nas bases Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Através da pesquisa avançada, acessou-se as Bases em Ciências da Saúde e áreas correlatas que abrigam LILACS, Portal BVS, BVS Brasil, Portal de Revistas da USP, Periódicos CAPES, SciELO Livros.

O resultado das buscas com os termos utilizados nessa pesquisa mostraram que pesquisas sobre *dinâmicas das rela es familiares de idosos dependentes ribeirinhos*, não foram encontradas. Isso deixa uma lacuna a ser preenchida por conhecimento científico voltado para essa popula o específica, considerada tradicional, investigando suas crenças e dinâmicas das rela es familiares. Em especial os idosos dependentes cuidados em seu domicílio merecem aten o. Entendemos que o entendimento das questões do cuidado a esse grupo pode ser enriquecido pelo aporte sócio-histórico, contribuindo assim com a psicologia enquanto ciência do desenvolvimento humano em contexto regional.

Os trabalhos encontrados com os referidos termos foram filtrados para os últimos cinco anos que abordassem a “dinâmica familiar” Foram encontradas tr s publica es, sobre dinâmica familiar, porém, com atores de contextos que envolvem a escolha matrimonial, o cuidado e a prote o relacionado ao sexo masculino, com as escolhas orientadas por mulheres. Os artigos procuram chamar a aten o para as

diferentes referências sociais e culturais que estão em jogo na construção da masculinidade e da feminilidade, as quais se relacionam com a dinâmica familiar, a escolha matrimonial em Marrocos; a dinâmica familiar de meninos vítimas de abuso sexual; e dinâmica familiar, com foco na sociedade crioula de Cabo Verde ao longo dos anos e seu reflexo no contexto familiar de como mulheres imigrantes constroem uma família à distância. Nenhum dos trabalhos aborda a dinâmica de relações familiares de idosos em nenhum aspecto, tão pouco em contexto ribeirinho, deixando uma importante lacuna a ser preenchida.

Do mesmo modo buscou-se trabalhos ligados à associação de palavras “Idosos dependentes”. Foram achados 12 textos dos últimos cinco anos. Esses estudos englobam temas como, implicações das doenças crônicas, avaliação da qualidade de vida de idosos dependentes e cuidadores de idosos familiares e informais; sintomas da depressão na vida do idoso; a satisfação e sobrecarga de cuidadores de idosos dependentes; a visão de cuidadores formais de idosos dependentes institucionalizados, acessibilidade e inclusão de idosos dependentes. Os participantes das pesquisas são idosos dependentes e cuidadores da região urbana, o que aponta um espaço para esta investigação com idoso em área ribeirinha, pois, são poucas pesquisas com idosos dependentes, principalmente residentes em área ribeirinha.

Com o termo “idosos ribeirinhos” foram identificadas cinco publicações dos últimos cinco anos, relacionadas a esse grupo. Os temas tratam das representações sociais do envelhecimento entre idosos ribeirinhos; fragilidade de idosos ribeirinhos amazônicos; condições de habitação e grau de satisfação domiciliar entre idosos ribeirinhos; representações sociais do envelhecimento; controle postural de idosos amazônicos e rotinas de famílias de idosos ribeirinhos.

Conforme a literatura revisada mostrou existem várias lacunas nesse tema que necessitam de estudo e aprofundamento. Constatou-se que nenhum desses estudos aborda a dinâmica das relações familiares de idosos na região amazônica, sobretudo do idoso dependente e cuidadores familiares em área ribeirinha. Verifica-se a necessidade de aprofundamento acerca da compreensão do idoso dependente e seu cuidador familiar em contexto ribeirinho no que concerne às *dinâmicas das relações familiares de idosos dependentes ribeirinhos*. Justifica-se assim a imprescindível relevância desse estudo que busca aprofundar: Como acontece a dinâmica das relações familiares desse grupo a partir da fala dos idosos e de seus cuidadores?

Quais estratégias de cuidado os cuidadores utilizam no exercício do cuidado diário do idoso inserido no sistema familiar considerando toda a sua complexidade?

É preciso assim fomentar as discussões entre os diversos atores envolvidos no cuidado do idoso dependente. Bem como contribuir para a melhoria do cuidado oferecido ao idoso em domicílio, pelos profissionais e cuidadores, formais, informais e familiares, inseridos num todo complexo denominado família. Torna-se também importante considerar a família em seu aspecto dinâmico como grupo sujeito às mudanças que ocorrem na sociedade mais amplamente (MINUCHIN, 1982) .

À vista disso, vale mencionar que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019 s/p), chama atenção para o número de idosos a partir dos 60 anos, que irão precisar de cuidados prolongados nos anos seguintes. Essa população irá triplicar nas Américas nos próximos 30 anos. O número de longevos passará de 8 milhões para 27 a 30 milhões.

De fato, o crescimento populacional vem acontecendo por conta do processo de transição demográfica e epidemiológica, uso do controle de natalidade, tecnologia médica e conseqüente aumento da expectativa de vida (GONÇALVES *et al.*, 2011; MOCELIN *et al.*, 2017). O aumento da expectativa de vida, aliado aos benefícios tecnológicos das Ciências da Saúde, resulta no paralelo aumento de doenças crônicas e deficiências que, em muitos casos, afetam a capacidade de autossuficiência dos idosos, deixando-os em situação de dependência da família para manutenção da saúde. Em virtude disso, as famílias precisam se adequar para acompanhar esse processo de transformação social demográfico.

Outrossim, a família impelida pelas transformações, é considerada por Minuchin (1982, p. 56), “*um sistema aberto em transformação, isto é, constantemente recebe e envia inputs para e do extrafamiliar, e se adapta às diferentes exigências dos estágios de desenvolvimento que enfrenta*”. De outro modo, a família contemporânea, com suas várias configurações , apresenta semelhanças e diferenças entre seus vários modelos. Pode ser assim considerada “*um grupo de pessoas conectadas por emoção e/ou sangue, que viveu junto o tempo suficiente para ter desenvolvido padrões de interação e histórias que explicam esses padrões de interações*” (MINUCHIN; LEE; SIMON, 2008 p. 52).

Do ponto de vista de seu funcionamento e dinâmica a família, para Minuchin (1982, p. 57), “*é um sistema que opera através de padrões transicionais. Transações*

repetidas estabelecem padrões de como quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema". Desse modo são as relações entre seus membros no exercício de atividades no cotidiano que vão gerando formas relacionais mais fixas que indicam e reforçam a posição de cada um dentro do grupo. Os padrões de comportamento se repetem no processo interacional entre seus membros.

Sánchez *et al.* (2015, p. 126) complementa que a família é "*entendida como um cenário de interação. Transmite valores, normas e padrões de comportamento que moldam o comportamento do indivíduo*"¹. Assim, a família em sua origem pode ser parental, legalizada por direitos civis, fruto de alianças ou pactos verbais entre as partes interessadas em manter vínculos. Essas interações no contexto familiar, podem ser positivas, se os elementos componentes forem solidários, respeitosos e confiáveis mutuamente. De outro modo, podem ser desfavoráveis quando as ações dos sujeitos são baseadas na negligência ou rejeição, o que não coopera para o crescimento individual de seus membros.

Em conformidade com a Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS, Mendes (2012, p. 258), menciona que a família é "*um sistema complexo de relações em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento*". É nesse espaço que os indivíduos aprendem desde o nascimento sobre compartilhar bens e valores, mas também, se defrontam com a separação, diferenças pessoais, troca de afetos e emoções, formando sua identidade em interrelação com o outro.

Sánchez *et al.* (2015, p. 118), em pesquisa documental pontua que: "*A dinâmica familiar é o clima relacional que se estabelece entre os familiares, é móvel e permanece em um equilíbrio instável e complexo*"². Devido a sua complexidade e instabilidade, a dinâmica familiar, é um tema relevante para se investigar e em nosso caso em específico, diz respeito a aspectos e contextos peculiares de famílias de idosos dependentes residentes em área ribeirinha.

Ademais consideramos que a família, é modificada durante o ciclo vital (ERIKSON, 1988) influenciada pelos acontecimentos externos, pela história de vida de cada um de seus membros, bem como pela cultura e crenças de um povo. Dito isso, vale ressaltar que o funcionamento familiar e sua dinâmica interna foram amplamente estudados por Minuchin (1982). Com toda a certeza, seu conceito de

¹ Tradução livre do texto.

² Tradução livre do texto.

estrutura familiar, é bastante útil para aprofundar o entendimento sobre as dinâmicas familiares.

Para ele, “*estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem*” (MINUCHIN, 1982 p. 57). Nesse espaço organizativo, o comportamento dos membros é regulado por regras, que determinam o funcionamento do grupo. Para o autor, esse conjunto invisível de exigências, fomenta expectativas mútuas entre indivíduos específicos da família, e elas estão alicerçadas em acordos implícitos e explícitos entre seus membros. Geralmente relacionados a pequenos eventos do cotidiano. São esses aspectos próprios das relações familiares de idosos dependentes e seus cuidadores que interessam para o presente estudo.

Com respeito às condições de dependência de longevos no cotidiano domiciliar, pesquisas confirmam que diante do quadro de dependência na velhice, a maior responsabilidade recai sobre a família (GONÇALVES *et al.*, 2011; MOCELIN *et al.*, 2017). Da mesma maneira, Silva *et al.* (2015) enfatizam que a família em meio as necessidades de cuidados do idoso, acometido por doença crônica, irá precisar “[...] *se adaptar a essa nova demanda, aprendendo no dia a dia como desenvolver a assistência necessária ao idoso fragilizado*” (p. 218). Nessas circunstâncias, enquanto tenta se adaptar, a família com menor condição de subsistência sofre maiores dificuldades para manter a saúde, o cuidado e a qualidade de vida de seu ente querido, sofrendo perdas causadas por doenças crônicas ou algum tipo de acidente.

Na realidade, conforme Eusébio, 2011 citado por Jam (2017). o sofrimento do idoso dependente fragiliza a família. Inclusive, aquela em que há suporte tecnológico em casa, subsidiando os cuidados necessários, fica debilitada, modificando sua dinâmica. A modificação da dinâmica familiar geralmente acontece em detrimento da demanda do idoso, e, muitas vezes, há inversão de papéis. O filho cuidador, muitas vezes, passa a dar ao idoso o cuidado que recebia quando infante e a relação atual dos dois fundamenta-se na relação que a díade mantinha anteriormente (VIEIRA *et al.*, 2012; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006 apud SCALCO *et al.*, 2013).

Pedreira e Oliveira (2012) em estudo sobre as mudanças na dinâmica familiar, evidenciaram que morar junto com um idoso dependente, e cuidar dele, gera mudanças na organização da parentela, tanto para “melhora”, quanto para “piora” do relacionamento familiar. A necessidade de mudança leva ao desequilíbrio em caso de

piora. E as famílias dinamicamente modificadas, precisam de apoio para conviver diariamente com esta condição de maneira harmoniosa, de acordo com os hábitos e afazeres domésticos.

É fato que uma doença pode levar o idoso ao estado de dependência e exigir mudanças no funcionamento familiar. Exemplo disso, é o caso de quando acontece um Acidente Vascular Encefálico (AVE). O AVE apresenta posição de destaque, como causa de morte de idosos no segundo episódio (JAM, 2017). As pessoas que sobrevivem ao acidente, passam a conviver com alguns tipos de sequelas. Essas sequelas, levam à dependência de cuidados de saúde, dentre outros. Além do AVE, outras doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, osteoporose, mal de Parkinson, doença de Alzheimer, colesterol alto, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), exigem cuidados de saúde e apoio familiar.

Além disso, pesquisas apontam que doenças crônicas são potenciais geradores de estresse na relação cuidador-idoso dependente (GONÇALVES *et al.*, 2011; VIEIRA *et al.*, 2012; MOCELIN *et al.*, 2017). Elas indicam que tanto o doente quanto os familiares sentem o impacto da dependência do idoso, resultando em um desequilíbrio nas relações de poder no núcleo familiar, afetando as dimensões econômicas e emocionais da vida e demandando reorganização do funcionamento familiar e das relações que ocorrem em seu contexto.

Quanto ao desequilíbrio das relações de poder no núcleo familiar, Carneiro e França (2011, apud SCALCO *et al.*, 2013) identificaram que um dos maiores motivos de conflito no cuidado do idoso dependente é o criticismo ao cuidador. Observaram também, que idosos sem companheiros amorosos tinham mais conflitos com seus cuidadores do que os idosos que mantinham relacionamento conjugal.

Assim sendo, alguns autores (SILVA *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2012; MACEDO e MONTEIRO, 2004, apud SILVA *et al.*, 2015), consideram as relações afetivas um fator significativo na terceira idade para o equilíbrio, harmonia e manutenção do cuidado e bem-estar do idoso no círculo familiar. Sobre esse aspecto concordam que as relações entre os membros de uma família de idosos, parecem contribuir para o processo saúde-doença. Os desequilíbrios nos padrões de relacionamento no núcleo familiar podem eclodir em conflitos, os quais poderão resultar em “*quadros patológicos, físicos e/ou emocionais, que fragilizam a família*” (MACEDO e MONTEIRO, 2004 apud SILVA *et al.*, 2015, p. 2186).

Ainda sobre a importância das relações afetivas, para a harmonia e manutenção do cuidado, Vieira *et al.* (2012) constataram que os conflitos são comuns em domicílios onde residem pessoas de diferentes gerações (COLUSSI *et al.*, 2019) com núcleos familiares compostos por avós, pais, filhos, netos e até bisnetos. Nesse contexto, é maior a diversidade de afetos, e conseqüentemente de conflitos, dificultando o planejamento familiar.

Deste modo, é relevante estudar as relações familiares do idoso dependente e seu cuidador, em condições de fragilidade, pois o tema é pouco compreendido no Brasil (CARNEIRO *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2012). É indispensável dar voz a esse grupo de idosos e cuidadores, na tentativa de apreender como acontece a dinâmica das relações entre eles. Devido ao crescente aumento de doenças crônicas em longevos, há necessidade de atenção e cuidados baseados em uma abordagem integrada, que possibilite às pessoas nesta última etapa da vida, manter o máximo possível suas capacidades funcionais.

Em artigo recente, Gutierrez *et al.* (2021) investigaram as “*Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes*”³. Os resultados mostraram por exemplo que na relação idoso-cuidador familiar, emergem sentimentos diversos como “*dedicação, compaixão e busca de apoio; isolamento, simbiose e dependência emocional; angústia, desespero e sensação de impotência; impaciência e raiva*” (p. 54). Tais sentimentos emergem nas relações de cuidados dispensados diariamente, relacionados às exigências da dependência do idoso em determinado contexto familiar.

Certamente, os cuidados ao idoso dependente, segundo Bocchi (2004, apud MARTINS e CASTRO, 2018), está associado ao nível de dependência e assistência, em consonância com o “grau das incapacidades” dos pacientes idosos. Atender a demanda do idoso é desafiador para o cuidador familiar (COUTO, CASTRO, CALDAS, 2016). Por isso, é necessário o suporte técnico da equipe de saúde para a superação dos diversos obstáculos, de ordem emocional, educacional, social e físico. O auxílio da equipe de saúde pode ajudar a minimizar o estresse do cuidador e proporcionar qualidade no cuidado durante o processo de dependência, seja ela transitória ou permanente.

³ A mestranda contribuiu na construção do artigo, publicado em *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1):47-56, 2021.

Em uma pesquisa bibliográfica sobre idosos dependentes de cuidados domiciliares, abrangendo o período de 2012 a 2016, Martins e Castro (2018) identificaram que a maioria dos cuidadores domiciliares são do sexo feminino, e que muitos apresentam doenças crônicas, concordando também com os outros autores (STACKFLETH *et al.*, 2012; SCALCO *et al.*, 2013; MUNIZ *et al.*, 2016; COUTO, CASTRO, CALDAS, 2016). Essa pesquisa também aponta que os cuidadores necessitam de capacitação e redirecionamento da rede de apoio de cuidado ao idoso. Destaca inclusive, que os cuidadores, dependendo do nível dependência do idoso, sofrem maior ou menor exigência de cuidados, resultando em sobrecarga de responsabilidade e estresse.

Sendo assim, verificou-se que os estudos realizados abrangem diversas questões envolvendo o cuidado de idosos. Entretanto, necessita-se de um aprofundamento dos estudos abordando as dinâmicas familiares de idosos dependentes de cuidado em domicílio, principalmente no contexto regional, com ribeirinhos (FERNANDES *et al.*, 2019; ALVES, 2016). Tendo em vista, as lacunas apresentadas, acredita-se que a presente pesquisa pode trazer uma contribuição fundamental.

Nesse específico contexto sociocultural faltam referências para pensar a questão do cuidado ao idoso dependente. Assim, é imprescindível ouvir o que o idoso dependente ribeirinho e seu cuidador tem a dizer, por suas características próprias e sua experiência sensorial (entende-se com isso seu conhecimento empírico) a partir do sistema familiar e suas relações com o ambiente, sociedade, cultura, valores e crenças como parte de um todo, em uma constante interação entre os membros do núcleo familiar, imbricados no cuidado diário de longevos.

Conforme identificou Silva *et al.* (2015), esse tipo de relação de cuidado em parte pode ser agradável, pois gera cuidado, saúde e qualidade de vida. Todavia, pode haver situações de conflito diante dos vários desafios impostos pelas condições de dependência de muitos idosos. Ciente desses aspectos, das relações entre o idoso dependente e o cuidador, questiona-se como acontece a dinâmica familiar de idosos dependentes ribeirinhos e seus cuidadores familiares? Nestes termos, é indispensável, estudar as dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos e seus cuidadores em seu contexto sócio-histórico e cultural no interior do Amazonas.

A proposta dessa pesquisa visa encontrar respostas para estes questionamentos a partir das experiências vividas pelos idosos dependentes e seus cuidadores. Valorizando as experiências desses ribeirinhos em seu sistema de relações sociais, culturais e familiares (CAPRA, 1996; BERTALANFFY, 2010; RAPIZO, 2002).

Com a intenção de possibilitar a boa compreensão do que realmente acontece nas relações entre idosos dependentes e seus cuidadores no cotidiano de famílias ribeirinhas, além de auxiliar na educação e construção de informações que proporcionem um maior cuidado aos idosos em domicílio, e nas várias instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), nos propusemos a analisar as dinâmicas familiares de idosos dependentes em área ribeirinha, a partir de três objetivos específicos: 1) Identificar principais conflitos de famílias de cuidadores de idosos dependentes, relacionados à situação de dependência e cuidado diário do idoso; 2) Discutir as diferenças de gênero nas estratégias de cuidado do idoso dependente; 3) Descrever as condições de acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial para o cuidado do idoso dependente e sua família.

Diante dessa realidade, a pesquisa justifica-se social e economicamente, pois o constante crescimento da população idosa, resulta no aumento de investimentos em manutenção da saúde do grupo em questão. Assim, importa saber como as famílias de idosos dependentes ribeirinhos estão sendo assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Cientificamente, é importante refletir criticamente sobre as teorias do desenvolvimento humano relacionadas ao último estágio da vida, e sua pertinência ao contexto regional, bem como, enriquecer o conhecimento existente sobre a velhice e seus cuidados, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural dos povos tradicionais.

Academicamente, este estudo fundamenta-se na urgência para os profissionais de saúde, em se aprofundar no conhecimento das relações familiares de idosos (SILVA, *et al.*, 2015). Somente assim, poderão compartilhar com os cuidadores os saberes e experiências, elaborados cientificamente, bem como, oferecer ferramentas para que possam apoiar seu núcleo domiciliar nas dimensões: afetiva, social e física do cuidado.

Do ponto de vista pessoal tenho muito a relatar. Minha missão nesse trabalho foi o estudo da dinâmica das relações familiares de idosos dependentes ribeirinhos.

Meu interesse ao participar da seleção do Mestrado, seria estudar o tema da saúde voltado para adolescência acometida de câncer, porém, surgiu a oportunidade de desenvolver pesquisa com idosos dependentes. Foi desafiador? Foi! Em 2016, perdi minha mãe em um período de cerca de seis meses a partir do diagnóstico de *Alzheimer*, de evolução rápida. Tive o privilégio de acompanhá-la, com o apoio de alguns dos meus 10 irmãos, até os últimos instantes ao longo de quase dois meses em internação hospitalar.

Em 2020, durante a pandemia em 19 de setembro, foi a vez do nosso pai nos deixar, após vários anos lutando com o diabetes e problemas circulatórios. Sem um diagnóstico preciso, foi tratado por anos de diabetes, quando na verdade seu problema era doença renal crônica. Vale ressaltar que a assistência e tratamento ao idoso nos dois Prontos-socorros (PS) onde estive com ele e a Unidade Básica de Saúde (UBS), ambos na zona leste de Manaus, foram oferecidos sem técnica e especialista para idosos. Na referida UBS não era respeitado o direito do idoso como preconiza a legislação dos direitos do idoso, não havia prioridade para o idoso. Na mesma UBS e principalmente no maior PS da zona leste (o idoso morava próximo uns 20 minutos de carro até o PS) onde levava meu pai nas crises não havia condições técnicas e principalmente humana de manejo físico e nem psicológico para lidar com idosos. Os tratamentos deficientes do cuidar tornavam maior o sofrimento do idoso e dos familiares. Mas o que fazer quando você dependente desses serviços precários e é apenas um acompanhante cuidador (o hospital, representado pelos profissionais se exime de esforços físicos, motores, emocionais para cuidar, pois tem diante de si, um cuidador que na verdade não sabe lidar com o idoso pesado e em estado de rebaixamento de consciência).

E para acentuar as angústias latentes no universo desta pesquisadora, no dia 29 de setembro que seria o aniversário do meu pai, a minha sogra caiu e quebrou o braço e eu tive que ir acompanhá-la no mesmo pronto socorro onde meu pai falecera há 10 dias. A mesma médica que assistiu meu pai na UTI me encontrou e perguntou o eu fazia lá. Relatei e ela ficou em silêncio. No meu coração senti os vários sentimentos do luto misturados com o prazer de ajudar minha sogra. Todavia, a situação foi delicada para mim, estar no mesmo lugar outra vez cuidando de um idoso em curto espaço de tempo. Essa idosa teve recuperação demorada deveria ter ficado na minha casa por nove meses, mas eu não pude aceitar, pois, não conseguiria fazer

mais nada. Então ela ficou três meses na casa de cada um dos três filhos. E os últimos três meses ficou em minha casa enquanto eu tentava fazer análise de dados. Confesso que a missão de cuidar de idosos exige a renúncia do tempo dedicado as questões pessoais e familiares, interfere na vida pessoal, emocional, física e econômica do cuidador e modifica toda a forma da família interagir e se relacionar. Esse texto é somente uma pontuação sobre a minha realidade de cuidar de idosos.

Pesquisar sobre esse tema foi angustiante por tudo o que vivi nos últimos anos com idosos na família e cada leitura feita era um sofrimento e uma angústia que retornava, eram lágrimas de tristeza, culpa de não ter podido oferecer uma assistência como gostaria de ter dado para meus pais conforme a necessidade deles. Os pensamentos e realidade vivenciadas muitas vezes me paralisaram, levando embora a criatividade e qualquer entusiasmo pelo trabalho.

Diante de cada história ouvida dos participantes da pesquisa me vi em muitas delas. As famílias mudam apenas de lugar e de condições financeiras, pois na hora de cuidar do idoso todas são desafiadas, umas mais outras menos. Quem tem mais recursos para investir no cuidado pode sentir um certo alívio emocional e cognitivo, digo, pelo fato de prover tudo o que a demanda de cuidado exige, antes, durante e após o término da missão. Essa possibilidade pode diminuir as sensações de culpa e remorso no cuidado diário, ou diante da irreparável morte do ente querido. De outro modo poderá sentir satisfação pelo atendimento de necessidades essenciais.

Em vista dessa experiência pessoal essa pesquisa se tornou ainda mais relevante para mim.

Observa-se que para melhor compreensão este trabalho de campo, descritivo e de metodologia qualitativa, está estruturado da seguinte maneira: 1 Introdução; 2. Quadro teórico; 3. Quadro Metodológico; 4. Resultados e discussão, acrescido de um capítulo de livro construído a partir dos resultados desse estudo “*O cuidador ribeirinho e o cuidar de idoso dependente*”; 5. Conclusão; 6. Referências e 7. Apêndices.

2. QUADRO TEÓRICO

Esta pesquisa centraliza o estudo das relações familiares de idosos dependentes diante do gradativo envelhecimento da população brasileira. O aprofundamento deste tema complexo é uma tentativa de contribuir para que o cuidado do idoso no cotidiano seja especializado, promovendo qualidade de vida a

ambos os atores: idoso dependente e cuidador. Adicionalmente beneficiando as relações familiares que cercam os idosos, as quais são um verdadeiro sistema complexo de relações interligadas entre si.

Para tanto, utilizaremos a teoria sistêmica, como importante fundamento teórico desta pesquisa, pois ela possibilita à psicologia, discutir, estudar e aprofundar conhecimento sobre as relações que envolvem o ser humano, desde o nascimento até a velhice abarcando sua complexidade e relações dinâmicas. Diante do exposto, apresentaremos a seguir conceitos fundamentais relacionados a teoria sistêmica, desenvolvimento humano, dependência e população ribeirinha termos chaves dessa investigação.

2.1 Teoria sistêmica

A Teoria Sistêmica, teve suas bases no modelo mecanicista, no movimento romântico, na biologia organísmica ou organicismo (CAPRA, 1996; VASCONCELLOS, 2002). Estas teorias utilizam-se das contribuições da ecologia e do surgimento da física quântica com a ideia de que as unidades elementares só podem ser entendidas em suas interrelações. Sendo assim, é o todo que determina o comportamento das partes.

Em meados dos anos 30, Bertalanffy (CAPRA, 1996; VASCONCELLOS, 2002) apresenta a Teoria Geral dos Sistemas (TGS). Segundo Bertalanffy (1976), a TGS tem como finalidade *“Identificar as propriedades, princípios e leis característicos dos sistemas em geral, independentemente do tipo de cada um, da natureza de seus elementos componentes e das relações ou forças entre eles”* (p.1). Sua compreensão de sistema geral buscava uma ciência unificadora do conhecimento, onde todos os saberes científicos interligados seriam capazes de dialogar entre si de forma interdisciplinar.

De acordo com Capra (1996), o bioquímico Lawrence Henderson, foi desbravador no uso do termo *Sistema* para caracterizar tanto organismos vivos como sistemas sociais. A partir da introdução desse termo, no mundo científico, o significado de Sistema passou a ser *“um todo integrado cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes”* (s/p). Por outro lado, entende o Pensamento sistêmico, como a *“compreensão de um fenômeno dentro do contexto de um todo maior”* (s/p).

Bertalanffy (1976), compreende que “*Um sistema se define como um complexo de elementos em interação, interação essa de natureza ordenada (não fortuita)*” (p.1). A compreensão de sistema como um conjunto de elementos em constante relação, tem sido útil para a pesquisa em psicologia, enquanto ciência que conhece o comportamento humano em estreita relação com os indivíduos, a sociedade e a cultura, examinando os constituintes de um todo maior, para uma mudança contínua.

Do ponto de vista de Vasconcellos (2002), Bertalanffy, preocupado em entender como acontecia a dinâmica das interações de um sistema, demonstra isso, através da interação do sistema de relações humanas. Ele faz reflexões a partir de dois tipos de relação: de um lado ele observa o comportamento de um homem que tem relacionamento afetivo com sua mulher, e de outro o relacionamento deste mesmo homem no trabalho com o seu chefe. Qualquer uma das situações é permeada de constantes trocas e mudanças entre o sistema e o ambiente.

Nessa analogia, Bertalanffy, esclarece que o comportamento na relação de um homem com a pessoa amada é diferente da que mantém com seu chefe. Do mesmo modo, comparando a relação do cuidador com o idoso dependente e a relação do cuidador com os profissionais de saúde, tem-se dois tipos de relações: cuidador-idoso interligados por diferentes níveis de cuidado e afeto; e, cuidador-profissionais de saúde também com diversas nuances de parceria ou não. O comportamento do cuidador no sistema em qualquer uma das situações será específico para cada parte interrelacionada. Assim, o que define o comportamento do outro no sistema é o tipo de interação ou relação dentro do contexto.

À vista disso, é interessante pensar em mudanças no núcleo familiar de idosos dependentes enquanto sistema, que mediante um acidente ou doença sofridas pelo idoso saudável, tem como consequência a dependência a curto ou longo prazo. Com certeza, a resposta dos componentes familiares ao sistema antes do problema era uma, após, pode ser outra.

Nesse contexto, se o sistema sofre mudanças de modo constante, ele é um sistema aberto (BERTALANFFY, 1976). De acordo com Capra (1996) tanto Bertalanffy quanto Bogdanov, reconhecem que os sistemas vivos são sistemas abertos que operam afastados do equilíbrio. Estes autores se dedicaram a estudar meticulosamente os processos de regulação e de autorregulação dos sistemas, o que

é confirmado por Vasconcellos (2002). Nesse ponto é importante observar o que diz Bertalanffy sobre sistema aberto em contraste com o sistema fechado:

Um organismo vivo é um sistema aberto, isto é, um sistema mantido em importação e exportação. Em construção e destruição de componentes materiais, [...]: a) Os sistemas fechados *devem* (de acordo com o segundo princípio da termodinâmica) eventualmente alcançar um *equilíbrio* em que o sistema permanece no tempo e os processos (macroscópicos) param. Os sistemas abertos *podem* (uma vez pressupostas algumas condições) alcançar um estado constante; neste, o sistema também permanece constante no tempo, mas os processos continuam e o sistema nunca chega a um descanso (1976, p. 5).

A compreensão do sistema aberto, é relevante na teoria dos sistemas porque possibilita as trocas entre os subsistemas interligados, seja de origem interna ou externa. Segundo Vasconcellos (2002, p. 207), Bertalanffy acredita que a sua teoria é própria para sistemas abertos, onde há trocas de energia e/ou informações com o ambiente. Ainda que sejam mínimas, se não houver troca não é um sistema. Em vista disso, a família pode ser vista como um sistema aberto, com toda a sua complexa rede de relações e trocas contínuas entre seus elementos e membros constituintes (RAPIZO, 2002).

É importante acrescentar a perspectiva da abordagem estrutural na terapia familiar, influenciada pela teoria sistêmica. Seu criador, é o psiquiatra argentino Salvador Minuchin. A sua compreensão de família em seu livro “Dominando a terapia familiar” (2008), é de um sistema amplo, um grupo estabelecido no presente, porém, com componente histórico. Para ele, o grupo familiar é apenas uma parte de um grupo mais abrangente em determinado período da história. Assim, em suas próprias palavras a constituição da família se dá por “*pessoas, conectadas por emoção/ou sangue, que viveu junto o tempo suficiente para ter desenvolvido padrões de interação e histórias que justificam e explicam esses padrões de interação.*” (p. 52).

Em sua obra “Famílias e casais: Do sintoma ao sistema” (2009), Minuchin, Nichols e Lee, descrevem a família como “*uma organização de vidas interconectadas por regras definidas, mas não verbalizadas.*” (p. 15). Os autores consideram uma inovação da teoria dos sistemas familiares a descoberta de “*que as vidas das pessoas são inextricavelmente entrelaçadas e que o comportamento dos membros da família é, em grande medida, uma função da forma como uns interagem com os outros.*”

E mais do que isso, além da família ser um sistema complexo, foi através da teoria dos sistemas familiares aprendeu-se que a família é “*uma totalidade organizada cujas partes funcionam de maneira que transcende suas características isoladas.*”

(MINUCHIN; NICHOLS; LEE, 2009). Neste cenário, à família enquanto sistema aberto, cabe a possibilidade de desenvolver a comunicação, o compartilhamento de afeto, apoio, companheirismo, ajuda mútua, cuidados com o outros, resolução de situações complexas, suprimento de necessidades do grupo familiar e dos diversos subsistemas que se interconectam.

Em face do exposto, vale refletir um pouco sobre “redes”. Este assunto é discorrido por Gutierrez (2012) em sua tese de doutorado, intitulada “*Papel da família na produção de cuidados da saúde estudo socioantropológico a partir de um bairro popular de Manaus*”. A autora enfatiza a importância das redes: “*redes sociais e redes familiares*”; “*redes de apoio e de cuidado*” no desempenho de “*um importante papel no enfrentamento dos problemas de saúde como forma de resistência*” (p. 62).

O que seria “rede social”? De acordo com Sluzki (2003, p. 15 Apud Gutierrez, 2012) tem um significado relacionado a identidade das pessoas, que envolve trocas mútuas conforme as palavras do próprio autor:

conjunto de seres com quem interagirmos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais. De fato, essa experiência coerente no tempo e no espaço que constitui nossa identidade se constrói e reconstrói constantemente no curso de nossas vidas com base em nossa interação com os outros [...] esses outros [...] construtores, fazem parte intrínseca de nossa identidade (p. 63).

Consentem com isso, Evangelista e Constantino (2013) ao dizer que o termo rede social “*descreve o conjunto de pessoas com quem o indivíduo possui contato, sendo que os indivíduos dessa interação ajudam-se mutuamente de diferentes formas, caracterizando uma situação de troca*” (p. 218). Esses grupos de pessoas estão interligados entre si e a afinidade entre eles possibilita o contato social. Para esses autores, as redes “*funcionariam como elos na qual a capacidade estaria em conectar os indivíduos de forma a estruturar ou reestruturar suas histórias e garantir a legitimação de suas identidades (idem)*”. Percebe-se que as redes sociais são fundamentais para a vida humana haja vista que os seres humanos necessitam de apoio mútuo e de vivência grupal para se identificarem como sujeitos pertencentes.

Instigado pela perspectiva sistêmica, Foley (1986), acredita que a rede social, que ele nomina de rede social pessoal, em sua compreensão vai além do imediato, abrange os contextos social, histórico e cultural. Tudo o que forma o universo relacional dos indivíduos. Engloba, aspectos econômicos, religiosos, espaços geográficos entre outros. Desde as relações externas até as questões pessoais.

Explica que em nível microscópico, a rede social pessoal, “*pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe [...]. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa, e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem.*” (p. 42)⁴.

De acordo com Sluzki (1996) e Gutierrez (2012) a rede social pessoal, pode ser organizada por meio das relações em quadrantes, os quais são: família, amigos, emprego ou relações escolares e relações comunitárias, serviços ou credo. Nesses quadrantes, Sluzki identificou três tipos de relações: círculo interno, relacionado as relações íntimas, ou seja com familiares; círculo intermediário de relações pessoais com menor grau de comprometimento (como as relações sociais), aqui se encaixam as relações profissionais, sem contato íntimo, “amizades sociais” (p. 42); e por fim, um círculo externo formado por pessoas conhecidas com encontros esporádicos, como colegas de sala de aula, vizinhos, pessoas ligadas a mesma crença religiosa.

Gutierrez (2012, p. 64) aponta que as redes têm funções a cumprir e destaca algumas: “*companhia social, acompanhamento a pessoa para que não se sinta só; apoio emocional, consolando; guia cognitivo e conselhos, informando; regulação social, relembrando as normas sociais; ajuda material e de serviços*”, entre outros. A vista disso, fica claro a relevância das redes no cotidiano das pessoas, principalmente de idosos dependentes e de seus cuidadores na prática de cuidados em domicílio.

Gutierrez (2012) considera fundamental entender que o cuidado familiar não se faz sozinho. Se a família cuida, é “*amparada por uma rede de relações sociais espontâneas e mobilizadora de recursos que estão além das circunstâncias imediatas e servem de apoio em momentos de necessidade e de crise.*” (p. 106). Se a rede de relações for muito restrita ou ausente em determinado grupo, principalmente famílias menos favorecidas economicamente terão embaraços na resolução das dificuldades próprias da velhice com pessoas idosas dependentes.

Quanto às redes de apoio e de cuidados, declaram Evangelista e Constantino (2013):

redes sociais viriam a constituir uma maneira de intervenção que proporcionariam mudanças concretas na vida do indivíduo e na sociedade ou organização na qual este esteja inserido estando, portanto, o apoio social intrinsecamente relacionado à capacidade de enfrentamento, aos processos de resiliência e ao desenvolvimento adaptativo sendo que as relações estabelecidas pelos indivíduos com outras pessoas, provenientes de

⁴ Tradução livre do texto

diferentes microssistemas, como amigos, famílias, e escolas, dentre outros, podem vir a proporcionar o apoio social (p. 2019).

Uma vez que foram feitos os esclarecimentos básicos sobre a existência de redes no cuidado diário, e entendido o porquê de a família ser um sistema aberto. Passamos a discorrer sobre dinâmicas familiares. Em vista disso, Silva *et al.* (2015) em seu estudo *Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil*, com 32 idosos inscritos no Programa Estratégia Saúde da família em um município do estado da Bahia, enfatizaram que na relação intergeracional, que abrange várias gerações, como pais, filhos e netos cuidando de avós, os núcleos familiares por si só convivem com conflitos.

Tendo em vista a qualidade do cuidado ao idoso, é necessário “*relevar a dinâmica das relações que permeiam o viver-conviver em família, demarcado por um entrelaçar de gerações*” (SILVA *et al.*, 2015 p. 2184). As relações familiares de núcleos formados por várias gerações devem ser consideradas pelos profissionais de saúde que acompanham a família, haja visto os membros estarem sujeitos aos conflitos intergeracionais, todavia, são capazes de ajudarem-se mutuamente, inclusive o idoso tende a colaborar com os cuidadores.

Os resultados desses estudos indicaram que a dinâmica das relações intergeracionais familiares na percepção dos idosos se baseava no cuidado, apoio, união, mas também em conflitos. No que se refere a conflitos, Coelho e Alvim (2004) investigaram cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, doença neurodegenerativa que leva a deterioração de funções cerebrais, como a perda da memória e linguagem. Nesse caso, acreditam que é possível explicar determinados conflitos no relacionamento familiar a partir da reflexão sobre as circunstâncias em que o cuidador familiar “*assumiu tal função. Isso porque, tais problemas podem refletir a falta de predisposição ao cuidado, uma vez que, para ele, é preciso, entre outros requisitos, paciência e disponibilidade*” (p. 543).

Nesse estudo foram identificados pelos pesquisadores ao menos três tipos de conflitos condicionados pela doença, os quais sejam: fator financeiro, dificuldades na relação cuidador-idoso e falta de referencial para o cuidado. A respeito da questão financeira, o estudo confirmou o quanto o cuidado diário com enfermidade crônica, é oneroso para a família “*desde os fármacos necessários ao tratamento, passando pelos materiais necessários nos cuidados diários de higiene, conforto, alimentação*”

(COELHO e ALVIM, 2004 p. 544). Até mesmo a escolha do cuidador adequado será dispendiosa pela especificidade da doença e suas exigências.

Acerca do conflito na relação cuidador idoso, o desgaste físico e emocional é consequência da mudança sofrida na dinâmica familiar. No estágio inicial do Alzheimer, o cuidador tende a monitorar as atividades do idoso focando na prevenção. No entanto é comum, ser surpreendido pelas exigências da doença. Tanto cuidador como idoso não sabem como lidar na prevenção de riscos e perigos nessa condição. Isso resulta em enfretamento entre as duas partes. Essas *“situações, associadas ao desgaste físico e emocional geram tensões e podem desencadear conflitos nas relações interpessoais”* (idem).

Os autores destacam ainda, que o conflito pode ser resultante da falta de referencial sobre a doença, ou seja, os parentes desconhecem a doença em profundidade para compreender o que realmente acontece com o idoso. Isso leva a desentendimentos, pois, não sabem como lidar com a situação.

De acordo Minuchin (2008, p. 57) *“As famílias são sistemas complexos compostos de indivíduos que necessariamente veem o mundo de suas próprias perspectivas individuais.”* Para ele os pontos de vista de cada membro é o que mantem a tensão e o equilíbrio do sistema por meio das interações entre as pessoas que emitem suas opiniões destacando o *“eu e o nós”* na manutenção da autonomia de cada um. Essas tensões são ativadas diariamente cada vez que surge a necessidade de tomada de decisão. Sejam decisões pequenas ou significativas, os componentes familiares fazem inúmeras interações a fim de negociar.

À medida que negociam, os membros do núcleo familiar fazem questionamentos sobre quem fará determinada coisa ou se todos farão uma mesma coisa. O modo de resolução do conflito depende do padrão de desenvolvimento dos membros do sistema, uma vez que é o padrão individual que determina o padrão de resolução da família.

Enquanto estudioso das relações familiares Salvador Minuchin, compreendeu que toda família tem sua estrutura, regras, subsistemas e fronteiras. Sendo assim, Minuchin (1982, p. 57), acredita que a estrutura familiar *“é um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem”*. Nesse contexto, família para o autor *“é um sistema que opera através de padrões transacionais”*. Os padrões transacionais são transferências de ações de pai

para filho que acontece normalmente no cotidiano das famílias, como, por exemplo, a “*a mãe pedir para o filho tomar suco e ele toma*”(idem). De tanto repetir-se comportamentos dentro do sistema, surgem os padrões de comportamento no núcleo familiar.

Na perspectiva familiar estrutural, Goldbeter - Merinfeld (1998), destaca que estrutura é “*uma moldura pré-organizada*” e que não “*pertence à mesma ordem de realidade à qual pertencem os membros do sistema familiar*” (p. 232). À vista disso, não é a estrutura que define o funcionamento das relações dentro do sistema. Na prática a estrutura se relaciona com a forma como o grupo opera, como cada indivíduo se relaciona com o outro para se adequar às exigências do próprio sistema familiar.

Diante da complexidade do sistema familiar, é inegável que o pensamento sistêmico possui o alicerce epistemológico que permite o estudo das relações familiares, com foco na dinâmica entre os subsistemas (VASCONCELLOS, 2002). Assim, importa trazer aqui esclarecimentos a respeito da dinâmica dos subsistemas familiares na percepção de Minuchin (2008),

Cada sistema familiar engloba vários subsistemas. Cada indivíduo na família é um subsistema da mesma. As diferenças de idade criam subsistemas; os adultos em uma família constituem um subsistema, as crianças, outro. Em uma cultura que prescreve papéis sexuais diferenciados, o gênero cria subsistemas masculino e o subsistema feminino. Em uma família mista, os laços de sangue e história entre pais e filhos pode criar subsistemas - ‘os filhos dele’, ‘os filhos dela’ (MINUCHIN, 2008 p. 54, 55).

Com base nos estudos de Minuchin, Goldbeter - Merinfeld (1998, p.233), entendemos ainda que os subsistemas, podem ser constituídos por um único membro familiar ou dois, no caso de serem marido e mulher ou “*vários membros (fratria), e de caráter fundamentalmente temporário e modificável, esses subsistemas, se alinham em torno de um projeto comum ou se fundem em alianças de caráter passageiro*”. É interessante ressaltar que um único indivíduo é um subsistema, mas pode ao mesmo tempo fazer parte de diferentes sistemas, jogando de formas diversas de poder e desenvolvendo variados níveis de competência. Poder no sistema familiar poderia ser compreendido por Minuchin e Fishman (1982 Apud GOLDBETER - MERINFELD 1998, p.234), como “*assumir uma responsabilidade*”:

Os adultos do subsistema parental têm a responsabilidade de cuidar, proteger e socializar os filhos, mas eles também têm direitos. De fato, os pais tomam decisões relacionadas à sobrevivência da integridade do sistema em campos como mudança de residência, escolha das escolas ou determinação de

regras que visam à proteção de todos os membros da família. Mas também têm o direito – que de fato é um dever – de salvaguardar a intimidade do subsistema conjugal e de determinar o papel que cabe aos filhos dentro do funcionamento familiar.

Prosseguindo, a autora enfatiza que o sistema familiar também, é composto pela hierarquia que representa *“a organização dos diferentes níveis de responsabilidade em que implica o sistema”* (GOLDBETER - MERINFELD 1998, p. 234). Essas responsabilidades seriam o poder de cada membro com suas limitações enquanto subsistemas familiares e participantes de subsistemas sujeitos às fronteiras.

A respeito das fronteiras no contexto familiar, Goldbeter - Merinfeld (1998, p.234), acresce que estas, são *“as regras que definem quem participa das transações e como esta se opera”*. Nessa dinâmica, cada vez que um subsistema assume funções próprias, surgem exigências específicas de cada membro em particular. As exigências demandam o desenvolvimento de competências interpessoais, que irão colaborar na manutenção da autonomia de cada subsistema e proteção contra a intromissão alheia. Logo, as fronteiras são necessárias para o desempenho das funções dos indivíduos. A fim de evitar interferência externa, é imprescindível clareza e precisão quanto aos limites das fronteiras do sistema.

Quanto à rigidez e difusão das fronteiras, a autora, indica que há dois tipos de família (GOLDBETER - MERINFELD, 1998): Família apartada e família enredada. Na primeira, as fronteiras são tão rígidas que as dificuldades enfrentadas pelo sistema tendem a se caracterizar como individual. Os membros podem ter autonomia, mas *“seu senso de independência mostra-se pervertido: (...) são incapazes de perceber a si mesmas como interdependentes e não são capazes de solicitar a ajuda”* (GOLDBETER-MERINFELD, 1998 p. 235). Além disso, nesse tipo de família a comunicação é prejudicada e a família geralmente não exerce as funções de proteção.

O segundo tipo, é um sistema *“voltado para si mesmo”* (Idem). As pessoas se preocupam excessivamente em *“relação as necessidades do próximo. As fronteiras individuais são abaladas (...) o comportamento de uma afeta de imediato o comportamento do outro; as capacidades de adaptação ou de mudanças, (...) são com frequência deficientes”* (GOLDBETER - MERINFELD, 1998 p. 235). As peculiaridades da dinâmica de cada um dos tipos de sistema exposto podem ser observadas mediante as eminentes dificuldades que surgem no cotidiano das famílias enquanto tentam se adaptar às mudanças. As respostas serão mais rápidas e consistentes na

família enredada. De modo diferente, a família apartada tende a não reagir diante de uma necessidade.

