

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

THAIS STEFANNE COSTA DE ALMEIDA

**Representações Sociais de cuidadoras informais de idosos
sobre Qualidade de Vida**

SÃO LUÍS
2014

THAIS STEFANNE COSTA DE ALMEIDA

Representações Sociais de cuidadoras informais de idosos sobre Qualidade de Vida

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

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof^a Dr^a Lena Maria Barros Fonseca

SÃO LUÍS

2014

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

Almeida, Thais Stefanne Costa de

Representações Sociais de cuidadoras informais de idosos sobre qualidade de vida. – São Luís, 2014.

89 f. : il.

Impresso por computador (Fotocópia)
Orientadora: Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, Pós Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Cuidadores de idosos - enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Representações sociais. I. Título.

CDU 614. 5:616-053.9

ALMEIDA, T. S. C. **Representações Sociais de cuidadoras informais de idosos sobre qualidade de vida**. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

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

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Lena Maria Barros Fonseca - Orientador
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Márcia Antonia Piedade Araújo – 1^o Membro
Doutora em Psicologia Social
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Ana Hélia de Lima Sardinha – 2^o Membro
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Nair Portela Silva Coutinho
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

Prof^a. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Doutora Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplemente

*Dedico este trabalho ao meu glorioso Deus, à
minha família, irmãos na fé e amigos pelo
incentivo, amor, companheirismo e orações
incessantes e indispensáveis em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu verdadeiro Mestre, minha fonte inspiradora, meu protetor, meu refúgio, guia e fortaleza, o grande motivador, provedor, consolador e salvador. A Ti seja sempre minha honra, obediência, gratidão e amor ágape.

Aos meus pais, Maria do Carmo Costa de Almeida e João Pires de Almeida, pelo amor, dedicação e incentivo, pelo sustento material e espiritual e por acreditarem em meus sonhos, tornando-os cada dia mais real. Vocês são meus maiores exemplos de vida, perseverança, honestidade e determinação, pois me ensinaram que, acima de todo ouro e riqueza material, existe uma riqueza inestimável, que é a Fé em Deus, no amor, na família, a gratidão, o respeito e a generosidade. Obrigada Deus, vocês fizeram valer a pena cada momento de dificuldades e é por esse amor que dedico minhas vitórias.

Ao meu irmão, João Junior, pelas palavras objetivas de motivação (risos), você é meu grande exemplo de carinho, solidariedade e respeito.

A Nilton Amaral meu amigo, companheiro e adorável presença em todos os momentos, você é uma das maiores fontes de incentivo, nessa árdua caminhada.

Aos colegas de trabalho que sempre demonstraram respeito e valorização pela iniciativa de buscar a qualificação profissional por meio do mestrado acadêmico.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) pela oportunidade e disponibilidade de ferramentas científicas e metodológicas para a realização deste mestrado.

Ao Centro de Saúde da Liberdade, em especial, à gestora Gabriela Diniz e às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) Maria José, Maria de Jesus e Isaura, obrigada pelo apoio e disponibilidade.

À Prof^ª. Dr^ª. Lena Maria Fonseca Barros, pela orientação segura, apoio, compreensão e contribuição constantes durante essa árdua trajetória de construção deste trabalho.

Aos Professores do Programa de pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico e ao programa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio e contribuição.

Às bolsistas da Pós-Graduação em Enfermagem, de modo especial a Jessyca Diniz Costa Nunes, pela atenção e disponibilidade.

À professora Dr^ª Ana Hélia de Lima Sardinha, pela força nessa trajetória. A você, quero dedicar minha profunda amizade e respeito pela profissional competente e disponível para ajudar a todos sempre.

À ilustre professora Elizabeth Teixeira, muito querida e responsável pelo meu interesse por Representações Sociais, junto com sua aluna e agora amiga Bruna Baccas, que abraçaram esta causa. A presença de vocês foi imprescindível para a realização deste estudo.

Às cuidadoras informais de idosos que disponibilizaram alegremente parte do seu tempo para participar do estudo, sem as quais não seria possível a realização da pesquisa.

