

**“... SE A GENTE NÃO TEM FAMÍLIA, NÃO TEM VIDA!”
CONCEPÇÕES DE FAMÍLIAS DE CLASSE POPULAR
CUIDADORAS DE PESSOA IDOSA FRAGILIZADA***

**“If we don’t have family, we don’t have a life”! Conceptions of
popular class families caregivers of frail elderly people**

Marion Creutzberg¹

Beatriz Regina Lara dos Santos²

RESUMO

Trata-se de pesquisa de cunho qualitativo que teve como objetivo desvelar concepções de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada no domicílio, relacionadas a aspectos do cuidado ao idoso no contexto familiar. A metodologia utilizada é o Estudo de Caso do Tipo Etnográfico. A coleta de dados foi realizada com Observação Participante e Entrevista com quatro famílias. Através da análise de conteúdo foram identificados quatro temas relacionados às concepções das famílias: o significado de saúde-adoecimento, de família, de velhice e do cuidado ao idoso fragilizado no domicílio.

UNITERMOS: *família de classe popular, cuidador familiar, idoso, idoso fragilizado, cuidado de enfermagem domiciliar.*

1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa nas últimas décadas resultou numa mudança significativa do perfil demográfico no Brasil. De acordo com Berquó (1996) para cada vinte brasileiros, uma pessoa tem 65 anos ou mais. A perspectiva é de que, em 2020, uma, em cada treze pessoas, pertencerá à população idosa.

* Artigo adaptado e elaborado a partir de uma categoria de análise da pesquisa “Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoas idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar.”, Dissertação de Mestrado, no Curso de Mestrado em Enfermagem, na Escola de Enfermagem da UFRGS.

1 Enfermeira, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS.

2 Enfermeira, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da PUCRS.

Ainda que a velhice não esteja relacionada diretamente à doença e à dependência, o crescimento da população idosa indica um maior número de pessoas em situação de saúde frágil, apresentando debilitação e dependência (Cançado, 1994). Na maior parte dos casos, a demanda de cuidados ao idoso debilitado é assumido pela família. Segundo Karsch (1998), o Sistema de Saúde Pública no Brasil não está preparado para fornecer recursos e suporte para a população idosa que adoecer, nem à família que dela cuida. É evidente que são as famílias de camadas populares, que encontram maior dificuldade no cuidado à saúde de seu idoso.

Essa situação indica a importância de que serviços e profissionais de saúde estejam preparados para dar suporte às famílias empobrecidas que cuidam de seus idosos no domicílio. Em consonância com vários autores (Galinski, 1994; Gonçalves e Silva, 1996; Santos et al., 1999), acreditamos ser a enfermeira, entre os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, a mais indicada para acompanhar e supervisionar o cuidado diário à pessoa idosa fragilizada, em parceria com a família, no domicílio. A fragilidade, segundo Gonçalves e Pfeiffer (1996, p.39) progressivamente, vai incapacitando a pessoa idosa “*para a realização das atividades do viver diário*”, e é um estado que requer “*um conviver assistido por outrem*”, que pode ser a família, como geralmente o é em nossa cultura, ou alguém que, além de capacitado no cuidado domiciliar, mostre-se “*afetuoso e comprometido*”. Nessa perspectiva, é necessário que a enfermeira compreenda a realidade das famílias envolvidas no cuidado domiciliar, no sentido de planejar sua atuação e torná-la significativa para o cotidiano da família cuidadora.

Segundo Bilac (1995), as transformações na família brasileira, inseridas num contexto de mudanças sociais, aparecem de maneiras diversas nas diferentes classes e grupos sociais. Esse fato determina a necessidade de abordagens diferenciadas, dependendo do grupo social com que se trabalha.

O estudo teve por objetivo compreender as concepções de famílias de classe popular, quanto a aspectos que envolvem o processo e o significado de cuidado ao idoso fragilizado no contexto familiar, a fim de subsidiar a ação de enfermagem no domicílio.

2 METODOLOGIA

Entre os métodos qualitativos de pesquisa, a metodologia escolhida foi o estudo de caso do tipo etnográfico.