Mediante esses pressupostos, o pensamento sistêmico, abre um leque para a pesquisa psicológica, mais especificamente ao pesquisador (VASCONCELLOS, 2002), que é parte desse sistema, podendo contribuir para a co-construção de soluções e enfrentamentos aos desafios do cuidado na família. Trabalhar com a abordagem sistêmica possibilita o diálogo, entre as várias disciplinas do saber científico, resultando em prática interdisciplinar para transformação epistemológica dos modos de pensar e agir sobre o mundo.

Nesse sentido, o pensamento sistêmico com sua abordagem transdisciplinar e interdisciplinar permitirá a discussão de resultados sobre as relações parentais de idosos dependentes, inseridos em determinada realidade social e cultural de modo abrangente, dialogando com vários campos do conhecimento como: psicologia, filosofia, sociologia, geriatria, medicina, entre outros. Em relação à interação com a psicologia, todo conhecimento científico é parte de um sistema interligado entre si e faz parte de um todo maior. Na sequência, discorreremos sobre desenvolvimento humano e envelhecimento.

2.2 Desenvolvimento humano e envelhecimento

O Ministério da Saúde tem buscado a qualidade de vida para os idosos no Brasil, atento ao crescimento gradativo desse grupo populacional. A preocupação com o último estágio do desenvolvimento humano, tornou-se evidente com a garantia dos direitos do idoso (BRASIL, 2003), conforme Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o *Estatuto do Idoso*.

Após a instituição do Estatuto do Idoso, a atenção à saúde deste grupo, tornou-se uma prioridade, através do *Programa Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006). À vista disso, a publicação *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento* (BRASIL, 2010), fomentou o que preconiza o Pacto pela Saúde, fundamentado no Estatuto do Idoso, para referência central de movimentos sociais na área, e de orientação para a construção de políticas públicas cada vez mais comprometidas com o processo do envelhecimento.

Isto posto, pensar no envelhecimento como processo é se reportar à Ciência do Desenvolvimento Humano. Este saber é formado por um “conjunto de estudos

interdisciplinares que se dedicam a entender os fenômenos relacionados ao desenvolvimento dos indivíduos, englobando as áreas social, psicológica e bio-comportamental” (MAGNUSSON e CAIRNS, 1996, apud DESSEN e COSTA JÚNIOR, 2005, p. 11).

Nessa perspectiva, um dos mais importantes teóricos do desenvolvimento humano, Bronfenbrenner, citado por Polônia, Dessen e Silva (2005), em seu modelo bioecológico, considera o desenvolvimento humano como um processo “*por meio do qual a pessoa que se desenvolve (sic) adquire uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico [...]*” (p.73). Esse processo ocorre através das interações e interrelações entre os indivíduos, gerando transformações que não são passageiras, ou apenas daquele momento no tempo, espaço e contexto, mas se relacionam a uma reorganização contínua dentro da “*unidade tempo-espaço*”. Modifica inclusive as percepções das pessoas, suas interações com o mundo, suas ações e atividades na relação com o outro continuamente.

Nessa compreensão de desenvolvimento como processo, Papalia e Feldman (2013), sintetizam que o desenvolvimento humano “*é o estudo científico de processos de mudança e estabilidade*” (p.52). Nesse ponto de vista, o foco dos estudos do desenvolvimento humano se centra na mudança e estabilidade nos três domínios do desenvolvimento. Os quais são, o físico, o cognitivo e o psicossocial. Esses três, estão interrelacionados e transcorrem durante todo o processo do ciclo vital. Nessa concepção, o estudo do desenvolvimento humano se propõe a descrever, explicar, prever e intervir no desenvolvimento dos indivíduos quando adequado.

Em seu bojo mais geral o desenvolvimento humano tem entre seus teóricos Freud, psicanalista que focou seus estudos no desenvolvimento sexual humano, o que deu as bases para os estudos de Erik Erikson (GALLANTIN, 1978). Erikson, elaborou um estudo completo, que vai desde zero dias até a velhice. Dando ênfase a oito idades do ciclo vital em uma perspectiva psicossocial. Sua teoria com fundamentos psicanalíticos, se desenvolveu valorizando o contexto cultural onde o sujeito está inserido.

Estas oito idades do desenvolvimento humano estudadas por Eric Erikson (1988) e reafirmadas por outros autores (CARPIGIANI, 2010; GALLANTIN, 1978; SANTROCK, 2006) são assim designadas: Confiança básica x Desconfiança básica - corresponde a fase oral de Freud; Autonomia x Vergonha e dúvida – a fase anal;

Iniciativa x Culpa, Produtividade x Inferioridade – corresponde a fase fálica; Identidade x Confusão de papéis - corresponde a latência; Intimidade x Isolamento; Generatividade x Estagnação; Integridade x Desesperança; Estas últimas quatro fases estão relacionadas a fase genital da teoria freudiana.

As referidas etapas do desenvolvimento humano na perspectiva Eriksoniana, tem origem nos conflitos próprios de cada período da vida humana. Sendo dinâmicas, podem se manifestar em qualquer uma das faixas etárias da vida humana. Sofrem influência do contexto histórico em que o sujeito está inserido. Em cada uma dessas fases são representadas tarefas específicas para o desenvolvimento humano, que segundo Santrock (2006) “*confrontam o indivíduo com uma nova crise que deve ser enfrentada*” (p.36). Essas crises não são entendidas como catástrofes por Erikson, e sim como possibilidade de desenvolvimento. Pois, quanto mais crises o indivíduo consegue resolver satisfatoriamente, mais saudável será seu desenvolvimento.

De acordo com Gallantin (1978, p. 182,183), Freud se preocupou em estudar a personalidade humana numa perspectiva mecanicista, dividindo-a em partes “id”, “ego” e “superego”. Ao contrário, Erikson, entendeu a organização gradual da personalidade humana como um “*todo orgânico*”, onde os três grandes sistemas “*biológico, social e o individual*” interagem de modo contínuo durante o processo de desenvolvimento dos indivíduos e não se deteve a estudar a personalidade na idade adulta, ele ousou ir além “*até a velhice*”.

Nessa interação contínua entre os sistemas, o indivíduo tem a possibilidade de mudança ou estagnação. Em cada um dos estágios do desenvolvimento humano propostos por Erickson, o homem vive um conflito e busca um equilíbrio “*desde o nascimento até a morte*” (GALLANTIN, 1978 p. 190), na tentativa de resolver sua angústia. Nessa perspectiva psicossocial passamos a refletir mais especificamente sobre os estágios que Erikson (1998) criou na sua última década de vida no intuito de entender o que acontece com os idosos, pois a velhice “*traz consigo novas exigências, reavaliações e dificuldades diárias*” (p. 89).

2.2.1 Generatividade versus Estagnação: Cuidado

Esse estágio indica que a pessoa alcançou alguns objetivos de vida propostos. É tempo de desafio, de confrontos, de cuidar e ser cuidado. Como Erikson mesmo diz generatividade versus estagnação, é

o período de tempo mais longo no gráfico — trinta anos ou mais, durante os quais a pessoa estabelece um compromisso de trabalho e talvez comece uma nova família, dedicando tempo e energia a incrementar sua vida sadia e produtiva. Durante esse período, o trabalho e os relacionamentos familiares confrontam a pessoa com os deveres de cuidador e uma crescente variedade de obrigações e responsabilidades, interesses e celebrações (1998, p. 94).

É nessa época que as pessoas podem aproveitar a oportunidade de estar vivo, mesmo sendo um tempo desafiador para a existência dos indivíduos. Para lidar com leveza diante das exigências e rigidez de certas situações vividas na velhice, Erikson (1998, p. 94) aconselha a esse grupo a se envolver em atividades diversas, na comunidade por que *“nunca é aborrecido”* (p. 94). O Autor observou que próximo do final desse tempo, o indivíduo pode sentir necessidade de se afastar pelo único motivo de *“experenciar a perda do estímulo de pertencer a, de ser necessária”* (Idem).

Após o declínio dessa fase tão produtiva, por volta dos oitenta anos ou noventa, Erikson, confirma que a energia é reduzida, há menos capacidade de adaptação rápida às mudanças colocadas *“pelos corpos ocupados ao nosso redor”* (Idem). Esses corpos seriam as pessoas próximas que auxiliam o idoso na tomada de decisão na velhice, atualmente são os cuidadores familiares e profissionais ligados ao cuidado.

É interessante notar, que este é o único estágio que Erikson (1998) considera inadmissível na velhice, porque é caracterizado pela vida intensa de atividades. A velhice desabona o ancião de cuidar. Diante disso a pessoa idosa pode sentir-se desnecessária no sistema familiar, social e cultural. Por isso, alguns idosos sentem-se desnecessários, sem utilidade. Ao contrário, o autor, acrescenta que de modo natural outros velhos *“podem receber isso com satisfação, como uma promessa de descanso, mas afastar-se totalmente da Generatividade, da criatividade, do cuidado de e com os outros, seria pior do que a morte.”* (p. 94). O Sentimento de inutilidade pode aflorar na ausência de desafios característicos da Generatividade, levando a pessoa idosa a um senso de estagnação, ou seja, ausência completa de atividade.

2.2.2 Integridade versus desespero e desgosto: Sabedoria

Este último estágio da vida humana, segundo Erikson (1998) com a revisão da obra ciclo vital completo, por sua esposa Joan M. Erikson, chegaram à definição conclusiva de *“sabedoria” afirmamos que a sabedoria depende da capacidade de ver, olhar e lembrar, assim como de escutar, ouvir e lembrar. A integridade, afirmamos, exige tato, contato e toque. Esta é uma demanda séria aos sentidos dos anciãos“*

(p.94). Para Erikson, os anciãos com idade “*Os anciãos do nono estágio simplesmente não possuem a visão adequadamente boa ou os ouvidos receptivos que a sabedoria exige*” (ERIKSON, p.95). Porém, no nono estágio predomina a sabedoria como resultado de toda uma vida, de aprendizagem com suas vivências.

Quando Erikson situa o desespero no nono estágio, enfatiza que tal desespero “*expressa o sentimento de que o tempo é curto, curto demais para a tentativa de iniciar uma outra vida e experimentar caminhos alternativos...*” (p.95) A experiência do desespero nesse estágio se difere daquela sentida no oitavo período, pois é vinculada a uma retrospectiva da existência da pessoa até o presente. Essa regressão lembra os momentos positivos vividos, sem se permitir reclamar das “*oportunidades perdidas*” (Idem). Tal posicionamento, em consonância com a teoria Eriksoniana irá colaborar para o “*grau de desgosto e desespero que experienciamos*”.

O ponto positivo nesse estágio, se o idoso passar por dificuldades, perdas e obstáculos, é ser capaz de “*contar com a confiança básica*”. Essa força sempre esteve presente na pessoa desde bebê. É a confiança que mantém a esperança e a esperança é que dá sustentação para se viver. Conforme pontua Joan esposa de Erikson ao revisar este nono estágio discorrendo sobre as anotações de Erikson (1998, p. 95) “*Eu estou convencida de que, se os anciãos chegarem a um acordo com os elementos distônicos em suas experiências de vida no nono estágio, eles conseguirão avançar com sucesso no caminho que leva à gerotranscendência*”. Obter sucesso nesse caminho possibilita a superação das suas limitações corporais e experimentar um entendimento mais geral da vida na velhice com foco nos aspectos antecedentes à própria morte.

Conseqüentemente, quando o idoso vive a desesperança, várias situações ligadas à tristeza podem estar presentes no seu cotidiano, como a ideação suicida, por exemplo. É possível refletir sobre a desesperança através do estudo de Gutierrez et al (2020) intitulado “*Ideação Suicida em Idosos: Gênero e Relações Familiares*”⁵, que busca aprofundar o conhecimento sobre as vivências de um idoso com ideação

⁵ A mestrandia contribuiu na construção do artigo publicado em CALEGARE, M.; MEZZALIRA, A. S.C.(Orgs.) Processos psicossociais vol.1: prática e reflexões sobre educação, saúde, ruralidades e política. Org: Marcelo Calegare e Adinete Sousa da Costa Mezzalira. Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2020. ISBN - 978-65-87643-88-5.

suicida. A discussão foca sobre relações de gênero e familiares, aborda os fatores de proteção ou de risco presentes em suas dinâmicas relacionais.

Numa perspectiva psicossocioantropológica, o texto mostra que a percepção do idoso em causa sobre sua própria existência é negativa. Os familiares se afastam dele. Ele precisa de cuidados e apoio da principal rede de proteção, mas não tem. Ele se vê só, sem a esposa que viveu com ele 51 anos e sem seu filho amado que se suicidou e pensa em fazer o mesmo porque não consegue ter uma imagem positiva da sua família e da sua própria existência.

Retomando a compreensão psicossocial da velhice, é interessante pontuar algumas questões culturais ligadas à idade, que demonstram diferenças na percepção da sociedade e família quanto a esta fase. De fato, segundo Papalia e Feldman (2013, p. 572) em países do oriente, como o Japão, por exemplo, o símbolo da velhice é alto “*status*”. A cultura local valoriza tanto a velhice, que os viajantes fazem questão de compartilhar a sua idade na chegada a hotéis a fim de assegurar atendimento de qualidade e respeito. Diferentemente, em outras culturas, “*envelhecer é visto como indesejável*” (Idem). A título de exemplo, no Brasil, ser velho é sinônimo de aposentadoria, de mais investimentos em saúde, de inatividade e inutilidade perante a sociedade e família.

Quanto as classificações da velhice, Papalia e Feldman (2013) a dividem em dois tipos, o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário. O envelhecimento primário, “*é um processo gradual e inevitável de deterioração física que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos, não importa o que as pessoas façam para evitá-lo*” (p.573). Nesse ponto de vista, o envelhecimento primário é produto natural de ficar velho, enquanto o secundário é resultante “*de doenças, abusos e maus hábitos*” (p. 573), o que geralmente pode ser controlado.

Para as autoras os cientistas sociais atuais, ao estudar a velhice, classificam os idosos em três grupos: “idoso-jovem”, o “idoso-idoso” e o “idoso-mais-velho” (PAPALIA & FELDMAN, 2013 p. 573). Seguindo a ordem natural, os idosos jovens, são pessoas de 65 a 74 anos, que de modo geral são ativos, mantêm energia e alegria. O idoso-idoso, são pessoas com idade entre 75 e 84 anos. E o terceiro grupo são pessoas a partir de 85 anos com tendência a fragilidade, doenças, e dificuldades na realização das Atividades da Vida Diária (AVDS).

Para Neugarten e Neugarten (1987 apud PAPALIA e FELDMAN, 2013), há uma classificação mais significativa para a velhice de acordo com a funcionalidade das pessoas no ambiente e na sociedade quando se compara a capacidade de outras pessoas da mesma idade. Por exemplo, alguém com 90 anos pode ser funcionalmente mais jovem que uma pessoa de 65 anos que não tem boa saúde. Nessa direção, idoso jovem é um termo que pode ser usado pelos autores para a maioria dos adultos mais velhos que são saudáveis. E a minoria dos idosos frágeis e enfermos, são considerados idoso-idoso, seja qual for a idade do sujeito.

De modo semelhante, Fernandes *et al.* (2019) enfatiza que o envelhecimento humano é um processo, e como tal, “*influencia em alguns determinantes, como a diminuição da aptidão física, trazendo como consequência a diminuição progressiva nas atividades habituais, [...]*” (p.59). Neste sentido, a chegada da velhice, é representada pela redução das atividades físicas, dos cuidados diários consigo mesmo e o interesse nas questões gerais do cotidiano.

Diante dessa diminuição de aptidão para as atividades da vida diária, os autores enfatizam que algumas pessoas com mais de 80 anos demonstram ter mais independência do que quando mais jovens. Em geral as perdas físicas e cognitivas acontecem com a maioria dos idosos, todavia, essa maioria em alguns países é feminina, pois, as mulheres vivem mais.

Tako *et al.* (2017), corroboram com Fernandes *et al.* (2019), quanto ao envelhecimento ser mais proeminente entre as mulheres. Segundo os autores, isso acontece por fatores biológicos ligados a diferenças na alteração hormonal, no uso de álcool e tabaco, e diferenças comportamentais, haja vista, os homens serem mais propensos a comportamentos e atitudes violentas. Esses fatores aliados à transição demográfica, geram mudanças na saúde das pessoas e colaboram para o surgimento de novas doenças.

Por conseguinte, envelhecer para Tako *et al.* (2017), também, está relacionado a “*mudanças graduais, inevitáveis e individuais relacionadas à idade*” (p.4688). Essas mudanças graduais não impossibilitam o indivíduo de gozar boa saúde e viver com qualidade de vida, mesmo lidando com restrições. Nessa situação, importa compreender dois termos comuns ligados à essa última etapa da vida humana: senescência e senilidade. Senilidade está relacionado a uma doença, enquanto Senescência é uma fase de “*declínios físico e mental [que] são lentos e graduais*”

(PAPALIA e FELDMAN, 2013, p. 576; TAKO *et al.*, 2017), com diminuição da capacidade funcional de realizar atividades.

Enfim, o envelhecimento é um momento de crise no ciclo vital. É tempo de lembrar e avaliar o tempo vivido. Em meio as lembranças, sejam positivas ou negativas, quanto mais as pessoas vivem mais chance de serem portadoras de doenças crônicas e sofrimentos diversos. As consequências dos problemas de saúde, podem levar à dependência dos cuidados de saúde e da família. E é sobre a condição de dependência na velhice que passamos a refletir.

2.3 Dependência

Como já assinalado, o crescimento gradual da população idosa no Brasil, gera o aumento do número de doenças crônicas (SILVA *et al.*, 2015; CARNEIRO *et al.*, 2016; FERNANDES, MARGARETH, MARTINS, 2018; MARTINS e CASTRO, 2018), as quais intensificam a necessidade dos serviços de saúde se preparem para atender à demanda gerada pelos idosos. Quanto maior for a necessidade do idoso, maior o grau de dependência.

Segundo Karsch (2020), estudiosa do envelhecimento com dependência, mais especificamente por Acidente Vascular Encefálico (AVC), para a gerontologia inúmeros idosos “*são capazes de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem necessidade de ajuda*” (s/p). Nesse caso, o idoso que mantém sua autonomia e dispensa a ajuda de terceiros ou a supervisão na execução de atividades diárias, pode ser visto como saudável, mesmo tendo diagnóstico de doenças crônicas, seja uma ou mais.

A capacidade do idoso manter suas habilidades físicas e mentais, resulta no conceito de capacidade funcional na gerontologia (KARSCH, 2020). De outro ponto de vista, a capacidade funcional na visão da saúde pública, traduz um novo conceito, onde se prioriza “*operacionalizar a atenção à saúde do idoso*” (s/p). Isso se dá por meio da reabilitação e ações assistenciais preventivas, objetivando a melhoria da capacidade funcional, ou a recuperação da capacidade perdida sempre que for viável ou pelo menos a manutenção desta.

Nessa perspectiva, promover um envelhecimento saudável e manter a capacidade funcional do idoso, é valorizar a “*autonomia, autodeterminação e a*

preservação da independência física e mental" (KARSCH, 2020, s/p) do ser humano envelhecido.

Em continuidade, Miguel, Pinto e Marcon (2007), em dissertação de mestrado buscaram um conceito para dependência em estudo com cuidadores de idosos institucionalizados. Para tanto, consideram dois fatores preditivos da dependência na idade avançada, os quais são "*as mudanças biológicas e as mudanças nas exigências sociais*" (p. 786). Com base nesses fatores, as dependências típicas da velhice, classificam-se em "estruturada, física e comportamental" (Idem).

Por conseguinte, a dependência estruturada, se relaciona a quanto o ser humano vale para a sociedade, para o mercado de trabalho, entre outras questões que geram capital. Exemplo desse tipo de dependência é a aposentadoria. O idoso é considerado inativo e a população trabalhadora passa a sustentar financeiramente o idoso através da aposentadoria ou benefício disponível pelo governo.

Depois, a dependência física em si, está estritamente ligada à incapacidade funcional do indivíduo. Nessa situação a pessoa se torna dependente em detrimento do desamparo prático ou a incapacidade pessoal que determinada pessoa desenvolveu para a realização de atividades do cotidiano. O grau da dependência física varia de acordo com a classe social, gênero e idade da pessoa, como também, se desenvolveu algum episódio de problema de saúde mental. Todavia, esse tipo de dependência é mais comum entre os idosos. Sobre esses fatores preponderantes da dependência física, os autores esclarecem,

Considerando-se que as disfunções são resultantes da interação entre componentes biológicos, psicológicos e ambientais, pode-se afirmar que as incapacidades orgânicas resultantes das doenças crônico-degenerativas e/ou incapacitantes não determinam, necessariamente, a dependência física ou a incompetência do idoso; contudo, frequentemente, são vistas como um sinal de dependência generalizada... (MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007, p. 786).

Feitos esses esclarecimentos, passamos a discorrer sobre a dependência física e psicológica. Esse tipo de dependência diz respeito às questões que envolvem a estrutura física e psicológica das pessoas e pode ocorrer com indivíduos sadios ou que tenham algum tipo de comprometimento funcional ou social, fomentado por alguns fatores como prisão, exílio, hospitalização prolongada, fome, tortura, guerras, entre outros.

Por último, temos a dependência comportamental que pode surgir a partir de uma dependência física. Segundo Miguel, Pinto e Marcon (2007). Dois grandes

paradigmas explicam esse tipo de dependência: “*um vê a dependência como resultado do desamparo aprendido; o outro a considera como instrumento de controle passivo*” (p.786).

No primeiro caso, os autores consideram que a dependência comportamental, resultante do desamparo aprendido, é um produto do sistema ambiental “*não-responsivo, negligente ou não-contingente*” (p.787). Um exemplo disso é quando familiares internam o idoso no asilo ou não consegue oferecer os devidos cuidados e atenção necessária. E quando uma pessoa é considerada como instrumento de controle passivo, ocorre o segundo caso. Um idoso pode ser visto como incompetente pelo cuidador ou familiar ao tentar realizar uma atividade da vida diária. A pessoa próxima o considera inapto e executa a atividade por ele, mesmo o idoso insistindo em fazê-la. Em situações assim não se deve desmerecer os idosos, pelo contrário é preciso valorizar a possibilidade de manutenção da autonomia e prevenção de uma dependência comportamental.

Uma vez que tentamos conceituar dependência, retornamos aos resultados da pesquisa de Miguel, Pinto e Marcon (2007 p. 789). Na percepção dos cuidadores de idosos institucionalizados, apareceram dois conceitos importantes. Primeiramente, identificaram a dependência como “*evento natural, normal e esperado, em decorrência da perda da capacidade funcional do indivíduo, que se desenvolve ao longo da sua existência*”. Em segundo lugar, relacionaram a dependência “*ao processo de envelhecimento patológico, ou seja, para eles o agravamento das incapacidades em função de doenças físicas e mentais ocasiona aumento da dependência na velhice*”. Ambas as compreensões de dependência apontam para o desenvolvimento de doenças crônicas na velhice, como fator interligado a perda da capacidade funcional da pessoa.

Nesse sentido, sofrer com doenças crônicas e ser dependente de cuidados de saúde do outro, é consequência de viver mais (PASCHOAL, 2008). Todavia, não são somente as doenças crônicas que causam sujeição. Algumas formas de tratamento podem levar as pessoas a um estado de dependência ou incapacidade. Exemplo disso, é a radioterapia, amputação de uma perna e quimioterapia, entre outros. Em virtude disso, esta condição deve ser vista como uma questão de saúde pública, pois, segundo Martins e Castro (2018), “*seu impacto sobre a família e a sociedade não pode ser subestimado*” (p.93).

Refletindo sobre as condições de dependência da pessoa idosa em domicílio, Paschoal (2008) orienta ao cuidador verificar o grau de dependência do idoso; avaliar seu grau de habilidade funcional e a capacidade de autocuidado e de viver no seu próprio ambiente. Segundo Alves (2016, p. 27), essas atividades conhecidas como Atividade Básicas de Vida Diária (ABVD) em número de seis, *estão “hierarquicamente relacionadas”, e são “banhar-se, vestir-se, utilização do banheiro, transferências, controle dos esfínteres e alimentação”*. A sua avaliação acontece pela Escala de Kartz e da observação sequencial da recuperação ou deterioração do idoso. Durante a avaliação cada atividade recebe um escore que varia de 0 a 1 totalizando 6 pontos. Quanto maior for a pontuação, maior será o grau de independência da pessoa idosa.

Quanto aos graus de dependência, Caldas (2003 p. 775) ressalta que se pode classificar a incapacidade do idoso em: *“leve, parcial ou total. É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários.”* Essa avaliação permite ao cuidador saber quais ABVD, o idoso consegue realizar sem ajuda. Ter clareza daquilo que o idoso pode fazer é fundamental para a fluidez da assistência domiciliar.

Além disso, outro benefício de avaliar a capacidade do idoso para realizar as ABVD, é classificar o idoso como parcialmente dependente, independente ou totalmente dependente. Quando realiza as ABVD sozinho é independente, se precisa de supervisão ou ajuda parcial, é definido como parcialmente dependente. E se não realiza atividades básicas de sobrevivência sem a ajuda de outra pessoa, é classificado como totalmente dependente.

Igualmente é necessário avaliar a capacidade funcional do idoso para as atividades mais complexas da vida (PASCHOAL, 2008; LAWTON, 1969 apud MARTINS e CASTRO, 2018), as denominadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), através do Índice de Lawton e Brody. Segundo Alves (2016), este instrumento foi adaptado ao contexto brasileiro e permite saber a capacidade do idoso cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar e passar roupas, usar transporte, manejo de medicações, ir às compras, cuidar das finanças, entre outras.

As pessoas independentes, conseguem fazer essas atividades sem ajuda de cuidadores e geralmente moram sozinhas. Ao contrário, temos idosos dependentes das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Antes de prosseguir na discussão teórica sobre avaliação da dependência, é importante dizer que não foi objetivo dessa

pesquisa avaliar os graus de dependência dos anciãos ribeirinhos, a intensão aqui é através da literatura compreender um pouco como acontece esse processo para melhor situar o leitor nesse universo da dependência funcional.

Ainda sobre avaliação funcional do idoso, porém, em contexto amazônico com usuários longevos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde de Belém – Pará, com idade igual ou superior a 80 anos, Fernandes *et al.* (2019), ressalta que a capacidade funcional tem sido entendida em termos de *“habilidades físicas e mentais, bem como independência para realizar determinadas atividades básicas e instrumentais do dia a dia”* (p.56).

Do mesmo modo, através do projeto E.S.F.R.I.A., *“Estudo da Saúde e Fragilidade do Idoso da Amazônia Brasileira”*, Alves (2016) realizou pesquisa na cidade de Coari/Amazonas para conhecer a capacidade de funcionalidade dos idosos residentes naquela cidade. Participaram da pesquisa 268 indivíduos com idade a partir de 60 anos. Os resultados para capacidade funcional, mostraram:

[...] a prevalência de dependência para as atividades básicas de vida diária foi de 46 (17,2%), enquanto para as atividades instrumentais foi de 166 (61,9%). Dentre os dependentes para ABVD, a atividade de banho foi a mais prevalente (8,6%), seguida das atividades de vestir-se com (6,6%) e continência (6,2%). Na avaliação das AIVD, em relação à dependência parcial, as atividades de uso de telefone (22,6%), medicamentos (19,8%) e para o controle das finanças (12,3%) foram as mais relatadas. As atividades para as quais os idosos eram totalmente dependentes incluíam o uso de telefone (14,4%), lavar e passar roupas (6,6%) e arrumar a casa, [...] (p. 37).

Quanto à avaliação da funcionalidade, Alves (2016) observou que entre os participantes o maior índice era para a dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Todavia, a dependência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) predominou. Foi ainda possível identificar, a correlação entre *“quedas e ABVD e função cognitiva para ABVD”* (p.38). Os autores enfatizaram a necessidade de avaliação da funcionalidade do idoso pelos profissionais de saúde, para prevenir maiores agravos à saúde.

Prosseguindo sobre avaliação funcional, Carneiro *et al.* (2016, p. 436) a definem *“como o processo de mensuração da capacidade em executar as atividades da vida diária, diretamente relacionadas com o autocuidado e com a participação social”* (p.436). A definição de avaliação funcional nesse caso, se relaciona com o conceito de fragilidade que acomete a população idosa. A fragilidade, é constituída pela interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, resultando em uma

síndrome multidimensional. Assim, a avaliação funcional pode esclarecer se uma pessoa é dependente ou independente de acordo com sua realidade e contexto.

Nestes termos, uma pessoa frágil corre risco de sofrer queda, delírio, institucionalização e em caso extremo, morrer. A fragilidade é perceptível em pessoas com baixa obtenção de homeostase, devido ao processo de envelhecimento em um sistema complexo de eventos agudos no organismo da pessoa. Conforme explicam Lacas e Rockwood (2012), sobre a homeostase descompensada que se evidencia em “*mudança desproporcionada no estado de saúde, desde independente para dependente, móvel para imóvel, de uma condição de estabilidade postural para uma condição de propensão a cair, ou de lucidez para delírio após a ocorrência de eventos estressores*” (p.9).

Carneiro *et al.* (2016) em pesquisa sobre prevalência e fatores associados a fragilidade em idosos não institucionalizados, constataram que a prevalência de fragilidade se mostrou elevada. A maior incidência acometia o sexo feminino (p. 441). Outros fatores relacionados à fragilidade também foram identificados pelos pesquisadores, os quais são: idosos longevos; escolaridade inferior a 4 anos; não ter sido internado nos últimos 12 meses; presença de cuidador; queda no último ano; diabetes mellitus; doença cardiovascular e doença osteoarticular.

Diante dessa realidade, Fernandes *et al.* (2019) consideram fundamental identificar as condições atuais de dependência do idoso para direcionar ações de cuidado profissional e familiar, visando a promoção da saúde bem como práticas preventivas de cuidado que possam evitar perdas físico-funcionais de muitos idosos. E ainda, reduzir custos tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto para o idoso e família.

Alguns resultados da mencionada pesquisa apontam necessidades de investigações científicas e intervenções qualificadas com idosos, tais como: conhecer quem são os idosos que demandam cuidado domiciliar; o estabelecimento de uma rede de apoio aos cuidadores, viabilizando um atendimento integral e sistemático (MARTINS e CASTRO, 2018), como também é importante detectar situações de risco para o idoso e a necessidade de serviços especializados em saúde (ALVES, 2016). Apontam ainda a continuidade das campanhas de informação sobre quedas, na tentativa de prevenir acidentes e suas consequências. Como também indicam como a capacitação de profissionais de saúde e dos cuidadores familiares (TAKO *et al.*

(2017), também é uma necessidade presente nas pesquisas realizadas abrangendo o idoso dependente em contexto familiar e seus cuidadores familiares.

Por fim, a seguir chegaremos a última sessão desse quadro teórico caracterizando os processos e contextos ligados à população ribeirinha que fará parte dessa pesquisa.

2. 4 População Ribeirinha

A população ribeirinha, está enquadrada no Art. 3º, I do DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007 (BRASIL, 2007), no qual é caracterizada como:

Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (s/p).

O mesmo Decreto, Art. 3º parágrafos VII a XI, contendo os objetivos específicos, ampara o ribeirinho enquanto povo tradicional, garantindo a esses povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de qualidade, adequados às suas características socioculturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional. Também assegura acesso ao sistema público previdenciário a adequação às especificidades dos povos e comunidades tradicionais, no que diz respeito às suas atividades ocupacionais, religiosas e às doenças decorrentes destas atividades. Propõe criar e implementar, urgentemente, uma política pública de saúde voltada aos povos e comunidades tradicionais; possibilitar aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e endossar o acesso as políticas públicas sociais e a participação de representantes dos povos e comunidades tradicionais nas instâncias de controle social, bem como, garantir programas e ações de inclusão social.

O trabalho de Guimarães *et al.* (2020), investigou o “*Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil*”. Os resultados da pesquisa confirmam que essas populações dependem da pesca e caça para sobrevivência, da agricultura familiar e alguns recebem subsídios de programas sociais do governo federal, mas apontam a necessidade de investimentos em recursos básicos nas comunidades, como saneamento e eletricidade.

Os ribeirinhos foram descritos por Gama *et al.* (2018) quanto as formas de subsistência ligadas àquilo que a natureza produz através da floresta e dos rios, além

disso, as moradias e comunicação são peculiares a essa população. São moradias agrupadas de aglomerados familiares, preservam a cultura e origem indígena presentes nessas populações, que em parte são beneficiadas, atualmente, pela entrada da tecnologia em alguns desses lugares. Vejamos descrição desse espaço típico dos ribeirinhos, em que,

As casas são construídas em madeira (palafitas) na terra ou suspensas no rio (flutuantes). Não há padrão de ocupação do espaço e as comunidades diferem em relação à infraestrutura. Algumas possuem energia elétrica, telefonia móvel e antenas parabólicas, porém a maioria não dispõe de tais recursos nem de sistema de saneamento básico (...)” (GAMA *et al.*, 2018 p. 3).

Além das condições de moradia específicas dessa população, outra peculiaridade está relacionada ao acesso à saúde. Em caso de necessidade de assistência à saúde é obrigatório o deslocamento do paciente ribeirinho (GUIMARÃES *et al.*, 2020) do interior para as áreas urbanas em busca de assistência por meio de viagens por via fluvial, em embarcações pequenas, que duram um tempo variável para terem acesso aos serviços de saúde. Esse tempo pode levar desde minutos a dias de percurso entre a residência do ribeirinho e o local do atendimento.

Outro aspecto da população ribeirinha está ligado aos rios amazônicos. Estes fazem parte da história de vida dos ribeirinhos. Suas moradias nas beiradas, acompanhando o curso dos rios, sugerem diversos significados desses cursos de águas para eles (LIRA e CHAVES, 2016; GAMA *et al.*, 2018). O próprio nível das águas influencia diretamente a vida dos ribeirinhos. No período da cheia (chuvas) a alimentação, a base de peixes, fica mais escassa. No verão (seca) geralmente há abundância de peixes e colheitas de plantações. Por outro lado, a cheia dos rios facilita o deslocamento das populações por água, enquanto no verão muitos canais fecham tornando as viagens mais longas. Nesse momento, o porto fica mais longe das casas, dificultando ainda mais a assistência. No caso de uma pessoa idosa e dependente a locomoção fica mais complexa ou mesmo impossível.

A distância pode fazer com que o ribeirinho perca uma consulta agendada com especialista no Sistema Nacional de Regulação⁶ (SISREG), por exemplo, por ter que

⁶ SISREG, é um Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Disponível em: <https://sisregiii.saude.gov.br/>.

viajar de algumas horas até dias para chegar à Manaus. Situações como essa mostram que profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), ligados ao cuidado dessas pessoas, precisam desenvolver habilidades de atendimento e comunicação condizentes com a realidade social dessas populações.

Segundo Travassos e Viacava (2007), o idoso rural tem baixa escolaridade. O autor considera que a baixa escolaridade torna os idosos “*menos capacitados para identificar os serviços de que necessitam e mais vulneráveis à discriminação por parte dos profissionais de saúde*” (p. 2499). Corroboram com isso, Guimarães *et al* (2020) os quais ressaltam que a escolaridade e as baixas condições econômicas dessa população podem implicar no modo como lidam com o acesso à saúde tanto no aspecto individual quanto familiar.

Ainda sobre a escolaridade dos ribeirinhos, Gama *et al.* (2018) mostraram em seu estudo uma taxa de 9,7% de analfabetismo. Essa taxa pode ser considerada alta se comparada a pesquisas anteriores realizadas com ribeirinhos que indicaram uma taxa de 0,6 %. Quanto à aspectos econômicos, os ganhos da população demonstraram uma renda per capita baixa abrangendo 30% do salário-mínimo. Em situações de baixas condições socioeconômicas dos ribeirinhos, a fatura de alimentos originários da floresta e dos rios, auxiliam na sobrevivência da população mesmo com poucos recursos.

Sobre a incidência de doenças entre os ribeirinhos entrevistados, Gama *et al.* (2018), obtiveram que o problema de saúde mais comum nos participantes, foi a dor abrangendo 45,2% de casos autorrelatados. As doenças como pressão arterial que acometem a população chegam a 9,5%; e 1,1% das pessoas entrevistadas convive com diabetes.

3. QUADRO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Visto que o presente estudo busca valorizar a fala dos participantes optou-se pela pesquisa qualitativa, de campo e descritiva (SILVEIRA e CÓRDOVA, 2009; GIL, 2002). Por sua natureza, a investigação versa sobre uma realidade que não pode ser quantificada, cujo objeto de estudo é subjetivo, focado na experiência dos sujeitos, pensamos, portanto, que requer uma pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2002),

essa perspectiva possibilita o aprofundamento dos significados daquilo que as ações humanas revelam dentro de um sistema de relações.

Este tipo de pesquisa valoriza os significados (MINAYO, 2002), se interessa pelas “*aspirações, crenças, valores e atitudes, [...]*” (p. 21 e 22) dos sujeitos envolvidos no processo investigativo. A realidade que não pode ser quantificada, interessa para a pesquisa qualitativa.

E por se tratar de contexto familiar e suas relações complexas, essa pesquisa qualitativa foi orientada pelo pensamento sistêmico (VASCONCELLOS, 2002), que possibilita ao pesquisador, enquanto observador do sistema, fazer parte de um todo que se constrói a partir do seu próprio pensar, analisando a complexidade das relações sem tentar reduzir, buscando as conexões das mesmas, pensando a auto-organização como “característica de todos os sistemas da natureza” (p.169), da qual o grupo familiar é parte.

3.2 Dos sujeitos da pesquisa

3.2.1 Participantes

Foram entrevistados 10 (dez) idosos dependentes e 8 (oito) cuidadores familiares, residentes em área ribeirinha. Da Comunidade Santa Luzia no Careiro do Várzea/Am foram entrevistados 3 (três) idosos e 3 (três) cuidadores e Comunidade Campinas do Norte-Manacapuru/Am foram entrevistados 7 (sete) idosos e 5 (cinco) cuidadores.

3.2.2 Da composição do grupo de participantes

Os participantes da pesquisa foram 18 sujeitos, sendo 10 (dez) idosos com idade entre 71 e 86 anos, 08 (oito) cuidadores familiares com idade entre 35 e 82 anos.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os 18 participantes se incluíram nos critérios de inclusão da pesquisa:

1. Ser idoso dependente a partir de 60 anos de ambos os sexos;
2. Ser dependente há pelo menos 3 meses;
3. Residir em comunidade ribeirinha tanto o idoso quanto o cuidador;
4. Ser cuidador do idoso há no mínimo 3 meses.

Foram excluídos idosos

que evidenciaram comprometimento cognitivo acentuado, observado durante conversa com os familiares e o próprio idoso.

3.4 Local da pesquisa

3.4.1 Contextualização das comunidades

A pesquisa aconteceu em duas comunidades rurais próximas a Manaus: Comunidade Santa Luzia (Careiro da Várzea) e Comunidade Campinas do Norte (Manacapuru). As comunidades foram escolhidas devido ao conhecimento prévio da comunidade que a pesquisadora tinha e pelo contato com líderes comunitários e agentes de saúde das localidades, na intenção de facilitar a entrada em campo.

A Comunidade Santa Luzia, localiza-se à margem do Paraná do Autaz Mirim (Rio Autaz Mirim) é subdistrito de Careiro da Várzea. O município Careiro da Várzea, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) em 2020 tinha a população estimada em 30.846 pessoas. De acordo com *Informações do Brasil* (s/d), a comunidade de Santa Luzia, tem cerca de 194 domicílio, com uma estimativa de 843 pessoas residentes na localidade. Possui 6 estabelecimentos agropecuários; 1 estabelecimento de ensino; 1 estabelecimento de saúde e o rendimento médio estimado de moradores nesse logradouro é de R\$ 211,18 (Duzentos e onze reais e 18 centavos).

Anteriormente, a comunidade Santa Luzia possuía apenas um Anexo de Unidade Básica de Saúde (UBS)⁷ onde eram feitos os atendimentos dos moradores. Não oferecia atendimento médico semanal, nem serviço odontológico. Com o surgimento da pandemia de covid-19, a comunidade foi beneficiada em meados de setembro a outubro de 2020 foi concluída e inaugurada a UBS à margem do Paraná do rio Autaz Mirim para facilitar o transporte de pacientes. Com isso, a equipe de saúde foi ampliada, sendo composta por um clínico geral que atende 2 dias na semana (terça e quinta-feira); 1 dentista.; 1 assistente social (terça a sexta-feira); 2 enfermeiros; 5 técnicos de enfermagem; 4 agentes comunitário de saúde (ACS) e um agente de endemias (microscopista, faz teste de malária e dengue). Todos estes profissionais moram na comunidade. Encontramos profissional psicólogo apenas em Careiro da Várzea.

⁷ Informações obtidas através das entrevistas com os participantes e Diário de campo.

O local é referência em agricultura de verduras e frutas como mamão, melancia e abacaxi. A alimentação básica da população é peixe e carne de animais silvestres, mas é possível comprar carne bovina. Não há restaurantes nem lanchonetes na comunidade apenas duas tabernas (uma delas pertence a uma das cuidadoras entrevistadas) com abastecimento muito básico.

A população tem fartura de alimento regional, tanto de peixes quanto de produtos vindos da agricultura, como a produção de abacaxi, que é referência estadual e abastece Manaus. Porém, as moradias são simples. É possível ver a urbanização chegando através de algumas poucas casas em construção de alvenaria, como a pequena casa de um dos idosos entrevistados.

A segunda comunidade, local de coleta de dados é Comunidade Campinas do Norte, localizada à margem do Paraná do rio Anamã, pertencente ao município de Manacapuru que, segundo estimativas do IBGE (2020), tem uma população de 98.502 pessoas. A Comunidade Campinas do Norte fica a 86 km de Manaus e tem aproximadamente 263 famílias cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS)⁸. Os entrevistados se referiram à parte mais antiga de Campinas como “*Cabeceira*”. Na parte mais recente se encontra o Anexo da UBS, a escola, a praça, as igrejas evangélicas e católica, todos localizados na rua principal que margeia a comunidade, banhada pelo paraná do rio Anamã. Na verdade, a Comunidade Campinas do Norte é uma pequena ilha cruzada em poucos minutos a pé.

Em relação a estrutura de atendimento da saúde pública, a comunidade não tem Unidade Básica de Saúde (UBS)⁹. Conta apenas com um anexo, o Posto Santo Antônio (até ano passado não tinha enfermeiro, contava apenas com uma técnica de enfermagem). Este Anexo está ligado a UBS do Sacambú (UBS Nossa Senhora De Nazaré) que é a UBS responsável pela cobertura de Campinas. A UBS não tem uma equipe do NASF, por isso, a partir deste ano estão levando algumas ações do município para a comunidade. Atualmente, o Posto conta com uma equipe de um enfermeiro, um técnico de enfermagem e três ACS (um para cada vila coberta pelo Anexo, que no caso são três). Um médico da UBS responsável, faz consulta uma vez por mês na comunidade atendendo grávidas e idosos. Qualquer especialista (dentro da ESF pode ser acessado somente em Manacapuru ou em ações pontuais que

⁸ Informações obtidas através do Diário de campo.

⁹ Informações obtidas através do Diário de campo.

ocorrem na comunidade). O transporte de ida e volta para as duas comunidades foi fluvial e terrestre.

3.5 Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de Entrevista semiestruturada com itens sociodemográficos e perguntas orientativas relacionadas aos objetivos da pesquisa, com as seguintes sessões: história do idoso; dependência funcional; percepção da dinâmica familiar e assistência à saúde, adaptado do modelo de entrevista de Minayo *et al.* (2018) com duas versões, uma para os cuidadores familiares (APÊNDICE C1) e outra para os idosos (APÊNDICE C2). Importa enfatizar que as entrevistas com os cuidadores familiares tiveram a função de esclarecer dúvidas e enriquecer os dados obtidos pelas entrevistas dos idosos dependentes. E como fonte de pesquisa complementar, foi usado o Diário de Campo (GOMES, 2002), para anotações das impressões do pesquisador a respeito do processo de entrada em campo.

3.6 Procedimentos

3.6.1 Coleta de dados

A participação das pessoas na pesquisa se deu por meio de indicações de líderes comunitários, líderes religiosos e profissionais de saúde atuantes nas duas comunidades, os quais tem proximidade com a população em estudo e conhecem o campo a ser pesquisado; e pela livre adesão dos idosos ribeirinhos (homens e mulheres dependentes) e seus cuidadores familiares, os quais concordaram em participar em vista da *“significação dos vínculos dos sujeitos com o problema a ser estudado”* (DESLANDES, 2002, p. 43).

Após a autorização do Comitê de ética, foram feitas coletas - piloto com uma família de idoso e cuidadores em Manaus e outra com algumas famílias na Comunidade de Livramento pertencente ao município de Manaus, porém, em área ribeirinha. Após essas coletas - piloto foram feitos ajustes nos questionários para facilitar a compreensão dos participantes e atingir os objetivos propostos.

Em seguida fomos às comunidades escolhidas para a coleta de dados. Nos locais de pesquisa os primeiros contatos feitos foram com os líderes comunitários, líderes religiosos e profissionais de saúde das duas localidades com a intensão de

obter indicações de idosos dependentes e seus cuidadores que poderiam colaborar com a pesquisa. A coleta de material foi feita primeiro na Comunidade Santa Luzia em Careiro da Várzea e depois na Comunidade Campinas do Norte em Manacapuru.