À minha turma do Mestrado de Enfermagem (MAENF), que com bom humor, carinho e união contribuiu para que este e outros trabalhos fossem realizados; dedico a cada um, meu sincero agradecimento.

À minha chefe, Joenvilly Cardinelle, fiel amiga, companheira, referência de profissional, enfermeira, mulher, esposa e cristã, pela compreensão e ajuda nos momentos de dificuldade no plantão durante a construção deste trabalho.

Às amigas Luciana Rodrigues, Karla Soares, Tatianne Viégas e Sinara Araújo; vocês são minhas fiéis companheiras, exemplo de dedicação e amor. Vocês me incentivaram e fizeram acreditar que tudo seria possível, somente pela fé e dedicação.

À Igreja Batista do Angelim (IBA), na qual eu me congrego e pela qual expresso meu sincero respeito, sobretudo aos líderes religiosos e irmãos (Tarcísia, Marciel, Isaías, Lucilene, Tânia, Lindyneia, Ronaldo, Francisco), pelo exemplo de fé e amor por vidas.

E a todos que, mesmo sem serem mencionados pelo nome, de alguma forma, apoiaram, compartilharam, acreditaram e incentivaram a construção deste trabalho, o meu muito obrigado.

Por isso não tema, pois estou com você, não tenha medo, pois sou o seu Deus; eu o fortalecerei e o ajudarei; eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa. Amém.

(Isaías 41:10)

ALMEIDA, T. S. C. Representações Sociais de cuidadoras informais de idosos sobre qualidade de vida. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

Orientadora: Lena Maria Barros Fonseca

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem

Resumo

A Qualidade de Vida (QV) é caracterizada como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, centrado em suas necessidades individuais, sociais, econômicas e a expectativa de vida dos indivíduos para viver bem e melhor. Desse modo, a Representação Social das cuidadoras informais de idosos pode sofrer a influência dos cuidados que elas prestam ao idoso. Considerando que as Representações Sociais são construções que objetivam conduzir as formações conceituais de um contexto, questiona-se: quais as Representações Sociais das cuidadoras sobre sua Qualidade de Vida? Para responder tal questionamento este estudo tem por objetivo conhecer as Representações Sociais das cuidadoras informais de idosos sobre Qualidade de Vida. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, na perspectiva da Abordagem Estrutural. Participaram do estudo, 91 cuidadoras informais de idosos assistidos no Centro de Saúde da Liberdade, no município de São Luís-MA, com idade entre 18 e 90 anos, havendo apenas uma cuidadora com 90 anos. Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, através do Teste de Evocações Livre de Palavras (TELP), com o termo indutor – “*qualidade de vida*”. Os dados foram processados no *software* EVOC2003. Os resultados mostraram evocações que foram agrupadas de acordo com grau de importância para expressar a Representação do termo Qualidade de Vida para as cuidadoras, no quadro de quatro casas - Núcleo Central: *saúde, dinheiro, alimentação e família*, concebidas como os elementos essenciais das Representações das cuidadoras; - 1ª periferia: *moradia, emprego, paz e conforto*, evocados com uma frequência menor; - zona de contraste: *disposição, dormir bem, tempo para si, assistência médica e bem-estar*, importantes para um pequeno grupo; - 2ª periferia: *tranquilidade, educação, lazer, amor e descanso*. Elementos de menor importância para as Representações das cuidadoras. Assim, foram criadas quatro categorias, para ressaltar os sentidos dados pelas Representações de Qualidade de vida, a saber: *qualidade de vida e os elementos essenciais; qualidade de vida e as necessidades sociais e de cidadania; qualidade de vida, bem-estar e saúde; qualidade de vida e os elementos de expressão de liberdade individual*. Conclui-se que, a interação com o universo das cuidadoras permitiu conhecer suas Representações Sociais sobre Qualidade de Vida e entender que na estrutura dessas representações existe uma lacuna de elementos imprescindíveis para o bom viver, de forma que a menção dos elementos demonstra a carência para a qualidade de vida da cuidadora. Observadas como necessidades ou anseios das cuidadoras pela conquista de componentes elementares para o seu bem-estar, saúde e cidadania.