2.1 Sujeitos

Participaram da investigação famílias de classe popular que cuidam de idoso no domicílio, moradoras da área de abrangência de uma Unida-

de Sanitária de Porto Alegre. A partir de indicadores e critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1994), foram consideradas famílias de classe popular aquelas cuja renda do chefe de família é igual ou inferior a 3 Salários Mínimos. Utilizando o critério da saturação de dados, foram incluídas quatro (4) famílias no estudo, perfazendo um total de vinte e nove (29) informantes, constituídos por componentes da família e da rede de apoio.

Respeitando os procedimentos éticos previstos pelo Conselho Nacional de Saúde, as famílias que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento pós-informado (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

2.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através dos métodos da observação participante (Leininger, 1985) e da entrevista semi-estruturada (Lüdke; André, 1986).

2.3 Análise dos dados

Os dados advindos da observação participante e da entrevista foram analisados a partir do método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977; Moraes, 1994).

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As concepções das famílias são descritas em quatro temas, que incluem o significado de saúde e adoecimento, significado de família, significado de velhice, significado de cuidar de membro idoso fragilizado. Com o intuito de propiciar ao leitor a oportunidade de entrar em contato com depoimentos, podendo fazer suas próprias interpretações, foram incluídos alguns relatos das famílias e observações da pesquisadora ao longo da apresentação e análise dos dados.

3.1 Significado de saúde e adoecimento

Segundo Marriner-Tomey (1994), para Leininger, a compreensão dos processos de saúde e adoecimento, bem como os cuidados à saúde, são expressos através da linguagem, experiências, crenças e sistemas de valores de determinadas culturas, famílias ou indivíduos. A estrutura social, a religião, a política, a cultura, a economia, o parentesco são forças que afetam os padrões saúde e doença, de forma que não podemos separar o cuidado desses fatores se quisermos fazê-lo com qualidade. Os conceitos sobre os processos de saúde – adoecimento, conforme Helman (1994, p.105),

“*variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais*” e devem influenciar as práticas profissionais de atenção a saúde.

A preocupação e as conversas sobre a saúde e doença são muito frequentes. Para as famílias participantes do estudo, o significado de saúde está intimamente relacionado com o poder trabalhar: **“Até então ele era normal, fazia tudo sozinho para ele. Capinava o pátio, plantava temperinho verde, essas coisas, fazia a comidinha dele.”** Para Helman (1994), essa relação entre saúde e trabalho é comum entre as populações pobres, certamente, baseada nas necessidades econômicas de continuar trabalhando.

Na pesquisa do Conselho Estadual do Idoso, constatou-se que, entre os valores mais importantes da vida, os idosos citam a saúde. Semelhantemente, na opinião dos sujeitos do presente estudo, o que dá sentido à vida, é ter saúde e poder trabalhar. Na falta disso, é desejável a própria morte: **“... chorou muito, disse que isso era dos nervos. Diz ter fé e esperança de melhorar, mas que se isso não acontecer, pede a Deus que a leve.”** (Conselho Estadual do Idoso, 1997).

Para Helman (1994), a explicação da causalidade das doenças faz parte das diferentes culturas. São três formas mais presentes: aquelas centradas no paciente, as oriundas no mundo social e as do mundo sobrenatural. Afirma, ainda, que tanto as pessoas leigas como profissionais de saúde, explicam a etiologia das doenças como uma interação de várias causas. Assim, dificilmente, são citadas isoladas uma da outra. Nas culturas ocidentais, é mais frequente a explicação *centrada no paciente*, o que pôde ser observada neste estudo. Assim, na opinião de algumas famílias, a origem da doença está no desgaste e no excesso de esforços ao longo da vida, que causam a debilitação: **“... era zeladora numa rodoviária, até 5 anos atrás, quando ficou assim, desse jeito; que foi o trabalho pesado que deixou ela com esses problemas.”**

Outras, entendem que o envelhecimento, ou seja, a degeneração da estrutura e funcionamento do corpo, traz consigo a possibilidade de doenças: **“Mas também, tudo isso acho que é um pouco da minha idade, não é? E deu a gostosa gargalhada!”**

Algumas famílias apontam as preocupações com os problemas e o ‘nervosismo’ como aspectos que interferem na saúde, provocando alterações: **“Não posso botar muitas coisas na cabeça ... Quando eu pego pra pensar muito numa coisa que me ataca um pouco, já me dá dor de cabeça.”**