Importa esclarecer que a pandemia de covid-19 foi responsável pelo atraso na entrada em campo. Quando o Comitê autorizou a coleta, o interior do Amazonas estava na fase vermelha de transmissão e tinha mais um agravante, o sujeito da pesquisa fazia parte do grupo de risco. Assim, para manutenção do isolamento social, procurou-se seguir as normas de segurança da Organização Mundial da Saúde. Diante da crise, somente em 08 de novembro de 2020 quando houve queda na taxa de transmissão no interior, deu-se entrada em campo e início à coleta de dados que aconteceu de 08 /11 a 11/12/2020. A pesquisadora entrou em campo com a utilização de todos os recursos de proteção: álcool em gel e Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Primeiro a coleta de dados deu-se em Santa Luzia, fomos bem recebidos pelos comunitários (pesquisadora e esposo) e ficamos hospedados na casa de um amigo pastor no local. Ele indicou os idosos que conhecia na comunidade e que tinham o perfil para participar da pesquisa, conforme os critérios de inclusão pré-estabelecidos. E nos apresentou profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Através das indicações do pastor e de técnico de saúde da UBS, conhecemos as famílias de idosos dependentes de Santa Luzia. Após conversa com o familiar e o idoso, foram agendadas as entrevistas com cada participante.

Do mesmo modo, a entrada em Comunidade de Campinas do Norte, transcorreu bem. O pastor local, e a Agente Comunitária de saúde, mesmo afastada do trabalho há cerca de 6 meses por problema de saúde, nos indicou as famílias com idosos dependentes.

As entrevistas desta pesquisa foram realizadas individualmente, agendadas com cada participante em sua própria residência, em dia e horário de sua conveniência. A interlocução durou de uma a duas horas no máximo. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra e serão arquivadas por 5 anos, conforme normas éticas. O conjunto das entrevistas, juntamente com outras informações coletadas no processo de sua realização e registradas em diário de campo, constituem o *corpus* da análise do presente estudo.

3.6.2 Procedimentos de análise

Para a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e os dados coletados submetidos à técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2006), técnica amplamente utilizada e bastante adequada ao estudo de objetos cuja natureza é linguística, no caso a linguagem corporificada no relato produzido dos participantes. A análise de conteúdo busca conhecer o que está por trás das palavras e as realidades contidas nelas.

Nesse contexto, a análise dos dados coletados através dos instrumentos de entrevista semiestruturada e diário de campo, foi feita seguindo os três polos cronológicos da análise de conteúdo, segundo Bardin (2006) :1) pré-análise: nessa fase foi realizada a coleta e organização dos dados, a confrontação dos objetivos correlacionando-os às ideias recorrentes; leitura inicial para obter uma compreensão geral do material; escuta extenuante das entrevistas; identificação das unidades de significação que emergiam das falas dos participantes; comparação das diferentes unidades descritivas dos participantes; descoberta dos sentidos que envolvidos na construção das percepções; leitura das entrevistas, das falas dos participantes e separação de recortes representativos das informações coletadas, relacionando-as aos objetivos iniciais. Nesse primeiro momento foram construídos recortes das falas, e organizados quadros analíticos para sistematização de dados; 2) exploração do material foi feita a partir dos dados separados e das hipóteses levantadas, em conformidade com os objetivos, os dados foram transformados em textos; que incorporam reflexões críticas dos achados; 3) tratamento dos resultados: e por último foram feitas interpretações dos dados obtidos, gerando-se conclusões em consonância com a teoria proposta e em diálogo com a literatura da área.

Os recortes representativos das falas foram codificados da seguinte maneira para manter o sigilo da identidade dos sujeitos Idosos e Cuidadores, respectivamente: **Idoso 1; Idoso 2; Idoso 3; Idoso 4...; C1, C2, C3, C4...**; cada código está acompanhado pela idade do sujeito que fala.

3.6.3 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM) em 30 de julho de 2020. O Parecer está disponível em: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/>

gerirPesquisaAgrupador.jsf, sob o CAAE: 34918820.4.0000.5020, conforme as Resoluções do CEP/CONEP 466/2012 e 510/2016, para pesquisa com seres humanos com as seguintes orientações:

(...) A pesquisadora deve observar as orientações da CONEP de 5/6/2020, em razão da pandemia e isolamento social. Deve ser readequado o cronograma para este período da pandemia e isolamento social. Deve também atentar para a Nota Técnica 001/PROPEP/UFAM, sobre as atividades de pesquisa, nas págs.2/5 e 3/5/2020 quando estabelece: "letra A).....e letra B) As atividades de pesquisa com seres humanos devem ser suspensas, à exceção das que estejam trabalhando nas áreas de saúde, diretamente relacionadas ao coronavírus ou que necessitem de acompanhamento contínuo, com as devidas precauções e autorização das autoridades de saúde pública do estado do Amazonas.

Mediante essas orientações foi reorganizado o cronograma, visando a adequação em virtude da pandemia. Buscou-se respeitar a liberdade, autonomia e os valores culturais, religiosos, sociais e morais dos participantes, bem como os hábitos, costumes e direitos humanos das pessoas envolvidas no processo da pesquisa, conforme Resolução 510/2016. Assim, foram garantidos os direitos dos participantes prescritos no artigo 9º desta mesma resolução, podendo o participante desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo.

Foi observado pela pesquisadora o que preconiza a Resolução 466/2012, quanto aos riscos que envolvem a pesquisa com seres humanos, garantindo assistência diante de qualquer constrangimento ou sofrimento, em consonância com a Resolução 510/2016. Foi assegurado acolhimento psicológico online para os participantes diante da crise da Covid-19. Foi reconhecida pela pesquisadora a autonomia reduzida dos idosos dependentes, sujeitos a uma relação de autoridade e dependência de seus cuidadores, diante de suas limitações da autonomia relacionadas à condição física, mental, espiritual e psicológica, peculiar de suas condições de dependência.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados obtidos, esta análise foi estruturada Conforme Quadro 1 referentes a *Estruturação dos resultados*. Primeiro, estão expostos os resultados a partir da compreensão dos cuidadores, com a sessão **Ser cuidador de idoso dependente em área ribeirinha** e suas subpartes. Em segundo estão exibidos os resultados na visão dos idosos dependentes ribeirinhos de acordo

com a sessão **Idosos dependentes** e suas respectivas subpartes. Em seguida o **Acesso à saúde e apoio psicossocial na perspectiva dos cuidadores e idosos**, e na sequência uma capítulo de livro intitulado **O cuidador ribeirinho e o cuidar de idoso dependente**, finalizando a discussão com **conclusão** da pesquisa.

Quadro 1- Estruturação dos resultados

Dimensões Estudadas	Subpartes
4.1 Ser cuidador de idoso dependente em área ribeirinha	4.1.1 Mudança nas dinâmicas familiares 4.1.2 Rotinas de cuidado 4.1.3 Dias típicos e atípicos no cuidar 4.1.4 Administração dos proventos dos idosos 4.1.5 Identificando conflitos na relação cuidador - idoso a partir da fala do cuidador 4.1.6 Diferenças de gênero nas estratégias de cuidado segundo os cuidadores
4.2 O idoso dependente em área ribeirinha	4.2.1 Identificando conflitos na relação idoso - cuidador 4.2.2 Diferenças de estratégias de cuidado quanto ao gênero na perspectiva dos idosos
4.3 Acesso à saúde e apoio psicossocial na perspectiva dos cuidadores e idosos	
4.4 O cuidador ribeirinho e o cuidar de idoso dependente	
5. CONCLUSÃO	

Fonte: pesquisa de campo (2020).

Para melhor contextualizar os resultados, apresentamos a seguir o Quadro 2 com a *Síntese dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa*. Os participantes foram divididos em dois grupos: 10 Idosos e 8 Cuidadores. A idade dos idosos varia entre 71 e 86 anos. Destes 5 são viúvos e 5 casados. Todos são aposentados, possuem nível de escolaridade baixo, sendo que 6 não foram alfabetizados, e 4 pararam nas séries iniciais do ensino básico.

Já os cuidadores, tem idade entre 35 e 82 anos, apenas um é solteiro. Apresentam grau de instrução que vai do ensino primário ao nível superior. A ocupação dessas pessoas varia muito, encontramos: dona de casa, agricultor (a) e funcionário público. O grau de parentesco inclui, esposa, esposo, filhos, filhas, noras, netas e netos. O tempo mínimo de cuidado abrange 9 meses e o máximo 18 anos. Todos os entrevistados se declararam religiosos, etnicamente não indígenas, e racialmente brancos, morenos e pardos.

Quadro 2- Síntese dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

Idoso	Ida.	Et./cor	Gen.	Est. civil	Escolaridade	Comunidade	Ocupação
1	83	Pardo	M	Casado	Analfabeto	Santa Luzia/Careiro da Várzea/Am	Aposentado
2	86	Branca	M	Viúvo	Analfabeto	Santa Luzia/Careiro da Várzea/Am	Aposentado
3	78	Moreno	M	Viúvo	Alfabetizado	Santa Luzia/Careiro da Várzea/Am	Aposentado
4	84	Moreno	M	Casado	3º Primário	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentado
5	78	Moreno	M	Viúvo	2º primário	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentado
6	76	Morena	F	Casada	Analfabeta	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentada
7	83	Morena	F	Viúva	Ens. Fund. incompleto	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentado
8	82	Morena	F	Viúva	Analfabeta	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentada Aposentada
9	71	Morena	F	Casada	2º primário	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentada
10	71	Morena	F	Viúva	Analfabeta	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentada
Cuidador	Ida	Et./Cor	Gen.	Est. Civil	Escolaridade	Comunidade	Ocupação
1	43	Parda	F	Casada	Ens. Médio	Santa Luzia/Careiro da Várzea/Am	Doméstica
2	41	Parda	M	Casado	Ens. Médio	Santa Luzia/Careiro da Várzea/Am	Agricultor
3	38	Morena	F	Casada	Ens. Médio	Santa Luzia/Careiro da Várzea/Am	Agricultora/ comerciante
4	73	Morena	F	Casada	4ª série	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentada
5	82	Moreno	M	Casado	Ens. Fund. incompleto	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Aposentado
6	43	Parda	F	Casada	Superior	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Servidora pública
7	35	Morena clara	F	Casada	Ens. Médio	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Agricultora
8	41	Parda	F	Solteira	Superior	Campinas do Norte/Manacapuru/Am	Professora Servidora publica

Fonte: dados da pesquisa de campo (2020).

Legenda: **Masculino** **Feminino**

4.1 Ser cuidador de idoso dependente em área ribeirinha

O ser cuidador de idoso dependente ribeirinho, dispõe a pessoa cuidadora e sua família passar por imposições relacionadas a dependência do idoso. Mediante esta realidade evidenciou-se nesse estudo algumas exigências vivenciadas pelos cuidadores e suas famílias, descritas a seguir: 4.1.1 **Mudanças nas dinâmicas familiares**; 4.1.2 **Rotinas de cuidado diário**; 4.1.3 **Dias típicos e atípicos no cuidar** e 4.1.4 **Administração dos proventos do idoso**.

4.1.1 Mudanças nas dinâmicas familiares

Compreendemos a família como um sistema de relações que se concretiza por meio de trocas entre os seus membros. Essas trocas acontecem o tempo todo em completa interação com outros sistemas (social, escolar, igreja, sistema de saúde) e subsistemas (de filhos, netos, noras) em famílias das diferentes classes sociais (BERTALANFFY, 1976). Do mesmo modo ocorre com as famílias ribeirinhas dos participantes. Por isso é fundamental, identificar as mudanças ocorridas no núcleo familiar a partir da dependência do idoso, pois, a instauração da dependência modifica o funcionamento doméstico, as relações e a vida das pessoas.

Na pesquisa foram identificadas diversas modificações apontadas nos relatos dos participantes, como o de C1, que precisou demitir-se do emprego, mudar de localidade para atender aos cuidados decorrentes da dependência dos pais. Claro que essa decisão **modificou toda a dinâmica familiar**, seu esposo também, **rejeitou proposta de emprego em outro estado para retornar com ela ao interior e fazer companhia diária aos pais, morando ao lado da casa deles**, porque entendia que eles não tinham mais condições de ficar sozinhos à margem do rio. C1 tornou -se um elo entre os idosos e seus irmãos e irmãs. De acordo com seu relato os familiares puderam ficar tranquilos, sabendo que havia diariamente uma pessoa junto aos pais. Atualmente os irmãos que moram em outros locais, vêm visitar quando podem. Se for preciso enviam recursos a pedido da cuidadora para suprir as necessidades do pai.

De modo semelhante, C3 abandonou suas vendas, após a morte da mãe, que sofreu infarto por complicações de diabetes, para cuidar do pai, há cerca de quinze anos. Não conseguiu mais sair de casa para se divertir porque o pai tem dificuldades para relacionar-se com as pessoas e a cuidadora não pode sair sem o

idoso. O esposo de C3 tem sido constrangido a sair sozinho para festas, passeios e outras diversões. Isso a entristece e preocupa, em vista do esgarçamento e sobrecarga das relações familiares.

A dependência do pai levou C2 a assumir a responsabilidade como cuidador principal, com a delegação dos seus irmãos. Seu pai tem uma significativa perda motora. Ao assumir o cuidado do pai após a morte de sua mãe, **C2 por bastante tempo, deixou de trabalhar para manter a sua família em detrimento do cuidado do pai. Também teve sua liberdade reduzida; passou a ter preocupação diária com o cuidado do idoso e o andamento da casa dele. Atualmente não sai mais da comunidade durante a semana.** Diante da sobrecarga de ter cuidado sozinho da mãe, literalmente junto ao leito até sua partida, e depois assumindo a responsabilidade pelo pai, passou a ficar muito ansioso. Foi consultado por médico e passou a tomar remédio para o controle da ansiedade. Diante disso foi orientado por psicólogo em Manaus a dividir as tarefas com os irmãos. Procurou reuni-los e gradativamente construiu um rodízio de cuidado bimestral para o pai. Isso trouxe alívio ao estresse e sobrecarga que enfrentava anteriormente.

Mesmo sendo esposa, morando na mesma casa, a dependência do marido de C4 trouxe mudança para a família. C4, é idosa, esposa que vive somente para o cuidado do esposo. **Antes eles plantavam e colhiam, agora sua roça está abandonada. Ela tem vontade de ir à roça, mas não consegue diante do desafio de cuidar e dos efeitos corporais do envelhecimento.** Ao lado da casa do idoso, mora o filho que cuida da roça, planta mandioca e reparte com os pais a farinha produzida. Mas quem ajuda no cuidado diário é uma das filhas que tem casa em Manaus, cuida dos proventos da cuidadora e do pai. A cada dois meses essa filha vai a Manaus ver sua família e volta para o interior para cuidar do pai e mãe. Os outros filhos vêm visitar o idoso de vez em quando, ou mandam ajuda em dinheiro ou alimento.

Outro idoso que sente o impacto da dependência da esposa é C5. Ele relatou que a sua própria dependência trouxe mudança significativa para acolher a esposa em sua dependência. Devido sua quase morte em 2010, em virtude de uma cirurgia na próstata, **passou a amar sua família e tem convicção que não vai abandonar sua esposa em seu atual estado. Antes ele não parava em casa, tinha uma vida promíscua, segundo seu relato. Agora sente-se impedido de sair de casa**

porque precisa fazer companhia para a idosa. As filhas sentem-se presas ao cuidado da mãe. A dependência da idosa requereu a união das filhas e do pai para dar conta do cuidado. Principalmente a filha cuidadora principal, sente-se sobrecarregada, com a responsabilidade das rotinas de cuidado e providências diárias.

Ainda sobre mudanças ocorridas na vida dos cuidadores e familiares diante da dependência do idoso, C6 relatou que antes **gostava de participar de confraternizações e viagens, todavia, após sua mãe sofrer o que a cuidadora referiu como “*princípio de Acidente Vascular Encefálico*” (AVE), que a cuidadora inclusive presenciou, deixou de ir a confraternizações, e as viagens diminuíram.** Só viaja uma vez ao ano, para ver os filhos em outra cidade ou para cuidar da saúde da mãe, mas não viaja se a mãe não for junto. Também, desenvolveu um medo de que a mãe possa morrer a qualquer momento e ela esteja ausente. A partir do princípio de AVE, um de seus irmãos se separou da esposa e mudou-se daquela cidade para fazer companhia para a mãe junto com seu casal de filhos, quando ainda eram crianças. Atualmente são jovens, e a neta “é exclusiva dela” (C6), tem a responsabilidade de acompanhá-la diuturnamente em casa.

Assim como o irmão de C6, **C8 retornou da cidade onde morava há sete anos, para cuidar da mãe na comunidade após saber que a mãe estava com suspeita de câncer.** A partir da dependência da idosa toda a família tem sido mobilizada para contribuir no cuidado da matriarca já que, em época passada teve câncer e foi tratada. No período da entrevista a idosa estava passando por avaliação médica, submetida a uma dieta rigorosa, segundo a cuidadora por problema de gastrite. Devido seu estado debilitado de saúde a idosa não fica mais só em casa. Uma sobrinha da idosa se voluntariou para cuidar da alimentação e afazeres da casa.

Temos também o depoimento de C7, a qual relata que **desde que se casou há 18 anos, quando tinha apenas 17 anos, a sogra mudou-se para sua residência. Na ocasião a sogra já era idosa. Atualmente nenhuma das filhas e filho da idosa querem cuidar dela em suas casas.** A idosa é portadora de bócio, que já não pode ser retirado. Tem crises de desmaio, entre outros sintomas associados. Não suportando a sobrecarga, C7 passou a pedir ajuda das filhas e filho da idosa em caso de adoecimento da sogra. Por causa da doença da idosa, a

cuidadora, marido e filhos nunca podem viajar ou sair juntos, pois, alguém sempre tem que ficar com ela em casa.

Diante do estado de dependência dos idosos, vê-se que mudanças importantes ocorrem nas dinâmicas das famílias entrevistadas, e principalmente na vida do cuidador responsável. Os relatos denunciam que foram tomadas diversas decisões que exigiram **mudança de planos** e em alguns casos **abandono de projetos de vida**, pela exigência de cuidados ao idoso. Assim, reitera-se que as mudanças sofridas pelo cuidador, devido à atenção dada ao idoso, no mais das vezes gera grande estresse (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Ademais a dependência do idoso mobiliza toda uma rede de relações para se adequar à nova realidade. Nesse sentido filhos, cônjuges, netos, noras e outros, tem suas vidas modificadas e impactadas pela situação de cuidado, os quais são submetidos a rotinas diárias de cuidado referentes a dependência do ente querido.

4.1.2 Rotinas de cuidado

Nesse tópico, aborda-se o que de modo prevalente, aparece no fazer diário dos cuidadores familiares ribeirinhos ligado às necessidades de cuidados, conforme Quadro 3 das Condições de dependência dos idosos participantes, é possível visualizar, de forma geral, a capacidade funcional dos idosos. Para esta classificação levou-se em consideração os relatos dos participantes e informações obtidas pelo Diário de Campo.

Quadro 3. Condições de dependência dos idosos participantes

Idoso Nº	Idade	Dependência
1	83	AIVD/ Trombose, tonteira, aperto no peito, desmaios etc.
2	86	AIVD/ABVD/Cardiomegalia/Perda da motricidade
3	78	AIVD/ Hipertensão arterial
4	84	AIVD/ABVD/ Câncer na Próstata/Cardiomegalia
5	78	AIVD/ Hipertensão arterial
6	76	AIVD/ABVD/ Perda muscular
7	83	AIVD/ Princípio de AVE/ Hipertensão arterial
8	82	AIVD/Bócio
9	71	AIVD/Hipertensão Arterial/Gastrite/alergia/suspeita de câncer
10	71	AIVD/ABVD Cegueira

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2020).

Legenda: **Masculino** **Feminino**

Quanto as principais rotinas de cuidado, predomina àquelas relacionadas às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), conforme enquadramento das práticas comuns verbalizadas pelos cuidadores. Portanto, é comum acordar cedo, pedir a benção do idoso, assim que acordam ou ao primeiro contato; preparar os alimentos (café, almoço, merenda e jantar), arrumar a casa; monitorar o idoso e ouvir as histórias do idoso.

No caso de cuidadores de idosos com grau de dependência maior (C2, C4 e C5), além das atividades referidas, soma-se as atividades relacionadas às ABVD, como banhar ou ajudar no banho do idoso; carregar o idoso; ajudar o idoso para sentar, levantar, deitar, vestir, pentear os cabelos, ajuda a escovar os dentes; medicação; preparar e oferecer chás de ervas; fazer massagem.

Entre as AIVD, destaca-se o monitoramento (vigilância) do idoso, atividade praticada diariamente por sete dos oito cuidadores entrevistados. Sem ter em conta o grau de dependência, os idosos precisam de algum tipo de vigilância, ter sempre alguém por perto, é essencial. Independentemente da faixa etária que vigia, seja adulto ou criança, o cuidador familiar ribeirinho prioriza ter sempre uma pessoa observando o idoso.

É interessante mencionar quanto a frequência das atividades do cotidiano, resultado semelhante, encontrado em estudo quantitativo de Alves (2016) que confirma a prevalência das AIVD entre os idosos dependentes, sendo que as atividades ligadas ao autocuidado (ABVD) se estabelecem em estágios mais avançados do envelhecimento ou por agravos de saúde (SPOSITO, 2010 apud ALVES, 2016), como nesse estudo, uma vez que é quando a complexidade na execução das AIVD exige mais da pessoa, tanto física quanto cognitivamente em relação as ABVD.

Ficou evidente pela pesquisa que em primeiro lugar, todos os idosos precisam de ajuda devido a dependência das AIVD diariamente. Uns precisam mais outros menos, porém, é necessário entender que há uma associação entre diversas atividades simultâneas, como a administração dos cuidados da casa e os afazeres domésticos relacionados ao cuidado do próprio idoso, comprar o pão, dar a medicação na hora certa, monitorar as tomadas de remédio em seus horários correspondentes e orientar os cuidadores secundários. Do mesmo modo, o preparo da alimentação dos idosos, que vai desde o café da manhã até um chá à noite, antes de dormir. Os chás

oferecidos são calmantes, como a cidreira, capim santo, hortelãzinha, camomila, entre outros. Sete de oito participantes relataram que o idoso sob seus cuidados precisa de ajuda nessas atividades.

Em segundo lugar destaca-se a predominância da assistência às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Esta ajuda oferecida ao idoso, é fundamental para o autocuidado e sobrevivência, como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, deslocar-se. Nessas circunstâncias, encontramos três cuidadores, C2, C 4 e C5 que precisam se incumbir disso. Nesses grupos familiares, as exigências são maiores no cotidiano, pela condição de maior dependência dos idosos.

De modo geral as rotinas dos cuidadores são bastante pesadas e envolvem atividades bastante diversas, pois alinham os cuidados da casa (limpeza, preparo de alimentos, organização) com os cuidados pessoais fundamentais aos idosos (alimentação, higiene, medicação, monitoramento do sono e das condições gerais de saúde).

4.1.3 Dias típicos e atípicos no cuidar

Conforme os resultados da pesquisa, um dia típico para o cuidador é quando realiza todas as atividades do cotidiano sem urgências ou emergências ligadas ao cuidado do idoso. Por exemplo, C1 em seu dia típico, acorda, olha pela janela e vê se os pais já acordaram. Se a janela deles estiver aberta é porque acordaram. A cuidadora vai tomar a benção do pai. Depois leva o pão para tomarem café. Geralmente não faz o café porque o idoso já fez. Ele gosta de fazer o café. Tomam o café juntos. A cuidadora ajuda na arrumação da casa, faz o almoço (enquanto dá providências na sua casa, que fica ao lado com distância de uns quatro metros. Serve o almoço dos pais e depois os coloca para dormir e vai descansar também. À tarde, toma lanche com eles, depois disponibilizar a janta, jantam e vão dormir. C1 dedica-se principalmente em atender à demanda de alimentação de seus pais, é a cuidadora principal.

Um dia típico para C2 é acordar, tomar café, preparar - se para trabalhar, mas antes de ir à roça, passa primeiro na casa de seu pai, que fica na mesma rua a uma distância de cerca de 50 metros de sua casa. Ao chegar na casa do pai, confere como passou a noite (às vezes a Pressão Arterial do idoso baixa durante a noite o que reduz as atividades motoras dele e modifica toda a rotina de cuidados no dia seguinte).

Verifica se já tomou o café, se já tomou banho. Confere com a cuidadora (nora de C2. Ela recebe um salário para cuidar do idoso de dia), se está precisando de ajuda no cuidado do idoso, pois, quando o idoso não está bem fica “*molinho*” com menos equilíbrio, menor força muscular, o que exige carregar o idoso para mudar de local, dar comida na boca, entre outras situações ligadas à dependência de ABVD.

C2 também averigua se o cuidador familiar do dia já chegou para assumir sua responsabilidade, conforme o cronograma bimestral de acompanhamento acordado entre os irmãos. Em conformidade com o acordo, a cada dia pode ficar um neto (a), nora ou outra pessoa da família, para fazer companhia ao idoso e ajudar a cuidadora, caso precise de ajuda com o idoso durante o dia. Esse familiar fica só para ajudar e acompanhar o idoso, enquanto a cuidadora faz a alimentação e cuida de todos os afazeres domésticos. Ele também verifica se falta alguma coisa (como alimento, medicação entre outros), caso positivo, providencia. Quando está tudo certo, vai para o trabalho.

Mas se acontecer do idoso amanhecer com dificuldades motoras e o cuidador do dia não vier fazer sua parte, C2 não vai trabalhar, fica cuidando do pai ajudando a cuidadora do dia. Isso é um dia atípico para o cuidador, pois, como responsável principal isso tudo faz parte da sua rotina a sua vida, e trabalho sempre ficam em segundo plano. Algumas vezes o pai não está bem, leva o pai ao médico em outra comunidade ou pede visita em sua casa, caso o médico esteja na comunidade. Esse dia também é um dia atípico, ele não vai trabalhar. C2 o cuidador principal, é responsável pelo idoso e por tudo que envolve seu cuidado.

Muitos cuidadores dedicam-se de forma integral e exclusiva ao cuidado do idoso, de modo que o dia começa bastante cedo e encerra-se após o sono do idoso. Além do desgaste físico, pesa a sensação e responsabilidade centralizada na figura dos cuidadores principais, ainda quando esses tenham alguma assistência de outros membros da família.

Inclusive, cuidar das finanças do idoso é uma das importantes e conflituosas responsabilidades que exigem dedicação de uma pessoa de confiança do idoso, conforme veremos no tópico a seguir.

4.1.4 Administração dos proventos dos idosos

Quanto aos proventos, todos os idosos participantes são aposentados. Quem se responsabiliza pelos recursos dos idosos em sua maioria, são mulheres. Em número de 6 (4 filhas, 1 nora, 1 neta). De outro modo, C8 declarou que na sua casa qualquer “*um de nós*”, ou seja, qualquer um dos filhos da idosa, pode retirar os recursos e entregar a ela. Apenas um participante do sexo masculino informou ser o responsável pelos proventos do pai (C2).

Em relação ao tipo de benefício, predomina a aposentadoria por idade em oito dos casos. O Idoso 4 é o único participante que conseguiu pagar o sindicato e por essa causa, foi aposentado por tempo de serviço. O Idoso 1 é aposentado por trabalho rural, enquanto os outros oito participantes recebem o benefício do governo por idade.

Na sequência, os tópicos apresentados estão relacionados aos objetivos específicos propostos pela pesquisa.

4.1.5 Identificando conflitos na relação cuidador – idoso a partir da fala do cuidador

A família como um sistema aberto está em constante mudança adaptativa (RAPIZO, 2002) mediante situações novas, porém, o processo de mudança nunca descansa, por isso, questões de conflito são situações comuns, que podem ocorrer a qualquer momento e quando se trata de idoso dependente e seu cuidador, a relação entre a díade pode sofrer diariamente o impacto de eventos ligados ao cuidado, bem como de conflitos intrafamiliares em geral.

A respeito dos conflitos intrafamiliares, Coelho e Alvim (2004) consideram importante conhecer em quais condições o cuidador familiar assumiu esse papel. Porque a forma como a pessoa tornou-se cuidador pode influenciar na geração de conflitos. A origem desses problemas pertinentes ao cuidado do idoso em domicílio tem potencial de “*refletir a falta de predisposição ao cuidado, uma vez que, para ele, é preciso, entre outros requisitos, paciência e disponibilidade*” (p.543). O cuidador muitas vezes parece sustentar um conflito interno, ainda não resolvido, ligado a responsabilidade de cuidar, que acaba eclodindo em irritação e impaciência no cuidar diário. O mesmo autor acrescenta que outros cuidadores entram em conflito por desconhecer os sintomas da doença e como se desenvolve. O conhecimento

facilitaria entender o comportamento do idoso concernente à demanda da dependência e aceitação da doença.

Diante disso, passamos a refletir a respeito de alguns conflitos existentes nos sistemas familiares dos participantes a partir da análise de dados. As falas dos participantes possibilitaram o agrupamento dos conflitos em quatro categorias: 1. **Conflitos relacionados a finanças e alimentação**; 2. **Conflitos relacionados ao adoecimento**; 3. **Conflitos relacionados a questões subjetivas**; 4. **Conflitos ligados ao cuidado do idoso (ou direitos)**.

1. Conflitos relacionados a finanças e alimentação

A preocupação com a alimentação do idoso dependente é uma das atribuições do cuidador. Encontramos nesse estudo idosos portadores de hipertensão, insuficiência cardíaca, perda da motricidade, perda muscular e problemas de alteração hormonal ligada ao aumento anormal da glândula tireoide. Essas condições de dependência exigem cuidados especiais no preparo da alimentação.

Coelho e Alvim (2004, p. 544), enfatizam que doenças crônicas como o Alzheimer, podem gerar crises financeiras por gastos com fármacos, materiais de higiene diária e alimentação, *“assim, a situação financeira da família tem grande interferência no cuidado domiciliar”*. Hayar (2019) confirma que as oscilações financeiras das famílias brasileiras influenciam as condições de cuidar em domicílio sendo um dos agravantes para dificuldades dessas famílias.

Sendo assim, apareceu neste estudo dificuldades relacionadas à alimentação e finanças. A idosa, cuidada por C5, apresenta enjojo persistente do alimento oferecido sempre do mesmo tipo devido as condições financeiras da família serem insuficientes para comprar a alimentação diversificada. Do mesmo modo, rejeita o alimento que não tem o sabor esperado devido a dieta.

Estudos reiteram o quanto a pouca renda familiar disponível para atender as demandas do idoso dependente corrobora para dificuldades presentes no fazer do cuidador em domicílio (OLIVEIRA *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2021; GUTIERREZ *et al.*, 2021). O cuidar de idoso acarreta gastos e redução de ganhos. Os estudos citados revelam que por necessidade de responsabilizar-se pelo cuidado do idoso, em famílias de baixa renda, alguns cuidadores chegam a pedir demissão do emprego para se dedicar as tarefas domésticas, o que resulta em mais dificuldades financeiras para toda a família. Isso é tão impactante que para alguns cuidadores a devoção ao

idoso não permite o retorno ao trabalho e os torna dependentes da ajuda de terceiros (outros familiares). Em vista disso, em especial os casamentos são fortemente testados.

Enquanto os recursos financeiros da família são insuficientes para comprar alimentação adequada conforme orientação de nutricionista, e, não permitem contratar uma pessoa para o preparo das refeições, a família de C5, vivencia conflito ligado à rejeição de alimentos pela idosa. Entretanto, famílias economicamente favorecidas conseguem suprir as demandas materiais de seus entes queridos (PRIMO, 2019; SOUSA *et al.*, 2021). Nesse estudo, quando a idosa rejeita a comida, o cuidador procura resolver o conflito pedindo ajuda da rede de apoio informal (MOCELIN *et al.*, 2017), que é aquela formada por familiares, comunidade em geral, vizinhos e amigos. Geralmente, um filho que mora próximo da casa da idosa e tem habilidade em convencê-la a alimentar-se, estando disponível atende ao apelo.

*a única dificuldade que ela tem é que **ela disse que não tem fome** (...) **ela tem dificuldade de se alimentar**, por isso, ela diz: eu num quero, eu não tenho vontade de comer (...) **é uma das dificuldades** (...) a gente fica insistindo. O... (filho) quando vem dar a comida para mãe diz: **agora velha você vai comer**. Porque ele é brincalhão mesmo, (...) **você vai comer agora, nem que não queira...** ela come (C5, 82 anos).*

É indiscutível que o embaraço com a alimentação mobiliza todo o sistema familiar. C5 acredita que parte do conflito se dá por causa da preparação das refeições. Alega não saber cozinhar. Que sua comida não tem sabor, por isso, a idosa repele. Em contrapartida, as filhas que ajudam no cuidado da idosa, pensam que falta esforço da parte do cuidador (pai) em aprontar as refeições. Por esse motivo deveria contratar uma pessoa para esse fim. Entretanto, o conflito se intensifica no dia em que as filhas não têm condições de vir cozinhar. Inseguro, o idoso chama uma vizinha para cozinhar, o que pode colaborar para a idosa alimentar-se fora de horário, gerando outros conflitos.

Scalco *et al.* (2013), em seu estudo sobre conflitos relacionados a escassez financeira e pouca ajuda familiar ao cuidador principal, destaca que além das dificuldades dos familiares em ajudar o cuidador responsável no cuidado do idoso, a escassez financeira dificulta a divisão das tarefas diárias porque a família fica impedida de contratar cuidadores formais para auxiliar no ambiente doméstico,

semelhante ao caso do C5. Consciente dos poucos recursos financeiros, e sua dificuldade em cozinhar, atribui parte da fraqueza da esposa a má alimentação.

creio que uma boa parte dessa coisa mais que ela sente (fraqueza), é devido má alimentação (C5, 82 anos).

Assim, famílias em conflito que se mobilizam com o intuito de resolver um problema, configuram uma família enredada (GOLDBETER-MERINFELD,1998). Porque os membros da família se chocam com diferentes dificuldades relacionadas a intensificação do sistema de pertencimento. Os membros de uma família desse tipo tendem a manter a comunicação e a preocupar-se excessivamente pelas necessidades do próximo. A capacidade de mudança nos momentos de crise em famílias com o mesmo padrão de funcionamento, tende a ser deficiente.

Verifica-se, que a família de C5 corresponde à configuração de uma família enredada. Os filhos interligados ao pai vêm de relacionamentos anteriores, enquanto os filhos do relacionamento atual estão interligados ao pai e a mãe. Para as filhas, é um desafio obter apoio dos irmãos postigos para o cuidado da idosa porque não a reconhecem como mãe, mesmo que tenha cuidado deles desde pequenos. O idoso relatou que se uniu à esposa porque precisava de uma mulher para ajudá-lo a criar as crianças.

De fato, a história pregressa do idoso fomenta o conflito entre irmãos, entre pai e filhos, o que resulta em sofrimento da idosa. O desentendimento entre os vários cuidadores e o pai, ficou evidente por meio das observações do Diário de Campo, que indica a existência do embate familiar. O papel atual do cuidador está fortemente relacionado à história do idoso, como bem apontado por Araújo, Paul e Martins, (2009), como base do relacionamento construído na vivência histórica da dupla.

Como é sabido, os sistemas familiares são complexos (MINUCHIN, 2008). Sua composição tem como base sujeitos singulares com pontos de vista únicos e diversos. São as diferenças do ponto de vista de cada filho, enquanto subsistema socioafetivo, que mantém a tensão do sistema, porém em equilíbrio. As tensões são ativadas todos os dias através das diversas interações de qualquer parte, em uma tomada de decisão importante, mesmo que seja pequena.

Os vários subsistemas (MINUCHIN, 2008) são constituídos por cada indivíduo da família em particular, marcados pelas diferenças de idades que também criam subsistemas. Quanto a faixa etária, os adultos são um subsistema, as crianças outro.

A respeito do gênero, o sexo masculino é um subsistema, o sexo feminino outro. Em um casamento considerado misto, os pais podem criar subsistemas quando se referem como os “*filhos dele*” e os “*filhos dela*” (p.55). Na díade idoso - cuidador nesse estudo, acontece esse tipo de referência conforme relato de C5 e Diário de campo.

Nessa compreensão, os filhos dele (C5), são um subsistema e os filhos dela, a idosa que demanda cuidados, outro subsistema e cada sujeito do grupo é um subsistema que funciona individualmente e ao mesmo tempo ligado ao sistema pai que está ligado a mãe idosa dependente, bem como os filhos dela estão ligados a ela. A forma como a família se organiza para oferecer cuidado, possibilita entender o uso do poder dentro da família (MINUCHIN, 2008). O poder está legitimado dentro das famílias por consenso social, de acordo com Arendt (2005 apud GUTIERREZ, 2012), em estreita relação com a autoridade determinando assim, quem exerce poder e sobre quem esse poder é exercido.

No caso em estudo a filha que organiza o cuidado exerce poder sobre o pai, sobre seus irmãos e irmãs consanguíneos. Sobre os irmãos postíços é o pai quem exerce o poder a fim de convocá-los para reunião em família. Mesmo assim, a filha organizadora dos cuidados, usa seu poder para persuadir o pai e irmãos como aliados no cuidado da idosa. Como revela em seu relato, ela não tolera a discordância quando o assunto é cuidar dos pais. De outro modo, uma parte dos membros familiares, os filhos do relacionamento atual, aceitam seu apelo, enquanto os irmãos postíços ignoram.

(...) ela bate de frente com eles, porque não vem (C5, 82 anos).

Diante da problemática familiar de C5, o sistema necessita de mudanças relacionais e afetivas (subjetivas) para resolver os conflitos entre as várias partes geracionais. A comunicação é o meio usado para resolver a situação. A filha responsável pelo cuidado, apoiada por C5, se articula em reuniões familiares a fim de solucionar o problema. Poucos comparecem as reuniões familiares, entretanto, tem havido alguns avanços e resultados positivos.

Outro caso em que aparecem conflitos na relação cuidador - idoso vemos no exemplo de C7. A cuidadora é nora da idosa dependente. C 7 expressa dificuldade relacionada à dieta da sogra. Sua dieta é baseada em carne branca, pouco sal, frutas e verduras. Na comunidade é difícil obter frutas e verduras, porque não há cultivo local

desses produtos suficientes para venda. O cultivo de base da comunidade é o cará. A aquisição de variedade de frutas e verduras para essa população somente se dá em cidade próxima. Para tanto, é necessário fretar uma voadeira¹⁰ e esse tipo de transporte requer gastos extras da família. A cuidadora, considera a idosa muito exigente no cotidiano, pois solicita sempre comida diferente, demanda que não tem condições de atender.

*não gosta de repetir comida (...) A dificuldade é só com relação a **fazer essa dieta** (C7, 35 anos).*

Outra situação de conflito relacionado a alimentação aparece no relato de C2. O idoso necessita de uma alimentação específica e em hora determinada, porém, o cuidador por desconhecimento da dependência do idoso, oferece alimentação inadequada agravando o quadro de saúde da pessoa idosa. Algumas vezes o idoso foi levado ao médico ou trouxeram o médico até sua residência e o profissional explicou o que acontecia. A partir do conhecimento da causa da doença o cuidador principal modificou seus cuidados.

No que se refere à orientação de profissionais de saúde para evitar ou resolver conflitos ligados a doença do idoso, os resultados do presente estudo mostram que todos os cuidadores reconhecem a importância da orientação desses profissionais auxiliando o cuidador na atenção ao idoso dependente quanto a alimentação, medicação, entre outros. Diferentemente, Oliveira *et al.*(2014), identificaram que alguns cuidadores de idosos dependentes desconheciam as “*situações em que as equipes de saúde podem intervir, e de que maneira elas podem intervir para auxiliá-lo sem suas atividades*” (p. 83).

Nessas circunstâncias, relatou C8 que sua mãe vive um conflito por causa da alimentação. A família come comidas gordurosas, café com cafeína, e outras coisas que a idosa gosta, mas, não pode consumir. Mesmo desejando tais alimentos, renuncia para resolver o problema e evitar descompensação cardíaca.

*ela fica desejando, mas ela mesmo, ... diz: **eu não quero mais adoecer** (C8, 41 anos).*

¹⁰ A Voadeira é uma embarcação movida a motor com estrutura e casco de metal, geralmente alumínio, a maioria composta com motor de popa. É largamente utilizada no transporte fluvial e em pescarias, sendo um meio de transporte bastante comum na Amazônia, no Cerrado brasileiro e no Pantanal.

As exigências alimentares do idoso podem ser o último recurso para que esse exerça sua autonomia e possa ter vontade, afirmando assim sua identidade e subjetividade, nesse sentido, Erickson (1998), procurou conhecer esse processo de construção/reconstrução de identidade. Observou que a infância é marcada pela determinação da criança por volta dos dois anos de idade na busca da sua autonomia e por isso, a criança expressa a alegria de se alimentar sozinha. Vemos assim, nos casos de C5, C2, C7 E C8 a autonomia do idoso se sobressaindo, o idoso desejando comer aquilo que gosta, infelizmente as condições econômicas e de dependência o desafiam para continuar vivendo esse processo.

Aparecem ainda conflitos referentes ao adoecimento dos idosos, o que passamos a considerar na sequência.

2. Conflitos relacionados ao adoecimento

Uma situação de dependência, pode ser incrementada pelo agravamento das diversas doenças crônicas e suas possíveis sequelas quando do adoecimento de um familiar. Diante disso, surge novo conflito, sendo necessárias mudanças no ambiente, e na reorganização familiar. Em conformidade com Mocelin *et al.* (2017, p. 1038) “Quando o ser humano adoecer ou presencia o adoecimento de um familiar, passa a viver com situações de desequilíbrio, fato que motiva a buscar alternativas para enfrentar a situação”. As alternativas de enfrentamento buscadas pelos cuidadores podem ser das mais variadas. Em vista disso, o autor assegura que em seu estudo, alguns cuidadores recorrem ao apoio religioso como forma de resgatar o equilíbrio emocional e receber forças para continuar cuidando, entre outros motivos.

Em casos de idosos com doença de Alzheimer na primeira fase da doença, os idosos demandam monitoramento para evitar acidentes pela dificuldade que essas pessoas idosas têm para avaliar circunstâncias de perigo ou risco e pelos equívocos na realização das atividades da vida diária (COELHO e ALVIM, 2004). Situações semelhantes causam desgaste emocional e físico, eclodindo em conflitos interpessoais entre idoso e cuidador e entre cuidadores.

Temendo complicações de saúde da idosa que cuida, C6 impede a mãe de permanecer na chuva, e quando escurece a tardezinha não a deixa pegar sereno, nem ficar sentada à beira da rua para ver amigos e pessoas conhecidas passarem. A idosa, por outro lado irrita-se por não poder exercer sua capacidade de escolha.

Insatisfeita, se afasta da cuidadora e a repele. Essa situação de conflito entre as duas é comum. A filha teme perder a mãe, por isso, determina onde pode ir e estar; e quando permanecer em determinado lugar.

Situações de conflito como essa representam um desafio diário para o cuidador, lidar com as necessidades de um familiar dependente, para Mocelin *et al.* (2017, p. 1037), “*não é uma tarefa fácil*” e sim uma luta diária. A cuidadora busca a prevenção de doenças e qualidade de vida a todo custo, mesmo que a idosa se aborreça. O conflito é inevitável. Ratifica esse fato, Zagabria (2019, p. 151), sobre o cotidiano de cuidadores de idosos “*as consequências do ato de cuidar de um familiar idoso dependente configuram eventos perturbadores*”, que geralmente causam esgotamento ao cuidador tanto físico quanto mental.

*a dificuldade que eu tenho com ela é só **quando ela tá doente** (C6, 43 anos).*

Segundo Mocelin *et al.* (2017) alguns cuidadores não sabem o que fazer diante de uma situação conflituosa de adoecimento do idoso, porque não estão preparados para dar assistência por falta de conhecimento da doença. Em razão disso, o cuidador principal termina se sentindo inseguro na execução das atividades de cuidado, necessitando de orientações a respeito do problema de saúde do idoso e de ajuda técnica sobre como auxiliar no cuidado, de modo a não agravar o estado de saúde da pessoa idosa.

Ainda sobre as dificuldades de C6, em prevenir doenças, o desafio é manter a mãe tranquila diante do inesperado porque quando seu filho e seu neto demoram a chegar após um dia de pescaria, a idosa preocupada se emociona. A preocupação pode, nesse caso, elevar a Pressão Arterial (PA) da idosa. Como resolver o conflito quando a cuidadora se sente afetada pela aflição da mãe, temendo que ela tenha um infarto? Para enfrentar situações como essa é importante o suporte emocional de profissionais participantes de uma rede de apoio às famílias de pacientes hipertensos a fim de promover qualidade de vida aos idosos e seus cuidadores em domicílio (CALDAS, 2003).

*Então, é **ansiedade, esse nervosismo. É essa dificuldade que eu tenho**. Que ela, tem hora que ela não quer se concentrar em relação àquele nervosismo, então enquanto não chegam os meninos assim do trabalho... ela não, não se aquieta (...)* (C6, 43 anos).

Da mesma forma, C7 concentra-se em evitar o adoecimento da sogra que tem duas filhas e um filho, com quem é casada. Ela teme o adoecimento da sogra, porque “dá conflito” (C7) na família dela e com as filhas da idosa. Quando a saúde da idosa se agrava, sua família redobra os cuidados e evita sair de casa. Se os pais saem os filhos ficam cuidando da idosa. Há um revezamento contínuo dessa rede de apoio (EVANGELISTA e CONSTANTINO, 2013) formada pelos dois filhos e uma filha da cuidadora que dão suporte a mãe nos momentos de crise e quando ela vai trabalhar.