Descritores: Qualidade de vida. Representações sociais. Cuidadoras de idosos.

ALMEIDA, T.S.C. Social Representations Life Quality built by Informal Caregivers of elderly. 2014. 89 f. Thesis (Mastership). Nursing Post-Graduation Program, Federal University of Maranhão, São Luís, 2014.

Abstract

The Quality of Life (QOL) is characterized as the individual's perception of their position in life, focusing on their individual, social, economic needs and life expectancy of individuals to live well and better. With this, the Social Representation of informal caregivers, may suffer the influence of care they provide to the elderly. Whereas the social representations are constructions that aim to drive the formation of a conceptual framework, the question is: what are the social representations of caregivers on their Quality of Life? To answer these questions, this study aims to understand the social representations of informal caregivers of seniors on Quality of Life. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, theoretically based Theory of Social Representations, in view of the Structural Approach. Participated in the study, 91 informal caregivers of elderly assisted at the Health Center of Liberty, in São Luis-Ma, aged between 18 and 90 years, with only one carer aged 90. Data were collected from November 2013 to February 2014, through the free evocations of words (TELP) test with the term inductor - "quality of life". The data were processed using the software EVOC2003. The results showed that evocations were grouped according to degree of importance to express the representation of the term Quality of life for caregivers in the context of four houses - Central Core: health, money, food and family, conceived as the essential elements of Representations caregivers; - 1st suburbs: housing, employment, peace and comfort, evoked at a lower frequency; - Area of contrast: layout, sleep well, time for themselves, healthcare and wellness, important for a small group; - 2nd periphery: tranquility, education, leisure, love and rest. Elements of minor importance for the representations of caregivers. Thus, four categories were created to highlight the directions given by the representations of quality of life, namely: quality of life and the essentials; quality of life and social needs and citizenship; quality of life, wellness and health; quality of life and the elements of expression of individual freedom. We conclude that the interaction with the universe of caregivers allowed to know their Social Representations on Quality of Life and the structure of these representations there is a lack of essential elements for good living, so that the mention of the elements, demonstrates the grace period for the quality of life of the caregiver. Observed as needs or desires of caregivers for the conquest of elementary components to your well-being, health and citizenship.

Keywords: Quality of life. Social representations. Caregivers of the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	-	Diferenças entre os subsistemas que estruturam as Representações Sociais	32
Quadro 2	-	Dicionário de palavras evocadas/ termo indutor QV	42
Figura 1	-	Tabela constituída pelo Corpus da Representação de QV	43
Quadro 3	-	Organização do quadro de quatro casas representado pelo <i>Software</i> EVOC	44
Quadro 4	-	Resultado do Teste de Evocação Livre de Palavras (TELP) das cuidadoras de idosos para o termo “Qualidade de Vida”	45
Quadro 5	-	Representações Sociais da qualidade de vida elaboradas por cuidadoras informais de idosos	46

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l' Analyse des Evocations
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NC	Núcleo Central
NP	Núcleo Periférico
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
RC	Representações Coletivas
RS	Representações Sociais
SEMUS	Secretaria de Saúde do Município
SP	Sistema Periférico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TELP	Teste de Evocação Livre de Palavras
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	O CUIDADOR	19
3.2	QUALIDADE DE VIDA	23
4	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: conhecendo a teoria e os seus domínios	26
4.1	PROCESSO DE FAMILIARIZAÇÃO: ancoragem e objetivação	28
4.1.1	Ancoragem	28
4.1.2	Objetivação	28
4.2	ABORDAGEM ESTRUTURAL: teoria do núcleo central das representações sociais e Sistema Periférico	30
4.2.1	Características da Teoria do Núcleo Central	30
4.2.2	Características do Sistema Periférico	30
4.2.3	Relacionando a teoria das Representações Sociais à qualidade de vida elaborada por cuidadoras	32
4.3	TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA ENFERMAGEM	33
5	O CAMINHO DO ESTUDO	35
5.1	TIPO DE ESTUDO	35
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	35
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
5.4	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	38
5.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	39
5.6	TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS	40
5.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
5.8	OPERACIONALIZANDO O SOFTWARE EVOC	41
6	CONHECENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE QUALIDADE DE VIDA	45
6.1	QUALIDADE DE VIDA E SEUS ELEMENTOS ESSENCIAIS	47