Além da explicação centrada no paciente que, segundo Helman (1994, p.117), **“... são importantes, pois determinam se os indivíduos arcam com a responsabilidade de sua saúde...”**, percebe-se que também procuram e **“vêm a origem e cura das doenças como algo além de seu controle.”**

Entre as causas não centradas no paciente estão aquelas causadas pelo mundo social, ou seja, aquelas relacionadas à ação de terceiros, como

o mau olhado, as brigas ou, como expressou um entrevistado: “... **‘serviço’ que o outro parente lá faz ...**”

A etiologia das doenças também pode estar na *ação sobrenatural*. As famílias referem-se a essa possibilidade quando dizem que “... **muitas vezes tem um espírito ruim ... obra do diabo, do demônio ...**” Para muitas famílias, alguns diagnósticos são confusos e incertos. Diante do inexplicado e desconhecido, acabam por buscar formas próprias de explicar a sua doença.

Especialmente nas situações em que a doença é atribuída à ação sobrenatural, Helman (1994, p.121) observou que determinados grupos compreendem que “*nenhum remédio caseiro ou médico seriam úteis para tratar*”. Para alguns sujeitos desta investigação, a cura também é obra do mundo sobrenatural da ação de Deus, de Jesus: “**Porque tem enfermidade que não é preciso ir ao médico doutor, porque ele (Jesus) é doutor ...**”

Assim, diante da doença, a primeira atitude é clamar por auxílio divino. Em uma das visitas a uma família, quando foi encontrada uma idosa muito mal “**chamou atenção que todas as bíblias da casa estavam abertas. Haviam feito orações e lido trechos bíblicos para pedir o alívio da dor e a cura.**”

A crença na cura divina, nos poderes sobrenaturais, com a intermediação de pessoas, é identificada por Helman (1994) como uma alternativa informal de assistência à saúde. O autor afirma que essa e outras alternativas informais, como o uso de ervas e receitas caseiras, são as mais utilizadas entre pessoas ligadas uma a outra, por parentesco ou associações religiosas.

Entre as famílias desta investigação, também, o uso de infusões com ervas é muito comum. Utilizam os conhecimentos repassados pelas mães, avós e tias. Fazem o primeiro diagnóstico e tratam as doenças com esses recursos, normalmente, colhidos na própria horta, ou nas vizinhas.

Alvim (1997), ao citar a importância do saber popular nas práticas de cuidado à saúde, ressalta que a aproximação às mesmas, pelos profissionais, aumenta a possibilidade de confiança da população. Essa, aliada a estudos científicos, permitirá a discussão, numa atitude de troca, da eficácia, como também de efeitos neutros ou nocivos que possam advir de sua utilização. Refere-se, ainda, ao sentido religioso e mágico intrínseco nessas práticas. Comenta ser fundamental a atitude de compreensão desse fator, em seu contexto.

Assim, retornando à cura pela oração, um aspecto que chama atenção e tem o seu valor, é o significado que alguns idosos dão à oração como “ocupação”, ou como dizem, “missão”. Percebe-se que isso lhes traz um sentimento de importância, de participação e garante um vínculo comunitário extraordinário.

Outro aspecto a ser considerado é o valor da religiosidade ou da

transcendência em si. A esperança e a confiança em Deus, o conforto que encontram na oração e na presença dos “irmãos”, sem dúvida, dá-lhes condições emocionais e espirituais para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. Expressam isso quando falam que conviver com limitações causadas por doenças é algo difícil e exige buscar forças: **“... no começo eu não aceitava de maneira nenhuma, me sentia ... Ah, só Deus mesmo pra me dar força pra mim agüentar. Porque nos primeiros dias que me deu, que eu fiquei sem a visão, eu não sei nem como, ... eu fiquei tão abatida, tão triste ...”**

Estas formas e tantas outras manifestações de fé e religiosidade deveriam ser respeitadas na prática dos profissionais na área da saúde. Mesmo quando não crendo em Deus ou Ser superior, ou mesmo quando a expressão de fé for totalmente contrária a da família ou do indivíduo, tem-se o dever ético de respeitá-la.