C7, há 19 anos se dedica ao cuidado da sogra, faz uso da comunicação para resolver os conflitos ligados ao adoecimento da idosa. A conversa tem dado certo, embora nem sempre seja possível, pois, as cunhadas não “querem” (C7) se responsabilizar pela senhora. Ainda assim, C7 desenvolveu a habilidade de compartilhar com as cunhadas a responsabilidade do cuidado, ainda que de forma temporária e imposta, seu relato expressa o diálogo com as cunhadas na tentativa de sensibilizá-las quando a idosa precisa ir a uma consulta médica. Seu relato enfatiza, o apelo para que venham buscar a idosa “a sua mãe está doente”. Desse modo, tem obtido resultados positivos com a aquisição de remédios e consultas médicas para a idosa, ampliando assim a rede de apoio.

No caso de C1 e seus irmãos, o conflito se dá quando seu pai tem o quadro de saúde agravado uma vez que o idoso determinou que a cuidadora e familiares que não o levassem aos médicos em caso de piora. Não consente receber qualquer cuidado especializado em situação de doença. Como resolver essa situação? Os filhos se calam. Atendem à vontade do idoso, o que, embora envolva riscos concretos, também é uma forma, embora duvidosa, de valorizar a autonomia (ERIKSON, 1998) do idoso.

Nessas circunstâncias, resta aos filhos que estão perto, adotar formas alternativas de manejar as intercorrências, com o uso de massagem, chá de ervas, entre outros meios curativos naturais. Aos filhos que estão longe cabe orar (MOCELIN *et al.*, 2017; SCALCO *et al.*, 2013), bem como enviar recursos financeiros se for preciso. Até a entrevista, C1 afirma que tem funcionado, resolver esse tipo de conflito, aceitando a vontade do idoso.

Ele não quer saber de médico(..) A família toda se reúne, fica fazendo massagem, fica orando (C1, 43 anos).

Em situações de tensão com o agravamento da saúde do idoso, o apoio dos familiares ao cuidador principal é fundamental para aliviar a carga do cuidar, diante de circunstâncias emergenciais de cuidado no cotidiano. Stalco *et al.* (2013) salientam que é comum o cuidador principal não encontrar suporte de parentes no cotidiano, pessoas com quem possa dividir as tarefas de cuidado. Apesar dessa realidade, a cuidadora principal (C1) afirma que nas crises de saúde e manutenção de cuidado do idoso, nunca houve conflito para obter apoio de todos os irmãos e tios paternos na atenção ao idoso. Todos os envolvidos colaboram, como podem. A tecnologia é o instrumento de comunicação e interação que C1 utiliza. Ao menor sinal de agravo da saúde do idoso, imediatamente, entra em contato com todos que residem fora da comunidade pelo telefone rural ou serviços de WhatsApp fazendo apelos.

Desse modo, vê-se a importância do histórico relacional entre os membros e o cuidador como base de construção do arranjo familiar (HAYAR, 2019) que possibilitará as práticas de cuidado em conformidade com a rotina da família. As relações anteriores desses indivíduos parecem corroborar com as formas de interação e cuidado entre cuidadores e idosos, bem como com a rede familiar de apoio. Caso as relações geracionais sejam boas, a adaptação à nova situação conflituosa não será complicada porque existe desde sempre um vínculo positivo de “*confiança e respeito*” (MOCELIN *et al.*, 2017 p. 1037). Exatamente por isso, C1 consegue reunir a família imediatamente ao ocorrido. Todos os subsistemas estão afetivamente interligados por boas lembranças afetivas com o idoso. De fato, na tentativa de resolver o problema os cuidadores manifestam afetos e sentimentos diversos como tristeza e ansiedade. Tanto os presentes quanto os ausentes sentem vontade de estar perto do parente moribundo.

Apresentados esses resultados e análises quanto a conflitos ligados ao adoecimento do idoso dependente, passemos a pensar um pouco acerca de conflitos alusivos a questões ainda mais subjetivas.

3. Conflitos alusivos a questões subjetivas

As questões subjetivas presentes no estudo de Gutierrez *et al.* (2021), foram também identificadas no presente estudo, como: inibição de sentimentos e emoções. Os cuidadores tiveram dificuldades em externar sentimentos no seu cotidiano, enquanto cuidam do idoso em domicílio. Aparecem ainda processos de simbiose e de

dependência emocional na relação idoso e familiar, bem como a vivência de contentamento em cuidar. Primo (2019) reflete em seu estudo sobre questões subjetivas de esposas cuidadoras ligadas ao sentimento de solidariedade às pessoas idosas que tiveram AVC. Descrevem questões relacionadas a ansiedade, depressão, generalizada, perda de liberdade pessoal, entre outras particularidades, como parte de dois fatores ligados ao cuidado, a satisfação e ônus de cuidar em domicílio.

Assim, a cuidadora C7, ao saber que estávamos na comunidade, pediu para dar a entrevista. Parecia desejosa em expressar a dupla carga de ter que vigiar sua sogra e sua mãe, que moram em casas separadas, são amigas e competem pelo cuidado dela. Apesar da sogra ter filhas e filho, foi eleita como a pessoa responsável pela idosa. Diariamente sente dificuldades para dar atenção à própria mãe. Aparece aqui nessa triangulação um **conflito de lealdade e disputa afetiva** pelo cuidado e afeto da cuidadora.

A cuidadora, apesar de dizer que se dá muito bem com a sogra desde a adolescência, chega a relatar que a idosa é impaciente e imediatista. A atitude da idosa aumenta o estresse decorrente das várias responsabilidades da cuidadora. Segundo relatos de cuidadores (STALCO *et al.*, 2013), os idosos às vezes não aceitam ou não compreendem que o cuidador tem várias atividades para executar, pois, além do trabalho fora de casa tem responsabilidades domésticas, familiares, religiosas e pessoais, o que reduz seu tempo e não permite que suas necessidades sejam atendidas de imediato. Com tantas atividades a cuidadora tende a se sobrecarregar envolta nas inúmeras atividades diárias. Essa realidade faz parte do cotidiano da maioria dos nossos cuidadores participantes, apenas um idoso cuidador aposentado não tem dupla jornada.

quando ela diz que quer uma coisa, ela quer uma coisa! Aí tem que fazer o que ela quer, porque senão ela vai ficar perturbando (...) (C7, 35 anos).

Além, do posicionamento firme de decidir o que quer, pois, sua autonomia se mantém, a idosa incomoda por seu ritual antes de dormir “***ela leva das 6 até às 10 da noite acordada andando***” (C7). O fato de a idosa ficar andando e não dormir cedo exige que o grupo familiar se readapte todas as noites. As pessoas idosas tendem a dormir menos, a sonhar menos. Em nosso estudo, a idosa chega a incomodar a

cuidadora por demorar a dormir e andar na casa tardando o recolhimento da cuidadora e família. Em situações semelhantes foram observadas por Gangswisch (2008 apud PAPALIA e FELDMAN, 2013) a respeito da “*insônia crônica pode ser um sintoma, ou quando não tratada, um precursor de depressão. Sono em excesso ou falta de sono estão associados a um risco maior de mortalidade*”. Essa idosa é portadora de bócio¹¹ em estágio avançado, sem condições de correção ou redução da glândula, faz apenas uso de medicação para manutenção da vida segundo relato da cuidadora e da idosa.

Diante disso, pode-se inferir que o pouco conhecimento sobre a demanda de cuidado da idosa faz com que C7 tenha dificuldade em lidar com o sintoma do problema. E apesar de a idosa ter a autonomia bastante preservada, capacidade de caminhar, alimentar e banhar-se sozinha, C7 relata sofrer mais desgaste físico e mental na atividade de vigiá-la constantemente.

Esse resultado assemelha-se ao de cuidadores estudados por Mocelin *et al.* (2017), com idade igual ou superior a 60 anos. O que mais os estressava não eram as atividades de cuidado diário, e sim, o ato de vigiar porque exige mais atenção do cuidador, mais tempo e estado de alerta. De modo constante, o cuidador precisa estar alerta, disponível por tempo indeterminado. Assim, a cuidadora tende a isolar-se em domicílio pelo ônus físico e emocional, conforme já observado em estudo com mulheres esposas cuidadoras com idade igual ou superior a 68 anos (PRIMO, 2019).

Como resultado de um processo de decadência física inevitável (PAPALIA e FELDMAN, 2013, p. 573) o “envelhecimento primário”, tem seu início na juventude e prossegue por toda a existência da vida humana. Não há como evitar o envelhecimento natural, é uma resposta do corpo ao tempo. De outro modo, o envelhecimento, é resultado de doenças, maus hábitos, usos e abusos, configurando o “*envelhecimento secundário*”, relacionado as ações humanas que impactam o corpo.

Por essa razão, C4 de altura mediana, magra com seus 73 anos de idade sente-se fraca, com a evidente diminuição dos músculos e tecido adiposo que dão a forma

¹¹ Popularmente conhecido como papo, é o nome que se dá ao aumento da glândula tireoide. Esse crescimento anormal pode tomar a glândula toda e tornar-se visível na frente do pescoço; ou, então, surgir sob a forma de um ou mais nódulos (bócio nodular), que podem não ser perceptíveis exteriormente. Pode ser causado pela carência de iodo na dieta, por hipo ou hipertireoidismo, tumores ou infecções. 25/5 – Dia Internacional da Tireoide. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/25-5-dia-internacional-da-tireoide/>. Acesso: 29 jul. 2022.

ao corpo e trazem alterações estruturais e funcionais pelo surgimento da terceira idade (PRIMO, 2019).

*“Eu tenho **pouca força** pra cuidar dele” (C4, 73 anos).*

Em consonância com as mudanças físicas como sinais do envelhecimento, as quais acometem de alguma forma todos os idosos desse estudo, e em particular C4, Papalia e Feldman (2013) ressaltam o enfraquecimento muscular, discorrem que,

Algumas mudanças físicas costumam estar associadas ao envelhecimento, sendo óbvias para um observador casual, embora afetem mais algumas pessoas do que outras. A pele mais velha tende a se tornar mais pálida e menos elástica; e assim como a gordura e os músculos encolhem, a pele fica enrugada. São comuns varizes nas pernas. O cabelo fica mais fino, grisalho e depois branco, e os pelos do corpo tornam-se mais ralos (...) Adultos mais velhos diminuem um pouco de tamanho em razão do atrofiamento dos discos entre as vértebras da espinha. Especialmente em mulheres com osteoporose, o afinamento dos ossos pode causar cifose, mais conhecida como “corcundez”, uma curvatura exagerada da coluna vertebral (p. 581).

Diante disso, cuidar de esposo dependente é desafiador, porque exige força, levantar, apoiar e conduzir o idoso para o banho. Além da exigência de esforço físico, o estresse faz parte da relação cuidador - idoso. Nesse aspecto, o cuidador idoso é visto como uma vítima (PEDREIRA e OLIVEIRA, 2012), por suas próprias condições físicas e de saúde, se percebem incapazes em determinado momento de executar o cuidado e se angustiam sobre o futuro incerto do idoso que cuidam. Nesse estudo, muitas vezes o velho parece inflexível, não gosta de colaborar com a cuidadora quanto ao horário do banho, resiste às rotinas.

É fato que lidar com a insatisfação do idoso é mais desgastante do que fazer a higiene pessoal que exige esforço físico (SCALCO *et al.*, 2013), no que concerne ao não cumprimento de horários por parte do idoso, pois, o cuidador que nas famílias menos favorecidas, geralmente exercem várias atribuições, precisa organizar seu tempo para dar conta de tudo. Nessas circunstâncias, a tensão aumenta na relação idoso - cuidador (C4). Para resolver, C4 acata o conselho da filha em deixar o pai tomar banho no seu próprio tempo, conforme sua conveniência. Em situações semelhantes, os filhos servem como conciliadores na prevenção ou redução das agressões (ARAÚJO, PAUL e MARTINS, 2009) causadas pelo cônjuge, a esposa cuidadora (C4).

Ao longo do tempo, C4 tem aprendido a se submeter à demanda do esposo, o que pode denotar o cumprimento dos deveres de esposa, conforme observou Hayar (2019) em estudo com esposas cuidadoras no ato de se submeter a vontade do esposo com quem se casou sabendo qual seria seu papel de esposa dentro da realidade sociocultural do seu tempo. O cuidar das esposas com dedicação afeto e zelo, testemunha uma relação de longa data baseada em amor mútuo entre mulheres cuidadoras e os idosos que cuidam, conforme relato de C4 se casou nova e apaixonada.

Cuidar da casa e do marido idoso aumenta a sobrecarga de quem cuida (HAYAR, 2019; PRIMO, 2019), porquanto, existe um acúmulo de atribuições e dificilmente ocorre alguma substituição em sua labuta doméstica. Assim, ajudar no banho, levantar e apoiar o idoso, intensifica o conflito diante das dificuldades e limites físicos da esposa por não ter mais a força de antes. Por este motivo as filhas que moram na capital procuram ajudá-la dentro de suas possibilidades, pois ambas são casadas.

Em meio ao desafio de ser idosa e precisar cuidar do esposo debilitado fisicamente, C4 expressa o ônus do cuidado diário (PRIMO, 2019). Cuidar desse idoso diuturnamente é sinônimo de “luta” (C4), física e mentalmente é difícil para a cuidadora. Em estudo de Araújo, Paul e Martins (2009), cuidadores de idosos que sofreram AVC, apresentaram maiores dificuldade para desenvolver autocuidados, por isso, tendem a permanecer próximo ao leito do parente afim de manter o atendimento por um tempo de 24 horas como nesse estudo. Manter o cuidado repercute como um peso que recai sobre a pessoa cuidadora, para alguns o ônus tem maior intensidade para outros menos.

A luta da cuidadora é consigo mesma e com a necessidade de esforço físico e mental por sentir-se impotente (PRIMO, 2019), reconhece suas próprias debilidades “*eu também já sou doente*” (C4). Esse tipo de tensão, por problemas físicos e sentimento de impotência é recorrente entre cuidadores de idosos dependentes. Nesse estudo a idosa tem apoio de alguma forma dos filhos (ARAÚJO, PAUL e MARTINS, 2009). Os filhos que moram em outros locais enviam medicações se for preciso, e cesta básica. Um filho residente ao lado da casa dos idosos se encarrega da pesca e da roça.

Nessas circunstâncias, a cuidadora, reitera que se casou sabendo do seu papel como esposa, que devia cuidar do marido nas adversidades da vida. Em sua labuta mantém suas convicções baseadas nos valores tradicionais do matrimônio e crenças socioculturais (ARAÚJO, PAUL e MARTINS, 2009), podendo contar com a eventual ajuda física de uma filha que deixa seu marido e filhos em Manaus e passa cerca de dois meses interromtos auxiliando a mãe. Mãe e filha, formam uma díade, que se alinha “*em torno de um projeto comum*” (GOLDEBERT- MERINFELD, 1998, p. 233). O projeto dessas mulheres, inclui cuidar do idoso mesmo com pouca força. Elas tentam se adequar à realidade imposta pela precariedade da força física e condições socioeconômicas mínimas, bem como de um ambiente sem adaptações ou equipamentos tecnológicos que possam auxiliar no cuidado do idoso e aliviar a sobrecarga.

As relações na dinâmica familiar entre cuidador e idoso são atravessadas pelos dinamismos das gerações (SILVA *et al.*, 2015) por isso, os conflitos são comuns. Que todos os cuidadores se estressam enquanto cuidam é resultado de pesquisa (STALCO *et al.*, 2013) e aparece também nesse estudo. O autor observou que todos os cuidadores, sofrem estresse resultante do ato de cuidar, independente das particularidades e dos casos específicos, tornar-se cuidador “*é um evento estressor para todos os cuidadores. Estes, para superar esse desafio, desenvolvem estratégias para enfrentar e aceitar o fato de se tornarem cuidadores*” (STALCO *et al.*, 2013, p. 202).

Feitas as considerações sobre esse caso, nos reportamos a C6. A cuidadora, muitas vezes discorda da mãe em diversas situações. Geralmente, tenta resolver o conflito pelo diálogo, mas quando a idosa parece irredutível consegue pôr fim à discordância, deixando a idosa tomar a decisão final. Porém, considera a atitude da idosa como de quem desconhece o perigo e insiste em fazer coisas arriscadas. Conseqüentemente, fica perto acompanhando e vigiando para que tudo termine bem, diante das limitações da idosa, e lhe impondo limites, mas sempre monitorando. Na maioria das vezes, a idosa reconhece que exagerou, outras vezes a filha admite que sa escolha da idosa foi acertada.

*tento ficar ali do lado **observando** (...) pra manter a harmonia* (C6, 43 anos).

Nesse cenário, quando a cuidadora não pode acompanhar a idosa, não autoriza a atividade, por esse motivo, a mãe “fica chateada” e ofendida. Em sua vivência enquanto cuidadora, C6 tem aprendido que é melhor não falar sobre o problema quando a idosa está aborrecida. Por isso, se afasta nos momentos de confronto por tempo indeterminado. Quando percebe que a idosa já refletiu sobre o assunto, se aproxima para reatar o vínculo, restaurar a comunicação, oferecer carinho e nota que tudo já passou.

Acerca de dar carinho e restaurar vínculo na relação cuidador - idoso, Silva *et al.* (2015 p. 1186) acreditam que “o estabelecimento de vínculos afetivos surge quando as relações possibilitam uma proximidade mais íntima, uma maior afinidade” entre as partes envolvidas. Em sua experiência como cuidadora, C6 se permite entender que diante de um conflito com o idoso, mais vale se calar.

*não adianta **bater de frente** (C6, 43 anos).*

Em trabalho de Pedreira e Oliveira (2012) foi pontuado que a relação entre união familiar e o tamanho reduzido da família parece estar estritamente interligada, para esses autores, quanto menor a família maior a possibilidade de vivência em unidade. Podemos, a partir de nosso campo de observação, questionar essa formulação. Aliás, essas famílias seriam de classe média e alta, com número reduzido de membros, constituídas prioritariamente por pais e filhos, por essa razão seriam mais coesas, autossustentáveis e capazes de apoiar - se mutuamente, enquanto famílias menos abastadas e grandes estariam mais sujeitas a conflitos.

Apesar das famílias ribeirinhas serem de classe menos favorecida, tanto pequenas (C2; C5; C7) quanto grandes (C1; C3; C4; C6; C8), em geral denotam unidade na resolução de conflitos ligados ao cuidado. Nesse estudo, a unidade parece estar ligada ao tipo de relação cultivada pelos idosos e seus familiares ao longo da vida, sendo a base de manutenção da harmonia e equilíbrio das relações de cuidado (PEDREIRA e OLIVEIRA, 2012).

De outro modo a resolução de conflitos entre a díade, em conformidade com Silva *et al.* (2015), estaria relacionada à flexibilidade das partes frente ao conflito, sendo mantidos o respeito, a comunicação contínua, o que sustenta, o bom funcionamento do sistema visando a manutenção do modo de vida rotineiro (RAPIZO, 2002).

4. Conflitos ligados aos cuidados ou direitos do idoso

O cuidar do idoso é classificado historicamente como responsabilidade privada (ZAGABRIA, 2019), sendo essa tarefa confiada à família do idoso e não apenas a uma única pessoa. Contudo, nem todos os membros componentes de determinada família conseguem dedicar-se ao seu ente querido. Tanto é que às vezes uma pessoa cuida de determinado familiar sozinha chegando à fadiga física e mental. Fato esse que aparece em pesquisa de Pedreira e Oliveira (2012), os quais destacam a ausência de suporte informal no cuidado domiciliar. O esforço de cuidar de um idoso dependente sozinho, sem apoio nenhum, torna a sobrecarga do cuidador mais intensa.

Assumir o cuidado do idoso enquanto direito concedido à família, tem exigido de cuidadores ribeirinhos incorporar diferentes posturas a fim de manter o controle sobre o cuidado ao idoso, propriamente dito, e a organização das atividades diárias. O esforço dessas pessoas, particularmente do cuidador principal em contexto ribeirinho, pode ser comparado a tipos de líderes ideais na sociedade que nos ajudam a refletir sobre os múltiplos papéis que os cuidadores podem exercer enquanto lutam pelos direitos do idoso: equilibrista, vigia, diplomata, militante e político.

O Cuidador principal (C2) como **Equilibrista**, organiza e promove a execução das atividades, mas também, precisa cobrir o plantão do dia ou da noite de algum irmão no rodízio de cuidados; assumir o compromisso de algum neto ou mesmo irmão que ficou listado para acompanhar o idoso em determinada noite. Um dos papéis mais exercidos entre os ribeirinhos é o de **Vigia**, nesse caso todos os envolvidos no cuidado, inclusive C2, exercem o papel de vigia, porque o idoso dependente, por questões de segurança, não pode ficar só, sempre tem que ter uma pessoa exclusivamente para vigiar tanto de dia como de noite.

Mesmo tendo um cronograma bimestral organizado, com cada irmão sendo responsável pelo cuidado durante uma semana, alguns priorizam outras atividades e não cumprem com o combinado. Nesse caso, C2 tem que deixar de trabalhar para assumir o cuidado do dia. Nas faltas dos cuidadores ele precisa cobrir o plantão, de dia ou a noite, tal qual um equilibrista, que faz grandes exhibições demonstrando a destreza sobre uma corda bamba, enquanto outros assistem o espetáculo. O comportamento do cuidador principal, revela que tenta manter a harmonia do grupo cobrindo as ausências, conforme relata,

*Tem **aquela parte** de que **não ia dar** (C2, 41 anos).*

“Aquela parte” se refere à desculpa dada pelo cuidador faltante. Para resolver a questão de imediato, C2 assume a falta, porque é o cuidador principal (ARAÚJO; PAUL e MARTINS, 2009). Quando percebe que o grupo está precisando resgatar o compromisso com o idoso, reuni-se com os irmãos. A fim de evitar confrontos, age como **Diplomata**, representando os interesses do idoso, informa o que está acontecendo e incentiva a equipe mencionando o que tem funcionado e o que precisa melhorar.

Desse jeito, C2 minimiza o caos no sistema familiar agindo de imediato, sempre em busca da resolução do problema (ARAÚJO; PAUL e MARTINS, 2009). Sem prejudicar nenhuma das partes envolvidas, busca ganhos para o bom desempenho do papel de cuidar de todo o sistema familiar. Minuchin (2008) enfatiza que os membros familiares são capazes de negociar entre si para resolver conflitos.

***resolver** o conflito e **evitar** a confusão (C2, 41 anos).*

Além de cuidar do idoso e se responsabilizar pelo cuidado de modo geral, o papel do cuidador principal ou responsável direto, também, tem características de um **Militante** que luta pelo cumprimento dos direitos do idoso. Busca dialogar com o grupo sobre responsabilidades, deveres, obrigações e direitos. Ao perceber que o sistema está precisando se readaptar através de mudanças, procura solucionar o conflito convocando todos os membros para o “diálogo” (C2).

Desse modo, a militância do cuidador principal pode ser entendida como “*um processo que envolve todo o sistema familiar. Resulta de um movimento familiar em que a decisão de quem vai cuidar é influenciada por valores familiares, cultura e crenças sociais*” (ARAÚJO, PAUL e MARTINS, 2009, p. 193). Por isso, cada decisão precisa ser compartilhada e repensada a fim de obter resultados satisfatórios, construir esquemas de cuidado viáveis para os participantes do processo, assim aparece a figura do **Político**, que é responsável pela construção e execução das leis em detrimento dos direitos do povo.

Dessarte, o cuidador semelhante ao político visa em seu discurso junto ao grupo, benefícios ao idoso e a si mesmo. Tendo a visão do todo e das partes envolvidas, “*porque não se pode compreender as partes sem conhecer bem o todo*”

(VASCONCELOS, 2002, p. 116) e vice e versa. O cuidador, no presente estudo, consegue persuadir o núcleo familiar a se aliar a ele, entendendo que cuidar é uma obrigação de todos os filhos, enquanto presta assistência diária. Atuando com visão diplomática o cuidador negocia junto à rede de cuidados familiar a distribuição de responsabilidades da forma mais justa possível para todos. Para tal fim, a comunicação é o melhor instrumento para solucionar o problema e conseguir o apoio da equipe.

*se a gente for às vezes levar só para o lado de confusão, aí ninguém resolve, (...) tem que fazer as pessoas entender **o que é uma obrigação, o que é um direito, que uma pessoa não respeita** (C2, 41 anos).*

A diplomacia nas reuniões, possibilita ao cuidador propor ideias novas e ouvir as opiniões dos irmãos, defender ao mesmo tempo, os direitos do pai e os seus. Os encontros surgem mediante a necessidade de discutir novas soluções, de acordo com a necessidade imposta pela dependência do idoso. Assim, mobiliza a rede familiar por meio das relações e interações, resultando em tomada de decisões mais assertivas relacionadas à história de vida e dinâmica intrafamiliar (COELHO e ALVIM, 2004). Desse modo, valoriza o diálogo entre as partes envolvidas no cuidado, e escuta a todos, visando melhoria do rodízio e qualidade da atenção domiciliar ao idoso, conforme relato de C2.

*(...) nada melhor que o **diálogo, a gente fazer as pessoas entender**
(...) nada melhor do que conversar, mostrar o certo, o errado, **entender os dois lados** (C2, 41 anos).*

Independente da espécie de cuidado oferecido, as múltiplas atividades exercidas pelo cuidador deixam um legado, sem ter em conta o grau maior ou menor das condições de cuidado (PRIMO, 2019). Geralmente, o cuidador não está imune a algum ônus, seja físico ou por falta de conhecimento da doença, o que indica a necessidade de receber ajuda por parte dos profissionais de saúde tornando assim o cuidar menos pesado e mais prazeroso.

Descrita essas condições de cuidado, pertinentes as formas figuradas de cuidar nesse estudo, seguimos refletindo no tocante as diferenças de gênero nas estratégias de cuidado conforme os resultados da pesquisa.

4.1.6 Diferenças de gênero nas estratégias de cuidado segundo os cuidadores

Na intenção de responder ao segundo objetivo, concernente as diferenças de gênero nas estratégias de cuidado do idoso dependente, esta seção traz reflexões a partir dos relatos dos participantes cuidadores de idosos dependentes em contexto ribeirinho. A proposta é apresentar o resultado em duas categorias: 1. **Tudo o que ele gosta a gente faz**, fazendo alusão a quem mais cuida do idoso quanto ao gênero em área ribeirinha; e 2. **Estratégias de cuidado em relação ao gênero na percepção dos cuidadores**.

1. Tudo o que ele gosta a gente faz

Quanto ao gênero nos sistemas familiares, numa perspectiva geral, consolidando resultados das Entrevistas e Diário de Campo, construiu-se a categoria “*Tudo o que ele gosta a gente faz*”. Essa frase escolhida da fala de um dos participantes pode expressar a intensidade afetiva de uma relação alicerçada em contexto histórico familiar, expressando assim, o amor da esposa em cuidar do esposo. Nesse sentido, pode representar a devoção dos cuidadores a respeito de quem cuida na percepção dos próprios cuidadores.

À vista disso, verificou-se que, quem mais cuida dos idosos entre os cuidadores entrevistados quanto ao gênero em contexto ribeirinho são as mulheres. Estudos anteriores ressaltam que a mulher continua sendo o grupo que mais cuida baseado no aspecto histórico sociocultural (SOUSA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2014; COELHO e ALVIM, 2004). À figura feminina tem sido atribuído ao longo da história esse papel social de cuidadora, influenciado pela cultura herdada em que os cuidados domésticos, dos filhos e esposo são responsabilidade da mulher. Sobre essa cultura familiar, Hayar (2019), acrescenta que as mulheres são as mais identificadas com o cuidado de parentes em situação de dependência devido à socialização diferenciada entre meninos e meninas.

Quem são essas mulheres? De acordo com esse estudo e pesquisas anteriores, são filhas, esposas, netas, noras e sobrinhas (HAYAR, 2019; ZAGABRIA, 2019; SOUSA *et al.*, 2021). As participantes ribeirinhas, são profissionais da agricultura, comércio, funcionalismo público e aposentada, que se desdobram para “honrar” seus parentes. Quanto ao estado civil cinco são casadas, uma é solteira.

Todas as participantes são engajadas nas várias atividades peculiares do dia a dia em seus lares.

Além do trabalho doméstico, responsabilidades familiares e maritais, se doam no cuidado dos idosos sem nenhuma remuneração pelo trabalho, e se desdobram para buscar recursos fora, com o propósito de aumentar a renda familiar (C1; C3; C6; C7 e C8). A exceção é a participante C4, aposentada pelo trabalho na agricultura, a qual recebe salário-mínimo.

Todas essas mulheres têm sofrido algum tipo de ônus, em detrimento da atenção ao parente em domicílio. Por esse motivo, C1 renunciou a projetos de vida e familiar. O tempo que seria dedicado a lazer, projetos de vida, viagens, estudo, foram reduzidos ou eliminados, conforme relatos de C3, C6, C7 e C8 que compartilharam não ter oportunidade de passear ou mesmo de sair, pelo simples fato de não poder deixar o idoso só. Mesmo quando existe apoio da rede familiar, sentem-se constrangidas a permanecer perto dos idosos que cuidam.

É evidente o abandono da vida social dessas mulheres como consequência da dedicação ao idoso em domicílio, fato antes evidenciado por Jam (2017), em que cuidadores de idosos que sofreram Acidente Vascular Encefálico, também tiveram sua rotina de vida social modificada. O bom êxito das cuidadoras nesse estudo quanto a assistência diária parece amparado na formação de redes sociais e apoio familiar em torno do familiar dependente.

As redes sociais e de apoio familiar de acordo com Gutierrez (2012, p. 62) “desempenham um papel importante no enfretamento de problemas de saúde como uma forma de “resistência” que pode se atualizar no nível da família ou dos movimentos sociais mais amplos”. Indivíduos que fazem parte de uma rede de apoio estão vinculados a pessoa necessitada, e ajudam-se mutuamente de diversas maneiras (EVANGELISTA e CONSTANTINO, 2013), constituindo-se assim, numa inter-relação de trocas. No caso, a participante C4 descreve como se dá a rede de cuidados a quem está ligada:

os filhos dele, as noras, tudo ele gosta (...) os filhos moram longe, mas mandam as coisas pra nós. Esse daí (filho que mora ao lado d casa do idoso) trabalha pra nós também, ele faz farinha, tudo junto, até vizinho da gente. Ali tem meu cunhado, nós mora tudo junto (...). Os vizinhos também dali os irmãos sempre vêm visitar nós (C4, 73 anos).

Como participante dessa realidade, C3 não reclama da sua responsabilidade em cuidar do pai, mas relata que desde que a mãe morreu há quinze anos, passou a dedicar-se ao pai. Por isso, seu marido passeia sozinho, vai às festas sozinho. A cuidadora admite que gostaria de acompanhar o marido nos aniversários e reuniões de amigos, entretanto, não tem coragem de deixar o pai só para divertir-se.

De acordo com estudos de Papalia e Feldman (2013), a experiência de vivenciar o papel de cuidador para pessoas adultas casadas ou que tem parceiros conjugais, pode gerar situações problemáticas no casamento porque “*adultos relatam menor felicidade conjugal, grande desigualdade conjugal, mais hostilidade, e, para as mulheres, um maior grau de sintomatologia depressiva e depressão com o passar do tempo*” (p. 563), nessas circunstâncias.

A despeito de C8 sentir gratidão e prazer em cuidar da mãe é possível inferir uma dose de sofrimento, a partir de sua fala que lamenta as perdas sofridas tanto em sua vida social quanto afetiva. Por causa da dependência da idosa, renunciou morar na cidade onde cursou faculdade e trabalhava, como também escolheu se manter fechada a relacionamentos afetivos por medo de atrapalhar o cuidado a idosa. Mesmo incerta de quanto tempo a mãe viverá, quer permanecer ao lado dela o tempo que for preciso, ainda que prossiga não “*tendo namorado*” (C8).

Essas atitudes de resignação marcam o cuidado dessas mulheres, como C4 e sua filha que deixa seu esposo e filhos na capital para cuidar do pai e mãe idosa. De acordo com o Diário de campo, ambas mulheres parecem física e mentalmente esgotadas. É visível o desgaste delas, porém, a díade permanece determinada a assistir o idoso de acordo com suas vontades, conforme relato de C4: “***tudo o que ele gosta a gente faz***”.

Fazer tudo o que ele gosta parece renovar as forças dessas mulheres a continuar na missão, cuidando com dedicação, desse homem com quem C4 se casou. O compromisso de cuidar nesse caso apresenta ainda uma conotação religiosa ao rito de passagem do casamento (HAYAR, 2019). A expressão de C4 também pode significar a retribuição do respeito, amor e companheirismo presentes durante toda a história pregressa do casal.

De acordo com Sousa *et al.* (2021, p. 30), alguns conjuges apontaram como motivo para assumir o cuidado da pessoa com quem se casaram, devido ao fato de que o casamento foi “*marcado pelo relacionamento amoroso, forte e duradouro, em*

que reside um engajamento genuíno em relação ao outro". Nossa participante se apaixonou jovem, casou-se e o vínculo se fortaleceu com o passar dos anos, e agora, ela talvez queira devolver ao marido toda a dedicação recebida.

Situação semelhante à dessas mulheres foi relatada por Hayar (2019). Em seu estudo com mulheres esposas de idosos dependentes identificou que as participantes estavam sobrecarregadas, por terem de cuidar da higiene e alimentação do esposo, pois, além do cuidado com o esposo, recaía sobre elas o acúmulo de funções e responsabilidades combinadas com as tarefas comuns da casa, assistindo o idoso em domicílio. O que confirma que quando a mulher cuida de um idoso, ela tem acúmulo de afazeres, pois, não há substituição de tarefas e sim acréscimo. O mesmo acontece com os homens que se dedicam a cuidar, conforme dados do presente estudo.

Mediante essa realidade, não podemos deixar de mencionar os homens que também cuidam. De acordo com o número de entrevistas, são a minoria, porém, tem um papel fundamental. Como é sabido nesse estudo, C2 é casado, tem filhos, porém, aceitou o desafio de cuidar. Em outro estudo (SOUSA *et al.*, 2021) os cuidadores eram solteiros, assim, podiam dedicar-se exclusivamente ao cuidado do ente querido.

Diferentemente, C2 embora tenha várias atribuições, ainda exerce liderança na organização do cuidado com devoção incondicional ao pai. Para tanto, renunciou a projetos de vida, teve seu tempo e liberdade reduzidos, quase perdeu a esposa e família por dedicar mais tempo ao cuidado da mãe antes de assumir os cuidados do pai.

Atualmente C6 tem um parceiro no cuidado da mãe, que residia em outra localidade. Antes era casado, após o falecimento do pai, sua mãe veio a adoecer. Ele deixou a esposa naquela comunidade e veio morar na casa da mãe e ajudar no cuidado dela trazendo os dois filhos, que atualmente já são adolescentes e ajudam no cuidado da avó. Há cerca de sete anos que o cuidador se mantém solteiro para dedicar-se a ela conforme os relatos da idosa e cuidadora principal, por isso, a idosa comemora: "**eu acho é bom!**" (Idosa 6).

A partir do Diário de Campo, é possível deduzir sobre os cuidadores da Idosa 10. Eles não estavam presentes no dia da entrevista. São dois homens: filho e neto adolescente. Esse filho da idosa também renunciou ao seu relacionamento afetivo em outra localidade, a fim de dar assistência a mãe juntamente com o seu filho. Toda a família reconhece a resignação dele.

Finalizando esse tópico, importa mencionar a grande transformação histórica e social (HAYAR, 2019), no papel das mulheres com sua inserção no mercado de trabalho. Nessa pesquisa, ficou evidente que entre as seis cuidadoras participantes quatro tem trabalho fora de casa, e uma é empreendedora na área de estivas, ou seja, as mulheres cuidadoras em contexto ribeirinho têm acompanhado as mudanças sociais e procurado reconhecimento profissional, porém, não desistem de cuidar de seus idosos. Feito isso passemos a reflexão concernente as estratégias de cuidado quanto ao gênero.

2. Estratégias de cuidado em relação ao gênero praticadas pelos cuidadores

Os dados da pesquisa não deixam ver diferenciações significativas entre gêneros a respeito das estratégias de cuidado dos participantes, todavia se assemelham na prática diária. Sobre estratégia de cuidado, apareceu no estudo de SOUSA *et al.* (2021, p. 33) uma das estratégias de cuidado, foi a busca de outros parentes para conseguir apoio na divisão de tarefas para a assistência ao idoso. Nesse estudo algumas estratégias de cuidado foram identificadas da seguinte maneira: 1. **Organização do tempo e atividades**; 2. **Bem-estar**; 3. **Redes de apoio**; 4. **Promoção da autonomia**; 5. **Dialogar e ouvir a história do idoso** e 6. **Orientações para um bem cuidar.**

1. Organização do tempo e atividades

Em estudo Brondani *et al.* (2010) abordando o tema dos “*Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar*”, compreenderam pelos relatos dos participantes, que as famílias precisaram se organizar para acolher bem o idoso, adequando o ambiente físico, proporcionando um espaço limpo, prazeroso, boa iluminação, ventilação, instalações adequadas, e carinho. Outros cuidadores de idosos que sofreram de Acidente Vascular Encefálico (ZAGABRIA, 2019), ressaltaram que a instabilidade emocional e a desordem mental desses sujeitos implicam sérias complicações e desgastes aos cuidadores, tão intensos que superam os problemas físicos. Para realizar as obrigações diárias, organizam seus horários e prioridades, entretanto, estão insatisfeitos com os resultados.

Quando Hayar (2019) entrevistou cuidadoras de idosos dependentes por AVE, constatou que todas as famílias se desorganizaram diante da dependência do idoso. Foi preciso uma reorganização para viabilizar os cuidados necessários. Não é diferente para os cuidadores ribeirinhos, apesar das diversificadas demandas de dependência, pelos relatos foi possível ver a necessidade de organização (MOCELIN *et al.*, 2017) em todas as famílias para que pudesse oferecer o mínimo de assistência ao idoso.

Para tanto, a cuidadora C1 acredita que sua estratégia de cuidado tem sido eficiente. Ela procura manter tudo organizado em sua casa. Sua estratégia de cuidado inclui em primeiro lugar manter a casa dos pais arrumada e em segundo, arrumar sua própria casa. A vida devota de C1, permite se preocupar prioritariamente em suprir as necessidades diárias dos pais. Ela não tem mais filhos pequenos seus dois filhos são casados e não moram na comunidade. Esse fato colabora para ter mais tempo no cuidado dos idosos. É tanto que diz aproveitar o tempo em que os pais descansam a tarde para descansar também.

*quando **eles estão descansando** lá, **eu descanso** (...) **eu cuido lá e cuido daqui** (C1, 43 anos).*

Vê-se que a organização do tempo, quando se tem muitas atividades e compromissos, pode ser a chave para alcançar o objetivo esperado. As múltiplas tarefas do cuidador de idosos exigem disciplina, organização do tempo e agilidade no cumprimento das tarefas. Também a participante C6, funcionária pública em meio expediente, casada, mãe e avó, atribui seu bom desempenho no cuidado à sua habilidade organizativa e executiva da rotina diária, como responsável por organizar o cuidado, acompanhar a mãe quando não está no trabalho externo e dar conta de arrumar as duas casas, a sua e da idosa.

*(a mãe) tá **dormindo esse horário** (...) **procuro logo fazer alguma coisa**, porque **quando ela estiver acordada pra mim já dar atenção pra ela** (...) **acredito que administro muito bem meu tempo** (...) **limpo a casa dela! Dobro a roupa** (...) **consigo manter a minha casa** (C6, 43 anos).*

Assim, com disciplina e organização, cuidar de idoso parece fluir naturalmente. Por isso, C2 procurou organizar as atividades diárias e bimestrais de cuidado do idoso, dividindo o fardo e distribuindo a carga entre ele e seus irmãos. Ainda que tenha

organização, no caso de C2, os dias nem sempre são iguais, devido à exigência de cuidado, que geralmente modifica toda a rotina de cuidados e algumas estratégias precisam ser reavaliadas como um todo, para gerar mudanças positivas.

2. Bem-estar

A estratégia visando o bem-estar da pessoa idosa dependente, pode ser baseada no que preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946, s/p), “*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.*” Nessa compreensão ter saúde o melhor possível é um direito de todos, independente da raça, religião, classe econômica ou social.

A partir da visão de completo bem-estar, pode-se identificar nos resultados algumas estratégias promotoras de bem-estar, como o desenvolvimento de trabalhos manuais; possibilitar espaço na casa para a pessoa idosa ouvir a música que gosta; oferecer um tempo para relaxamento durante o dia, bem como levar a pessoa idosa para caminhar. São práticas observadas no relato de C7.

ela tá se entretendo com o tapete que ela faz (...) botar uma musiquinha ali na sala pra ela, que ela ficar lá deitada e sossegar um pouco (...), levo ela pra passear, pra ela fazer caminhada (C7, 35 anos).

C6, ciente que sua mãe tem medo de viajar de lancha, acredita ter descoberto uma estratégia para cuidar do estado emocional e psicológico da idosa, usando revistas para a idosa ler enquanto viaja. Semelhantemente, usa o celular com inúmeras fotos a fim de tirar o foco dela da água, que lhe causa medo. Com isso, a idosa deixou de demonstrar nervosismo durante a viagem de lancha.

(...) levo revista para ela ler e pego também um celular e dou pra ela. Aí ela vai olhando as fotos no celular (...) ela vai, volta e não sente mais nada. (...) (C6, 43 anos).

Uma estratégia comum entre os cuidadores ribeirinhos é o fornecimento de chá de hortelã para flatulência, ajudando assim na eliminação de gases; e chás calmantes para desacelerar os batimentos cardíacos em momentos de tensão, proporcionando tranquilidade para dormir. Isso é indicado por C5, C4 e C8 que se utilizam de recursos

naturais também, como chás (Hortelãzinha com mel), elixir paregórico e magnésio, detox de folha de couve com fruta, suco de frutas, etc.

Na verdade, C4 explica que o esposo só almoça e janta acompanhado do chá de capim santo para evitar problemas no estomago. Nesse caso, o chá, é usado como uma estratégia preventiva de doenças. Se o idoso não tomar o chá, sentirá dores estomacais após a refeição. Buscar possibilidades de prevenção de doenças que paralisam a pessoa é uma das estratégias adotadas por C3 e C8. Por isso, a observação e o diálogo, podem ajudar na realização de atividades que possam, por exemplo, diminuir o risco de suicídio ou depressão. C3 sempre procura dialogar com o pai.

Por outro lado, C8 observa que a idosa muitas vezes fica triste, talvez por não poder usar suas habilidades para cozinhar para a família. Para manter o completo bem-estar mental, e prevenir a ocorrência da depressão, a família procura dar pequenas oportunidades na cozinha para a idosa que sempre gostou de cozinhar. Segundo C8, isso a deixa feliz, pois, antes da idosa adoecer, sempre foi bastante ativa.

algumas atividades que a gente permite (...) pra ela não... se deprimir (C8, 41 anos).

O uso de fármacos também é utilizado sempre que necessário pelos participantes como aliado na manutenção do completo bem-estar físico. Entre os ribeirinhos é comum o uso de vitaminas, geralmente solicitado pelo próprio idoso, como é o caso do “biotônico” (C4). C4 afirma que o idoso cuidado por ela tem necessidade de uma vitamina que potencialize as funções cerebrais e fortaleça a musculatura. A vitamina que ele toma, não precisa de receita médica, por isso solicita a compra e a família atende.

ele precisa só do remédio que toma antes da comida. As filhas não deixam faltar o biotônico (C 4, 73 anos).

De modo semelhante, C2 se preocupa em dar a medicação do pai na hora certa, mas se o idoso se queixar de dor no peito, tem o aparelho de medir a Pressão Arterial (PA). A família comprou o aparelho devido a necessidade de monitorar mais sistematicamente os batimentos cardíacos e PA do idoso. Se, em momentos de tensão, dor no peitoral, tórax e cansaço, a aferição da PA estiver dentro da

normalidade, não precisa chamar assistência médica, nem levar ao médico. Assim, a vida segue normalmente e o funcionamento familiar se mantém estável.

A importância de acompanhar o idoso quanto ao horário da medicação, verificar se tomou para garantir a manutenção da saúde fica evidente no relato de C1. Seu pai, às vezes esquece de tomar a pílula. Por este motivo toda vez que o idoso precisa de medicação, a cuidadora e a esposa do idoso, colocam o medicamento na sua mão e esperam para ver se realmente tomou, conforme a filha relatou a fala do pai:

*-minha filha eu esqueci, **tomei a água e não tomei a pílula!** (...) - toda vez a mamãe que tem que tá dando na mão dele pra poder ver ele botar na boca (C1, 43 anos).*

Percebe-se nos relatos dos cuidadores de modo geral, enquanto cuidam além da atenção dada, o afeto parece estar sempre presente nas ações. Segundo Silva *et al.* (2015, p. 1186) o afeto familiar é fundamental para o bem-estar do idoso, porque “*Na terceira idade, as relações afetivas no ambiente familiar são um fator significativo para o equilíbrio, bem-estar e cuidado aos idosos*”. Mediante o exposto prosseguimos refletindo sobre a estratégia de trabalho em redes de apoio.

3. Redes de apoio

Cuidar de idoso dependente requer do cuidador, além da organização do tempo das atividades, a preocupação em promover o bem-estar, a necessidade de trabalho em rede. É fundamental, entender que o cuidado familiar não se faz sozinho, conforme Gutierrez (2012), existe uma rede de relações sociais que ampara as famílias de forma espontânea e é capaz de mobilizar “*recursos que estão além das circunstâncias imediatas e servem de apoio em momentos de necessidade e de crise*” (p. 106). Principalmente as famílias de baixa renda, podem se beneficiar dessas redes por meio de ajuda material, favores e reciprocidade em situações que exigem apoio mútuo.

A rede social ou pessoal segundo Foley (1986), envolve todas as relações do indivíduo, em seus aspectos sociais, históricos e culturais, apontando para o reconhecimento e autoimagem dessa pessoa. Essa rede interliga amigos, vizinhos, colegas de trabalho, colegas de escola, credos religiosos e comunitários.