6.2	QUALIDADE DE VIDA E AS NECESSIDADES SOCIAIS E CIDADANIA	54
6.3	QUALIDADE DE VIDA COMO EXPRESSÃO DE BEM ESTAR E SAÚDE	59
6.4	QUALIDADE DE VIDA COMO EXPRESSÃO DE LIBERDADE INDIVIDUAL	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	79
	ANEXO	87

1 INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A partir dessa definição, outros conceitos foram elaborados, não diferindo da proposta inicial em manter o bem-estar e satisfação dos indivíduos, contudo, a perspectiva contemporânea é agregar valores, dimensões e princípios que fundamentam a qualidade de vida, a exemplo da capacidade funcional, o nível socioeconômico e a satisfação, construindo, assim, referenciais socialmente aceitos como padrões de qualidade de vida para o indivíduo saudável e feliz (NERI; CARVALHO, 2006).

Dessa forma, a abordagem de qualidade de vida deve ser a mais contextualizada possível e incentivar o envolvimento de variáveis pertinentes à condição humana. Panzini et al. (2011) relatam que a qualidade de vida possui íntima relação com os diversos aspectos que permeiam as relações humanas, tais como os aspectos biológicos, funcionais, sociais e psicológicos, entretanto, a dimensão saúde é destacada, para demonstrar sua influência na percepção de qualidade de vida.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), a proposta de viver mais, com saúde e conseqüentemente com maior qualidade de vida, tem sido alvo de constantes debates, sobretudo, em relação à população idosa, já que esse grupo está sofrendo notavelmente uma mudança na pirâmide etária, demonstrando um aumento demográfico significativo.

Esse fato nos permite inferir que a população idosa está vivendo cada vez mais e em faixas etárias elevadas. Dessa forma, coloca-se em pauta a seguinte questão: existe qualidade de vida aos anos acrescidos à população de idosos. Contudo, deve-se compreender que os idosos formam uma parcela da população mais susceptível às doenças crônicas, com menores níveis de letalidade, porém, com maior grau de incapacidade para o idoso.

Desse modo, a incapacidade funcional, decorrente da condição crônica e demais alterações advindas do processo de envelhecimento, leva os idosos a necessitar de outrem para auxiliá-los a suprir suas necessidades e cumprir atividades que outrora eram executadas facilmente. Desse modo, surgiu a figura do cuidador de idosos (GARBIN et al., 2010).

Esse contexto fez parte das motivações para realização deste estudo, associado a minha experiência profissional como enfermeira assistencial ao acompanhar e observar o cotidiano de cuidadores de idosos institucionalizados. A interação com aquelas cuidadoras, me fez perceber necessidades e desejos reprimidos por limitações que talvez as impossibilitassem de sustentar a sensação de positividade de sua qualidade de vida, o que involuntariamente poderia dar origem a sentimento de insatisfação e abnegação de si. Algumas características daquelas cuidadoras me fizeram optar por um estudo voltado para mulheres, quais sejam: frequentemente o cuidado era realizado por mulheres, que acompanhavam o idoso por tempo prolongado, alguns eram portadores de uma ou mais comorbidades que lhes conferia algumas ou muitas limitações, carecendo, assim, da disponibilidade de um cuidador (a) principal, diário e integral para a satisfação das necessidades básicas do objeto do cuidado.

Consistia em algum membro da família ou pessoas da comunidade que mantinham laços afetivos e/ou de gratidão com o idoso. Em geral, as cuidadoras continuavam a rotina de cuidados ao idoso no domicílio, após alta hospitalar, trazendo, para o ambiente domiciliar, suas necessidades e sentimentos adquiridos e/ou desenvolvidos, durante sua permanência no ambiente hospitalar.

Embora minha inquietação para o estudo tenha sido motivada pela observação da insatisfação e sentimento de isolamento das cuidadoras, a proposta a ser explorada não se baseia em agregar valor negativo ao cuidado, nem ao idoso, nem mesmo ao cuidador. Buscamos investigar quais os elementos que as cuidadoras consideram importantes para estabelecer a positividade em sua qualidade de vida.