No entanto, percebe-se que entre as famílias empobrecidas a “alternativa informal” acima abordada é, muitas vezes, a única alternativa, já que o acesso à assistência profissional é difícil ou quase impossível em algumas situações. Suas práticas de cuidado tornam-se não uma opção, mas a única saída. Assim, o que preocupa e chama atenção, nas falas e expressões das famílias, é o fato de, através de sua crença, justificarem as falhas do sistema de saúde e anularem o próprio direito à saúde e cidadania. Parece ser uma forma de sobreviver à exclusão.

Diante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e demais recursos sociais, esperam chegar à assistência orando. Se a recebem, enxergam como graça divina e não como um direito do cidadão: **“Mas que agora, estão orando muito, para ela também poder fazer alguma coisa. Parece que foi Deus que te mandou pra nós.”**

Quando encontram dificuldades para a continuidade de tratamentos, seja por falta da medicação, seja por falta de acompanhamento ou orientação, resolvem **“entregar nas mãos de Deus ...”**

Por sua vez, quando incluídos no sistema formal, deparam-se com um sistema que ignora sua condição, seu contexto, seu saber e a influência de fatores sociais, econômicos e políticos na saúde individual e coletiva. Assim, influenciados pelo paradigma médico contemporâneo, colocam sua esperança nos tratamentos médicos e nos medicamentos, demonstrando sua concepção de que a cura está relacionada com a medicalização.

3.2 Significado de família

A família, para alguns sujeitos, é o centro da vida. Mais que isso, é a própria vida, como expressa um jovem entrevistado: **“Família pra mim significa vida, que se a gente não tem família não tem vida ...”** O significado de família para esses sujeitos está vinculado à sua função de

proteção e cuidado: **“... pra mim família significa um ajudando os outros ... É pra ajudar a gente, quando a gente precisa.”**

Minuchin; Lolapinto e Minuchin (1999) chamam atenção de que, nas instituições sociais, a afeição e os vínculos entre as famílias pobres são ignorados e podem parecer caóticas pelo fato de que os serviços os atendem de forma dissociada, tomando decisões que desconsideram a sua estrutura, seu potencial de proteção ou necessidades de apoio. O que se percebe, no entanto, é que as famílias vivenciam e valorizam os vínculos afetivos. Sarti (1995, p.131-132) infere que para os pobres urbanos *“a família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sobrevivência material e espiritual, mas constitui um valor fundamental (...)”*. Na busca por compreender o universo simbólico de famílias pobres, percebe que *“pensam seu lugar no mundo a partir de uma lógica de reciprocidade (...) em que o que conta decisivamente é a solidariedade dos laços de parentesco e de vizinhança com os quais viabilizam sua existência.”*

Os sujeitos enfatizam o aspecto do afeto afirmando que esse define quem é parte da família: **“Aqueles que nos ajudam, ou nos dão amor, é nossa família. Nossa família.”** Essa percepção é trabalhada por Boyd (1990), ao afirmar que a família é um sistema social composto de dois ou mais indivíduos, com um forte compromisso emocional e que vivem dentro de um lugar comum. É preciso ter em mente que a estrutura da família, assim como a sua conceituação, está relacionada ao contexto histórico-social. Conforme Althoff (1996, p.35), as famílias seguem *“um modelo padronizado de convivência ou de acordo com o modo como os indivíduos percebem a realidade e se mantêm para sobreviver.”*

Quanto à estrutura e organização das famílias ressaltamos a importância de nos despirmos *“da rigidez das fórmulas e sem olhos preconceituosos”*, vendo *“as famílias como elas são, e não como deveriam ser, segundo modelos que são abstratos, pois são históricos e presos às diferentes perspectivas das classes sociais.”* (Mello, 1995, p.57)

Por considerarem a família como lugar de proteção, entendem que o melhor lugar para o cuidado ao idoso fragilizado é na família, em **“casa, o melhor lugar dele é em casa.”** Essa perspectiva está relacionada, entre outras, à noção de que a família é a instituição mediadora principal entre o indivíduo e sua realidade circundante (Ayéndez, 1994).