Essa rede, contribui para usufruto das redes de apoio vistas como aliadas na assistência e suporte de cuidado às famílias de cuidadores de idosos dependentes. Gutierrez (2012, p. 64) aponta que as redes têm funções a cumprir e destaca algumas:

“*companhia social, acompanhamento a pessoa para que não se sinta só; apoio emocional, consolando; guia cognitivo e conselhos, informando; (...); ajuda material e de serviços;*” entre outros. Fica clara a relevância das redes no cotidiano das pessoas, principalmente de idosos dependentes e de seus cuidadores na prática de cuidados em domicílio.

Constata-se a importância das redes sociais no cotidiano dos cuidadores, Brondani *et al.* (2010, p. 509), para reduzir a sobrecarga dos cuidadores na residência, sendo vista como uma estratégia de cuidado fundamentada na solidariedade dos membros familiares, bem como vizinhos e serviços de saúde disponíveis, podendo assim, “*auxiliar no desenvolvimento da atividade de cuidar no domicílio.*” Esta é uma estratégia que tem funcionado tanto para cuidadores em contexto urbano quanto no fazer dos cuidadores ribeirinhos e seus idosos.

Cientes da responsabilidade de cuidar, muitas famílias brasileiras, incluídas as famílias ribeirinhas desse estudo, têm procurado dia após dia se adequar a realidade na árdua tarefa de cuidar em domicílio. Além dos deveres comuns do encargo doméstico (SILVA *et al.*, 2015), o cuidador também, precisa agendar ou providenciar exames e consultas, controlar horários da medicação e oferecer a dose na hora certa. Havendo confronto relacionado ao cuidado, a resolução do conflito sofre influência de acordo com o tamanho da rede de apoio. Se a rede de relações for muito restrita ou ausente em determinado grupo, principalmente de famílias menos favorecidas economicamente haverá embaraços na resolução das dificuldades.

No caso das famílias ribeirinhas em estudo as redes de cuidado familiar são influenciadas por questões históricas e culturais, de filhos que constroem casas próximas dos pais com vistas a manter proximidade e vigiar como forma de cuidado. Dos oito cuidadores entrevistados evidenciou-se o bom funcionamento das redes familiares de apoio, umas mais outras menos, porém as redes funcionam em todas as famílias.

Nessa inter-relação, os cuidadores procuram envolver todos os membros familiares para alcançar o mínimo possível de segurança, afeto e desenvolver a assistência necessária ao idoso fragilizado. Silva *et al.* (2015, p. 2188) compreendem essas famílias como um “*sistema de saúde*”, pois conseguem supervisionar as condições de saúde do idoso, providenciar os encaminhamentos médicos ao menor sinal de complicação de saúde e fazem as avaliações necessárias de modo constante.

Essas redes Familiares podem ser compreendidas como equipes que de acordo com os participantes, podem agir de duas formas. Na primeira, a equipe está organizada para atender ao idoso de forma presencial, como é o caso de C2. Juntos, os irmãos construíram uma escala de plantões com duração bimestral. Todo o grupo de irmãos paga uma pessoa para preparar a alimentação do idoso.

O segundo tipo é aquele que funciona na ocorrência de alguma emergência e situação urgente, como é o caso da família de C1. A cuidadora procura manter informados, os seus irmãos que moram longe em outras cidades e estados através de ligações e mensagens via celular, a respeito da saúde dos pais. Ao menor sintoma de doença o grupo é acionado. Todos ficam ligados nas informações e podem enviar recursos financeiros, caso a cuidadora precise para auxiliar no cuidado do idoso.

Segundo C2, o grupo de oito irmãos paga uma cuidadora diurna fixa para cuidar exclusivamente do idoso e fazer sua alimentação. Quanto à limpeza da casa e lavagem de roupa, essas são responsabilidades do cuidador da semana que fica à noite. Esse cuidador deve providenciar a limpeza da casa e lavagem de roupas, além, de passar a noite vigiando o idoso, durante os sete dias da sua semana. Na semana seguinte é outro cuidador que assume e assim, sucessivamente, os oito filhos se desdobram por dois meses em rodízio.

Enquanto C2 cobre uma das semanas, monitora todo o cuidado diário e cobre plantões, se houver falta do cuidador da vez. Para C2, ter o apoio dos irmãos atualmente é uma conquista. Caso, como o da família de C2, é único entre os participantes ribeirinhos, mas se assemelha a outras famílias (SOUSA *et al.*, 2021), cientes dos direitos dos idosos em regiões urbanas e que tem recurso financeiro suficiente para pagar cuidador.

De outro modo, a forma de trabalho em equipe de C3 tem outra conformação. Ela se organiza diariamente com o filho e a nora. O filho vai cuidar do avô, a nora cuida da casa e ela cuida das vendas. Outro dia deixa a filha nas vendas e vai cuidar do pai e da casa dele e assim sucessivamente. Quando seu esposo está em casa, ele assume o lugar dela e vai cuidar do sogro. Ela acredita que o apoio da sua família nuclear é fundamental para o resultado positivo. Suas irmãs que moram longe ajudam com recurso financeiro, quando é preciso. A irmã, que mora em comunidade próxima de Santa Luzia e é funcionária pública, comprou o terreno onde a casa do pai está

sendo construída. Cuidar de idoso exige união de forças de todos com vários tipos de contribuição.

Nesse estudo, apesar de toda a dificuldade, os cuidadores participantes conseguem ter o apoio de alguém durante a semana, talvez pela própria realidade social e cultural dos ribeirinhos, em considerar com respeito a pessoa mais velha. Diferentemente, o estudo de SOUSA *et al.* (2021) mostrou que os cuidadores participantes têm apoio pontual e apenas no final de semana.

Os dados mostram que o trabalho em equipe funciona no cuidado aos idosos ribeirinhos, assim como em famílias de cuidadores urbanos. Consoante o relato de outros participantes, C4 diz que, se precisar de ajuda, ela pede: remédios, rancho e outras coisas. Filhos e filhas que moram em Manaus e em outras localidades enviam ajuda financeira, enquanto ela e a filha fazem o trabalho mais pesado física e psicologicamente.

Cuidamos bem mesmo, minha filha me ajuda também a cuidar dele, de noite, de dia, nós tamo cuidando dele (C4, 73 anos).

Nessa perspectiva de trabalho em equipe, como estratégia de cuidado, C8 procura envolver toda a família, já que ela trabalha fora e precisa de uma pessoa sempre cuidando da idosa monitorando a medicação, cuidando da alimentação, em conformidade com a dieta. Outra preocupação da cuidadora é que a equipe não a deixe se cansar. Para atingir tal objetivo, transmite a todos o tipo de cuidado requerido e como deve ser feito.

a gente tem tentado envolver a família (...) porque na hora que eu não posso estar aqui, a pessoa que vem cuidar dela, o neto ou o filho ou a filha, eles sabem... (C8, 41 anos)

A estratégia de trabalho em equipe, mobiliza a todos os membros da equipe, no propósito de manter a mãe alimentada a todo custo, mesmo que a idosa tenha dificuldade em aceitar a dieta, com pouco sal e sem óleo nas refeições diárias. A família percebe o desinteresse da matriarca e todos os membros colaboram para incentivar a idosa a nutrir-se e manter a saúde física. Do contrário, seu enfraquecimento é certo.

a gente acorda é umas seis e meia, seis horas, (...) tem que ter aquele cuidado e colocar na mesa pra ela comer (...)O que muito tem implicado pra gente é essa alimentação, a gente tem se

preocupado muito ... quando ela come o que não é pra comer realmente ela sente muitas dores, então a gente tem que ter cuidado pra evitar essas dores (...), e tem que tá lembrando, ela: “mamãe a senhora já se alimentou? Já almoçou? Que, que a senhora quer jantar?” (...) a gente fica assim desde a hora de acordar até na hora da janta dela a gente tem que cuidar todo tempo... (C8, 41 anos).

Desse modo, identificamos que a estratégia de trabalho em redes ou equipes é uma estratégia que funciona para as famílias dos cuidadores participantes. Assim como vimos que os cuidadores tentam cuidar organizando o trabalho de forma a não ser pesado para ninguém. Também, é possível perceber que a díade cuidador-idoso se ajuda no caso de C6, que trata o peixe junto com a idosa que cuida, da mesma forma cuidam do canteiro. Percebe-se que a equipe familiar se dedica a cuidar do idoso, porém, a idosa se inclui na equipe de cuidado quando ajuda a cuidadora.

Por enquanto, nos detemos na ideia de ajuda mútua. Silva *et al.* (2015) ressaltam que a relação do idoso com o cuidador pode trazer consigo conflitos, contudo, *“pode ser considerada um processo de ajuda mútua, uma vez que os idosos não são apenas cuidados e ajudados por seus familiares, mas também cuidam e ajudam”* (p. 2184). Compreender como acontece a dinâmica das relações familiares é um fato importante para cuidadores de idosos e profissionais de saúde no intuito de oferecer assistência de qualidade.

Na sequência ponderamos que, enquanto o idoso se dedica a alguma atividade, como tratar peixe e cuidar do canteiro, insiste em manter sua autonomia, o que é bastante importante nessa etapa da vida.

4. Promoção da autonomia

Cuidar de idoso dependente sempre é um desafio para os cuidadores e familiares (MOCELIN *et al.*, 2017). Como já vimos em pesquisas anteriores e neste estudo a história de vida (PRIMO, 2019; HAYAR, 2019) e da relação da díade irá influenciar as ações de cuidado diário, tanto no sentido positivo quanto negativo. As exigências de cuidado, como supervisionar, vigiar, dar o banho, dar a comida na boca do idoso, gera sentimentos ambíguos para o cuidador (COELHO e ALVIM, 2004, p. 544), todavia, é fundamental, proporcionar *“o estímulo à inserção do doente no convívio social da família ou mesmo garantir sua liberdade e autonomia através de estratégias de cuidado”*. Mesmo que o paciente sofra com Alzheimer, precisa dessa possibilidade.

Na tentativa de manter a autonomia do indivíduo, nesse estudo o cuidador preza por não deixar o idoso perder a capacidade de opinar, fazer pequenas escolhas, participar de atividades leves e prazerosas no dia a dia, porque ajudam na promoção da autonomia, podendo trazer resultados positivos para a dinâmica da relação cuidador - idoso.

Ir contra a vontade do idoso, muitas vezes, desgasta a relação. C4, ao insistir com o marido para banhar-se se frustra. A filha, como mediadora, pede para deixar o idoso escolher a hora do banho e quantas vezes quiser banhar-se na hora que achar melhor. Araújo, Paul e Martins (2019, p. 195) ressaltam o papel dos filhos como mediadores diante dos conflitos quando a díade idoso cuidador são seus pais, conforme suas palavras, “*os filhos são os elos mediadores para diminuir o conflito*”. Assim, C4 se tranquiliza e deixa o idoso decidir a hora do banho, conforme relatou. Se submeter a vontade do idoso é ter que reordenar a organização das tarefas do dia, mesmo que isso vá desorganizar o andamento das atividades diárias.

tá assim, meio ruim, ele toma banho meio-dia (...) tá melhor, ele toma banho mais cedo (C4, 73 anos).

Pela necessidade de promover a autonomia da idosa, C6 quase todos os dias convida a mãe para limpar seu canteiro de cebolinhas, coentro e couve. Ir ao terreno e andar ao redor do canteiro é uma atividade prazerosa para a mãe idosa. O canteiro fica do lado da casa.

os gostos dela, capinar ao redor do canteiro (C6, 43 anos).

Algumas vezes está chovendo e a idosa quer ir capinar assim mesmo. A cuidadora não permite, começa um confronto. Isso é algo comum no dia a dia delas. Outra atividade desfrutada pela idosa é limpar peixe junto com a cuidadora. A idosa sente-se necessária na cozinha e compartilha um momento agradável. No entanto, C6 teme que sua mãe corte o dedo, por isso prefere tratar o peixe e se precisar viajar e deixar a mãe somente com os cuidadores secundários, prefere deixar as carnes de peixe e frango cortadas e embaladas.

Certas situações de impasse aparecem quanto à questão da autonomia do idoso. Como melhorar a autonomia do idoso que se isola do convívio familiar e apresenta dificuldade em aceitar certos cuidados? E quando o idoso se isola e não tem ânimo para preparar uma refeição, mesmo sem nenhuma limitação física ou

neurológica que o impeça de usar as mãos? Erikson (1998), entende que essa é uma etapa de vida em que o indivíduo reflete sobre seu papel na sociedade, e muitas vezes vivencia dúvidas sobre si mesmo e sua trajetória. Frequentemente compara sua vida anterior e o momento atual e pode se entristecer ou recolher. Essa é uma situação recorrente e inevitável.

C3 relatou seu incomodo com esse tipo de comportamento demonstrado pelo idoso que cuida. Prevendo que o idoso possa estar com ideação suicida, procura manter a autonomia dele através do diálogo. Incentiva-o a preparar sua alimentação, ou fazer outra coisa para não ficar inativo. Segundo relato de C3 sua estratégia geralmente funciona, porque o idoso entende que precisa comer. Que não precisa esperar que outros preparem sua alimentação. Todavia, segundo Erikson, afastar - se das poucas possibilidades de ser útil, *“da criatividade, do cuidado de e com os outros, seria pior do que a morte”* (ERIKSON, 1998, p.94).

Conforme relato da cuidadora (C3) o idoso sempre foi dependente da liderança da esposa quanto a higiene corporal, alimentação, inclusive quem plantava a roça era a esposa, o idoso pescava e esperava receber os cuidados devidos da esposa. Após 15 anos de sua morte, o idoso busca uma esposa semelhante a anterior, submissa e jovem. Sem sucesso até o momento da entrevista. A cuidadora parece assumir o lugar de esposa, repete atitudes que a mãe tinha com ele, enfatizando a importância de banhar-se, de comer, entre outras questões ligadas ao autocuidado. Seu relato reflete o desespero na tentativa de não permitir que o idoso anule as próprias capacidades.

Erikson (1998), pondera que os idosos podem deixar de confiar na sua autonomia em relação aos seus próprios corpos, e decisões da vida. Podem esperar que outros decidam ou façam o que ainda são capazes de executar. A vontade do indivíduo velho torna-se enfraquecida diante do desafio de viver, mesmo que tenha capacidade de sentir-se seguro, até certa medida.

ele tem que fazer a comida dele porque senão ele vai ficar fraco. E ele faz (C3, 38 anos).

Ficou evidente os esforços dos cuidadores ribeirinhos em manter a autonomia de seus idosos, mesmo tendo pouco esclarecimento sobre os problemas de saúde. O ambiente ribeirinho e a cultura dessa população parecem colaborar para o cuidado

familiar mais próximo e a manutenção das atividades dos idosos, trabalhando na roça, fazendo coivara¹², plantando, colhendo e pescando.

Na sequência passamos a refletir sobre o dialogar e ouvir as histórias do idoso, como estratégia de cuidado em domicílio.

5. Dialogar e ouvir a história do idoso

Através desse estudo, ficou evidente a importância do diálogo entre idosos e seus cuidadores, para resolver situações conflituosas, oportunizar tempo para o idoso socializar, pois, em muitos casos, o idoso não sai mais do domicílio. Ouvir o que o idoso tem a dizer é uma necessidade do ser humano e assim, o cuidador e a família tem condições de restabelecer o equilíbrio das relações cuidador-idoso sempre que necessário (ARAÚJO, PAUL e MARTINS, 2012, p.196).

A cuidadora 6 mora próximo da casa da mãe, por isso, se comprometeu em conversar com ela todos os dias na hora do lanche da tarde, depois que chega do trabalho. A cuidadora, aproveita o momento da tarde para essas conversas. Principalmente, acredita, esse tempo reservado para o diálogo é uma oportunidade para que a idosa se expresse. Conversar é um elemento importante na relação cuidador e doente crônico em domicílio (BRONDANI *et al.*, 2010) e o é para o idoso dependente, conforme se observou nesse estudo. No relato de todos os cuidadores apareceu a importância do diálogo no cotidiano. Alguns cuidadores se dedicam mais aos processos de comunicação, outros menos, todavia se destaca que a pessoa idosa aprecia esse diálogo e contar sua história de vida.

Com o propósito de se aproximar da mãe e estreitar vínculos, C6 transmite em sua fala o prazer de ter esse momento diário com a mãe, pois, entende a importância disso para a idosa e para si. Enquanto conversam, a idosa tem companhia, a relação mãe e filha se fortalece, pois tem buscado aproximação afetiva com sua mãe. Com o fim de oferecer atenção de qualidade, o diálogo se torna uma estratégia de cuidado com consequência positiva: o estreitamento das relações cuidador - idoso.

É relevante distinguir a importância que o diálogo, como estratégia de cuidado, tem para alguns cuidadores de pacientes que não falam. Durante os cuidados corporais expressam felicidade em interagir com a pessoa dependente na expectativa

¹² Coivara é uma técnica de preparo da terra para o plantio. Ela consiste em cortar e queimar a vegetação de um terreno para limpá-lo e adubá-lo com as cinzas. Disponível: https://www.suapesquisa.com/respostas_geografia/coivara.htm.

de desenvolver possibilidades de comunicação, de aprender a linguagem do ente querido. Para essas pessoas é uma necessidade manter a “*interação com o seu familiar e de estar atento às expressões não-verbais manifestadas pelo doente*” (BRONDANI *et al.*, 2010, p. 507). Assim, o cuidado transcende a preocupação com o corpo.

Nesse estudo, a oportunidade de contar histórias também é uma estratégia de cuidado encontrada por C6, a idosa é viúva, e não pode mais sair de casa. Antes, era muito sociável e gostava de interagir com amigos e vizinhos. A cuidadora percebe que a mãe fica feliz ao relatar sua história. Todas as noites a cuidadora ouve a idosa contar sua história de vida, como foi sua infância, sobre seus pais, como conheceu o esposo, como se divertia, como se casou, o nascimento dos filhos. Segundo a cuidadora, contar a história que viveu é um momento importante para a mãe.

Embora C6 conheça todas aquelas histórias, relata ouvir com curiosidade e entusiasmo. Contar histórias pode possibilitar ao idoso recriar sua identidade, pois, “*a velhice proporciona uma forma definitiva da identidade*” (GALLATIN, 1978, p. 209). É na velhice que, segundo Erikson, o processo de construção de identidade atinge seu ápice (1998). Para sentir-se vivo diante das perdas da vida, dificuldades e obstáculos, é importante o idoso “*contar com a confiança básica*” (p. 95), essa força que opera no sujeito na fase inicial da vida. É a confiança que mantém a esperança e a esperança é que dá sustentação para se viver.

toda noite eu vou pra lá 18:00hs, 19:00hs, fico conversando com ela. Ela gosta de conversar, gosta de contar as histórias dela (C6, 43 anos).

Cônsua da relevância da interação social, a cuidadora C3, também relata com entusiasmo que dá ao pai a oportunidade de ouvir a sua história. Seu pai é viúvo a cerca de 15 anos e se sente só. A cuidadora oferece-lhe esse momento de recriação. Segundo ela, o idoso não gosta de conversar, não gosta de amizades, não sai mais como antes, procura se isolar da sociedade em geral e dos amigos. Erikson (1998) considera a fase da generatividade versus estagnação bastante produtiva. Porém, se estiver vivenciando um momento de estagnação o ser humano se sente improdutivo. É um momento em que se pode aproveitar o fato de *estar vivo*, entretanto, muitos indivíduos não conseguem pela falta de envolvimento com as atividades comuns da vida em sociedade.

Para lidar com leveza diante das exigências e rigidez de certas situações vividas na velhice, Erikson (1998, p. 94) aconselha a esse grupo se envolver em atividades diversas, na comunidade por que “*nunca é aborrecido*” (p. 94). O Autor observou que, próximo do final desse tempo, o indivíduo pode sentir necessidade de se afastar, pelo único motivo de “*experenciar a perda do estímulo de pertencer a, de ser necessária*” (ERIKSON 1998, p. 94).

Assim, ciente do afastamento social do pai, C3 procura conversar com ele, porque, acredita que ouvir suas histórias faz bem ao idoso. A cuidadora C4 também investe tempo no diálogo com seu esposo idoso. A conversa é instrumento de cuidado largamente utilizado em domicílio (BRONDANI, 2010, p.507). É fato que as mulheres se destacam nesse quesito talvez porque a maioria dos entrevistados são mulheres, porém, o cuidador C2 também se utiliza dessa ferramenta.

Vejamos a seguir a categoria orientações para um bem cuidar na tentativa de manter a harmonia na relação idoso-cuidador.

6. Orientações para um Bem Cuidar

Sobre a necessidade do bem viver, com harmonia entre cuidador e idoso diversos autores consideram as relações afetivas um fator significativo na terceira idade para o equilíbrio, harmonia e manutenção do cuidado e bem-estar do idoso no círculo familiar (SILVA *et al.*, 2015; VIEIRA, 2012; MACEDO e MONTEIRO, 2004 apud SILVA *et al.*, 2015; BRONDANI *et al.*, 2010).

De acordo com o relato do cuidador C2, uma estratégia utilizada para o bem cuidar é **valorizar a opinião do idoso**. Escutando o que ele tem a dizer se pode evitar conflito e manter a harmonia da relação cuidador - idoso. Silva *et al.* (2015, p.1186), ressalta a importância de a família valorizar o idoso, ofertar afeto e oferecer reconhecimento familiar. Nesse sentido a valorização se baseia no fato de que é na família que as relações afetivas se desenvolvem. Sem ter em conta a idade, o ser humano necessita de vínculos afetivos e estes se estabelecem mediante relações que permitem proximidade.

Nessa percepção, acatar a opinião do idoso é buscar proximidade, valorizar os afetos, emoções, capacidade cognitiva e sentimentos presentes nas escolhas que o idoso faz. Oportunizar a escolha ao idoso, é reconhecer que o cuidador pode se enganar, com pensamento contrário ao idoso, e tentar compreender a pessoa idosa,

para seu bem-estar. As vivências de cuidado com o pai, tem possibilitado a C2 e a seus irmãos que é melhor deixar o idoso decidir em situações conflituosas relacionadas ao cuidado, para manter as boas relações. Dessa forma, caso a opinião do idoso produza resultados negativos, é feito esclarecimento a ele sobre isso e ele aceita a orientação dos cuidadores.

escutar o lado dele, (...) não entrar em conflito” (C1, 43 anos).
Pra não entrar em conflito, tem que acatar as decisões dele...
(C2, 41 anos).

Semelhantemente, valorizar a opinião do idoso é ouvir. O ouvir aparece como estratégia que traz a ideia de empatia, troca mútua, de diálogo aberto antes da tomada de decisão. Ouvir o idoso para entender a sua dificuldade, sua dor ou mesmo seu desejo, o que o idoso tem a dizer, para entender o que quer que seja feito. Seria uma forma de acordar e resolver o conflito corriqueiro que sempre confronta a dupla. Às vezes o idoso não quer se submeter à dieta. Nessas horas o cuidador precisa ser firme, pois envolve a manutenção da saúde do idoso e o conflito nesse caso é inevitável, porém deve ser manejado relacionalmente.

Diante de uma situação conflituosa, uma estratégia que funciona para C4, é **orar**. Brondani *et al.* (2010, p. 506), apresentam em seu estudo a estratégia da espiritualidade como “*elemento de cuidado*”, utilizada pelos cuidadores de acordo com suas particularidades, de forma pessoal, numa compreensão da totalidade do humano, enquanto cuidam em domicílio. Nesse estudo com cuidadores ribeirinhos, surgiu o fato de alguns cuidadores serem usuários de drogas. Nesse caso o idoso sente-se amedrontado, busca mudar o comportamento do cuidador, que geralmente não responde positivamente.

Nesses casos a relação com o cuidador fica estremecida. É uma realidade sobre a qual o idoso não tem ingerência. Outra situação que abala a relação do idoso com o cuidador é a consciência da perda de autonomia, o que é impactante para ambos. Nesses momentos de aborrecimento aparece a impaciência com todos ao redor, em especial com o cuidador principal que se dedica a ele de modo contínuo.

Mediante essa crise, o que um cuidador idoso, pode fazer para não aumentar a tensão, pois se sente desafiado por suas próprias necessidades e dependência? Nesse estudo, C4 recorre a prática da oração na tentativa de resgatar a paz interior do idoso e da própria relação cuidador - idoso. A oração é um recurso ligado a

espiritualidade do ser humano. É utilizada por todos os participantes, como ferramenta de manejo das emoções para que o idoso relaxe, sinta paz e continue vivendo dentro das suas próprias limitações e realidade, bem como o próprio cuidador.

*eu não posso fazer assim muitas coisas, agora **oração eu oro muito por ele** (C4, 73 anos).*

Sousa *et al.* (2021) corroboram com o uso de recursos religiosos como estratégia de cuidado. Cuidadores revelaram que utilizam a religiosidade para conseguir cuidar, recorrendo à rede de apoio social, indo à igreja orar, recebendo pessoas da igreja para orar em seu domicílio em busca de fortalecimento emocional como base para suportar os dias difíceis. “*Para muitos, a fé é um mecanismo para aliviar as tensões. As convicções religiosas e as crenças relacionadas à fé foram consideradas particularmente positivas para as cuidadoras, dando-lhes significado para as tarefas do cuidar*” (p.34).

Ainda sobre o uso de recursos religiosos como estratégia de cuidado, o estudo de Scalco *et al.* (2013) mostrou que para alguns cuidadores,

A religião e a espiritualidade são utilizadas como estratégias para encarar as sobrecargas física, psicológica e econômica, que surgem com o ato de cuidar. O cuidador, muitas vezes, atribui o que está vivenciando como uma ‘vontade de Deus’, e busca na fé a força necessária para continuar desempenhando a tarefa de cuidar (p.199).

Erikson (1998) nos ajuda a ver que essa etapa da vida, quando o idoso reflete sobre a sua existência e só reconhece as perdas, é um momento de desesperança e é em situação semelhante que se encontra o idoso dependente cuidado por C4. Ele só consegue ver ao seu redor perdas ligadas ao comportamento do filho usuário de drogas e outras. Em situações de crise, Erikson (1998) pondera que, para lidar com leveza diante das exigências e rigidez de certas situações vividas na velhice, é necessário se envolver em atividades diversas, na comunidade por que somente ali, “*nunca é aborrecido*” (p. 94). No entanto, parece impossível ao idoso em questão vivenciar a vida com leveza diante das inúmeras perdas próprias, como a de coordenação motora, de investimento financeiro em projetos de vida que não deram certo, e a falta de condições físicas para interagir com a comunidade. Seus olhos, inundados de lágrimas enquanto fala, expressam seu desafio de viver a velhice com dependência.

Em cada uma das fases do desenvolvimento humano descritas por Erikson (1998), pelas quais os indivíduos passam, e nesse caso o idoso e cuidador que também é velho, “*confrontam o indivíduo com uma nova crise que deve ser enfrentada*” (SANTROCK, 2006, p.36). Essas crises não são entendidas como catástrofes por Erikson (1998), e sim como possibilidade de desenvolvimento. Pois, quanto mais crises o indivíduo consegue resolver satisfatoriamente, mais saudável será seu desenvolvimento.

Principalmente, espera-se, de acordo com a teoria eriksoniana, que o idoso chegue a alcançar a “*sabedoria*” (ERIKSON, 1998, p. 94). Contudo, se apropriar da sabedoria depende da capacidade do idoso “*ver, olhar e lembrar, assim como de escutar, ouvir e lembrar*” as experiências positivas ao longo da sua própria existência. Nessa perspectiva, os cuidadores, mencionam como algo positivo a prática da **paciência e amor** como estratégia de cuidado. Praticar a tolerância diariamente diante dos momentos conflituosos e transmitir amor (BRONDANI *et al.*, 2010) enquanto cuidam é necessário e produz bons resultados.

tem que ter muita paciência e amor (C3, 38 anos).

A capacidade de cuidar do idoso com paciência e amor parece ser uma continuidade das relações afetivas cultivadas pela díade anteriormente à dependência do idoso. A forma como se dará a relação entre cuidador e idoso perante os conflitos que surgirão é algo particular ligado à história de cada sujeito (PRIMO, 2019). Devido à singularidade de cada indivíduo, as formas de cuidar serão diferenciadas.

Para a cuidadora C6, **dar liberdade** com limites é uma estratégia que traz bons resultados. É permitir à pessoa idosa fazer o que quer na pretensão de resolver o conflito. O cuidador monitora, vigia, deixa ir até certo ponto a fim de evitar acidentes. É preciso ter firmeza ao finalizar a tarefa com o idoso que pode se aborrecer. Todavia, embora aborrecido o idoso acaba reconhecendo a importância de ter um cuidador por perto monitorando. Dar liberdade é possibilitar a manutenção da autonomia (ERIKSON, 1998) e fundamental para todos os humanos.

(...) deixar ela fazer aquilo que ela quer fazer (C6, 43 anos).

Esse tipo de relação aponta a dinâmica familiar marcada pela inversão de papéis, chama atenção para a difícil tarefa das famílias acostumadas a serem

sustentadas tanto financeira quando afetivamente pelo cuidado dos genitores e de repente, com a dependência, precisam passar de pessoas cuidadas para cuidadores. Segundo Mocelin *et al.* (2017, p. 1037), cuidadores em situação semelhante “*sofrem para se adaptar à nova realidade – o familiar que muitas vezes era provedor, agora necessita do cuidado de outrem para viver*. E é mais sofrível para a pessoa dependente ter que se submeter, podendo sentir-se culpado (MOCELIN *et al.*, 2017; ERIKSON, 1998) pela situação irreversível e incômoda.

Acrescenta-se a isso, para exercer as atividades de cuidado diário, o arranjo familiar que vive a inversão de papéis (HAYAR, 2019) será influenciado pela história pregressa das relações presentes no meio familiar. Aquelas impregnadas de boas lembranças, vínculos e afetividade conseguirão sustentar afetos semelhantes, positivos e de qualidade.

Tendo em vista a qualidade do cuidado ao idoso, é necessário observar que “*a dinâmica das relações que permeiam o viver-conviver em família, demarcado por um entrelaçar de gerações*” (SILVA *et al.*, 2015, p. 2184) tende a se perpetuar nas relações de cuidado. As relações familiares de núcleos formados por várias gerações devem ser consideradas pelos profissionais de saúde que acompanham a família, haja visto os membros estarem sujeitos aos conflitos intergeracionais, todavia, são capazes de se ajudarem mutuamente, inclusive o idoso tende a colaborar com os cuidadores.

4.2 O idoso dependente em área ribeirinha

Antes de passar às reflexões relativas as falas dos idosos, é relevante destacar a compreensão de Dependência Estruturada (MIGUEL, PINTO e MARCON, 2007). Esse tipo de dependência está associada à compreensão de que o ser humano só tem valor se estiver atuando no mercado de trabalho. Do contrário, se perder o seu trabalho, ou seus recursos financeiros forem provenientes de aposentadoria, caracteriza-se a Dependência Estruturada, quando uma parcela da população trabalha para manter pessoas consideradas socialmente improdutivas. Nesse sentido, todos os idosos participantes dessa pesquisa, independente das condições de saúde e envelhecimento causadores de dependência em variados graus, se incluem nesse tipo de dependência, pois, todos são aposentados.

Durante as entrevistas, os idosos manifestaram várias expressões emocionais, em forma de choro, riso, lágrimas, raiva e até ironia. Estavam cientes de que sua participação nessa pesquisa era importante para a pesquisadora, e queriam contribuir para o entendimento de suas vivências. Todos expressaram o desejo de contribuir para melhoria da atenção à saúde em suas respectivas comunidades. Houve evidente receptividade de cada participante da pesquisa.

À vista disso, foram entrevistados cinco homens e cinco mulheres. Com idade variável entre 71 e 83 anos. A menor família é composta por 3 filhos e as maiores, no caso, duas chegam a 12 membros. Em relação ao estado civil, 6 idosos são viúvos e 4 casados. Quanto a escolaridade apenas 4 sabem ler e escrever. A maioria se definiu quanto a cor ou raça como pessoa morena, porém, duas pessoas se identificaram como branca e parda respectivamente.

4.2.1 Identificando os conflitos na relação idoso - cuidador

A partir desse tópico procuramos responder o primeiro objetivo da pesquisa a respeito dos principais conflitos de famílias de cuidadores de idosos dependentes, relacionados à situação de dependência e cuidado diário do idoso, agora, **na visão dos idosos**. Os resultados possibilitaram a construção de duas categorias: 1. **Confrontos geracionais**; 2. **Aspectos práticos da vida diária**.

1. Confrontos geracionais

Os confrontos geracionais envolvem valores morais (SÁNCHEZ *et al.*, 2015, p. 126), “*normas e padrões de comportamento que moldam o comportamento do indivíduo*”, ligados à honestidade, virtude e à própria tradição e identidade familiar. Destaca-se que confrontos vinculados a valores envolvendo as relações intergeracionais, acontecem devido as diferenças de valores sociais e culturais, além dos embates concernentes aos problemas no relacionamento de pais, filhos, netos e avós. Esse tipo de conflitos entre gerações é considerado comum em qualquer família (MORAGAS, 2004 *apud* SILVA *et al.*, 2015).

SILVA *et al.* (2015), confirmam que no contexto familiar, os conflitos causados pela diferença de cultura e crença são intensificados pelo encontro das gerações. De acordo com os autores os conflitos podem ser administrados de forma positiva à medida que os vínculos entre as gerações amadurecem, o que exige tempo e

interação entre as partes. Até o momento da entrevista, o Idoso1 apresentava dificuldades para resolver a situação por meio de conversa, devido à tensão, resultante de conflitos entre as gerações, ligados aos vícios envolvendo drogas lícitas e ilícitas. Para ele o terreno da família é considerado 'lugar sagrado', que recebeu de seus antepassados.

morar perto de gente descrente, incrédulo que faz aquilo que não é pra fazer, negócio de música, bebedeira, cigarro, isso eu fico aborrecido... (Idoso 1, 83 anos).

Enquanto o idoso empenha-se em fazer valer as mesmas regras e valores familiares mantidas por gerações, seu neto e o sistema familiar formado por ele, a esposa e a sogra, não consegue se submeter à regulação sistêmica de seus pais e avós porque agora seu comportamento é regulado pelas regras de seu próprio núcleo familiar, que apresenta outros padrões transicionais (MINUCHIN, 1982). Seu avô, tenta em vão regular o sistema familiar do neto, apesar de o neto ser um subsistema interligado ao avô enquanto sistema, ele regula seu comportamento pelos padrões da sua própria família.

A desregulação do sistema produz consequências fisiológicas no corpo, nesse caso a elevação da PA do idoso. Para resolver o conflito momentaneamente, o Idoso se isola. E mesmo com o som das músicas em volume alto no horário da noite, tenta descansar. Em conformidade com o relato do idoso, busca dialogar com o neto e a sogra dele, quando a tensão passa. O diálogo é uma tentativa de resgatar a regulação do sistema, porém, a mudança esperada é em vão. Enquanto fala aponta indignado para a casa do jovem.

ele é da droga, bem aqui. Fumador e bebedor... (...) é melhor eu parar e deixar ir. Depois é que eu vou, falo com eles (Idoso1, 83 anos).

Em harmonia com o Diário de Campo, esse conflito entre gerações tem evidenciado valores e padrões de comportamento que tem afetado a saúde fisiológica e cardíaca do idoso dependente (Idoso 1). Nesses momentos de tensão, o idoso necessita do auxílio da cuidadora para regular o sistema fisiológico e emocional. Ainda que o ser humano tenha a capacidade de se adaptar a mudanças e situações inusitadas, algumas vezes parece que a alternativa mais assertiva e comum em

situações conflituosas é o isolamento quando não se tem caminhos mais efetivos para resolver o problema.

Segundo Miguel, Pinto e Marcon (2007) o isolamento da pessoa idosa tira a oportunidade do sujeito se comunicar, se impor diante dos problemas buscando soluções junto a um grupo de pessoas, da família ou cuidadores no convívio diário. Podemos ponderar que é necessária uma compreensão dessa etapa da vida, em que os estímulos sonoros podem ser extremamente aversivos para o idoso, e procurar manter-se um ambiente que respeite a todos.

Em estudo com idosos Silva *et al.* (2015) observaram a existência de uma aliança entre os idosos e cuidadores. Essa aliança se baseia na troca de sentimentos positivos, como respeito, amor, diálogo e a união. Esses aspectos da dinâmica familiar apontam para uma relação de afeto, intimidade, equilíbrio e reciprocidade.

O autor mostrou ainda, que quando os idosos são valorizados e se sentem amados, ficam isentos do isolamento familiar mediante o sentimento de pertença (SILVA *et al.*, 2015). O sentimento de pertença proporciona segurança à pessoa idosa, a percepção de que é parte do núcleo familiar que o cerca. Parece que nesse estudo, muitas vezes, os idosos não se sentem valorizados, pois, se recolhem em seu mundo interior ou seus locais de descanso para evitar complicações com o cuidador, como vimos em entrevistas de ambos os participantes (cuidadores e idosos dependentes).

Enquanto se recolhem em seu mundo interior e em seus locais de descanso, esses idosos se utilizam de artifícios religiosos, como orações e reflexões sobre seu lugar na relação com o cuidador. Procuram o resgate da paz interior e a manutenção das relações familiares por meio de suas crenças (Idosos 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10). Com isso buscam assegurar ao cuidador que a relação permanece íntegra. Outros, além de fazer orações, procuram a mudança de seus posicionamentos, valores pessoais, segundo os padrões de suas crenças, tais como perdoar o agressor, pedir perdão de quem acredita que ofendeu (Idoso 4) e procurar esquecer o problema evitando os confrontos, de acordo com o relato do Idoso 3.

*só faço minhas orações a Deus. Que Deus possa tirar do meu juízo, do meu pensamento, **quero uma coisa: que não tivesse nada acontecido** (Idoso 3, 78 anos).*

Em momentos de conflito entre a Idosa 7 e sua cuidadora, a qual não lhe permite fazer atividades que podem prejudicar a sua saúde, a idosa relata que se

chateia e se afasta da filha. Relata sorrindo que depois de um tempo a filha vem agradá-la e fica tudo bem! Nesse contexto, a proximidade afetiva da filha com a mãe, está de acordo com Papalia e Feldman (2013) “a maioria dos adultos de meia-idade e seus pais têm relacionamentos calorosos e afetuosos baseados em contato frequente, apoio mútuo, sentimentos de apego e valores comuns” (p. 562).

eu vou me deitar. Aí ela vem me agrada. Conversa, conversa...
(Idosa 7, 83).

Essa busca como parte do processo de desenvolvimento humano, acontece porque os filhos de meia idade percebem o comportamento dos pais idosos com mais clareza, como indivíduos portadores de forças e fraquezas, e no caso em estudo o relato da cuidadora revela que a mesma tem buscado proximidade com a mãe a medida que reflete sobre a finitude da vida, confirmando o que pensa Papalia e Feldman (2013, p. 562), sobre que os filhos nessa idade conseguem “*olhar para sua mãe ou seu pai e ver uma pessoa idosa, que pode precisar do cuidado do filho ou da filha*”, o que provavelmente, torna o cuidar mais fácil, e assim entende a cuidadora, que a mãe precisa de cuidado e ela irá cuidar enquanto puder.

Em casos de aborrecimento com o idoso ou cuidadores, Primo (2019) acredita que devido a perda da autonomia ou dependência, o idoso pode apresentar como consequência alguns comportamentos que dificultam o cuidado, como insegurança, raiva e medo. Esse tipo de comportamento gera no cuidador sentimentos negativos, os quais não estimulam um cuidado prazeroso. Todavia, no presente estudo, esses sentimentos vão se esvaindo com o tempo.

Como se pode ver nos relatos a seguir, os Idosos 6, 8, 9 e 10, preferem o isolamento e silêncio como forma de prevenir aumento da tensão na relação idoso - cuidador. A avó (Idosa 8) relata que observa a correção da nora com os netos, diante disso fica calada ainda que discordando. A Idosa 6 vive o conflito ligado ao atraso das refeições, e assegura que não reclama, mantém-se calada. Os Idosos entrevistados tem consciência de que falar em situação de conflito só piora a situação, por isso nove dos dez escolhem o silêncio num primeiro momento, em seguida o isolamento com reflexão interior e quando os estados emocionais parecem estar em equilíbrio, o diálogo pode ocorrer.

... eu me acalmo e fico esperando, ele fazer comida (Idosa 6, 76 anos).

*eu fico calada e **não digo nada** (...) (Idosa 8, 82 anos).*

***só faço orar** porque a gente se chateia assim por querer falar, aí o negócio vai aumentar (Idosa 9, 71 anos).*

***vou orar, às vezes me deitar**, às vezes eu saio..., disfarço mais um pouco (Idosa 10, 71 anos).*

Em consonância com Zagabria (2019), conflitos entre idosos e cuidador, independentemente de ser cônjuge ou filho, sempre existirão, e a repetição e intensidade do conflito tem relação direta com a história dos sujeitos envolvidos. De outro modo, Sánchez *et al.* (2015, p. 118), ressalta que “*A dinâmica familiar e o clima relacional que se estabelece entre os familiares, é móvel e permanece em um equilíbrio instável e complexo*”. Devido à complexidade e instabilidade da dinâmica familiar, é relevante continuarmos investigando, em especial no contexto ribeirinho.

Importa acrescentar, que a forma de o participante Idoso1 resolver o problema tem efeito apenas temporário, pelo fato de ser um conflito intergeracional (SILVA *et al.*, 2015), caracterizado como um conflito comum na dinâmica familiar. Para que haja harmonia entre os membros familiares, é preciso que as partes compreendam uma à outra, procurando interagir, respeitar as convicções do outro e dialogar. Todavia, é um processo, leva tempo e exige esforço o processo de compreender e respeitar os valores e crenças individuais.

Embora o conflito entre gerações seja algo comum nas famílias, Silva *et al.* (2015) destacam ser possível as relações intergeracionais se tomarem solidárias, se houver troca de afeto e ajuda recíproca. Conjuntamente, em momentos de crise as pessoas podem se ajudar, havendo para isso compreensão entre as partes. Ademais, a compreensão e ajuda resultam em melhoria da qualidade das relações e sobrepujamento das tensões entre netos e avós. Os autores identificam, como fundamental para a resolução dos confrontos entre as gerações, o fortalecimento de vínculos afetivos. Laços afetivos fortes sustentam as relações no exercício do amor, sentimentos, cumplicidade e partilha.

Igualmente, Brondani *et al.* (2010), salientam que o cuidador deve dar amor, afeto e carinho ao idoso que cuida, porque o sentimento de amor, é a base das ações diárias daqueles cuidadores que fazem ainda mais do que cuidar. Destaca que os cuidadores que vão além do cuidado físico, são capazes de proporcionar respeito e carinho com responsabilidade ao parente adoecido.

Desse modo, as demonstrações de amor e afeto, ajudam a solucionar dificuldades subjetivas da relação idoso -cuidador. Essas demonstrações podem acontecer no momento do banho, no oferecimento da alimentação, é relevante dar um sorriso, um toque, um olhar de preocupação com a pessoa, uma vez que *“Isso demonstra preocupação com o outro e confere qualidade à ação de cuidar”* (BRONDANI *et al.*, 2010, p. 507). Transmitir amor e carinho denota um cuidado mais humano pelo fato de as pessoas serem movidas pelos sentimentos. Em se tratando de cuidado ao idoso dependente, os sentimentos positivos contribuem para melhoria da qualidade da assistência domiciliar.

Tendo explanado os aspectos concernentes a categoria ligada aos conflitos de gerações, passamos a refletir sobre os aspectos da vida diária.

2. Aspectos práticos da vida diária

Os conflitos relacionados aos aspectos práticos da vida diária abrangem o gerenciamento de objetos do mundo pessoal do idoso, como as ferramentas de trabalho, que os filhos pegam sem sua ciência; os utensílios de cozinha de uso doméstico, que os cuidadores usam e não devolvem ao lugar de costume da idosa deficiente visual.

Os conflitos relacionados a instrumentos de uso pessoal e organização do ambiente, podem se tornar rotina. Através do relato dos idosos, aparecem duas situações de conflito envolvendo questões do cotidiano com os Idosos 5 e 10. Ambos são viúvos. O fator viuvez, aparece como dado de pesquisa quanto ao desequilíbrio das relações de poder no núcleo familiar. Em conformidade com Carneiro e França (2011 apud SCALCO *et al.*, 2013) idosos sem companheiros amorosos apresentavam mais conflitos com seus cuidadores do que os idosos que mantinham relacionamento conjugal.

O Idoso 5 tem dois filhos que o monitoram, vivem próximos, na mesma comunidade. Qualquer um dos filhos, pode pegar uma ferramenta sua, sem seu conhecimento e consentimento, gerando tensão entre idoso - cuidador. Mediante esse desajuste no sistema familiar, o idoso procura regular o ambiente por meio de regras (MINUCHIN, 1982) e valores cultivados na família através do diálogo.

eu chamo eles e pergunto: vocês pegaram isso aqui? - pegamos! - Pois é, quando pegarem, vocês me digam pra eu não ficar pensando que levaram (que alguém roubou) ... (C5, 82 anos).

As perdas naturais da velhice envolvem a diminuição da massa muscular e da força após os 70 anos, levando à diminuição da resistência física, flexibilidade, sobretudo nas mulheres (VAN HEUVELEN *et al.*, 1998 apud PAPALIA e FELDMAM, 2013). Isso tudo, é parte do processo de mudanças biológicas que agem sobre o físico da pessoa acarretando algum tipo de incapacidade funcional. Desse modo, a dependência física corresponde “*a incapacidade funcional, ao desamparo prático ou à incapacidade individual que a pessoa apresenta para realizar atividades da vida diária*” (MIGUEL, PINTO, e MARCON, 2007, p. 785).