Considerando tais questões, buscamos auxílio na teoria das Representações Sociais como referencial teórico, que permite interpretar e pensar sobre alguns acontecimentos da vida cotidiana a partir do conhecimento do senso comum que é compartilhado e elaborado a partir de experiências (JODELET, 2001).

Leopardi, Beck e Nietzsche (2001) apresentam uma visão mais ampliada da Representação Social, enfatizando que ela consiste em uma possibilidade de estruturação de conteúdos simbólicos, para tratar de questões relativamente incertas e subjacentes na comunicação e comportamento das pessoas, avaliadas não somente pelos repertórios lingüísticos, mas também pela observação de comportamentos, análises de decisões e documentos.

A escolha da Representação Social como referencial teórico deste estudo foi consolidada com a proposta de Moscovici (1978), que a define como o conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano através de processos de

comunicação interindividuais e através dos processos de objetivação e ancoragem, os quais contribuem para a formação das condutas e orientação das comunicações sociais.

Segundo Sá (1998), os fenômenos de representação estão “espalhados por aí”, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais, de massa e nos pensamentos individuais. Mas para um objeto social ser fenômeno de representação, deve fazer parte das práticas sociais e ter relevância para o grupo envolvido.

Desse modo, a qualidade de vida é uma construção que faz parte do dia a dia das cuidadoras, seja por meio de contato com a mídia, seja durante as palestras ofertadas pelo Centro de Saúde onde os idosos são acompanhados. Embora alguns conceitos não sejam iguais aos preconizados pela Organização Mundial da Saúde, observa-se uma interpretação próxima da realidade social, como produto de representação de qualidade de vida ancorada por diferentes elementos do cotidiano das cuidadoras.

Para Vilarta, Gutierrez e Monteiro (2010), as definições de qualidade de vida estão sendo intensamente divulgados pela mídia e bastante discutidas no meio científico, tendo grande repercussão nos meios de comunicação de massa, produto de uma melhor fundamentação teórica e metodológica a partir do aprimoramento de estudos, bem como pelas múltiplas expressões das práticas promotoras da saúde e do bem-estar das populações.

Essa interação do senso comum com as Representações Sociais é elaborada por meio de fenômenos comunicacionais, repercutindo sobre as interações e mudanças sociais, sendo a comunicação social responsável por formar as representações apoiadas nos processos cognitivos e pela edificação de condutas (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Contudo, não haverá sentido falarmos da representação de um fenômeno, sem especificar os participantes, população ou grupo de pertença nos quais as representações são construídas. Nesse sentido, considerando o presente estudo, o grupo de pertença será constituído por cuidadoras informais de idosos.

O cuidador, em linhas gerais, pode ser uma pessoa da família ou da comunidade que acompanhe o idoso e o auxilie nos cuidados pessoais. Assim, surgem os diversos tipos de cuidadores. Todavia, neste estudo, será enfatizado o cuidador informal, cujas atividades são desenvolvidas de forma predominante no domicílio do idoso, realizada principalmente por um membro da família (SANTOS; TAVARES, 2012).

Geralmente, o cuidado realizado pelo cuidador informal é feito em domicílio, o que proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e dessa

forma, reduz as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares (FLORIANI, 2010).

Esse tipo de cuidado é essencial para o idoso, considerando, que na maioria das vezes, há uma grande exigência, proporcional à sua condição de cronicidade, o que ratifica a necessidade de um cuidador (FONSECA; PENNA, 2008).

Cabe ressaltar que os cuidadores informais, alvo deste estudo, dedicam-se a cuidar de idosos que são portadores de uma ou mais comorbidades diagnosticadas, como cardiopatias, hipertensão arterial, Diabetes mellitus e Alzheimer.