3.3 Significado da velhice

Ao contrário do que se poderia imaginar em função da dependência que vivenciam no dia-a-dia, o significado que estas famílias dão à velhice está relacionado à sua **“... experiência da vida. Muita experiência da vida, que a gente não sabe se vai chegar nessa idade, a gente espera que sim, mas não se sabe a nossa geração ...”**

Os mais jovens lembram que essa experiência permite que se aprenda, com os mais velhos. Os idosos, na visão dessas pessoas, devem ser respeitados na sua maneira de pensar.

Para alguns tanto os familiares como os próprios idosos têm a imagem de que viver muito faz “... **uma pessoa feliz ...**” e disposta a compartilhar sua experiência.

O conceito do idoso não só como receptor, mas também como provedor da assistência é abordada por Ayéndez (1994). Ou seja, são pessoas que, na família, além de protegidos, continuam desempenhando a função de proteção e cuidado: “... **na verdade eu tô aqui pra ajudar. E também ... eu cuido deles e eles cuidam de mim, e assim a gente vai vivendo.**”

O significado da velhice é expresso, por algumas famílias, como dependente da inserção socioeconômica do idoso. A situação do idoso empobrecido “... **é difícil, é difícil. ... o idoso carente é muito difícil pra família.**”

Essa condição acaba tornando a velhice uma fase de vida infeliz e sofrida. Entendem que ele é discriminado e resta-lhe sobreviver, muitas vezes, em condições subumanas e sem dignidade. “... **a sociedade, o governo faz muito pouco pelo idoso, ou quase nada ... Porque trabalha uma vida inteira, pra no final, que nem esses homens ganhar 136 reais. É um absurdo. Se a gente vai comentar, nem sei. É muito difícil.**”

3.4 Significado de cuidar de membro idoso fragilizado

A relação de cuidado que se dá entre as famílias e seus idosos acontece com base no significado da família e da velhice.

Para todas as famílias envolvidas neste estudo, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, cuidar de seu idoso fragilizado significa uma missão e muito importante. “**Eu acho o máximo. Vou ser bem sincera. Se disserem pra mim, mas ah, coitada. Aí eu digo: Não tem coitada. Pra mim é uma bênção que Deus me deu pra cuidar do meu pai. Acho que é a única pessoa com quem tenho que me preocupar ... então acho que é uma alternativa certa que eu tenho que fazer.**”

Todas referem sentimentos de gratidão e sentem-se felizes por poderem fazer isso pelos seus idosos. “**E eu me sinto orgulhosos em poder ajudar uma pessoa assim**”. “**Muitas pessoas não fazem isso. Muitos deixam pra lá, abandonam, caem fora. Para mim é uma grande gratificação.**”

A responsabilidade que os filhos têm para com seus pais, segundo Ayéndez (1994), está fundamentada na perspectiva de uma reciprocidade esperada, que se manifesta na retribuição pelo cuidado recebido na infância e no amor filial. Cuidar do idoso, assim, é uma forma de expressar o amor que sentem por eles: “**Olha, eu acho assim, que pai e mãe é um só que a gente tem. Eu cuido do meu pai porque eu tenho muito amor nele.**”

Em todas essas falas acerca do significado de cuidar do familiar idoso está permeado o “*conceito de troca entre gerações*”, citado no estudo de Elsen et al. (1988/89, p.81). O comprometimento que entendem que deva existir entre as gerações é evidenciado e fortalecido por suas crenças em recompensa futura, que não deixam de ser “*trocas*”: **“Porque eu sei que quando eu tiver a minha família, tiver bem velhinho, vai sempre ter alguém pra me ajudar.”**

Essa certeza mantém a família perseverante no cuidar: **“Fazer por ele. Fazer por eles porque o cara não sabe o dia de amanhã. O que pode acontecer pro cara amanhã, também. Acho que fazer por eles o bem, não o mal.”**

Mas antes de tudo, é um compromisso das gerações mais novas em relação à geração idosa. **“... que a gente não deve esperar recompensa em troca. A gente deve dar uma ajuda espontânea, de boa vontade. E eu acho que o que eles mais precisam é isso mesmo, dedicação e carinho.”**

Assim, assumir o cuidado de um idoso na família significa um aprendizado e ensaio contínuo da solidariedade. Um jovem de 18 anos refere que, ao cuidar de seus avós e bisavó, aprende: **“... a compartilhar, ajudar, solidariedade. Isso aí é muito bom.”**