De modo semelhante, a Idosa 10, viúva, traz a vivência visceral de quem perdeu a visão como consequência de cirurgia de catarata, que “*normalmente é bem-sucedida e é uma das operações mais comuns*” (PAPALIA e FELDMAM 2013, p. 584). Infelizmente nesse caso, resultou em complicações irreversíveis, ocasionando cegueira total, pela qual tornou-se dependente (MIGUEL, PINTO e MARCON, 2007).

Frente às limitações visuais, diariamente questiona-se sobre porque sua cirurgia não deu certo; e, sobretudo, o que vive como consequência, além da escuridão, dores nos olhos, às vezes queda, pois, sua residência está sobre uma elevação à margem do rio. Sua rotina é marcada pelo tatear sem bengala, através da pequena casa de madeira, onde passa a maior parte do seu tempo.

Geralmente os cuidadores da idosa estão trabalhando de dia na roça ou dia e noite pescando para sobrevivência e manutenção da casa. São dois homens. Mas ao lado da sua casa tem filhas, netos e netas para monitorá-la. Seu maior estresse acontece, segundo relatou, quando deixa seus objetos, como panelas, pratos e coisas semelhantes em local de rotina, e algum dos cuidadores pegam, usam e deixam em local diferente. Nessas circunstâncias a idosa se desespera, sente-se impotente porque precisa fazer um chá, um leite e não tem ninguém perto para ajudar.

Erikson (1998) enfatiza que a confiança pode dar lugar ao desespero na velhice, todavia a confiança sempre estará presente insistindo em permanecer. Nesse caso, o desespero de estar só em casa, de não saber quem sai e quem entra, faz a confiança dar lugar ao,

(...) desespero, e isso é o que pode acontecer na velhice, quando a confiança básica, dá lugar ao desespero, ele perde a esperança. Os anciãos são forçados a desconfiar das próprias capacidades. O tempo

cobra um preço mesmo daqueles que foram sadios e capazes de manter músculos vigorosos, e o corpo inevitavelmente enfraquece. A esperança pode facilmente dar lugar ao desespero diante da contínua e crescente desintegração e à luz de indignidades tanto crônicas quanto súbitas. Mesmo as atividades mais simples da vida cotidiana podem apresentar dificuldades e conflitos (1998, p. 90).

A situação de desamparo resultante da viuvez, das várias perdas corporais e sociais, atreladas à perda da visão, parece intensificar a ansiedade diante do desconhecido, visto que antes saía de casa só, participava de atividades comunitárias e voltava sem medo. Atualmente, fica dentro do pequeno casebre de assoalho a maior parte do tempo sem companhia. A idosa chora, mas faz-se resiliente (FARINASSO e LABATE, 2015). Todavia, apega-se também, aos recursos religiosos para suportar sua condição de dependência e solidão. A rede de apoio formada por familiares e pessoas da igreja existe e faz toda a diferença para ela.

Às vezes, alguém a conduz até a igreja, onde sente-se segura podendo ficar na companhia de velhos amigos. A esperança de viver se fortalece na confiança de continuar vivendo (ERIKSON, 1998). Viver sem o esposo era difícil, mas após a perda da visão tornou-se um desafio diário. A idosa não consegue conter as lágrimas pelos medos resultantes da ausência de luz. A deficiência visual exigiu que a idosa reaprendesse a viver e a confiar nas pessoas e no ambiente, contudo, sempre desconfiando de tudo e de todos. Agora, seus ouvidos, tato e olfato fazem o papel de olhos.

A sensação de insegurança, de desconfiar das próprias capacidades, acontece com a maioria dos idosos do estudo (1, 2, 4, 6, 7, 8 e 9). **O Idoso 4** depende de ajuda para deitar, levantar, comer, higiene pessoal, entre outras. Ao relatar suas condições de dependência, seus olhos se enchem de lágrimas, pois sempre andou pela comunidade e agora está limitado a ficar sentado ou deitado em uma rede. Seu aborrecimento acontece em relação a sua própria cuidadora por causa da dependência. De acordo com a cuidadora, no dia em que ela lava a rede porque está urinada, e isso é uma situação comum, ele se aborrece. Reclama porque a rede é seu lugar de dormir e descansar, pois não tem o hábito de usar a cama.

Assim como a criança que faz birra, o idoso que não consegue mais confiar em si mesmo, e na sua autonomia devido as debilidades do corpo e pelas escolhas que a vida permite, pode perder o autocontrole pela vontade enfraquecida (Erikson 1998). Permanecer seguro de si é evitar a vergonha e a dúvida, que é o inverso da

autonomia. O ideal para qualquer pessoa é manter o autocontrole na vida social, e no caso em estudo, diante dos familiares e cuidadores.

Outra situação de conflito na relação idoso - cuidador que chama atenção está ligada ao déficit de funcionamento perceptual (perda auditiva, zumbido), conforme relato da Idosa 8. Apesar de ser acolhedora, amar os netos e seus amigos, perturba-se com o barulho do grupo reunido. Principalmente nas horas do seu descanso a tarde. Dois ou três deles se assentam todas as tardes no pátio da casa para brincar de algum tipo de jogo, ou simplesmente conversar. Seus netos são seus companheiros, seus vigias e cuidadores enquanto a mãe trabalha. Relata a situação com um misto de tristeza, vergonha e riso, pois, algumas vezes perde o controle e chega a mandar os amigos dos netos se calarem.

eu não gosto de muita zuada... (Idosa 8, 82 anos).

Para evitar esses conflitos e aborrecimentos com seus cuidadores prefere o silêncio, tenta entender que seus cuidadores são crianças e adolescentes. Ela também cuida deles porque ainda tem certa autonomia, caracterizando uma relação de ajuda mútua, em consonância com SILVA *et al.* (2015 p. 2184). De outra forma, Coloussi (2019), aborda o fato histórico-cultural que idosos ao invés de serem cuidados pelos filhos continuam cuidando dos netos.

No que se refere ao cochilo da tarde referido pela idosa ribeirinha nesse estudo, é um horário normal de descanso entre essa população. Conforme, Nascimento *et al.* (2019), faz parte da rotina diária dos idosos rurais-ribeirinhos e, segundo a linguagem regional, o cochilo é a hora de “*tirar a sesta*”. Um hábito enraizado na cultura dessa população, transmitido de pai para filho.

Outro caso que retrata a diminuição da autonomia é o da **idosa 6**. Em seu relato demonstra decepção e irritação pelo atraso da alimentação quando seu cuidador (marido) é o cozinheiro do dia. O relato da idosa é confirmado pelo Diário de Campo. As filhas se irritam com a situação, acreditam que ele não é de confiança, devido a ter tido outros relacionamentos amorosos fora do casamento. Elas ajudam a cuidar da mãe porque a amam, mas revelam ressentimentos pelo pai.

Assim, mesmo estando aborrecida pelo atraso da refeição, prefere calar-se, nega precisar resolver o problema ou conflito. Ao negar o problema de forma inconsciente, a idosa tenta evitar o confronto. Ela não consegue discutir o problema

para resolver a situação de forma direta. Para se proteger e continuar sobrevivendo se defende através da negação (FARINASSO e LABATE, 2015).

Nada, nada, que tá tudo bem (Idosa 6, 76 anos).

No caso da idosa 7, viúva de estatura mediana, magra, alegre e bem-falante, pode-se perceber um sentimento de pesar, pois percebe que sua saúde não colabora para a realização de muitas atividades. A diminuição da autonomia lhe causa aborrecimento e tristeza conforme relatou. Por suas limitações, é impedida pela cuidadora de caminhar livremente na chuva, ficar até tarde olhando as pessoas que passam na rua à noite, capinar o quintal. Ela gostaria de varrer e não sentir fraqueza, ir à taberna, cozinhar sem se cansar, sem ser submetida aos comandos do cuidador.

Quanto a isso mostra-se resignada diante da perda da vida anterior à dependência. Sente muitas saudades do marido que morreu há 13 anos. A idosa sente a perda das capacidades funcionais, e isso a aborrece, a deixa triste, pois *“as pessoas idosas apresentam risco potencial no que se refere à perda de suas capacidades funcionais e/ou mentais, o que pode determinar dependência parcial ou total para a realização de atividades da vida diária”* (MIGUEL, PINTO e MARCON, 2007, p.785).

(...) é a vida mesmo. Que quando eu penso que eu quero fazer uma coisa, eu não posso (...) lavar uma roupa, varrer a casa... tratar um peixe... (Idosa 7, 83 anos).

Finalizando, a Idosa 7, assim como os outros idosos nesse estudo, encontra-se com a visível limitação para o trabalho, que ainda gostaria de fazer, a sua visão não é mais a mesma de antes em consonância com seu relato e da cuidadora, apresenta-se desgastada, em virtude dos muitos trabalhos na agricultura e pesca. Como todo idoso ribeirinho dependente, encontra-se aposentada dessas atividades (NASCIMENTO *et al.*, 2019). A aposentadoria modifica a vida do ribeirinho, que deixa de plantar, fazer roçado, pescar, passando a evitar o sol escaldante e ficar a maior parte do tempo em casa. Principalmente a mulher, quando deixa as atividades de subsistência dedica-se inteiramente as atividades da casa, coisa que a Idosa 6 não pode mais fazer, lamentando muito essa perda.

Em seguida importa pensar a respeito da categoria relativa as diferenças nas estratégias de cuidado quanto ao gênero nas perspectivas dos idosos.

4.2.2 Diferenças de gênero nas estratégias de cuidado na perspectiva dos idosos

Neste tópico, buscamos responder ao segundo objetivo discutindo as diferenças de gênero nas estratégias de cuidado na percepção dos idosos dependentes. Para tanto a entrevista com os cuidadores e subsídios do Diário de Campo, colabora para a melhor compreensão daquilo que os idosos relatam a respeito do cuidado diário.

A princípio, respaldado pelo relato dos cuidadores foram separadas três palavras chaves para reflexão a respeito do que seria “**cuidar**” para esses sujeitos: gratificante, dever e exigente.

A primeira, “*gratificante*”, denota o sentido de cuidar como algo prazeroso, alegria em cuidar, sentimento de gratidão, recompensador, um projeto de vida e uma coisa leve como alguns autores também encontraram (SOUSA *et al.*, 2021; GUTIERREZ *et al.*, 2021).

A segunda é “*dever*”, porque cuidar é uma obrigação no sentido de retribuir o que os pais lhe fizeram quando criança. Mas esse dever exige dedicação para oferecer o melhor cuidado. Dedicação porque exige bastante do cuidador. Tanto a dedicação quanto a preocupação, são palavras que expressam o penoso cuidado de monitorar, vigiar, conversar, fazer companhia. Para SCALCO *et al* (2013, p. 197), cuidadores que entendem cuidar como dever, ou mesmo como um meio de retribuição ao que foi feito pelos pais a eles, vivem no cuidado uma sensação que “*serve como estímulo para que eles tentem melhorar a sua função a cada dia.*” Esse tipo de cuidadores, reconhecem o quanto os idosos são dependentes de ajuda na luta pela sobrevivência. Por esse motivo, procuram cuidar o melhor possível na convicção de nunca abandonar o idoso.

E, finalmente a terceira palavra “*exigente*”, indica que o cuidar é sentido como um “*peso*”, porque é uma tarefa cansativa, física e psicologicamente. Algo que é difícil de fazer, assemelhando o cuidado como uma “*luta*” diária em que há a “*exaustão de forças físicas e psíquicas por parte dos cuidadores*” (GUTIERREZ *et al.*, 2021, p. 52). Esses são aspectos importantes da percepção de cuidar que atingem tanto cuidadores de área urbana quanto em área ribeirinha, pois todos são humanos. Conforme Sousa *et al.* (2021) oferecer cuidados ao idoso dependente cansa como qualquer outro trabalho, ninguém é de ferro.

À vista disso, é relevante para cuidadores profissionais e familiares e em particular, o profissional de saúde, entender como o cuidador vivencia o cuidado no cotidiano com o idoso dependente, conforme também nos alerta Stalco *et al.* (2013). Esse conhecimento, pode colaborar para melhorar a convivência e cuidado em domicílio, “sobre uma forma de atuação mais humanizada, em que se valorizem não apenas os aspectos biológicos do processo saúde-doença, mas também todas as questões psicossociais” (p. 204). Desse modo, profissionais de saúde poderão ajudar com seus saberes, de forma específica, cada cuidador e família apoiados na realidade vivenciada.

Exposta a compreensão do que seria cuidar para os cuidadores familiares, versaremos sobre a questão das diferenças de gênero nas estratégias de cuidado na **compreensão dos idosos**. A partir dos dados foram organizadas três categorias analíticas: 1. **Me leva no banheiro, me leva pra tomar banho, varre a casa**; 2. **Quando menos esperar vai chegar um**; 3. **Eles são mais atenciosos**.

1. Me leva no banheiro, me leva para tomar banho, varre a casa

Em conformidade com o resultado da pesquisa o *Quadro 4 - Quem mais cuida do idoso quanto ao gênero, em área ribeirinho*, são as mulheres, assim como aparece na literatura, filhas, netas, noras e sobrinhas (SOUSA *et al.*, 2021).

Quadro 4- Quem mais cuida do idoso quanto ao gênero

Idoso Nº	Quem cuida	Gênero
Idoso1	Filha	Fem.
Idoso2	Filho	Masc.
Idoso3	Filha	Fem.
Idoso4	Filhas/filho	Fem./masc.
Idoso5	Filho	Masc.
Idoso6	Neta	Fem.
Idoso7	Filha	Fem.
Idoso8	Nora	Fem.
Idoso9	Sobrinha	Fem.
Idoso10	Filhas	Fem.

Fonte: dados da pesquisa de campo (2020).

De um grupo de dez idosos, oito relataram que as mulheres são as pessoas que mais cuidam deles (Idosos 1,3,4,6,7,8,9,10). Entre essas mulheres eleitas como cuidadoras, verificou-se que duas são adolescentes.

Sobre o destaque da mulher como pessoa que mais cuida, existe todo um contexto histórico e cultural (HAYAR, 2019) por detrás dessa realidade social, considerada por Oliveira, Lúcio e Rodrigues (2019, p. 115), como uma “*perspectiva (persistente) de gênero: o trabalho dos cuidados é conjugado no feminino e mostra-se como prática social sexuada*”.

Igualmente, as famílias ribeirinhas mantêm essa cultura entre seus descendentes. A respeito dessa condição feminina Coelho e Alvim (2004, p. 543) reiteram que “*a mulher, seja filha, esposa ou outra próxima, assume o papel de cuidadora no domicílio*”. Nesse fazer a mulher se desdobra além da sua vida pessoal, em mulher quando cuida do marido doente, em mãe quando cuida dos filhos, em filha no cuidado aos idosos da família, seja o esposo, pais ou outro membro familiar. Diante disso, apresentamos alguns relatos dos idosos que abrangem essa realidade. O Idoso 1 afirma que a pessoa que mais cuida dele é a filha, que mora ao lado de sua casa. Ela cuida da arrumação da casa, alimentação e cuidados à saúde do idoso.

Para tanto, a cuidadora renunciou aos seus projetos de vida pessoais e familiares para dedicar-se ao pai e a mãe residentes no interior. Cuidar para ela se traduz em gratidão, é gratificante “cuidar” (C1). Segundo Gutierrez *et al.* (2021) situações como essa podem denotar “*em muitos casos, descuido de si por parte do cuidador*”, o qual deixa de investir em sua vida e seus objetivos para se dedicar ao outro.

O relato da Idosa 6 aponta sua neta adolescente como a pessoa que mais cuida. De fato, de acordo com o Diário de Campo, essa jovem, portadora de Síndrome de Down, é a pessoa que mais cuida da avó. Sua mãe, a responsabilizou para ser a apoiadora da avó todos os dias, desde manhã até a noite. Ela auxilia a idosa nos deslocamentos em geral, ajuda na higiene pessoal, serve a alimentação, serve água, remédio, e tudo o que for solicitado pelo avô ou avó.

É a neta... Me leva no banheiro, me leva pra tomar banho, varre a casa, essas coisas de casa (Idosa 6, 76 anos).

Em relação aos motivos que tornam alguém responsável pelo cuidado do idoso, geralmente, são baseados em uma escolha, uma tomada de decisão gradativa (JAM, 2017) da pessoa que assumiu a responsabilidade. Outros cuidam por vontade própria (ARAÚJO, PAUL e MARTINS, 2009), o que não cabe aqui nos casos da adolescente portadora de Síndrome de Down, nem no da criança adotada para esse fim (Idosa 9).

Entretanto, casos como esses foram designados pela família que por alguma razão delegou essa função e exerceu algum tipo de coerção, na maioria das vezes moral ou de fundamento prático, para que a pessoa assuma o cuidado.

Nesse caso, a adolescente parece ter sido entregue a avó com a exclusiva missão de ser a cuidadora da matriarca provavelmente por ser mulher (HAYAR, 2019). Assim o papel de cuidador é construído, segundo Araújo, Paul e Martins (2009), a partir da história da família, das relações familiares, dos valores e crenças, influenciados por variadas razões que não conseguimos aprofundar aqui. Desse modo, é possível que além de outros fatores, a designação das duas crianças por suas famílias para o cuidado de idoso pode estar relacionada à questão de gênero. Em consonância com Mendes (1995 apud CALDAS, 2003, p.778), a designação familiar do cuidador pode ser feita referente ao *“gênero, com predominância da mulher”*.

A Idosa 8, depende da companhia e cuidados da nora, pois as filhas moram em cidade distante e só comparecem para visitas esporádicas. O filho trabalha à noite e dorme durante o dia, restando a responsabilidade do cuidado para a nora, que assumiu essa missão há mais de 19 anos, desde que se casou com seu filho.

Estudos mostram que o cuidar de idoso é uma escolha consciente (MENDES, 1995 apud CALDAS, 2003; JAM, 2017). Em consonância com Jam (2017), essa escolha pode acontecer de modo imediato ou de forma lenta, porém, aponta fatores que predominam na tomada de decisão da pessoa que assume responsabilidade de cuidar, como: *“questões de gênero, com a prevalência da mulher como cuidadora; aproximação física, considerando a convivência no mesmo lar”* (JAM, 2017, p. 467). Nesse estudo a convivência do lar parece ter influenciado a escolha da cuidadora da Idosa 8, conforme relato da cuidadora desde que se casou a sogra passou a morar em sua casa.

No estudo de Sousa *et al.* (2021) com idosos de região urbana, predomina a parentalidade como motivo para o cuidado e a presença de diversas formas de afetos e sentimentos positivos. Stalco *et al.* (2013) ressaltam que cuidar de idoso é uma escolha pessoal dos indivíduos. Enquanto um quantitativo de pessoas considera uma atividade difícil, outras pessoas relatam ser fácil. Do mesmo modo nesse estudo, alguns cuidadores parecem ter facilidade para fazer o papel de cuidar enquanto outros

apresentam dificuldades em lidar com o idoso, pela própria exigência do cuidado e por suas limitações pessoais, financeiras e de assistência à saúde.

Tendo mostrado esses resultados, seguimos para conhecer quem mais ‘vigia’ o idoso diariamente.

2. Quando menos esperar vai chegar um

Para melhor clareza das diferenças de gênero nas estratégias de cuidado diário dos idosos participantes, parece interessante refletir sobre quem mais vigia ou faz companhia a essas pessoas conforme *Quadro 5- Quem mais vigia o idoso quanto ao gênero*. O ato de vigiar nesse estudo, envolve fazer companhia, com a intenção do idoso nunca ficar só.

Quadro 5- Quem mais vigia o idoso quanto ao gênero

Idoso Nº	Quem vigia	Gênero
Idoso1	Filha	Fem.
Idoso2	Neto, neta, filho, filha, nora	Masc./fem.
Idoso3	Filha	Fem.
Idoso4	Esposa	Fem.
Idoso5	Ninguém	
Idoso6	Filha	Fem.
Idoso7	Neta	Fem.
Idoso8	Neto	Fem./masc.
Idoso9	Ninguém	
Idoso10	Às vezes filho e neto	Fem./masc.

Fonte: dados da pesquisa de campo (2020).

O propósito da pessoa que vigia o sujeito idoso é prevenir quedas e outros incidentes, observar a presença de perigos, alterações de saúde do idoso, policiar para que tudo aconteça da forma adequada à saúde do mesmo. Nesse contexto, o apoio dos membros familiares ao cuidador principal é essencial para a qualidade do cuidado do idoso.

De acordo com Stalco *et al.*, (2013, p. 200) a contribuição da família pode prevenir ou reduzir desgastes alusivos à sobrecarga, pois, “a realização das atividades relacionadas ao cuidado, quando executadas por uma única pessoa, passa a representar um ônus desgastante e permanente”. Cada pessoa envolvida no cuidado pode executar determinada tarefa de modo a auxiliar o cuidador principal e tornar o cuidado mais leve.

Nessa compreensão específica do presente estudo não se inclui o preparo de alimentos, lavar roupas, arrumar a casa, levar ao médico, entre outros e sim estar atento a pessoa do idoso como alguém que precisa de companhia. Assim, conforme o *Quadro 5- Quem mais vigia o idoso quanto ao gênero*, cinco idosos são vigiados exclusivamente por mulheres: filhas (Idosos 1, 3, 6), esposa (Idoso 4) neta (Idosa 7).

*É a **minha neta** (Idosa 7, 83 anos).*

*todos são igual (...) **quando menos esperar vai chegar um** (Idoso 2, 86 anos).*

*experimentaram ficar, mas **não aguentaram** (Idoso 5, 78 anos).*

De outro modo, o Idoso 2 tem sempre alguém de qualquer gênero em sua companhia. Mesmo tendo uma pessoa durante o dia cuidando dos afazeres e alimentação do idoso, sempre alguém chega na casa para vigiá-lo, pois, a dinâmica familiar se organiza para acompanhá-lo sempre, devido as suas limitações físicas. A noite fica o cuidador plantonista participante do rodízio bimestral de cuidados.

*todos são igual (...) **quando menos esperar vai chegar um** (Idoso 2, 86 anos).*

A reorganização da família nesse estudo, condiz com o exposto por Araújo, Paul e Martins (2009) quando afirmam que as famílias cuidadoras passam bastante tempo juntas e partilham os momentos. Consideram a partilha entre parentes importante para a manutenção e restabelecimento do equilíbrio familiar, assim como C6, que passa bastante tempo ouvindo as histórias da mãe, e C3, que ouve as histórias do pai para que não se sinta só.

Diferentemente, a Idosa 10 afirma que está sempre só, pois, os cuidadores estão tralhando ou pescando dia e noite, por isso, só tem a companhia deles se eles estiverem em casa após um dia de trabalho na roça, ou após alguns dias de pescaria para atender as necessidades de sobrevivência. No caso do Idoso 5 é diferente, sempre está só. Logo após o falecimento da sua segunda esposa, alguém (neto) tentou fazer companhia à noite para ele, porém, não conseguiu dar continuidade. Parece ser comum em casos de perda de um ente querido a família apoiar a pessoa enlutada no processo de luto, "*É possível superar as perdas, desde que o indivíduo conte com apoio*" (FARINASSO e LABATE 2015, p. 27). Passada a semana do luto

o neto retornou para a casa do pai e o idoso continuou a sua vida, inclusive está em busca de um novo relacionamento. Quando interrogados aparecem alguns relatos sobre quem cuida/vigia o idoso:

Minha filha (...) (Idoso 3).

É a minha neta (Idosa 7, 83 anos).

Eu fico só com esses dois mesmo (filho e neto) *quando eles tão*
(Idosa 10, 71 anos).

experimentaram ficar, mas não aguentaram (Idoso 5, 78 anos).

Enquanto estão vigiando, os cuidadores podem aproveitar para dialogar com os idosos que cuidam, e assim estreitar vínculos, oportunizar ao idoso recontar a sua história. Por conseguinte, passamos a refletir sobre quem são as pessoas preferidas dos idosos para conversar.

3. Eles são mais atenciosos

Nessa última categoria para melhor compreensão da diferença de gênero nas estratégias de cuidado, é interessante pensar quem é a pessoa com quem os idosos preferem conversar em seu convívio. Tais sujeitos fazem parte do sistema familiar ou estão fora dele? São cuidadores ou representam outros papéis? Bem, a resposta a esses questionamentos não foi nenhuma surpresa.

O estudo de Nascimento *et al.* (2019) com casais de idosos sem dependência, ativos profissionalmente em sua maioria, principalmente os homens, com idade igual ou superior a 60 anos, mostrou que os idosos ribeirinhos da zona rural tem “o costume de sair todas as tardes para conversar, dialogar...” (p.168) com conhecidos na comunidade, assim também, os idosos do presente estudo gostam da companhia de outras pessoas para compartilhar situações comuns do cotidiano.

Em situação diferente daquela encontrada por Nascimento (2019), idosos participantes dessa pesquisa, estão impossibilitados de sair de suas casas e lembram com saudade da época que podiam sair, andar e conversar (Idosos 2, 4, 6, 7, 8, 10). Atualmente o grupo de amigos se reduziu aos familiares e muitas das vezes ao cuidador principal. Ficam animados quando alguém chega para conversar e ouvir a sua história como aconteceu em todas as casas em que essa pesquisadora esteve. Os idosos dependem de que as pessoas: amigos, vizinhos e parentes, caminhem até

onde eles estão. A dinâmica da interação muda bastante quando a dependência se instala.

Nesse contexto singular, as pessoas indicadas pelos idosos, como pessoas aptas para conversar com eles, são escolhidas por terem um perfil de confiança relacionado a necessidade de cuidado do idoso. Essa pessoa tem paciência, consegue trocar conhecimento com o idoso, é atenciosa, mora perto do idoso exatamente para cuidar, conforme relato de idosos e cuidadores. As mulheres são a maioria. Tais mulheres são as próprias cuidadoras, esposa (Idoso 1) e filhas desses senhores e senhoras (Idosos 3, 4; Idosas 6, 7, 10). Uma exceção, é o caso da Idosa 8 que conversa mais com a mãe da sua cuidadora e nora.

O Idoso 3 conversa mais com a filha cuidadora. Segundo relato o idoso nunca gostou de conversar com as pessoas, e após a morte da esposa, se manteve assim. O idoso sente-se julgado pela sociedade devido sua sexualidade¹³ e por isso, evita contato. A filha parece tentar de certa forma ocupar a falta da esposa para o pai.

*Quando **ela não vai lá, eu venho** aqui (Idoso 3, 78 anos).*

O Idoso 4, relatou com alegria que a filha cuidadora é a pessoa com quem gosta de dialogar. A escolha para o diálogo parece ser devido a capacidade da cuidadora entender a dependência do idoso, ligada a perda da sua capacidade funcional (MIGUEL, PINTO e MARCON, 2007, p. 785) para realização de atividade da vida diária. O idoso sente-se acolhido pela cuidadora. Com ela consegue trocar ideias sobre o cuidado e sente sua opinião valorizada.

*O que **ela não sabe, ela vai aprendendo** e o que **eu não sei, ela vai me ensinando** (Idoso 4, 84 anos).*

O único caso diferente é o relatado pela Idosa 8. Prefere conversar com uma mulher, que não é sua cuidadora. Pelo contrário, é uma mulher que ela mesma cuida compartilhando seu leite, bolacha, lanche, é a mãe da sua nora (cuidadora).

*Tem! **Tá aí ó, a ...!** [Idosa mãe de sua nora] (Idosa 8, 82 anos).*

A idosa 10, que é deficiente visual, relatou não ter nenhuma ou pouca companhia e que seus cuidadores eram os filhos homens. Porém, prefere dialogar com uma filha que se preocupa muito com ela. De acordo com o diário de campo, a

¹³ Caso do idoso que teria sido injustamente acusado por assédio à adolescente da vizinhança.

filha monitora a mãe, pois mora ao lado da casa. Ela se preocupa com sua segurança, alimentação e questões da saúde, pois devido a cegueira está sujeita a diversas contaminações. Essa questão aproxima as duas para o diálogo, como também minora a solidão da idosa que é viúva.

*Eu **converso muito** com ela* (Idosa 10, 71 anos).

O Idoso 2, dialoga mais com dois de seus filhos, o cuidador principal e seu irmão, conforme relato, por causa da capacidade de serem atenciosos, prestativos e solícitos. Em consonância, Gutierrez *et al.* (2021) destaca que alguns homens têm conseguido separar parte do seu horário de descanso após o trabalho para fazer companhia e cuidar de seus idosos.

A partir do relato do idoso e Diário de Campo, a dinâmica dessa família parece estar organizada para isentar as mulheres (filhas, noras, netas) das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), especialmente dos banhos do idoso. Os assuntos relacionados a sexualidade masculina, são reservados para os homens, talvez por isso, esse senhor elege os cuidadores homens para dialogar. Do mesmo modo, a divisão de trabalho delega aos homens carregar o idoso para o banho ou mudar de lugar, entre outras atividades que exigem força. A exigência do cuidado do idoso cobrou da família a reorganização (MOCELIN *et al.*, 2017) da dinâmica de funcionamento familiar a fim de suprir a demanda do idoso na pretensão de assisti-lo em sua totalidade como ser humano.

*É porque **eles são mais atenciosos*** (Idoso 2, 86 anos).

Ao finalizar a discussão ligada as diferenças de cuidado, observa-se que nesse estudo o cuidado ainda é concebido como uma missão feminina, evidenciada na responsabilidade de cuidar da casa, alimentação e higiene do idoso. São as mulheres que mais “vigiam” os idosos, fazem companhia e são a maioria no quesito conversar com o idoso. Vemos que os cuidadores, em número de sete mulheres e um homem estão na idade da generatividade (ERIKSON, 1998, p. 94), fase de trabalho e cuidado, pois, “*o trabalho e os relacionamentos familiares confrontam a pessoa com os deveres de cuidador*”, tendo de cuidar de si e do outro como parte do processo de desenvolvimento humano.

A minoria das cuidadoras ribeirinhas trabalha com vínculo empregatício. As que assim não fazem são trabalhadoras autônomas, agricultoras ou aposentada. Porém,

todas ajudam na manutenção de suas casas, como é revelado em Gutierrez *et al.* (2021 p. 52) “*uma mulher multitarefas – a que cuida da família e da pessoa idosa*”. Por este motivo não estão isentas da sobrecarga resultante das diversas responsabilidades somadas ao cuidado de idoso, como cuidador principal que geralmente cumpre várias tarefas indo além do vigiar e acompanhar. Outros estudos apresentam resultados equivalentes sobre sobrecarga e acúmulo de tarefas (MOCELIN *et al.*, 2017; PRIMO, 2019; SOUSA *et al.*, 2021).

É sabido de todos que as mulheres têm entrado no mercado de trabalho nas regiões urbanas na luta por direitos igualitários (HAYAR, 2019) e mesmo na área ribeirinha, como vemos nesse estudo. Todavia, a educação da mulher continua sendo voltada para a “*maternagem*”. Para algumas mulheres pode parecer uma sina (SOUSA *et al.*, 2021) ligada à ideia de casamento e cuidado doméstico, como algo natural que é reforçado de geração em geração. Do mesmo modo, essa educação tradicional, influencia o cuidar das pessoas ribeirinhas com seus costumes e regras familiares, baseados na hierarquia intergeracional, em que prevalecem valores comunitários como: amor, respeito, dedicação, gratidão àquilo que a pessoa idosa fez pela família e filhos.

4.3 Acesso à saúde e apoio psicossocial na perspectiva dos cuidadores e idosos

Nesta parte do estudo buscamos responder ao terceiro objetivo **na perspectiva dos cuidadores familiares a respeito do acesso** ao sistema de saúde. Como resultado, foram desenvolvidas três categorias baseadas nas condições de acesso à saúde e apoio psicossocial: 1. **Se tu adoecer no dia que ele não tá, maninha...;** 2. **Até hoje eu não sei o que é... ;**3. **Inclusão de idosos em programas do governo.**

1. Se tu adoecer no dia que ele não tá, maninha...

Segundo Caldas (2003, p. 780) “*O sistema de saúde, público ou privado, não está preparado para atender nem a demanda de idosos que cresce...*”, muito menos de seus cuidadores familiares, que devido a necessidade de dedicação exclusiva ou dupla jornada adoecem. O autor aborda a precariedade do sistema que não consegue eliminar as filas de espera, para uma consulta, principalmente se for para atendimento com especialista.

A realidade de algumas famílias de idosos dependentes mostra que “O abandono, a falta de orientação e a falta de recursos estão presentes não só no momento da alta hospitalar, mas também no tratamento ambulatorial” (CALDAS, 2003 p.778). A qualidade e cobertura da assistência, após vários anos de implantação nos grandes centros, teve poucos avanços. Porém, nas áreas ribeirinhas, como desse estudo, ainda há muito mais o que fazer para levar assistência a todos os cidadãos e em especial aos idosos com dependência.

Quando questionados a respeito de se houve a necessidade de atendimento e de ter sido atendido por profissionais de saúde em Santa Luzia, os idosos e cuidadores respondem afirmativamente. Todos os três participantes, C1, C2 e C3, confirmaram ter desfrutado de atendimento pelos ACS quando necessitaram para seus idosos. Conforme relato, C1 precisou de atendimento domiciliar quando seu pai caiu. O técnico de enfermagem aferiu a Pressão Arterial (PA) do idoso e confirmou que a queda não deixou traumas físicos.

a gente liga e na mesma hora eles estão aqui (C1).

A presença de médico na comunidade Santa Luzia, acontece em dois dias por semana, terças e quintas-feiras. C1 afirma que “*tem que ter sorte*” para adoecer no dia em que o médico está na comunidade. Essa fala indica o desamparo desse grupo de sujeitos dentro do sistema saúde. Confirmando o que disse o sujeito anterior, C3 e C2 declaram que, se o pai deles ou outra pessoa, adoecer e o médico não estiver na comunidade nesses dias, precisam levar o doente para receber assistência em outra comunidade. C3 citou ainda que recorre nesses casos à localidade mais próxima, em Autazes.

Na sorte tem que adoecer (...) é, porque se tu adoecer no dia que ele não tá maninha... se não for a Manaus, procurar outro recurso, tu morre (C1, 43 anos).

o médico é dois dias (...) precisei deles e eles vieram (médicos) (C2, 41 anos).

terça e quinta feira (...) precisou (o idoso) quando ele pegou a COVID (C3, 38 anos).

Apesar da limitada assistência médica, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem é visto como satisfatório por alguns participantes (C1 e C3). Isso indica a qualidade do serviço que, ao mesmo tempo, apresenta contradições porque tem que “*adoecer na sorte*”. Também importa dizer que a UBS havia sido inaugurada no mês de outubro e a entrevista aconteceu em novembro, ou seja, tinha apenas um mês de funcionamento. Além disso, a pessoa que trabalha na UBS e atende as solicitações dos usuários em domicílio é parente dos idosos participantes da pesquisa. Antes de realizar a entrevista com esse grupo de pessoas, a pesquisadora desconhecia esse laço, o que, sem dúvida introduz viés quanto a esse dado e mostra a importância da família em espaço ribeirinho como fonte dos recursos disponíveis na localidade.

Diante da realidade de acesso à saúde em Santa Luzia, C2 e sua família adquiriram seu próprio aparelho a fim de medir a Pressão Arterial (PA) do idoso quando necessário. Somente acionam o médico se o idoso se queixar de sintomas diferentes do comum.

C8, residente em Campinas do Norte, afirma que a mãe já precisou de atendimento em domicílio e foi atendida. Mas deixa claro que a pessoa que faz o atendimento é seu parente, situação semelhante àquela mencionada por C1, C2 e C3 em Santa Luzia. Do mesmo modo, em Campinas do Norte, as famílias que têm parente no núcleo de saúde mencionaram atendimento em casa, conforme relata C8.

*Sim (...) quando é preciso aplicar injeção, medir pressão, dar algum medicamento **a gente chama e ela vem aqui** (C8, 41 anos).*

Vemos pelos relatos e Diário de Campo que o acesso a serviços de saúde para ambos os participantes (idosos e cuidadores) é bastante limitado, o que evidencia a necessidade da ampliação efetiva de programas voltados à Saúde da Família Ribeirinha conforme a Estratégia Saúde da Família¹⁴ que contemplem essas comunidades. Almeida *et al.* (2012 *apud* COUTO, CASTRO e CALDAS, 2016) corroboram com essa demanda, de atendimento em domicílio para as famílias de cuidadores dependentes através de profissionais da ESF, tendo papel fundamental a desempenhar junto aos idosos, cuidadores e famílias. Diante disso, passemos a

¹⁴ A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.

ponderar sobre os resultados que apontam evidências ligadas à precariedade da assistência à saúde.

2. Até hoje eu não sei o que é...

A categoria “*até hoje não sei o que é...*”, incorpora as falas de cuidadores e idosos quanto à orientação recebida de profissionais de saúde a respeito das **condições de acesso à saúde** para o idoso que cuidam e da **assistência psicossocial** disponível nessas comunidades. Estudos mostram a necessidade de os cuidadores receberem informações de como cuidar em casa (CALDAS 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2014; COUTO, CASTRO e CALDAS, 2016; MARTINS e CASTRO, 2018; SOUSA *et al.*, 2021), concordam que as famílias de idosos dependentes, precisam receber informações dos profissionais de saúde para saber/poder bem cuidar em casa.

Convencido dessa exigência do cuidado domiciliar, Caldas (2003), enfatiza que as informações transmitidas por profissionais especializados devem abranger as mudanças que o ambiente doméstico precisa ter, bem como dar auxílio emocional para as famílias, visando a promoção da qualidade de vida aos cuidadores principais. Inclusive, ressalta a relevância da presença de profissionais de saúde mental na equipe de apoio às famílias cuidadoras. Esse estudo confirma essa demanda de acordo com os relatos e Diário de campo.

Sousa *et al.* (2021), observaram em estudo com cuidadores que eles convivem diariamente com a insegurança, durante a execução das atividades de cuidado. A insegurança do cuidador influi na qualidade da assistência domiciliar. A pesquisa evidencia a ausência de orientação de profissional qualificado em geriatria e gerontologia durante os atendimentos, como responsável pela insegurança dos cuidadores familiares.

No presente estudo, os serviços oferecidos nas duas comunidades, resume-se às visitas do ACS para medir a pressão arterial (PA) do idoso; aplicar a injeção da gripe, ou se for solicitado um soro em caso de idoso com carência nutricional. Em situação de tomar um coquetel, a família do idoso precisa comprar, seja qual for o tipo de remédio injetável, para que o ACS aplique em domicílio (C5) como é o caso da Idosa 6. C4, admite que já precisou de assistência domiciliar e que o técnico de enfermagem aplicou injeção no idoso que cuida. A injeção, que geralmente o técnico

aplica na comunidade para os idosos e grávidas, é a vacina anti-influenza e febre amarela.

Sobre a distribuição de medicamentos, não há disponibilidade suficiente para a população. De acordo com os cuidadores, a única medicação distribuída é dipirona e losartana. A desassistência das redes formais, no caso de saúde, é fato relatado por usuários do SUS, indicando a carência de alguns insumos como “*recursos humanos*” em quantitativo insuficiente e “*medicamentos*” insuficientes para a população (MOCELIN *et al.*, 2017). Aqui também encontramos essa desassistência para famílias ribeirinhas.

o enfermeiro (técnico de enfermagem) veio aplicar a injeção (C4, 73 anos).

não tem nem enfermeira, só tem os agente de saúde que é mais fácil de ter é de manhã que eles dão, mas no posto num adianta que num tem remédio. Num traz é nada, tem é que comprar eles só vem aplicar (soro, injeção) ... (...) às vezes eles só trazem às vezes um aparelho pra aplicar o soro, mas remédio mesmo não tem, quando chega remédio aí é uma caixinha assim (do tamanho de caixa de sapato), com pouquinhas coisa aí um dia no outro dia não tem mais nada... (C5, 82 anos).

A respeito da orientação profissional recebida, C3, C4 e C5 negam ter recebido orientações durante e após atendimento. Nesse contexto, C3 relatou que quando precisou de atendimento de emergência em Careiro da Várzea para seu pai mediante alteração da PA não recebeu orientação de como cuidar, todavia, admite que quando o idoso foi acometido de Covid-19, sua irmã foi orientada em como ministrar a medicação.

C4 nega ter recebido qualquer orientação sobre como cuidar do idoso, quanto a seu quadro de saúde atual, sendo que já teve diagnóstico de câncer e foi acompanhado no FCECON¹⁵ em Manaus. Diz também, que na comunidade não há orientação. Na verdade, a Agente de Saúde que cobre sua área até o momento da entrevista apresentava-se de licença médica há cerca de seis meses.

É importante observar que a ausência de orientação profissional para os cuidadores no cuidado diário, pode resultar em adoecimento da pessoa que cuida, acometida pela “*sobrecarga e desgaste emocional*” (COUTO, CASTRO e CALDAS, 2016, p. 83). Perante o exposto, C4 relata sua fragilidade enquanto cuidadora idosa e doente que aprende a cuidar empiricamente, devido à ausência de auxílio profissional

¹⁵ FCECON- Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

para o manejo com o corpo do esposo e com as próprias emoções potencializadas pela sobrecarga.

C5, também idoso, queixa-se da falta de assistência especializada para a esposa e para ele. Descreveu seu penoso percurso em busca de tratamento para a idosa, porém, não encontrou. Primeiro, procurou atendimento médico em Caapiranga, município próximo de Campinas do Norte, cerca de 45 minutos de voadeira. Essa comunidade é o local mais indicado em situações de urgência para essa população ribeirinha, em vista da menor distância em relação a Manacapuru e outros centros urbanos. Um médico voluntário o atendeu e encaminhou para Manacapuru.

Em Manacapuru descobriu que o médico que o atendia era o mesmo de Caapiranga, que solicitou exames de sangue para a idosa. O cuidador esperava que o exame esclarecesse o problema específico de dependência da idosa. Todavia, a enfermeira, que recebeu a requisição do exame de laboratório, disse ao cuidador que aquele exame não mostraria a doença específica que desejava investigar. Sentindo-se desassistido pelo médico, desistiu de buscar assistência. Voltou para casa sem uma resposta. Por isso, foi enfático em seu relato sobre não saber o diagnóstico do estado de saúde da esposa.

vim me embora e até hoje eu num sei o que é... (C5, 82 anos).

De acordo com C5, a comunidade não tem profissional especializado para atender a população idosa e outras faixas etárias, como crianças e grávidas. Inclusive, até o momento da entrevista, não havia enfermeiro no Anexo de Saúde para atender esses grupos prioritários, somente ACS¹⁶. Esse fato foi confirmado durante observações do Diário de Campo. Os poucos profissionais que aparecem na comunidade, conforme relato dos participantes, vem de ações esporádicas de grupos religiosos.

Só veio um rapaz que é da igreja adventista, aí eles vieram aqui um dia, um enfermeiro e um clínico (C5, 82 anos).

¹⁶ O agente comunitário de saúde – ACS é um profissional importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade.

C5, esclarece que esse médico voluntário em ação social na comunidade não fez exames para investigar o caso da idosa. Deu apenas orientações sobre alimentação. Receber a orientação de um profissional de saúde nesse estudo parece um dado positivo, porque atende à demanda da família quanto a orientação profissional. Entretanto, a orientação dada não é aplicável nos contextos socioeconômicos e regionais da localidade. Por esse motivo, a orientação foi descartada pelo cuidador e familiares. Os alimentos que deviam ser introduzidos na dieta da idosa ficam fora de alcance econômico da família, já que os frutos indicados não são regionais. Mesmo tendo exposto a realidade para o profissional, C5 não obteve adequação da dieta. Para ele a interação não proporcionou orientação, pois após seu questionamento não recebeu alternativa condizente com a realidade da família.

Couto, Castro e Caldas (2016) consideram a interação entre cuidadores familiares, idoso e profissionais de saúde como um processo de apoio, visando a qualidade da assistência em domicílio, pois, colabora para a “*superação de obstáculos físicos, sociais e educacionais, sendo fundamental o estímulo da equipe de saúde para que a família se habitue às limitações*” (p. 92). Se a interação entre ambas as partes é entendida como um processo, requer tempo para escuta, troca de ideais e resultados. Talvez pelo fato de o profissional estar na comunidade por poucas horas, não foi possível vivenciar esse processo que resultaria na compreensão contextualizada para mudança da dieta de acordo com a realidade econômica e local.

Orientações sobre as práticas e execução de cuidado, sem dúvida, são importantes para o familiar aprender como cuidar de modo apropriado (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Também, pode reduzir a sobrecarga física resultante dos esforços diários inadequados no manuseio do idoso dependente. Couto, Castro e Caldas (2016) corroboram com a exigência de se ensinar aos cuidadores técnicas de cuidado, para promover a saúde dos cuidadores e idosos, bem como prevenir internações desnecessárias ou urgentes.

Tendo elucidado as questões de acesso à saúde, passamos ao tema da atenção psicossocial. Todos os entrevistados relataram que nunca tiveram atendimento psicossocial em suas comunidades. Durante a vida somente três idosos relataram ter precisado de atendimento com profissional de saúde mental. Desse modo, compreende-se que o acesso a serviços de saúde é bastante restrito e o pouco acesso

que se tem é pontual. Em conformidade, a Idosa 10 expressou em seu relato a insuficiência da assistência e a evidente necessidade de atendimento psicossocial na comunidade.

Eu preciso muito para conversar comigo (...) esse negócio de sono, vê o que é bom pra dormir, mas não tem não (Idosa 10, 71 anos).