No sentido do compromisso, expressam que, por um lado: **“... se todos os filhos cuidassem o pouco que fosse dos seus pais e suas mães, os velhinhos não iam sofrer tanto quanto estão sofrendo. Que tem velhos que sofrem, que ficam abandonados pelos filhos.”**

Por outro lado, reconhecem que isto nem sempre é possível, em vista das diferentes circunstâncias que as famílias enfrentam: **“nem todo familiar consegue. Quando a gente vai nessas geriatrias, a gente vê.”** Passar a responsabilidade do cuidado ao idoso para uma instituição é visto como última opção por algumas famílias. **“... mas seria a última alternativa. Mas eu acho que tem casas, tem asilos que são bons, mas seria a última hipótese ...”**

A preocupação em institucionalizar está na qualidade do cuidado nas casas que estariam ao seu alcance em termos financeiros: **“A minha opção seria colocar ele numa geriatria pobre, que o dinheiro dele não paga outra coisa. Mas é muito triste aquilo ali. Uma podridão, uma sujeira, os acamados em cima da cama essa finura, fedor de mijo, de merda, falta de higiene.”**

E, nesse sentido, por medo de que o familiar não seja bem cuidado, algumas expressam que iriam sentir-se **“... talvez pior do que agora né, porque eu me acostumei a cuidar dele. Se eu colocar ele lá, eu acho que não vou conseguir dormir de noite pensando: será que tão cuidando do meu pai? O que será que tão fazendo? Que nem o que eu faço eu penso assim, será que eles vão cuidar igual ...?”**

Ao mesmo tempo em que alguns reconhecem a necessidade de instituições gerontológicas, outros mostram-se radicais e não aceitam a insti-

tucionalização, nem dos outros e, muito menos, dos próprios idosos: “... ***eu acho errado isso aí. Porque um tem que ajudar o outro e tem que ter paciência acima de tudo. Não é só porque é idoso que vai colocar o seu pai ou parente num asilo.***”

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das concepções de famílias de classe popular que cuidam de pessoa idosa no domicílio, pode proporcionar uma maior compreensão das reações das pessoas frente ao *continuum* saúde-adoecimento, bem como do valor dos vínculos familiares, do envelhecimento e do cuidado ao idoso neste contexto. A compreensão destes significados é imprescindível no planejamento do cuidado de enfermagem domiciliar. Considerar as pessoas a partir de seus valores culturais, além de garantir um cuidado mais humanizado, possibilita maior eficácia e minimização dos fatores incapacitantes que aumentam a fragilidade.

A aproximação e compreensão das práticas “populares” de cuidado à saúde, numa atitude de troca de saberes, é um grande desafio e é fundamental na relação entre famílias e enfermeiro. Abre-se a possibilidade a uma relação de maior confiança e menos onipotência do profissional de saúde. Mas o uso das práticas citadas traz consigo também a denúncia de incompetência do sistema de saúde pois, em muitos momentos, estas alternativas constituem-se, como única opção frente à exclusão e inacessibilidade aos serviços profissionais. Há que se estar atento, evitando atuar ingenuamente, reforçando o distanciamento entre a população e os recursos a que tem direito.

A família e os vínculos afetivos têm significado central na vida destas pessoas. Em vista de conceitos preconcebidos e o desconhecimento sobre a família de classe popular, os profissionais nem sempre as percebem a partir das relações de afeto, nem valorizam estes laços. Atitudes desumanizantes nos serviços de saúde certamente são evidências desse fato. Além disso as equipes de saúde correm o risco de, seguidamente, cuidarem do indivíduo e não da família.

O cuidado ao familiar idoso é visto como bênção e sentem-se felizes por poder realizá-lo. Para estas famílias, a institucionalização dos idosos não é desejável, ou consideram-na como última opção. Essa posição indica, no mínimo, para dois aspectos. De um lado o compromisso da enfermeira em contribuir na implantação e desenvolvimento de práticas de cuidado domiciliar no contexto do sistema de saúde, respondendo ao desejo de manter a pessoa junto à família. De outro, a necessidade de qualificação de instituições que possam abrigar e assistir idosos deste extrato social, considerando as dificuldades reais que muitas famílias têm, em manter o cuidado no domicílio, mesmo que este seja seu desejo.

ABSTRACT

This research has a quality input that aims to reveal the concepts of popular class families caregivers of frail elderly people at their home, concerning the aspects that involve the meaning of care taking to the frail elderly in the family context. The methodology used is a case study of the ethnological kind. The data were collected by means of participant observation and interview with four families. Through the data analysis four themes related to the families conceptions were identified: the meaning of health – sicken, the meaning of family, the meaning of old age, the meaning of taking care of a frail elderly family member.

KEY WORDS: *popular class family, family care, elderly, frail elderly, nursing home*

RESUMEN

Se trata de una investigación de carácter calitativo que tiene como metas desvelar las concepciones de familias de clase popular, cuidadoras de persona anciana debilitada en su domicilio, en lo que dice respecto a aspectos que envuelven el significado del cuidado al anciano debilitado en el contexto familiar. El estudio de caso del tipo etnográfico es la metodología utilizada. Los instrumentos utilizados para la colecta de los datos son la observación participante y la entrevista con cuatro familias. Del tratamiento de los datos, a través del análisis del contenido, fueron identificados cuatro temas relacionados a las concepciones de las familias: significado de salud-enfermedad, significado de familia, significado de vejez, significado de cuidar de miembro anciano debilitado.

DESCRIPTORES: *familia de clase popular, cuidador familiar, anciano, anciano débil, cuidado de enfermería domiciliar.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALTHOFF, C. R. Dimensionando o espaço da família, no âmbito do público e do privado. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.1, n.2, p.35-38, jul./dez. 1996,.
- 2 ALVIM, N. T. *A enfermagem e as práticas naturais de saúde*. Rio de Janeiro: Graffline, 1997.
- 3 AYÉNDEZ, M. S. El apoyo social informal. In: PEREZ, Elias et al. *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n. 546, 1994, p. 361-368.
- 4 BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977. 225 p.
- 5 BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, 5, 1996, Brasília. *Anais*. Brasília: MPAS, SAS, 1996, p. 16-34.

- 6 BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares. In RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Org.) *Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995, p. 43-61.
- 7 BOYD, S. Base Conceptual para la intervencion de enfermeria com las familias. In: HALL, J.; WEAVER, B. (org.) *Enfermeria en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistemas*. Washington: OPAS, 1990.
- 8 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos (resolução 196/96). *Diário Oficial da União*, Brasília, 16/10/9, :p.21082-21085.
- 9 CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa*. Porto Alegre: CEI, 1997. 124 p.
- 10 CANÇADO, F. (cord.) *Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte: Coopmed Health Ltda, 1994. 420 p.
- 11 ELSÉN, I.; SANTOS, L. L.; GONÇALVES, L. L. H. C. Significado do envelhecimento e da saúde para o idoso. *Revista Ciências da Saúde*. Florianópolis, v. 7/8, n.1/2, p. 71-85, 1988/1989.
- 12 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo demográfico 1991*. Rio de Janeiro, IBGE, 1994.
- 13 GALINSKI, D. Equipo multi-interdisciplinario. In PEREZ, E. et al. *La atención de los ancianos: um desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n. 546, 1994, p. 343 – 351.
- 14 GONÇALVES, L.; SILVA, Y. F.; PFEIFFER, S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.1, n.2, p.39-47, jul./dez. 1996.
- 15 HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 16 KARSCH, U. M. (org.) *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998. 246p.
- 17 LEININGER, M. *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
- 18 LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- 19 MARRINER-TOMEY, A. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994.
- 20 MELLO, S. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. do C. (Org.) *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC, 1995, p.51-60.
- 21 MINUCHIN, P.; LOLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 230 p.
- 22 MORAES, R. Análise de Conteúdo: limites e possibilidades. In: ENGERS, M.E. (org.) *Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.
- 23 SANTOS, B. R. L. et al. O domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998. Salvador. *Anais*, Brasília: ABEN, 1999, p.121-132.
- 24 SARTI, C. A. O valor da família para os pobres. In RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Org.) *Família em processos contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995, p. 131-150.

Endereço da autora: Marion Creutzberg
 Author's address: Rua Ari Marinho 33 / 309 – Higienópolis
 90520-300 Porto Alegre – RS
 E-mail: marionc@pucrs.br