Sobre as demandas de saúde mental enfrentadas pelos idosos dependentes ribeirinhos e seus familiares durante a vida toda e na fase da velhice, não houve relatos de atendimento psiquiátrico ou psicológico. Apenas um idoso de Campinas disse que foi atendido por psiquiatra em Manaus e uma idosa por psicólogo uma única vez em Manaus (foi confirmado pela cuidadora). A Idosa relata não ter dado continuidade ao atendimento psicológico em virtude da distância e problemas de comunicação com o sistema de marcação do SUS (SISREG).

Do mesmo modo, dois idosos de Santa Luzia, disseram ter sido atendidos por psicólogo em Manaus. O Idoso 3 afirma que durante cerca de 20 dias de fisioterapia em Manaus, enquanto tratava de hérnia de disco, a psicóloga conversava com ele quase todos os dias, perguntava como ele estava. Essas conversas trouxeram esclarecimentos para o idoso quanto a importância de cuidar-se.

Fui atendido... lá onde eu fazia terapia (fisioterapia) (...) todo dia quase ela conversava comigo (Idoso 3, 78 anos).

Na verdade, no início, os participantes não entendiam a pergunta sobre o trabalho do psicólogo e psiquiatra, mas depois da explicação da pesquisadora, todos os participantes confirmaram nunca ter tido assistência desses profissionais em suas comunidades.

Fica evidente, segundo os cuidadores, que o acesso à saúde é precário em ambas as comunidades. A presença de profissionais de saúde nessas comunidades está em falta, bem como orientações dos profissionais em geral, a respeito de como cuidar e porque cuidar do idoso. Silva *et al.* (2015, p. 2184) nos asseguram que, devido à precariedade da assistência no Brasil, as famílias continuam sendo “*como uma fonte de apoio social fundamental às pessoas idosas, principalmente em decorrência da fragilidade das políticas públicas voltadas ao atendimento deste segmento etário*”, e nesse estudo é manifesta essa realidade.

De outro modo, destaca-se que em Santa Luzia a prefeitura de Careiro dispõe de uma lancha ancorada em frente à UBS para o transporte da população doente. Diferentemente, em Campinas do Norte, se alguém precisar de auxílio médico necessita dispor de transporte fluvial próprio ou de dinheiro para fretar uma voadeira para chegar ao local de assistência.

Diante da realidade da assistência à saúde dos idosos dependentes e suas famílias, é importante observar que Sousa *et al.* (2021) salientou o esforço dos cuidadores de diferentes regiões urbanas do Brasil, com a finalidade de oferecer assistência de qualidade à saúde do idoso e cuidados especializados, pagando planos de saúde, contratando cuidadores formais, profissionais de várias áreas do saber científico, de acordo com a necessidade da dependência do idoso. Esses cuidadores, mesmo com recursos financeiros disponíveis e suporte profissional especializado, sofrem a sobrecarga do cuidar, porém de forma mais leve.

Ao contrário, os cuidadores ribeirinhos não dispõem de recursos financeiros para pagar plano de saúde para seus idosos. Nesse estudo verifica-se a escassez de equipe de saúde nas comunidades participantes, principalmente em Campinas do Norte. No tocante as melhorias nos serviços oferecidos à população idosa no Brasil, e em conformidade com Mocelin *et al.* (2017), de modo geral:

Há avanços nas políticas públicas de saúde, porém, essas ainda são insatisfatórias e denotam fragilidades, não sendo capazes de assistir às demandas crescentes dos idosos e de suas famílias. É necessário melhorar a qualidade da assistência ao idoso e ao seu cuidador, pensando a atenção para as famílias de maneira interdisciplinar, propondo medidas efetivas, que vislumbrem o cuidado de forma integral, com ações para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde do idoso, do cuidador e da família, nos âmbitos socioeconômicos, cultural e ambiental, dos quais eles fazem parte (p.1038).

Valida essa realidade, Minayo (2019) que, com vista a manutenção e qualidade da saúde do idoso, ressalta que “*Os atuais serviços hoje ofertados, geralmente, se mostram inadequados, insuficientes ou incompletos para viabilizar os cuidados prolongados de que esse segmento populacional tão vulnerável precisa*” (p.249). Em consequência desse fato social brasileiro, os idosos dependentes ribeirinhos, bem como os idosos de baixa renda em áreas urbanas e suas famílias ficam à mercê da precariedade dos serviços públicos e políticas de assistência básica e de alta resolução voltados para a população ribeirinha.

Em seguida um breve olhar sobre a questão da inclusão dos idosos participantes em programas governamentais.

3. Inclusão de idosos em Programas do governo

Todos os idosos participantes da pesquisa, informaram que não fazem parte de programas assistenciais de governo, o que foi reafirmado pelos cuidadores entrevistados. Os programas do governo existentes nas duas comunidades são aqueles ligados à Assistência Básica em Saúde em ambas as comunidades participantes, como já foi exposto anteriormente.

Em relação à distribuição de medicamentos, como vimos, é oferecido em quantidade insuficiente, a dipirona e remédio para controle da PA nas duas comunidades. Os participantes de Campinas do Norte ressaltaram que a medicação é entregue a quem chega primeiro ao Núcleo. Os idosos participantes desconhecem o Programa HIPERDIA do governo federal.

Apesar de todos os idosos declararem que não fazem parte de programas do governo, todos são aposentados, a maioria pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) conforme relato dos cuidadores.

Em relação a assistência psicossocial, nenhuma das comunidades tem suporte. Através do Diário de Campo foi possível verificar que, se algum idoso ou qualquer pessoa de Santa Luzia apresentar problemas de saúde mental, será encaminhado para Careiro da Várzea para acompanhamento psicológico. Caso precise de medicação prescrita por psiquiatra será encaminhado para Manaus. Em casos de urgência psicológica, o psicólogo que atende em Careiro poderá ser acionado para visita domiciliar, o que aparentemente nunca aconteceu.

Encerra-se aqui a reflexão associada a inclusão de idosos em programas do governo. Na sequência temos um capítulo de livro que foi construído a partir dos resultados da pesquisa baseado em estudo de caso e após as referências do texto serão feitas as considerações finais da pesquisa.

4.4 O cuidador ribeirinho e o cuidar de idoso dependente¹⁷

Guiomar Alegria Souza Silva Nobre¹⁸
Denise Machado Duran Gutierrez¹⁹

Introdução

A projeção²⁰ populacional dos vários grupos etários no período de 2010-2060, atualizada em 2018, mostra crescimento constante para a faixa de 65 anos ou mais que irá aumentar cerca de 25,49% até 2060, em virtude do controle de natalidade. Enquanto a população idosa prossegue em alta, os nascimentos irão reduzir. A longevidade²¹ com qualidade de vida é um desejo de todos, porém, tem suas consequências. À medida que envelhecemos sofremos alterações estruturais e funcionais. Quando acontecem as mudanças funcionais em detrimento de doenças crônicas as pessoas perdem a capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs), passando a depender de terceiros para manutenção da vida.

Nessas circunstâncias, a família do idoso dependente é responsabilizada pelo Estado para cuidar do seu ente. Nem todas as famílias têm recursos financeiros, estruturais e técnicos para arcar com o cuidado, despesas com remédios, alimentação específica, equipamentos, transportes, profissionais especializados, entre outros. Estudo com cuidadoras familiares, revelou que cuidar do esposo, idoso dependente, muitas vezes, foi uma situação inesperada²². É isso que acontece quando o idoso é

¹⁷ Capítulo de livro no prelo, construído a partir dos resultados do atual estudo que resultou na Dissertação de mestrado.

¹⁸ Mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas -FAPEAM.

¹⁹Doutora. Professora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas. Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos 1200, Coroado I.69067-005 Manaus/AM Brasil.ddgutie@ufam.edu.br.

²⁰ IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Projeção da população. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso: 24 jul 2021.

²¹ PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**.p.56. São Paulo: Portal Edições, 2019.

²² HAYAR, M.A.S.P. A família e a singular experiência de esposas-cuidadoras. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p.220. São Paulo: Portal Edições, 2019.

acometido por alguma doença de repente, geralmente, a família não está preparada e tende a sofrer mudanças em seu funcionamento diante da situação ocasionada, por exemplo, pelo infarto, ou por um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Em caso de AVC as sequelas podem ser irreversíveis, exigindo cuidado a longo prazo. A intensidade do cuidado vai determinar o ônus²³ da sobrecarga em todos os âmbitos, seja psicológico, físico ou mental. E esse ônus geralmente recai sobre o Cuidador Principal (CP).

Diante da necessidade de cuidado contínuo uma pessoa é eleita pela família para ser o Cuidador Principal²⁴. A pessoa “escolhida”, geralmente apresenta certo perfil: é aquela que fica mais tempo com o idoso, coabita com ele, nunca se casou, está desempregada, se sente com uma missão para cuidar, entre outras motivações. Enquanto os outros cuidadores chamados Cuidadores Secundários (CS), comparecem esporadicamente, ou se dedicam pouco a cuidar. A separação de uma pessoa para assumir a responsabilidade do idoso no contexto familiar é recorrente em todas as famílias, inclusive nas famílias dos ribeirinhos, participantes desse estudo.

Quem são os ribeirinhos? Os ribeirinhos são povos que vivem às margens de rios, “povos das águas”²⁵, lagos e igarapés, dependem da subsistência provida pelos rios e floresta. Pesquisas recentes confirmam que essas populações geralmente têm grau de instrução baixo e seu acesso a serviços^{26 27} é dificultado pela distância e precário transporte fluvial. Geralmente tratam doenças com plantas medicinais e remédios alopáticos. Porém, existem casos em que a assistência médica é inegável

²³ PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**.53-70. São Paulo: Portal Edições, 2019.

²⁴ BRITO, D.D.S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 603-607, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pe/a/YFgsgdwCmy9YXZpCsY5KkSs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 24 jul. 2021.

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.311**, de 23 de outubro de 2014.

²⁶ GAMA, A.S.M *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018. 34(2):e00002817. Doi: 10.1590/0102-311X00002817.

²⁷ GUIMARÃES, A.F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, 2020;11:e202000178 – e-ISSN: 2176-6223. doi: 10.5123/S2176-6223202000178.

para remediar o problema e promover qualidade de vida as pessoas acometidas, é o caso do infarto, AVC, acidentes de trabalho na agricultura, entre outros.

Nessas circunstâncias, oferecer atendimento especializado e emergencial ao idoso ribeirinho torna-se um desafio para a assistência básica e principalmente à família pela complexidade do problema, a pouca condição financeira dos familiares e o transporte fluvial que nem sempre está disponível no momento.

Em reconhecimento à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por essas pessoas, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das águas²⁸ visa “promover a saúde, melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida”. Essa política é específica a tais populações. Apesar disso, a política que tem apresentado resultados positivos de impacto entre os ribeirinhos é a Política Nacional de Atenção Básica²⁹, através da Estratégia Saúde da Família, enfatizando o papel da equipe de saúde multiprofissional e principalmente do agente de saúde que está sempre monitorando as condições de saúde dos populares.

Feito os adendos necessários, importa dizer que, este estudo sobre aspectos que envolvem a prática de cuidado do cuidador ribeirinho ao idoso dependente, é um fragmento de pesquisa de mestrado³⁰. Nesse texto se pretende compreender questões subjetivas da relação cuidador e idoso com dependência resultante de sequelas motoras causadas por complicações pós-cirúrgicas de apendicite. Metodologicamente, é um estudo de caso único, que permite abordar aspectos e condições contextuais em que o fenômeno estudado ocorre³¹. O estudo é exploratório³², uma vez que busca explorar de forma inicial aspectos subjetivos de um sujeito, cuidador de idoso dependente em contexto ribeirinho.

²⁸BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

²⁹ LIMA, R. T.S. (Org.) **Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha**. Universidade do Estado do Amazonas - UEA, 1ª edição: PDF. ISBN 978-65-87214-44-3. p. 12. Manaus, Amazonas: 2021.

³⁰ Pesquisa em andamento do Programa de Pós-graduação Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. **Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos**. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM).

³¹ YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradutor: Daniel Grassi. 2ª ed. p. 32. Porto Alegre: Bookman, 2021.

³² GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. p.41 - São Paulo: Atlas, 2002. ISBN 85-224-3169-8.

O estudo de caso³³ foi escolhido para esta investigação porque possibilita uma visão geral do problema, identificando possíveis fatores que estão imbricados na questão investigada. Para a coleta de dados da pesquisa utilizou-se mais de uma técnica³⁴ ou instrumentos que asseguram a validade do trabalho, garantindo-se a qualidade do material. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevista semiestruturada, genograma, história do idoso desde a infância até o momento da entrevista e Diário de Campo, com anotações de observações complementares. A entrevista semiestruturada teve duração média de uma hora e trinta minutos, foi realizada com o idoso e seu cuidador, sendo a última de caráter complementar. Ambas as entrevistas abrangeram dados sociodemográficos, perguntas sobre as Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), a dinâmica das relações familiares e o acesso à saúde.

Foram participantes da pesquisa dez idosos dependentes e nove cuidadores. Este caso foi escolhido entre os dez por ser um caso típico quando comparado com cuidadores de idosos dependentes urbanos, quanto à experiência de um cuidador de família nuclear grande, que experimenta aspectos subjetivos semelhantes aos vividos por outros cuidadores de idosos em área urbana, conforme pesquisas sobre o tema apontam.

Apresentada a proposta desse capítulo, passamos ao estudo do caso, iniciando pela História contada pelo idoso e confirmada pelo cuidador familiar; na sequência apresentamos os resultados e discussão, finalizando pelas considerações finais.

Estudo do Caso: A história contada

O Cuidador tem 41 anos, é casado, pai de três filhos, sexo masculino, ensino médio completo, agricultor; é o penúltimo de doze irmãos gerados dentro do casamento de seus pais. Atualmente são nove irmãos vivos. Oito moram na comunidade, sendo duas mulheres e seis homens. O outro irmão mora em Manaus. O cuidador lembra com tristeza que quando tinha uns 10 anos seu pai sofreu um acidente na roça. Enquanto apontava uma vara para fazer latada de tomateiro, a ponta aguda do pau atingiu o olho dele que vazou. Seu pai foi carregado da mata até a sua

³³ *Ibidem*, p. 55.

³⁴ *Ibidem*, p. 140.

casa que era longe e ficou aguardando um barco para Manaus. Quando conseguiram o transporte, foi trazido à Manaus, mas devido a precariedade de transporte e a distância, a viagem durou 12 horas e os médicos não puderam recuperar a visão do idoso pelo decorrido entre o acidente e a chegada ao médico. Assim, tornou-se deficiente monocular. Há cerca de 4 anos perdeu a sua mãe, foi com ela que ele teve sua primeira experiência como Cuidador Principal (CP). Sua mãe sofria do coração, mas não demonstrava. Era ativa no trabalho e não parava, sempre fazendo alguma coisa. De repente sofreu um infarto. Foi levada com urgência à Manaus. Após o restabelecimento, teve alta médica com encaminhamento cirúrgico. Ela precisava operar para fazer os ligamentos das veias, que tinham vazado, segundo relatou CP. Ainda que houvesse prognóstico de risco, os filhos optaram pela cirurgia e no pós-operatório, por causa da anestesia, entrou em coma irreversível. Durante a cirurgia e pós-operatório, CP, permaneceu com a mãe dentro de um hospital em Manaus durante cerca de dois meses e uns quinze dias. Depois desse tempo, os médicos disseram que não podiam fazer mais nada pela idosa, entregaram a paciente para família cuidar em casa. Deram o encaminhamento para CP solicitar o acompanhamento do Programa Melhor em Casa³⁵. Foi dada entrada nos documentos na SUSAM³⁶. Todavia, a SUSAM não tinha os equipamentos solicitados pela equipe hospitalar para repassar à família, que devia prestar assistência paliativa à idosa em casa de um dos filhos em Manaus. Mediante essa realidade, todos os filhos se reuniram para comprar cama, balão de oxigênio, e tudo o que era preciso naquele momento para atender minimamente as necessidades da mãe. CP relatou ainda, que o médico do Programa Melhor em Casa ia fazer o plantão dele na casa. CP diz que acompanhava a mãe dia e noite ao lado da cama. Os outros irmãos e irmãs não podiam ajudar como acompanhante porque trabalhavam e tinham outras ocupações no interior. Cuidar de sua mãe, em estado vegetativo, foi muito difícil para CP. Ele se emociona ao lembrar que fazia tudo sozinho, não saía de perto da mãe. Ele diz que não podia deixar a mãe sozinha, não podia sair de perto porque o irmão trabalhava e

³⁵ O Melhor em Casa, é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso: 31 jul.2021.

³⁶ Secretária Estadual da Saúde do Amazonas, SUSAM, atual SES.

quando chegava do trabalho estava cansado. Após cerca de seis meses de cuidados no leito, sua mãe veio à óbito. Ele estava exausto. Diz que precisou assumir o papel de Cuidador Principal porque não tinha ninguém para cuidar. Ele cuidava da mãe comovido pela situação dela. Durante os seis meses que esteve em Manaus cuidando da sua mãe, deixou a sua família sem assistência no interior. Em seis meses foi apenas muito rápido ver a sua família e percebeu que seu casamento estava indo à ruína. Retornando à Manaus, dedicou-se inteiramente a mãe em seus últimos anos de vida e principalmente nos últimos seis meses e acabou doente, física (problema de coluna) e psicologicamente. Relatou que sentia insônia, ansiedade, aperto no peito, fraqueza. Foi medicado por um psiquiatra em Manaus, porém, um clínico cubano que assistia na comunidade na época, ensinou CP a praticar a respiração diafragmática, segundo o médico, não seria tanto o remédio, mas a respiração que o ajudaria a lidar com o problema da ansiedade. CP, confirmou que praticar a respiração o ajudou. Essa assistência médica psiquiátrica e psicológica aconteceu após a perda da mãe, enquanto recebia dos irmãos nova incumbência para cuidar do pai. Há seis anos seu pai necessita de cuidados especiais. Logo após a morte da mãe e seu retorno ao seio da família percebeu a saúde de seu pai agravar com a perda da esposa. Imediatamente foi impelido pelos irmãos e irmãs para assumir a responsabilidade pelo cuidado do pai. Ainda cuidou sozinho do pai por cerca de seis meses até pedir ajuda dos irmãos. Seu pai tem 86 anos, sofre de perda da coordenação motora, é viúvo há 4 anos. Quando tinha uns 52 anos ficou deficiente visual. Por isso, os filhos acharam necessário afastar o pai da agricultura e o apoiaram para trabalhar em uma pequena embarcação conduzindo crianças ribeirinhas para a escola, através da prefeitura do município no qual a sua comunidade se integra e ali reside desde seu nascimento. Durante seu trabalho na embarcação, os filhos colocaram um assistente mais jovem para dar suporte e segurança ao idoso, prevenindo algum tipo de acidente. O idoso, desde a infância esteve envolvido com o trabalho e não queria parar de trabalhar. No momento da entrevista chorou por não poder mais trabalhar. Com cerca de 70 anos, o idoso foi acometido de uma apendicite que supurou. Submetido a uma cirurgia, permaneceu internado no pós-operatório. Durante a internação sofreu várias infecções que resultaram em perda da coordenação motora. Ficou por muito tempo sem andar. Pelo diagnóstico médico nunca mais andaria. Segundo relato do idoso, através da sua fé conseguiu recuperar os movimentos da perna e caminhar com apoio.

Às vezes se locomove com apoio de cuidadores, outras se apoia nas paredes da casa ou em objetos a fim de sair da cadeira que fica na sua varanda onde gosta de passar o dia. Tem dias que ele piora e não consegue caminhar. O idoso precisa de ajuda para comer, tomar banho, caminhar, vestir, escovar os dentes e pentear os cabelos.

Resultados e Discussão

Exposta a história que denuncia a necessidade de cuidados do idoso, damos sequência à discussão dos resultados estruturada conforme os seguintes tópicos: 1) a eleição do Cuidador Principal, onde são expostos os condicionantes contextuais que levaram o cuidador a ser eleito como tal; 2) Experiências subjetivas, refletindo sobre questões emocionais e afetivas do cuidador relacionadas à prática do cuidado; 3) Mudanças geográficas e econômicas em detrimento do cuidado, o que mudou na dinâmica familiar para dar melhor assistência ao idoso, e, finalmente; 4) A saúde do cuidador, reflexão sobre os fatores de risco e proteção para o adoecimento do cuidador.

1. A eleição do Cuidador Principal (CP)

A eleição do Cuidador Principal³⁷ pelos familiares acontece de forma semelhante às famílias urbanas. Conforme relatou CP sobre a atitude dos seus irmãos em elegê-lo para cuidar dos pais: *“Eles botavam eu pra resolver e mesmo eu não tendo a procuração, não tendo nem idade (...)”*. Nessas condições, a pessoa que é responsabilizada ou cuida por obrigação sofre sobrecarga³⁸ das exigências do cuidado, preocupações em geral relacionadas ao idoso e ao trabalho. CP, afirma que cuidou da mãe, sozinho até a sua morte, isso resultou em adoecimento. O corpo humano não suporta um estado de tensão e mal-estar por muito tempo, cuidar de idoso por um período alongado³⁹ exige que o corpo busque alternativas para se

³⁷ ZAGABRIA, D.B. O cotidiano de cuidadores de idosos dependentes o limite entre cuidar e maltratar. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p.150. São Paulo: Portal Edições, 2019.

³⁸ MINAYO, M.C.S. *et al.* **Cuidado e cuidadores: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares**. 1ª ed. 1ª Ed. p. 16. novembro, 2020. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/download/20210526134717cuidado_e_cuidad%E2%80%A6%C2%A0%C2%B7. Acesso: 10 jul.2021.

³⁹ PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 63. São Paulo: Portal Edições, 2019.

adaptar a situação de desgaste. Ou seja, a enfermidade emocional surge após um período de cuidados intensos. Por isso, após seis meses de cuidado junto ao leito materno, seguido de mais seis meses de cuidados paternos, impostos por seus irmãos, sem intervalo, a sua estrutura física e psicológica de CP, não suportou a carga e recorreu à assistência medicamentosa psiquiátrica e atendimento psicológico em Manaus.

Esse tipo de indicação do cuidador pela família também acontece pela disponibilidade ou padrão cultural⁴⁰, a pessoa é considerada mais apto para lidar com essa situação desgastante. CP acredita que seus irmãos alegaram que a responsabilidade de cuidar era dele por ser o filho que permaneceu morando com os pais até a velhice. O cuidador relatou que seus irmãos e irmãs, há cerca de vinte anos, colocavam a responsabilidade dos pais sobre ele, por isso, quando o pai perdeu a coordenação motora (segundo o cuidador o idoso não teve AVC), foi instituído legalmente como procurador do pai, conforme relata:

*“Eles botavam eu pra resolver e mesmo eu não tendo a procuração, não tendo nem idade, para resolver, dependendo do mais velho..., mas tudo **eles tiveram essa confiança e eles jogaram pra mim de novo**”.*

O CP foi submetido às críticas dos irmãos para que assumisse a tutela e o cuidado do pai, porque, segundo relatou, seus irmãos alegaram que ele “*sempre morou com eles (pais) na casa*”. Morar com os pais trouxe como herança a responsabilidade vitalícia de cuidar dos genitores, de renunciar a projetos de vida,⁴¹ de se ausentar da sua própria família por seis meses ao ponto de seu casamento quase sucumbir por tamanha devoção. Quanto à sua devoção à mãe, o CP considerou necessária, porque a amava (as lágrimas enchem seus olhos e após 4 anos é difícil se desapegar de tudo que viveu com ela). Sobre a transferência de responsabilidade de cuidado para ele da parte dos irmãos, relatou:

⁴⁰ HAYAR, M.A.S.P. A família e a singular experiência de esposas-cuidadoras. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 215. São Paulo: Portal Edições, 2019.

⁴¹ GUTIERREZ, D.M.D. *et al.* Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021. p.52. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30402020.

“(...) nós tivemos, assim, uns problemas, sim, porque... Os irmãos, sentiram na obrigação de... Como eu fui o último a morar com eles... Com meus pais, ficar ali na casa deles, aí então, eles confiaram assim nessa responsabilidade toda em mim, então eu fiquei com esse, esse fardo de tá com papai, mamãe e que minha obrigação era cuidar deles. (...)”

Quando alguém se torna cuidador de idosos dependentes, concorrem para isso várias determinações contextuais da pessoa⁴². Entre elas encontramos: falta de opção, gratidão, admiração, amor pelo idoso, uma relação antiga sustentada por vínculos afetivos harmoniosos cultivados durante a existência da dupla. No caso em estudo, o cuidador parece ter se tornado cuidador do pai por falta de opção, pela imposição feita pelos irmãos, além da responsabilidade moral e ética por entender que não poderia deixar o genitor sem cuidados, entende que deve respeitar o idoso e retribuir a criação paterna por questões de princípios religiosos.

2. Experiências subjetivas

A liberdade perdida e limitação do tempo

Pesquisa que aborda as influências do cuidado na vida do cuidador familiar⁴³, mostra que cuidadores quando cuidam sozinhos de um idoso, chegam à exaustão física e mental, em virtude das necessidades de cuidado ao idoso. Devido ao excesso de atividades, perdem a liberdade. A perda de liberdade está relacionada a sobrecarga subjetiva⁴⁴. Fazem parte desse ônus, o estresse, depressão e ansiedade. Cuidadores cansados, enfadados, com necessidade de trabalhar remunerado, sentem dificuldades para administrar o cuidado e realizar as atividades inerentes a sua vida pessoal dentro do tempo disponível.

Situação semelhante, foi relatada pelo CP. Como cuidador de idoso dependente ribeirinho, precisa trabalhar para seu sustento e de sua família. Seu trabalho na agricultura e pesca são cansativos por natureza, somado a assistência

⁴² SOUSA, G.S. *et al.* **“A gente não é de ferro”**: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021. p. 29. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30172020.

⁴³ *Ibidem*, p. 32.

⁴⁴ PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 65. São Paulo: Portal Edições, 2019.

desgasta bastante. Assim, como outras pessoas precisa de tempo para relaxar, descansar, estar com a esposa e filhos. Para CP, assumir o papel de responsável pelo pai, influenciou seu movimento de saídas e saídas. Passou a ater um trajeto rotineiro indo da sua casa a casa do pai diariamente. Por isso, considera que essa responsabilidade outorgada pelos irmãos interfere na sua liberdade de ir e vir:

*“Ela tira, sim, um pouco da liberdade, assim, do tempo da gente. Principalmente meu, que... Que eu tenho mais, assim... **Eu puxei para mim, mais, a obrigação, né (...)** ... Então **essa liberdade que a gente tinha de primeira, ela... Se torna... Minguada, é, regrada, né?**”*

Apesar do tempo minguado, pelo excesso de responsabilidade, CP, logrou êxito. Pode retornar ao seu trabalho na agricultura, ainda que de modo regrado. Diferentemente, cuidadores familiares que aceitaram cuidar de idoso por estarem desempregados⁴⁵, não puderam retornar as atividades laborais por não alcançar o apoio da família na divisão de tarefa.

Após dividir a sobrecarga com os irmãos, CP, tenta aproveitar o tempo que lhe cabe enquanto cuidador. Mesmo com a ajuda de uma cuidadora informal (nora do CP), sente seu tempo limitado. Ele está atento a todo o andamento da casa diariamente e do funcionamento do rodízio semanal e cuidado diário. O cronograma de assistência familiar prevê que o cuidador escalado da semana passe a noite, e ajude no banho. Verifique se o idoso está sendo bem cuidado pela cuidadora e se ela precisa de alguma ajuda com o pai, pois, ele é magro, mas pesa para a cuidadora carregar, se estiver em um dia ruim (totalmente dependente).

Então, geralmente acontece de algum dos irmãos escalados para o rodízio não poder cumprir a sua obrigação semanal por algum motivo. Se isso acontecer, CP providencia outro cuidador, ou ele mesmo cobre a falta. Ou seja, o cuidador principal, apesar de dividir a sobrecarga, ainda se encarrega de várias responsabilidades. Todavia, admite que agora está melhor que antes. Ainda enfrenta dificuldades na adesão de alguns irmãos, por causa disso, sente seu tempo limitado para atender as demandas de cuidado do idoso, as suas e de sua família:

*“**Fiquei limitado todas as ... Minhas atividades pra ter o tempo de tá perto dele, cuidando dele... E vendo o que tem que fazer, por causa que num pode, muitas vezes ele depende** (de ser carregado e*

⁴⁵ *Ibidem*, p. 32.

a cuidadora não consegue carregá-lo) **da gente...** (...) *A atenção dele, né, que é a liberdade que a gente tinha.*”

O ônus da sobrecarga

Pesquisa com cuidadores sobre a tarefa de cuidar de si mediante o excesso de atividades no eu cotidiano, enfatiza que os cuidadores muitas vezes se dedicam ao cuidado do idoso desnecessariamente⁴⁶. Isso acontece por assumir a responsabilidade de ser o responsável pelo ancião, conforme vemos neste caso, quando o participante relata o peso que sente no cotidiano. Todavia, seria possível evitar essa sobrecarga através de um planejamento das atividades a serem realizadas em conjunto, família e profissionais especializados. sobre o peso embutido nas exigências de cuidado.

“Então é, se torna mais, carregado, o meu dia a dia, minha preocupação, de tá cuidando sobre tudo isso aí (...).”

O ônus⁴⁷ resultante do cuidado de idoso dependente, é geralmente relacionado ao grau de dependência social, física e emocional do idoso. Quanto mais dependente mais sobrecarga da exigência de cuidados recairá sobre o CP e impactará a realidade diária da família. A recíproca é verdadeira, se o idoso tem qualidade de vida, o cuidador e família também terá.

A abdicação de projetos pessoais

O encargo de cuidar de um idoso dependente pode resultar em renúncia de projetos de vida⁴⁸ e planos. São incluídos na renúncia a projetos de vida, o pedido de demissão, a renúncia a um emprego, seja pago ou voluntário. Segundo o estudo mulheres cuidadoras geralmente, se sujeitam ao cuidado sem compensação financeira⁴⁹, indicando sua pobreza. Sentem-se desvalorizadas socialmente ao perder

⁴⁶ PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 58. São Paulo: Portal Edições, 2019.

⁴⁷ *Ibidem*, p.60.

⁴⁸ GUTIERREZ *et al.* Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021. p.52. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30402020.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 53.

ou renunciar o emprego para se dedicar ao idoso. Também reconhecem que algumas pessoas que acreditam que cuidar de idosos não é um trabalho de verdade. Trabalhar sem receber pode comprometer a qualidade da assistência que pressupõe renúncias importantes ligadas a sobrevivência do cuidador.

De igual modo, mesmo sendo do sexo masculino, o sujeito em estudo, passou por perdas de projetos de vida, trabalhos, prejuízos financeiros, apesar de sentir-se recompensado por ter acompanhado sua mãe no leito nos últimos meses. Na tentativa de trabalhar por sua casa e por si mesmo, após um ano de contato com profissionais de saúde mental, consegue refletir e entender que pode partilhar as tarefas com familiares e assim, realizar algo. Ainda assim, sente-se prejudicado em seus projetos de vida e no uso de seu tempo, afinal somam são cerca de vinte anos dedicados ao cuidado dos pais:

*“**Todo tempo pendente, aquela área que a gente podia tá em outro canto, ou fazendo outra coisa, então a gente, é, ele vai prendendo (o pai dependente) mais a gente nesse cuidado (...) a gente não tinha, né, essa preocupação, aí eu, saía. Eu fazia as coisas, eu ia para o serviço da igreja e passava o dia de semana fora (...) Agora não posso mais**”.*

3. Mudança de residência em detrimento do cuidado

O idoso sempre trabalhou em agricultura. Ele morava em um flutuante. Com a perda da visão aos 50 anos, os filhos não permitiram que ele trabalhasse mais na roça. Para que não ficasse parado o ajudaram a trabalhar como condutor escolar ribeirinho. Após a perda da coordenação motora, o idoso dependente precisou de mais proteção e atenção dos filhos. Diante de situações repentinas de dependência, as famílias sentem-se inseguras, despreparadas, geralmente essas pessoas não recebem orientações⁵⁰ sobre suas atividades na prática do cuidado diário.

⁵⁰ MINAYO *et al.* **Cuidado e cuidadores: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares.** 1ª edição. p. 17. novembro, 2020. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/download/20210526134717cuidado_e_cuidad%E2%80%A6%C2%A0%C2%B7. Acesso: 10 jul.2021.

Diante do inesperado, os filhos do idosos, venderam o flutuante⁵¹ onde ele morava e compraram uma casinha em terra firme há uns 60 metros da casa do Cuidador Principal (CP), onde reside atualmente. O adoecimento de uma pessoa na família promove uma ruptura⁵² nos papéis familiares, exige mudança em todos os aspectos, inclusive de estrutura, espaço, localidade, em detrimento do cuidado diante da dinâmica ocasionada pela dependência. As mudanças foram necessárias e atenderam às exigências de cuidado ao idoso. Também facilitou para todos, inclusive a aproximação de netos e bisnetos que sempre estão por perto do idoso, como estratégia de cuidado.

4. A saúde do cuidador

Dividindo a sobrecarga familiar

Refletir sobre a saúde do cuidador, nos remete ao adoecimento deste trabalhador. Algumas doenças foram identificadas em estudo do cotidiano⁵³ de cuidadores de idosos dependentes. As doenças mais recorrentes na vida de cuidadoras foram: “insônia, depressão, nervosismo, hipertensão, reumatismo, dores na coluna”. Essa realidade de adoecimento de cuidadoras mulheres pode ser a realidade de cuidadores masculinos. Nosso estudo mostra que diante da responsabilidade de Cuidador Principal, do conflito causado pela exigência de cuidado e encargo de cuidar dos pais, CP, se viu com problema na coluna, principalmente nas vertebbras cervicais. Também, passou a ter insônia, entre outros sintomas que resultaram em diagnóstico de ansiedade.

Outra pesquisa com esposas cuidadoras⁵⁴ de idosos que sofreram de Acidente Vascular Cerebral, em número de quatro, ao examinar a sua própria saúde, duas

⁵¹Portal Amazonia. **Flutuantes: casas sobre os rios da Amazônia.** Disponível: <https://portalamazonia.com/noticias/cidades/flutuantes-casas-sobre-os-rios-da-amazonia>. Acesso: 31 jul 2021.

⁵² BRITO, D.D.S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 604. jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/YFgsgdwCmy9YXZpCsY5KkSs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 24 jul. 2021.

⁵³ *Ibidem*, p. 165

⁵⁴ HAYAR, M.A.S.P. A família e a singular experiência de esposas-cuidadoras. In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 219. São Paulo: Portal Edições, 2019.

relataram possuir algum tipo de doença como pressão alta, insônia, problemas de coluna.

O CP, experienciou a mesma realidade de adoecimento resultante de dedicação exclusiva aos cuidados de sua mãe, até entender que precisava priorizar a sua saúde, o seu casamento e tirar tempo para acompanhar seus filhos, por isso, optou pela divisão de tarefa com os irmãos. Essa mudança em detrimento da manutenção de cuidado ao idoso e saúde do CP, é necessária no contexto familiar para dar conta da problemática⁵⁵ que a dependência expõe.

Desse modo, o ciclo de cuidado da família de CP, se completa a cada dois meses porque são oito pessoas envolvidas no plano bimestral. O plantão de cada um acontece a cada dois meses. Estes rearranjos⁵⁶ familiares têm a intensão de oferecer atenção adequada ao idoso, geralmente, ocorrem para reorganizar as atividades na casa, compromissos sociais e profissionais dos cuidadores. CP, demonstrou satisfação em compartilhar o cuidado do pai, que considera complicado por suas exigências, com os seus irmãos por meio da disposição familiar:

“Essa obrigação da mamãe eu vi que ia pra cima de mim com o papai. Então, passei uns seis meses, mas, depois da mamãe morta, cuidando do papai só eu, né. Aí, assim, eles (irmãos) já mais afastados, então tomei a decisão né de chamar eles, conversar com eles e dividir... Essa carga (...).”

“É... Se fosse só para uma pessoa cuidar, se tornaria bem difícil, porque... Exige muito, né, do psicológico da gente, né, cuidar de uma pessoa idosa. Então como nós somos vários e, ainda tem mais a menina (cuidadora) que ajuda a gente, não se torna tão difícil de se permitir cuidar dele, porque a gente se reveza muito, mas é complicado cuidar de idosos porque ele se torna uma criança, né? E... Por mais que a gente queira fazer do jeito da gente, mas ele tem o jeito dele, aí fica difícil (...).”

O cuidador admite que cuidar de idoso dependente é difícil porque “se torna uma criança”, que tem vontades. CP, reconhece que os cuidadores não podem decidir

⁵⁵ *Ibidem*, p. 215.

⁵⁶ MINAYO et al. **Cuidado e cuidadores: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares**. 1ª edição. p. 16. novembro, 2020. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/download/20210526134717cuidado_e_cuidad%E2%80%A6%C2%A0%C2%B7. Acesso: 10 jul. 2021.

pelo idoso, simplesmente impor o que acham melhor. A atitude do cuidador remete a importância de manutenção da autonomia do idoso, que mesmo sendo uma pessoa com perdas motoras precisa de respeito e consideração. É interessante preservar a sua capacidade de tomada de decisão e não sucumba a solidão e sentimento de inutilidade. Mas é difícil para o cuidador lidar com os comportamentos difíceis⁵⁷ do idoso dependente, marcados por raiva, medo e insegurança do idoso relacionados a dependência e perda de autonomia.

Estudo sobre o cuidado domiciliar realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente⁵⁸, na perspectiva da estratégia saúde da família revelou como uma das características do cuidado, “infantilizar o idoso”. Isso acontece tanto em domicílio quanto em instituições de acolhimento ao idoso. Infantilizar o idoso, é relacionar seu comportamento à dependência física ou a teimosia, às atitudes de uma criança, como é o caso de CP que percebe seu pai como uma criança conforme relatou: “ele tem o jeito dele” Conceber o idoso dependente como um infante pode contribuir para a aumentar a intensidade da dependência ou perda de autonomia. Quando o cuidador infantiliza o idoso ele mimá muito, dá afeto em excesso, valorizando suas birras e desprezando sua história, capacidade cognitiva, intelectual e suas vivências o que pode levar o idoso a agir realmente como uma criança.

Consciente da sobrecarga de cuidar de um idoso que considera uma criança, CP percebeu a importância de cuidar-se. Somente quando entendeu que o ônus da sobrecarga; o estresse e as dores na coluna, poderiam ser minimizados, buscou auxílio da família e de profissionais de saúde. Reconhecer⁵⁹ que precisava de ajuda, foi uma decisão acertada para melhorias na sua saúde. Assim, compartilhou em uma reunião com cada um dos seus irmãos e irmãs suas angústias, medos e perdas pelo tempo dedicado aos pais e pediu ajuda. Por outro lado, a empatia dos irmãos

⁵⁷ PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 64. São Paulo: Portal Edições, 2019.

⁵⁸ FLORIANO, L.A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idosos dependente, em domicílio, no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3). p. 546. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RGJC3mFyr5zyj3bzsrjT9hM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 03 ago. 2021.

⁵⁹ BRITO, D.D.S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 606. jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/YFgsgdwCmy9YXZpCsY5KkSs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 24 jul. 2021

colaborar no rodízio de cuidados, mesmo que de forma tímida (nem todos aderiram de imediato, ainda tem irmãos que demonstram dificuldade em participar) trouxe leveza para ele e para todos os envolvidos:

“Aí vai amenizando, todo tempo, então se for só uma pessoa cuidar de um idoso, ele se estressa muito e... Tem aquela parte de que não ir dar (alguém diz que não pode cobrir sua semana no rodízio). Então, no caso como nós somos, é... muito, a gente se reveza bastante. Aí... Se torna mais pacífico para a gente cuidar dele.”

O relevante suporte psicossocial ao cuidador ribeirinho

Após a morte de sua mãe e assumir o cuidado do pai, imposto pelos irmãos e irmãs, o cuidador ficou muito abalado. Diante disso retornou a Manaus e procurou atendimento médico no Pronto Socorro 28 de Agosto. Foi medicado e encaminhado ao psicólogo. Ambos os profissionais o orientaram a conversar com os irmãos, compartilhar suas angústias e pedir ajuda sugerindo a formação de um rodízio semanal de cuidados para prestar assistência domiciliar ao seu pai.

“(...) ... Eu tive que voltar pro médico, porque eu já tava com o psicológico meio rebatido, com problema já(...) Eu tomei medicação para dormir, né”. (...) Eu fui para o João Lúcio, aí depois eu voltei com o dr. Elias, lá no, no Hemoam. Ele é psicólogo, ele, né? O médico passou medicação e... Quando eu... Tranquilizasse mais e eles queria (psiquiatra e psicólogo) que eu deixasse mais... As obrigações pros outros, também(...).”

O adoecimento do cuidador é a realidade da maioria dos cuidadores de idosos dependentes apresentada em estudos recentes⁶⁰. Estes estudos enfatizam a importância de cuidar da saúde do cuidador. É preciso oportunizar escuta e atenção a esses trabalhadores não remunerados, na assistência à saúde e assistência social. O cuidado deve ser periódico assim como acontece com os idosos. CP, apesar de ser homem, é cuidador, e sua vivência de adoecimento físico e psicológico se parece com a de muitas mulheres cuidadoras⁶¹ que aparecem em estudos sobre a qualidade de

⁶⁰ MINAYO et al. **Cuidado e cuidadores: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares.** 1ª Edição). p. Disponível em:<http://www.esp.rs.gov.br/download/20210526134717cuidado_e_cuidad%E2%80%A6%C2%A0%C2%B7>.

⁶¹ OLIVEIRA, B.; LÚCIO L.M.; RODRIGUES, T.S. Antes esposa, agora viúva percepção da qualidade de vida de cuidadoras familiares. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos.** p.139. São Paulo: Portal Edições, 2019.

vida. Cuidadoras adoecidas física e psicologicamente, estão invisíveis perante os programas sociais do governo. Tanto cuidadores de idosos da cidade quanto cuidadores de idosos interioranos precisam igualmente de atenção e cuidado.

Considerações finais

O cuidador ribeirinho geralmente tem um grau de estudo menor que o morador de cidade grande como Manaus, porém, como todos os outros cuidadores têm uma vida pessoal e necessidades a serem supridas. Assim, esse ator social é trabalhador, tem família, precisa de momentos de lazer e projetos de vida, como construir uma moradia própria, plantar um roçado para manter e sustentar sua família, pescar e vender seus produtos fora do beiradão. Tudo isso exige tempo para executar.

Os resultados desse estudo sobre as questões subjetivas ligadas ao cuidador de idoso ribeirinho mostrou que não importa o lugar, nem a família, todos passam por conflitos, mudanças, e ônus do cuidado. O fato de ser um cidadão ribeirinho não o torna imune aos fatores de adoecimento resultante de cuidado intenso. O Cuidador ribeirinho também é um ser humano que precisa de cuidados e de cuidar-se, como o cuidador urbano.

Ficou evidente a indispensabilidade de especialistas em saúde mental para acompanhar os cuidadores em seu fazer, visando a melhora da qualidade de vida destes, pois, a responsabilidade de cuidar de um idoso frágil ou senil não é tarefa de apenas uma pessoa, mas exige uma conjunção de esforços de todos os familiares. A realidade apresentada no estudo não é um caso isolado e sim, uma demanda social. Todo cuidador de idoso com perdas cognitivas ou motoras, precisa de suporte multiprofissional profissional e familiar para aliviar a carga.

Assim, entende-se que o cuidador familiar ribeirinho também adoece cuidando sozinho de um idoso dependente, com o agravante de que dispõe de menos acesso aos serviços de assistência e saúde e menos recursos econômicos e informacionais. No que lhe concerne, o estudo reforça a importância do suporte familiar e suporte técnico especializado para tornar mais leve o dia a dia de cuidados proporcionando melhoria de vida a quem cuida. Este por sua vez, poderá oferecer um cuidado de qualidade ao idoso conforme pesquisas anteriores tem focado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.311**, de 23 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Melhor em casa. **Serviço de Atenção Domiciliar**. s/d. Disponível: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso: 31 jul. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, D.D.S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 603-607, jul./set. 2009.

FLORIANO, L.A. *et al.* **Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idosos dependente, em domicílio, no contexto da estratégia saúde da família**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 543-8.

GAMA, A.S.M *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018. 34(2):00002817. Doi: 10.1590/0102-311X00002817.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. ISBN 85-224-3169-8.

GUTIERREZ, D.M.D.*et al.* Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021. 26(1):47-56. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30402020

GUIMARÃES, A.F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, 2020;11:202000178 – e-ISSN: 2176-6223. Doi: 10.5123/S2176-6223202000178.

HAYAR, M.A.S.P. A família e a singular experiência de esposas-cuidadoras. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. 207-239. São Paulo: Portal Edições, 2019.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Projeção da população. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.

LIMA, R. T.S. (Org.) **Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha**. Universidade do Estado do Amazonas - UEA, 1ª edição: PDF. ISBN 978-65-87214-44-3. 26. Manaus, Amazonas: 2021.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Cuidado e cuidadores: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares**. 1ª Ed. 129. 29. Novembro, 2020.

OLIVEIRA, B.; LÚCIO L.M.; RODRIGUES, T.S. Antes esposa, agora viúva percepção da qualidade de vida de cuidadoras familiares. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. 111-141. São Paulo: Portal Edições, 2019.

PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. 53-70. *In*: SALIMENE, A. C. M.; OLIVEIRA, B. & HAYAR, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. 53-70. São Paulo: Portal Edições, 2019.

SOUSA, G.S. *et al.* **“A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021. 26(1):27-36. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30172020.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradutor: Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2021.

ZAGABRIA, D.B. O cotidiano de cuidadores de idosos dependentes o limite entre cuidar e maltratar. *In*: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. 143-183. São Paulo: Portal Edições, 2019.

5. CONCLUSÃO

Este estudo qualitativo sobre as *Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos* possibilitou entender um pouco da dinâmica dessas famílias por meio das observações de campo e entrevistas. Ficou explícito que a teia familiar que envolve o cuidado nessa população tradicional, dependente das águas e dos produtos da terra, está interligada pelas relações de afeto, consanguíneas e pela proximidade física das

moradias dos cuidadores. São casas sem muros que facilitam a entrada e saída das pessoas a qualquer momento.

1. Em síntese, os principais conflitos de famílias de cuidadores de idosos dependentes, identificados foram: conflitos ligados as questões alimentares, ao adoecimento do idoso, a questões subjetivas, ao cuidado do idoso enquanto um direito garantido no estatuto do idoso, e às responsabilidades da família de modo genérico.

Ponderamos que os conflitos por questões alimentares e de adoecimento do idoso podem ser prevenidos em muitos casos pela educação em saúde, pela orientação dos cuidadores, por profissionais especializados conforme a realidade e contexto ribeirinho que valorizem os benefícios dos produtores regionais. Porque os conflitos alimentares resultantes da falta de conhecimento das doenças, do valor nutricional e benefícios da alimentação a base de frutas e verduras, podem ser minimizados se forem feitos investimentos na especialização de profissionais da saúde como técnico em dietética e nutricionista em contexto regional, assim, terão suporte para orientar aos idosos e suas famílias, sobre o uso de alimentos regionais na dieta em substituição aos alimentos dos centros urbanos.

Os conflitos ligados ao cuidado do idoso, pela responsabilidade familiar, é patente em todas as famílias participantes, pois, cada membro tem sua vida particular e seus compromissos diários. Esse tipo de conflito não é exclusivo dessas famílias, pois acontece com famílias urbanas independente de classe ou região brasileira. Frequentemente os conflitos por questões subjetivas entre a díade, estão marcados por relações conflituosas antecedentes à velhice. Esses confrontos apontam para o conflito entre as gerações que se encontram com o idoso neste último momento do ciclo vital. O lado positivo é que estão presentes no ato de cuidar a alegria, gratidão, respeito, dedicação e sensação de dever como retribuição do cuidado recebido dos pais idosos.

2. Quanto ao gênero, as diferentes estratégias de cuidado utilizadas pelos cuidadores apontaram para habilidades desenvolvidas pelos sujeitos durante a vida trazendo à tona práticas que funcionam nas relações humanas em geral. Não foi possível fazer diferenciações significativas nas estratégias de cuidado. Talvez isso se deva ao fato de as mulheres serem àquelas que mais cuidam do idoso entre as famílias ribeirinhas. As estratégias utilizadas pelos cuidadores são: 1. a organização

do tempo e atividades; 2. bem-estar; 3. rede de apoio; 4. promoção da autonomia; 5. dialogar e ouvir histórias do idosos; e 6. orientações para um bem cuidar.

Na compreensão dos idosos dependentes em área ribeirinha, as estratégias de cuidado relatadas foram agrupadas assim a partir de falas emblemáticas dos participantes: 1. Me leva ao banheiro, me leva pra tomar banho, varre a casa; 2 quando menos esperar vai chegar um; e 3. Eles são mais atenciosos. Essas estratégias apontadas pelos idosos indicam práticas importantes realizadas pelos cuidadores que refletem positivamente no cotidiano desses idosos, denotando o sentimento de pertença.

O trabalho em rede de apoio pode ser uma das mais interessantes estratégias de cuidado presentes nas dinâmicas dessas famílias. Não é permitido ao idoso ficar só. Promover a autonomia é fundamental, resulta em saúde mental, bem-estar, preservação da identidade do idoso e em casos de menor dependência, o alívio da sobrecarga para os cuidadores. Porém, muitas vezes os cuidadores se sentem inseguros e não conseguem avaliar claramente os limites da autonomia. Dialogar com o idoso é valorizar a própria história, é permitir que ele ressignifique sua existência. E a estratégia do “bem cuidar” é interessante, porque nela os cuidadores revelam o seu maior desafio diário, aquilo que mais os incomoda no relacionamento com o idoso. Portanto, às vezes se calar para ouvir é a melhor estratégia.

O uso dos recursos caseiros e chás é uma estratégia milenar dos povos tradicionais da região. Deste modo, a dinâmica familiar comprova que o trabalho em equipe, a escuta do idoso e a valorização dos costumes e práticas de cuidado naturais, auxiliam de forma importante o cuidado diário.

3. Acerca das condições de acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial para o cuidado do idoso dependente em área ribeirinha, o estudo constatou que nas duas comunidades o acesso é precário. O Programa Estratégia Saúde da Família, tão difundido na literatura e por secretarias de saúde, não é efetivo nas duas localidades. Os participantes indicaram o quanto é importante receber esclarecimentos sobre a dependência do idoso para evitar problemas ligados à saúde do idoso. Em ambas as comunidades não houve relato de uso do Programa Melhor em Casa⁶², pois, um dos

⁶² O Melhor em Casa é um Programa do Governo Federal em parceria com o Governo Estadual que tem como objetivo oferecer Atenção Domiciliar (AD) através da assistência em domicílio, por meio de Equipes Multiprofissionais (EMAD e EMAP). Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/painel/melhor-em-casa/>. Acesso em: 05 de mai. 2022.

critérios para participar do programa no Amazonas é residir em Manaus. Quanto aos Programas para Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) todos os idosos desconhecem. Os resultados da pesquisa mostraram que os ribeirinhos precisam ser incluídos em programas de saúde, conforme previsto no SUS.

Assim, finalizamos esse estudo na perspectiva de contribuir para futuras intervenções ligadas ao cuidado familiar e profissional desse significativo grupo de atores sociais (MARTINS e CASTRO, 2018), estando em consonância com o Estatuto do idoso (2003) e das Políticas públicas voltadas a esse público, visando um envelhecimento com qualidade de vida para a população ribeirinha e idosos em geral.

Conclui-se que, apesar das inúmeras pesquisas sobre idosos dependentes em contexto brasileiro abordando vários aspectos da dependência, ainda há necessidade de aprofundar o estudo sobre as dinâmicas familiares de idosos dependentes, de suas relações com os cuidadores em âmbito doméstico, tanto em contexto nacional como regional, principalmente a compreensão das dinâmicas familiares de idosos em condições de dependência, a partir do saber dos povos tradicionais.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, E.G. **Capacidade Funcional de idosos do município de Coari, Amazonas.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Feral do Amazonas. Manaus, 2016. p.62.

ARAÚJO, I. M.; PAUL, C.; MARTINS, M.M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Cienc Cuid Saude** 2009 Abr/Jun; 8(2):191-197

BARBALHO, C. R. S. **Normalização de trabalhos acadêmicos: normas.** Manaus: 2020. 83 slides, color.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Edições 70 LDA. Trad: Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: 2006.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações.** Trad: Francisco M. Guimarães. - 5ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BERTALLANFY, *et al.* **Teoria dos Sistemas.** Tradução de Maria da Graça Lustosa Becskeházy, Rio de Janeiro: FGV – Instituto de Documentação Editora Fundação Getúlio Vargas, 1976.

BRASIL. **Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso e normas correlatas** - Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12) – Brasília, 2010.

BRONDANI, *et al.* Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 2010 Jul-Set; 19(3): 504-10.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003.

CAPRA, FRITJOF. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Trad: Newton Roberval Eicheemberg. Editora Cutrix, São Paulo: 1996.

CARNEIRO, *et al.* Prevalência e fatores associados a fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2016 mai-jun;69(3):435-42.

CARPIGIANI, B. **Erik H. Erikson – Teoria do desenvolvimento Psicossocial**. Newsletter edição 7 – agosto de 2010.

COELHO, G. S.;ALVIM, N.A. T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev Bras Enferm, Brasília (DF)** 2004 set/out;57(5):541-4.

COLUSSI, *et al.* Percepções de idosos sobre envelhecimento e violência nas relações intrafamiliares. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2019;22(4):e190034.

Comunidade Santa Lúzia, Careiro da Várzea-Am. **Informações do Brasil.**

COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B.; CALDAS, C.P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene.** 2016 jan-fev; 17(1):76-85.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: DESLANDES, S. F .; NETO, O. C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21ª. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 31-50.

DESSEN, M. A.; COSTA JÚNIOR, L.A. Introdução. In: DESSEN, M. A.; COSTA JÚNIOR, L.A. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

ERIKSON, E.H. **El ciclo vital completado.** Trad: Eduardo Pietro. Editorial Paidós Mexicana S/A, México, D.F: 1988.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo.** Trad: Maria Adriana Veríssimo Veronese. — Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

EVANGELISTA, V.M.A.; CONSTANTINO, E. P. A relevância das redes de apoio social durante a infância. Estudos. nº 17, 2013. p. 217-232. **Apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2013 – FAPESP.**

FARINASSO, A. L. C.; LABATE, R. C. A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** jan.-mar. 2015;11(1):25-32.

FERNANDES, *et al.* **Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas.** Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN. 2019;72 (Suppl 2):55-61.

FERNANDES, C.S.; MARGARETH, A.; MARTINS, M.M. Cuidadores familiares de idosos dependentes: mesmas necessidades, diferentes contextos – uma análise de grupo focal. **Geriatrics Gerontology and Aging.** 2018;12(1):31-7.

FOLEY, V. D. **Introduction to family therapy**. Written in English. ISBN 100808918109. Published by Grune & Stratton in Orlando, 1986. p. 218.

GALLANTIN J.E. **Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência**. Trad. Antônio Carlos Amador Pereira e Rosane Amador Pereira. São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda, 1978.

GAMA, *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDBETER-MERINFELD, E. Abordagem estrutural na terapia familiar. In: **Panorama das terapias familiares**. Org: ELKAÏM, M. Trad. Eleny Corina Heller. Volume 1. São Paulo: Sammus, 1998. p. 225-258.

GOMES, O.R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In. MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 79-107.

GONÇALVES, *et al.* **A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal**. Revista Latino-Am. Enfermagem 19(3): [09 telas] maio-jun 2011.

GUIMARÃES, *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev Pan Amaz Saude** 2020;11:e 202000178 – e-ISSN: 2176-6223.

GUTIERREZ, D.M.D. **Papel da família na produção de cuidados da saúde: estudo antropológico a partir de um bairro popular de Manaus**. Manaus: Edua, 2012.

GUTIERREZ, *et al.* Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(1):47-56, 2021.

GUTIERREZ, *et al.* Ideação Suicida em Idosos: Gênero e Relações Familiares. In: CALEGARE, M.; MEZZALIRA, A. S.C.(Orgs.) **Processos psicossociais vol.1: prática e reflexões sobre educação, saúde, ruralidades e política**. Org: Marcelo Calegare e Adinete Sousa da Costa Mezzalira. Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2020. ISBN - 978-65-87643-88-5.

HAYAR, M.A.S.P. A família e a singular experiência de esposas-cuidadoras. In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. 207-239. São Paulo: Portal Edições, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população. Tabelas 2020**. Estimativas da População enviadas ao TCU.

JAM, J.G. Reorganização da rede familiar após Acidente Vascular Encefálico. **Revista cubana de Enfermeria**. Volumen 33, Número 3 (2017).

KARSCH, U.M.S. Envelhecimento com dependência e cuidadores -introduzindo a Temática . In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. s/p. São Paulo: Portal Edições, 2019.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medicine** 2012, 10:4

LIRA, T.M.; CHAVES, M.P.S.R. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016.

MARTINS, D.M.C.; CASTRO, J.G.D. Idosos dependentes de cuidados domiciliares: revisão de literatura. **Revista Desafios** – v. 5, n. 02, 2018.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 784 – 795, 2007.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F. ; NETO, O. C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21^a. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 9-29.

MINAYO, *et al.* **Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando a subsidiar uma política de atenção e de apoio aos**

cuidadores. Manual de instruções. Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/ CLAVES/ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ: 2018.

MINAYO, M. C. S . O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(1):247-252, 2019.

MINUCHIN, S.; NICHOLS, M. P.; LEE, W. **Famílias e casais: Do sintoma ao sistema.** Tradução: J. D. Mello. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

MINUCHIN, S.; LEE, W.; SIMON, G. M. **Dominando a terapia familiar.** Tradução: Gisele Klein. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008.

MINUCHIN, S. **Família: funcionamento e tratamento.** Tradução: Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre, Artes Médicas: 1982.

MOCELIN, *et al.* O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Rev Fun Care Online.** 2017 out/dez; 9(4):1034-1039.

MUNIZ, *et al.* Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate** vol.40 no.110 Rio de Janeiro July/Sept. 2016.

NASCIMENTO, R.G. Rotinas de famílias de idosos ribeirinhos amazônicos e reestruturações de papéis na velhice. **Ciências Psicológicas** maio 2019; 13(1): 164-170 .doi: 10.22235/cp.v13i1.1818.

OLIVEIRA, *et al.* Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2014.

OLIVEIRA, B.; LÚCIO, L.M.; RODRIGUES, T.S. Antes esposa, agora viúva percepção da qualidade de vida de cuidadores familiares. In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos.** p. 111-141. São Paulo: Portal Edições, 2019.

Organização Mundial da Saúde .Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Número de pessoas idosas com necessidade de cuidados prolongados triplicará até 2050, alerta OPAS.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi... [et al.]; [revisão técnica: Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva... et al.]. – 12. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASCHOAL, S. M. P. Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência. In: TOMIKO, B. BRASIL. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A.M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 730-6.

PEREIRA, P.S.; PAULA, L. L.R. J. Ações terapêuticas do capim-santo: uma revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 10 – Ano: 2018.

POLONIA, A.C.; DESSEN, M. A.; SILVA, N.L.P. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JÚNIOR, L.A. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 71-89.

PRIMO, A.P. Cuidadores de idosos e a tarefa de cuidar de si. Ônus e satisfação. In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. 53-70. São Paulo: Portal Edições, 2019.

RAPIZO, R. **Terapia sistêmica de família: da instrução à construção**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2002.

SANTROCK, J, W. La ciencia del desarrollo del ciclo vital In: **Psicología Del Desarrollo. El Ciclo Vital**. Idioma: Espanhol. ISBN-10: 8448146395. Editora: McGraw-Hill Interamericana de España S.L. Edição: 10 (1 de fevereiro de 2006) p. 30-66.

SÁNCHEZ, *et al.* Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. **Cultura Educación y Sociedad**, 2015 6(2).

SCALCO, *et al.* O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. Março 2013. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(2), pp.191-208. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

SILVA, D.M. *et al.* Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (7):2183-2191, 2015.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa Científica. In: **Métodos de pesquisa**. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. Universidade Aberta do Brasil– UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p.31-42.

SLUZKI, C.E. **la red social: frontera de la practica sistematica** . Coleccion Terapia familiar. Grupo: psicologia, subgrupo: terapia familiar. Primera edición, febrero de 1996. Gedisa, Edito-rial, S.A. Barcelona, España: 1996 – p. 406

SOUSA, *et al.* “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(1):27-36, 2021 DOI: 10.1590/1413-81232020261.30172020.

STACKFLETH, *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta paul. enferm.** vol.25 no.5 São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/19.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

TAKO, *et al.* Perfil e prevalência de quedas em idosos. **Revista de enfermagem**. UFPE on line., Recife, 11(Supl. 11):4687-91, novembro, 2017.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2490-2502, out, 2007.

VASCONCELLOS, M.J.E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. – Campinas/SP: Papyrus, 2002.

VIEIRA, *et al.* Idosos dependentes no domicílio: sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n.1, p. 46-56, jan/abr. 2012.

ZAGABRIA, D.B. O cotidiano de idosos dependentes o limite entre o cuidar e o maltratar . In: Salimene, A. C. M.; Oliveira, B. & Hayar, M.A.S.P. (Org.). **Em envelhecimento com dependência: cuidados e cuidadores de idosos**. p. 143-183. São Paulo: Portal Edições, 2019.

7. APÊNDICES

A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DINÂMICAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES RIBEIRINHOS

Pesquisador: Guiomar Alegria Souza Silva Nobre

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34918820.4.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.184.258

Apresentação do Projeto:

É pertinente dizer que, de acordo com o relatório da ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU, 2019 s/p), o número de idosos a partir dos 60 anos, que irão precisar de cuidados prolongados, irá triplicar nas Américas nos próximos 30 anos. Esse número passará de 8 milhões para de 27 a 30 milhões. Esse crescimento populacional vem acontecendo por conta do processo de transição demográfica e epidemiológica, uso do controle de natalidade, tecnologia médica e expectativa de vida (GONÇALVES et al, 2011; MOCELIN et al, 2017). Esta expectativa, aliada aos benefícios tecnológicos das Ciências da Saúde, contribui para o surgimento de doenças crônicas e deficiências que, em muitos casos, afetam a capacidade de autossuficiência dos idosos, deixando-os em situação de dependência da família para manutenção da saúde. Em conformidade com a ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS (VILAÇA 2011, p. 258), família é "um sistema complexo de relações em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento." É nesse espaço que os indivíduos aprendem desde o nascimento sobre compartilhar, separação, diferenças pessoais, troca de afetos e emoções, formando sua identidade em interrelação com o outro. Por seus aspectos sociais, a família, é modificada durante o ciclo vital (ERIKSON, 1988) pelos acontecimentos externos, pela história de vida de cada um de seus membros, pela cultura e crenças de um povo. Nesse sentido, Sánchez et al (2015, p. 126) complementa que a família é "um cenário de interação." Podendo ser consanguínea, legalizada por direitos civis, fruto de alianças ou pactos verbais entre seus membros, os quais têm seu

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adriadópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.184.258

comportamento moldado pelos valores e padrões de procedimento grupal. Essas interações no contexto familiar, podem ser positivas, se os elementos componentes forem solidários, respeitosos e confiáveis mutuamente. De outro modo, podem ser desfavoráveis quando as ações dos sujeitos são baseadas na negligência ou rejeição, não cooperam para o crescimento individual de seus membros. Nessa perspectiva, Gallego (2011 apud SÁNCHEZ, 2015, p.126,127) por sua vez, entende, que dinâmica familiar são "encontros entre subjetividades, determinadas por normas, limites e papéis que regulam as relações familiares; estes podem permitir harmonia e convivência saudável. Nesse sentido, pessoas que coabitam no mesmo local, reúnem em si e na relação com os outros uma série de experiências, práticas, percepções de mundo diferentes, relações de autoridade (MINUCHIN, 2008 p. 55), e uso do tempo. Dito isso, vale ressaltar que o funcionamento familiar e sua dinâmica interna foi amplamente estudada por Minuchin (1982, p.57), assim, pode-se conceber seu conceito de estrutura familiar, como conceito de dinâmica familiar. Para ele, "estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem." Nesse espaço organizativo, o comportamento dos membros é regulado por regras universais, que determinam o funcionamento do grupo. Para o autor nesse conjunto invisível de exigências, há expectativas mútuas entre indivíduos específicos da família e elas estão alicerçadas em acordos implícitos e explícitos entre seus membros, geralmente relacionados a pequenos eventos do cotidiano. São esses aspectos próprios das relações familiares de idosos dependentes e seus cuidadores que interessam para este estudo. Partindo para as condições de dependência de longevos no cotidiano domiciliar, pesquisas confirmam que diante do quadro de dependência na velhice, a maior responsabilidade recai sobre a família (GONÇALVES et al 2011; MOCELIN et al, 2017). Silva et al (2015, p. 218) corroboram esta ideia, enfatizando que a família em meio as necessidades de cuidados do idoso, acometido por doença crônica, por exemplo, irá precisar " [...] se adaptar a essa nova demanda, aprendendo no dia a dia como desenvolver a assistência necessária ao idoso fragilizado." Nessas circunstâncias, enquanto tenta se adaptar, a família com menor condição de subsistência sofre maiores dificuldades para manter a saúde, o cuidado e a qualidade de vida de seu ente querido, sofrendo perdas causadas por doenças crônicas ou algum tipo de acidente. O sofrimento do idoso dependente fragiliza a família. Inclusive, aquelas em que há suporte tecnológico em casa, mesmo subsidiando os cuidados necessários, ela fica debilitada, modificando sua dinâmica (EUSÉBIO, 2011 apud JAM, 2017). A modificação da dinâmica familiar geralmente é em detrimento da demanda do idoso, onde muitas vezes, há inversão de papéis. O filho cuidador passa a dar ao idoso o cuidado que recebia quando infante, e a relação atual dos dois é fundamentada na relação que a diade

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

Página 02 de 09



mantinha anteriormente (VIEIRA et al, 2012; SILVEIRA, CALDAS e CARNEIRO, 2006 apud SCALCO et al 2013). Pedreira e Oliveira (2012, p. 732) refletindo sobre as mudanças na dinâmica familiar, evidenciaram que morar junto com um idoso dependente, e cuidar dele, fomenta mudanças na organização da parentela, podendo ela ser para "melhora" ou "piora" no relacionamento familiar, levando ao desequilíbrio em caso de piora. As famílias com a dinâmica modificada pela dependência do idoso, precisam de apoio para conviver diariamente com esta condição de maneira harmoniosa, de acordo com os hábitos e afazeres domésticos. Uma doença, por exemplo, pode levar o idoso ao estado de dependência. O que exige mudanças no funcionamento familiar. É o caso Acidente Vascular Encefálico (AVE). O AVE apresenta posição de destaque, como causa de morte no segundo episódio (JAM, 2017). As pessoas que sobrevivem ao acidente, passam a conviver com alguns tipos de sequelas. Essas sequelas, levam à dependência de cuidados de saúde, dentre outros. Além do AVE, outras doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, osteoporose, mal de Parkinson, doença de Alzheimer, colesterol alto, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), exigem cuidados de saúde, e apoio familiar. Além disso, pesquisas apontam, que doenças crônicas são potenciais geradores de estresse na relação cuidador-idoso dependente (GONÇALVES et al 2011; VIEIRA et al, 2012; MOCELIN et al, 2017). Elas indicam que tanto o doente quanto os familiares sentem o impacto da dependência do idoso. Resultando em um desequilíbrio nas relações de poder no núcleo familiar, afetando as vias econômicas e emocionais, demandando reorganização do funcionamento familiar e das relações. Quanto ao desequilíbrio das relações de poder no núcleo familiar, Carneiro e França (2011, apud SCALCO et al 2013) identificaram que um dos maiores motivos de conflito no cuidado do idoso dependente é o criticismo ao cuidador. Observaram também, que idosos sem companheiros amorosos tinham mais conflitos com seus cuidadores do que os idosos que mantinham relacionamento conjugal. Assim sendo, Silva et al (2015), consideram as relações afetivas um fator significativo na terceira idade para o equilíbrio, harmonia e manutenção do cuidado e bem estar do idoso no círculo familiar. Sobre esse aspecto, Macedo e Monteiro (2004, apud SILVA et al 2015, p. 2186) e VIEIRA et al (2012) acreditam que as relações entre os membros de uma família de idosos, parece contribuir no processo saúde-doença. Os desequilíbrios nos padrões de relacionamento no núcleo familiar podem eclodir em conflitos, os quais poderão resultar em "quadros patológicos, físicos e/ou emocionais, que fragilizam a família." Ainda sobre a importância das relações afetivas, para a harmonia e manutenção do cuidado, Vieira et al (2012) constataram que os conflitos são comuns em domicílios onde residem pessoas de diferentes gerações (COLUSSI et al, 2019, p. 2). Com núcleos familiares compostos por avós, pais, filhos, netos e até bisnetos. Nesse contexto, é maior a

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181 CEP: 69.057-070
E-mail: cep.ufam@gmail.com



diversidade de afetos, e conseqüentemente de conflitos, dificultando o planejamento familiar. Deste modo, é relevante estudar as relações familiares do idoso dependente e seu cuidador, em condições de fragilidade, pois o tema é pouco compreendido no Brasil (CARNEIRO, 2016, p. 436; VIEIRA et al, 2012, p. 54). Conseqüentemente, é indispensável dar voz a esse grupo, na tentativa de compreender como acontece a dinâmica das relações entre idoso e cuidador. Devido ao crescente aumento de doenças crônicas em longevos, há necessidade de atenção e cuidados baseados em uma abordagem integrada, que possibilite às pessoas nesta última etapa da vida, manter as suas capacidades funcionais. Diante dessa realidade, esta pesquisa justifica-se social e economicamente, pois o constante crescimento da população idosa, resulta no aumento de investimentos em manutenção da saúde do grupo em questão. Assim, importa saber como as famílias de idosos dependentes ribeirinhos estão sendo assistidas pelo Sistema Único de Saúde- SUS. Cientificamente, é importante conferir a teoria do desenvolvimento humano relacionada ao último estágio da vida, em contexto regional, bem como, enriquecer o conhecimento existente sobre a velhice e seus cuidados valorizando o contexto sócio-histórico e cultural dos povos tradicionais, suas crenças, saberes e práticas milenares no cuidado a saúde. Academicamente, este estudo admite-se na urgência para os profissionais de saúde, em se aprofundar no conhecimento das relações familiares de idosos (SILVA et al 2015). Somente assim, poderão compartilhar com os cuidadores os saberes e experiências, comprovados cientificamente, bem como, instruí-los para que possam apoiar seu núcleo domiciliar de forma afetiva, psíquica e física. Certamente, os cuidados ao idoso dependente, segundo Bocchi (2004, apud MARTINS e CASTRO, 2018 p. 92) está sujeito ao nível de dependência e assistência, de acordo com o "grau das incapacidades" dos pacientes. Atender a demanda do idoso é desafiador para o cuidador familiar (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016, p. 80). Por isso, é necessário o suporte técnico da equipe de saúde para a superação dos diversos obstáculos, de ordem emocional, educacional, social e físico. O auxílio da equipe de saúde é fundamental para minimizar o estresse do cuidador e proporcionar qualidade durante o processo de dependência, seja ela transitória ou permanente. Nessa perspectiva, Castro e Martins (2018) em pesquisa bibliográfica sobre idosos dependentes de cuidados domiciliares, abrangendo o período de 2012 a 2016, identificaram que a maioria dos cuidadores domiciliares são do sexo feminino, e que muitos apresentam doenças crônicas. Estando de acordo com demais autores (STACKFLETH et al 2012; SCALCO et al, 2013; MUNIZ et al 2016; COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016). O resultado da pesquisa também aponta que os cuidadores necessitam de capacitação e redirecionamento da rede de apoio de cuidado ao idoso, inclusive, os cuidadores, dependendo do nível de dependência do idoso, sofrem maior ou menor exigência de cuidados,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

Município: MANAUS

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.184.258

resultando em sobrecarga de responsabilidade e estresse. Sendo assim, verificou-se que os estudos realizados abrangem diversas questões que envolvem o cuidado de idosos. Entretanto, necessita-se de um aprofundamento dos estudos que abordem as relações familiares dos cuidadores em domicílio, principalmente no contexto regional, com ribeirinhos (FERNANDES, et al. 2019; ALVES e FERNANDES, 2016). Tendo em vista destas carências, esta pesquisa pode ser considerada fundamental. A população ribeirinha, está enquadrada no Art. 3º, I do DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007 (BRASIL) conforme descrição a abaixo: Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição; Assim, é imprescindível ouvir o que o ribeirinho, idoso dependente e seu cuidador tem a dizer, por suas características próprias e sua experiência sensorial (entende-se conhecimento empírico) a partir do sistema familiar e suas relações com o ambiente, sociedade, cultura, valores e crenças como parte de um todo, em uma constante interação entre os membros do núcleo familiar imbricados no cuidado diário de longevos. Esperamos que os resultados alcançados através desse estudo, possibilitem a boa compreensão do que realmente acontece nas relações entre idosos dependentes e seus cuidadores no cotidiano de famílias ribeirinhas. Além de auxiliar na educação e construção de informações que proporcionem um maior cuidado ao idosos em domicílio, e nas várias instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as dinâmicas familiares de idosos dependentes em área ribeirinha.

Objetivo Secundário:

- Identificar principais conflitos de famílias de cuidadores de idosos dependentes, relacionados à situação de dependência e cuidado diário do idoso;
- Discutir as diferenças de gênero nas estratégias de cuidado do idoso dependente.
- Descrever as condições de acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial para o cuidado do idoso dependente e sua família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Resolução 466/2012, item V, enfatiza que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, como o constrangimento diante de uma pergunta. Ressalta-se ainda o item II.22 da mesma

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.184.258

resolução que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, a pesquisadora adotará todas as medidas necessárias para proteger os participantes e desfazer qualquer tipo de constrangimento ou sofrimento, caso surjam, acolhendo e encaminhando para acompanhamento psicológico no Centro de Serviço de Psicologia Aplicada - CSPA, na av. Rodrigo Otávio, 6200 – Setor Sul – Campus Universitário – Bloco X- Faculdade de Psicologia. Endereço eletrônico: cspapsicologiaufam@gmail.com Telefone: 3305-1181 Ramal 2581.

Benefícios: Esta pesquisa poderá permitir boa compreensão das dinâmicas familiares de idosos em condições de dependência a partir do saber de ribeirinhos do Amazonas; possibilitar discussões entre profissionais e acadêmicos de psicologia, da área de saúde ou afins, como também entre os vários seguimentos da sociedade que se preocupam com o cuidado e a saúde dos idosos dependentes e contribuir para a construção de novas práticas de cuidado, prevenção e promoção de qualidade de vida ao idoso nas várias instâncias do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4.6.2 Procedimento de análise. Após a transcrição das entrevistas, os dados coletados serão submetidos a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2006, p.38), pois, seu objeto de estudo é "a fala". Ela busca conhecer o que está por trás das palavras e as realidades contidas nelas. Assim, a análise dos dados será feita seguindo os três polos cronológicos de análise de conteúdo, os quais são segundo Bardin (2006, p. 89-95): 1) pré análise: nessa fase será realizado a coleta e organização dos dados, dispondo os objetivos correlacionando-os as ideias recorrentes; leitura inicial para obter uma compreensão geral do material; escuta extenuante das entrevistas; identificação das unidades de significação que emergem das falas dos usuários; comparação das diferentes unidades descritivas dos usuários; descoberta dos sentidos que entornam a construção das percepções; leitura das entrevistas das falas dos participantes e separação da amostra representativa das informações coletadas, relacionados aos objetivos iniciais; preparação dos materiais através da edição e recortes de dados em tabelas. 2) a exploração do material: a partir dos dados separados e das hipóteses levantadas, em conformidade com os objetivos, os dados serão transformados em textos. 3) o tratamento dos resultados: e finalmente a partir dos resultados obtidos, serão feitas interpretações dos dados para atribuir as conclusões, em consonância com a teoria proposta.

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com

Página 08 de 08



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.184.258

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto – apresentada e adequada;
Termo de anuência do CSPA – apresentado e adequado;
Cronograma – apresentado e adequado;
Orçamento – apresentado e adequado;
Formulário PB – apresentado e adequado;
Projeto brochura – apresentado;
TCLE – apresentados e adequados.

Recomendações:

Recomenda-se reorganizar o orçamento e cronograma expressos no Formulário da Plataforma Brasil, para que fique de acordo com os documentos anexados.

A pesquisadora deve observar as orientações da CONEP de 5/6/2020, em razão da pandemia e isolamento social. Deve ser readequado o cronograma para este período da pandemia e isolamento social. Deve também atentar para a Nota Técnica 001/PROESP/UFAM, sobre as atividades de pesquisa, nas págs. 2/5 e 3/5/2020 quando estabelece: "letra A).....e letra B)

As atividades de pesquisa com seres humanos devem ser suspensas, à exceção das que estejam trabalhando nas áreas de saúde, diretamente relacionadas ao coronavírus ou que necessitem de acompanhamento contínuo, com as devidas precauções e autorização das autoridades de saúde pública do estado do Amazonas."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa apresenta relevância social e científica no âmbito das Ciências Humanas e Sociais.

Os objetivos estão claros, os procedimentos metodológicos foram expostos, assim como as formas de recrutamento, os riscos e benefícios e os critérios de inclusão e exclusão.

Os documentos obrigatórios estão em conformidade com as resoluções 466/2012 e 510/2016 sobre pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, considera-se parecer favorável a aprovação do projeto.

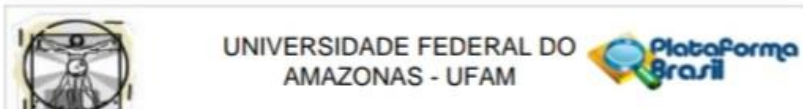
SMJ,

É o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181
CEP: 69.057-070
E-mail: cep.ufam@gmail.com

Página 07 de 09



Continuação do Parecer: 4.184.258

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1586933.pdf	03/07/2020 02:03:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DINAMICAS_DAS_RELACOES_FAMILI ARES.pdf	03/07/2020 02:00:46	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Outros	Orcamento.docx	03/07/2020 01:56:34	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	03/07/2020 01:56:02	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDOSO.docx	03/07/2020 01:55:02	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CUIDADOR_FAMILIAR.docx	03/07/2020 01:53:40	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	02/07/2020 15:32:32	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Outros	Termo_anuencia.docx	01/07/2020 15:11:31	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Outros	Simbolos.docx	01/07/2020 15:07:59	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Outros	Siglas_de_patologias.docx	01/07/2020 15:02:19	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_idoso.docx	01/07/2020 15:01:00	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_cuidador_familiar.doc x	01/07/2020 15:00:24	Guiomar Alegria Souza Silva Nobre	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 495
 Bairro: Adnanópolis
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-1181
 CEP: 69.057-070
 E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.184.258

MANAUS, 30 de Julho de 2020

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

Página 09 de 09

B1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - cuidador familiar

Sr (ou a Sra) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **DINÂMICAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES RIBEIRINHOS**, pelas pesquisadoras Guiomar Alegria Souza Silva Nobre e Denise Machado Duran Gutierrez, porque é cuidador familiar e sua participação é importante para que, nós pesquisadores, possamos entender um pouco sobre o que acontece na vida do idoso dependente ribeirinho e seus cuidadores. Em caso de dúvida, poderá falar com a pesquisadora responsável pela pesquisa, a Prof^a Dr^a Denise Machado Duran Gutierrez pelo e-mail: ddgutie@ufam.com.br ou Guiomar Alegria Souza Silva Nobre, e-mail: guimaralegria@hotmail.com. Faculdade de Psicologia/UFAM, Avenida Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000 Bloco X Setor Sul Campus Universitário, telefone: (92) 3305-1181 Ramal: 2583.

A pesquisa tem o **Objetivo geral**: Analisar as dinâmicas familiares de cuidadores de idosos dependentes em área ribeirinha. Sua forma de participar dessa pesquisa é nos autorizando a entrevistá-lo (a) em sua casa com um roteiro de perguntas que está pronto, ou seja, conversar com o senhor (a) uma ou mais vezes e gravar nossa conversa. Se autorizar nossa conversa, marcaremos um dia e hora para voltarmos em sua casa e fazer a entrevista. A conversa deve durar de 50 a 60 minutos, será gravada em áudio e somente os pesquisadores ouvirão a gravação. A conversa gravada será transcrita, depois estudada e será descartada entre 03 a 05 anos. O senhor(a) pode responder ou não a qualquer pergunta que nós lhe fizermos. Se achar necessário, pode pensar e consultar seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida para decidir se quer dar a entrevista ou não de acordo com a Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde - CNS IV. I c.

Riscos da pesquisa: a Resolução 466/2012, item V, enfatiza que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, como o constrangimento diante de uma pergunta. Ressalta-se ainda o item II.22 da mesma resolução que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, a pesquisadora adotará todas as medidas necessárias para proteger os participantes e desfazer qualquer tipo de **constrangimento ou sofrimento**, caso surjam, acolhendo e encaminhando para acompanhamento psicológico no Centro de Serviço de Psicologia Aplicada - CSPA, na av. Rodrigo Otávio, 6200 – Setor Sul – Campus Universitário – Bloco X- Faculdade de Psicologia. Endereço eletrônico: cspapsicologiaufam@gmail.com Telefone: 3305-1181 Ramal 2581.

Benefícios da pesquisa: permitir boa compreensão das dinâmicas familiares de idosos em condições de dependência a partir do saber de ribeirinhos do Amazonas; possibilitar discussões entres profissionais e acadêmicos de psicologia, da área de saúde ou afins, como também entre os vários seguimentos da sociedade que se preocupam com o cuidado e a saúde dos idosos dependentes e contribuir para a construção de novas práticas de cuidado, prevenção e promoção de qualidade de vida ao idoso nas várias instâncias do SUS.

Se a qualquer momento você não quiser mais participar da pesquisa poderá retirar seu consentimento. Basta nos dizer que não quer mais, sem nenhum prejuízo para o senhor (a). Seu nome e dados pessoais serão mantidos sob sigilo (segredo). Se durante a nossa conversa (entrevista) o senhor (a) se sentir constrangido, incomodado, sentir medo de se expor ou de expor a sua família, se sentir emocionado por relembrar fatos da sua vida ou se ainda ficar com receio de algum dano moral que esta pesquisa vier a divulgar, algo que prejudique a imagem de sua família, nós pesquisadores da UFAM estaremos atentos para evitar tais riscos, mantendo com o senhor(a) uma conversa franca, explicando sobre a importância do senhor (a) não sentir culpa pelo seu ato, lhe garantindo cuidados de proteção à sua imagem, de forma integral e gratuita, assegurado pelos Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

Informamos ao senhor(a) que esta pesquisa não será remunerada, é voluntaria, pois, é unicamente de caráter científico. Caso se sinta prejudicado você e o idoso que você cuida terão o direito de solicitar indenização à instituição responsável pela pesquisa, que é a Universidade Federal do Amazonas – UFAM, conforme propõe a Resolução do CNS Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7).

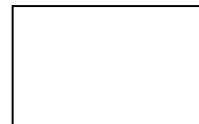
O (A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que neste momento está sendo apresentado ao senhor(a) foi escrito em duas cópias, sendo que uma ficará com o senhor(a) e a outra ficará conosco, pesquisadores.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa

Local _____, ____/____/____



Assinatura do participante

Impressão dactiloscópica

Local _____, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

B2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - idoso

Sr (ou a Sra) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **DINÂMICAS FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES RIBEIRINHOS**, pelas pesquisadoras Guiomar Alegria Souza Silva Nobre e Denise Machado Duran Gutierrez, porque é idoso e sua participação é importante para que, nós pesquisadores, possamos entender um pouco sobre o que acontece na vida do idoso dependente ribeirinho e seus cuidadores. Em caso de dúvida, poderá falar com a pesquisadora responsável pela pesquisa, a Profª Drª Denise Machado Duran Gutierrez pelo e-mail: ddgutie@ufam.com.br ou Guiomar Alegria Souza Silva Nobre, e-mail: guiomaralegria@hotmail.com. Faculdade de Psicologia/UFAM, Avenida Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000 Bloco X Setor Sul Campus Universitário, telefone: (92) 3305-1181 Ramal: 2583.

A pesquisa tem o **Objetivo geral**: Analisar as dinâmicas familiares de cuidadores de idosos dependentes em área ribeirinha. Sua forma de participar dessa pesquisa é nos autorizando a entrevistá-lo (a) em sua casa com um roteiro de perguntas, ou seja, conversar com o senhor (a) uma ou mais vezes e gravar nossa conversa. Se autorizar nossa conversa, marcaremos um dia e hora para voltarmos em sua casa e realizar a entrevista. A conversa deve durar de 50 a 60 minutos será gravada em áudio, depois transcrita para estudo. A conversa gravada só poderá ser ouvida por nós pesquisadores e será descartada entre 03 a 05 anos. O senhor(a) pode responder ou não a qualquer pergunta que nós lhe fizermos. Se achar necessário, pode pensar e consultar seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida para decidir dar a entrevista ou não de acordo com a Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde - CNS IV. I c.

Riscos da pesquisa: a Resolução 466/2012, item V, enfatiza que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Ressalta-se ainda o item II.22 da mesma resolução que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, a pesquisadora adotará todas as medidas necessárias para proteger os participantes e desfazer qualquer **tipo de constrangimento ou sofrimento**, caso surjam, acolhendo e encaminhando para acompanhamento psicológico no Centro de Serviço de Psicologia Aplicada- CSPA, na av. Av. Rodrigo Otávio, 6200 – Setor Sul – Campus Universitário – Bloco X. Endereço eletrônico: cspapsicologiaufam@gmail.com Telefone: 3305-1181 Ramal 2581

Benefícios da pesquisa: é possibilitar a boa compreensão das dinâmicas familiares de idosos em condições de dependência a partir do saber de ribeirinhos do Amazonas; Possibilitar discussões entres profissionais e acadêmicos de psicologia, da área de saúde ou afins, como também entre os vários seguimentos da sociedade que se preocupam com o cuidado e a saúde dos idosos dependentes e contribuir na construção de novas práticas de cuidado, prevenção e promoção de qualidade de vida ao idoso nas várias instâncias do SUS.

Se a qualquer momento você não quiser mais participar da pesquisa poderá retirar seu consentimento. Basta nos dizer que não quer mais, sem nenhum prejuízo para o senhor (a). Seu nome e dados pessoais serão mantidos sob sigilo (segredo). Se durante a nossa conversa (entrevista) o senhor (a) se sentir constrangido, incomodado, sentir medo de se expor ou de expor a sua família, se sentir emocionado por relembrar fatos da sua vida ou se ainda ficar com receio de algum dano moral que esta pesquisa vier a divulgar, algo que prejudique a imagem de sua família, nós pesquisadores da UFAM estaremos atentos para evitar tais riscos, mantendo com o senhor(a) uma conversa franca, explicando sobre a importância do senhor (a) não sentir culpa pelo seu ato, lhe garantindo cuidados de proteção à sua imagem, de forma integral e gratuita, assegurado pelos Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

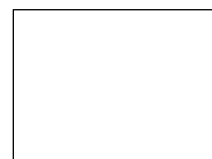
Informamos ao senhor(a) que esta pesquisa não será remunerada, é voluntária, pois, é unicamente de caráter científico. Caso se sinta prejudicado você e seu cuidador terão o direito de solicitar indenização à instituição responsável pela pesquisa, que é a Universidade Federal do Amazonas – UFAM, conforme propõe a Resolução do CNS Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.O (A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que neste momento está sendo apresentado ao senhor (a) foi escrito em duas cópias, sendo que uma ficará com o senhor(a) e a outra ficará conosco, pesquisadores.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa

Local _____, ____/____/____

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

Local _____, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

C1- Roteiro de entrevista -cuidador familiar

Contato inicial 1.Esclarecer sobre a pesquisa, assegura um consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar sigilo da identidade pessoal e familiar. 2.Leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE
Dados iniciais Nome: Idade: Naturalidade: Etnia/cor Comunidade em que reside: Parentesco/vínculo: Há quanto tempo cuida da Idosa (o): Escolaridade: Conte a sua rotina de cuidados diários? No caso do idoso (a) ter proventos, quem é o responsável por ele?
Sobre dependência funcional Quais das seguintes atividades o idoso realiza e quais as dificuldades que ele apresenta para realizar as Atividades Básicas da Vida Diária – AVD: 1.Consegue se alimentar? Quais as dificuldades? 2.Toma banho? Quais as dificuldades? 3.Veste as próprias roupas? Quais as dificuldades? 4.Vai ao banheiro? Quais as dificuldades? 5.Andar dentro de casa? Quais as dificuldades? 6.Consegue se levantar sozinho da rede (cama) e se deitar só? Quais as dificuldades? Quais das seguintes atividades o idoso (a) que você cuida consegue realizar e quais as dificuldades para realizar cada uma das Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD: 1.Consegue fazer compras? Quais as dificuldades? 2.Consegue cuidar de dinheiro? Quais as dificuldades? 3.Consegue tomar remédio? Quais as dificuldades? 4.Consegue sair de casa sozinho? Quais as dificuldades? 5.Consegue cozinhar? Quais as dificuldades? 6.Consegue lavar roupas? Quais as dificuldades? 7.Consegue remar, pescar? Quais as dificuldades?
História familiar do idoso 1.Conte-me o que você sabe da história desse idoso (a) 2.Vamos construir o genograma da família desse idoso (ou idosa) que você cuida?
Percepção da dinâmica das relações familiares 1.No dia a dia, como é cuidar desse idoso (a) dependente? 2.Sobre as mudanças que ocorreram na sua vida e na família, como era antes e depois dessa idoso (a) depender de cuidados? 3.Como é o relacionamento da idoso (a) com os familiares e pessoas com as quais convive? 4.Quais dificuldades tem enfrentado ou enfrenta enquanto cuida do idoso (a)? 5.Se por alguma necessidade de cuidado do idoso (a) causar conflito na relação dos familiares como resolvem as dificuldades? 6. Em relação aos cuidados diários ao seu pai(mãe, esposo, esposa e etc), descreva o seu dia desde que você acorda até dormir novamente. 7. No dia a dia quais as suas estratégias de cuidado ou organização de atividades para oferecer cuidado a idoso (a)?
Sobre assistência à saúde 1. No cuidado desse idoso (a) em domicílio, em algum momento você precisou da assistência de profissionais e teve acesso aos serviços de saúde e apoio psicossocial para cuidados específicos? Teve orientações dos profissionais de saúde de como cuidar dessa idosa (o)? 2. Esse idoso (a) faz parte de algum programa de assistência do governo? (estratégia saúde da família, melhor em casa entre outros) 3. E sobre a saúde mental desse idoso (a), já precisou de psiquiatra, psicólogo? E se precisou por quanto tempo? 4. A partir da sua experiência como cuidador (a) familiar se pudesse dar dicas aos outros cuidadores de idosos dependentes de como manter a harmonia das relações idoso – cuidador no cuidado diário o que você diria a eles?

D. TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA



Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Faculdade de Psicologia
Centro de Serviços de Psicologia Aplicada



TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada **“Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos”**, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez, a ser desenvolvida pela acadêmica **Guimar Alegria Souza Silva Nobre**, em projeto vinculado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).

Manaus, 03 de junho de 2020.

Prof. Dr. Marck de Souza Torres
Psicólogo Responsável