Para Mcpherson et al. (2010), cuidar de idosos com maior dependência, decorrente de uma condição de cronicidade ou não, pode repercutir de forma negativa sobre a qualidade de vida dos cuidadores, levando-os a apresentar sintomas de depressão, sobrecarga física e psicológica e problemas financeiros, implicando, por conseguinte, uma menor qualidade de vida

Em meio a essas demandas, importar-se com o cuidador de idosos, implica olhar de forma humanizada para quem cuida, identificando que a atenção dispensada ao idoso pode se configurar em uma atividade desgastante, cansativa, rotineira. O que pode servir de incentivo para refletir sobre o cuidador como um indivíduo importante no processo de cuidar e carente de estratégias de cuidados (PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Para os profissionais de Saúde da Atenção Básica, de modo especial, o enfermeiro, a finalidade de conhecer as Representações Sociais de qualidade de vida do cuidador de idosos é oferecer subsídios para melhor compreensão da vida cotidiana e do contexto e características das cuidadoras, com vistas a desenvolver uma assistência mais interativa e específica, com atendimento de suas demandas de cuidado e manutenção do bem-estar e da saúde para as cuidadoras.

A isso se soma o fortalecimento da produção científica na área da Enfermagem, especificamente, na abordagem da Teoria das de qualidade de vida construída por cuidadoras informais.

Nesta perspectiva, propomo-nos a realizar este estudo e abordar como as representações emergentes dos discursos das cuidadoras poderão contribuir para o planejamento de uma assistência de enfermagem adequada à sua realidade. Dessa forma, um questionamento tornou-se pertinente na definição de nosso objeto de estudo: Quais Representações Sociais de Qualidade de Vida possuem as cuidadoras informais de idosos?

Para fundamentar este estudo e responder ao questionamento, foram elaborados quatro capítulos, a saber. No primeiro, intitulado O Cuidador, são abordados aspectos relacionados ao cuidado e ao cuidador, a partir de pesquisas centradas nas

experiências de cuidado ao idoso. No segundo, trataremos sobre a qualidade de vida, que constitui o fenômeno de representação explorado no presente estudo, onde discorreremos sobre os aspectos gerais da qualidade de vida e seu enfoque no contexto das cuidadoras de idosos. No terceiro capítulo, exploraremos a Teoria das Representações Sociais, traçando o panorama desde sua origem e consolidação como teoria, trazendo como autor principal Serge Moscovici. No quarto capítulo, teremos o encontro com as RSs de cuidadoras informais de idosos e também a apresentação dos resultados, a partir do objetivo e do caminho que foi percorrido com a metodologia de estudo, encerrando com as considerações mais relevantes que o estudo nos proporcionou.

2 OBJETIVO

Conhecer as Representações Sociais das cuidadoras informais de idosos sobre qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O CUIDADOR

O cuidador é o maior conhecedor das necessidades do idoso, é o grande depositário das orientações sobre a saúde deste, tornando-se o responsável pelo doente, constituindo um elo entre o idoso, a família e a sociedade (LACERDA, 2010).

Do nascimento à morte, ser cuidado... cuidar-se... cuidar sucedem-se não se justapondo, mas sobrepondo-se (COLLIÈRE, 2003).

Cuidar é a essência do ser, indispensável para o desenvolvimento e existência humana. Pode ser encontrado na origem de todas as culturas, tratando-se de uma atitude que possibilita a sobrevivência e geração das crenças e modos de organização social. (WALDOW; BORGES, 2011).

Na perspectiva religiosa, cuidar é traduzido como o resgate da comunhão com Deus, o criador, citado nas escrituras, primeiramente, nas atividades dos pastores ao apascentar seus rebanhos, motivados por um sentimento de confiança, amor, caridade e responsabilidade (COSTI, 2008).

Todavia, no campo filosófico, o termo cuidar pressupõe o relacionamento do homem com a sua essência de maneira que o produto dessa interação reflita nas suas relações com os outros (WALDOW; BORGES, 2011).

Cada pessoa dá ao cuidar um sentido próprio, que é elaborado a partir das conotações usuais do cuidar: cuidar como prestar socorro, ajudar, acolher, velar, educar, preocupar-se com o bem-estar e satisfação das necessidades do outro.

Assim, cuidar diz respeito à preocupação com aquilo de que os homens têm necessidade para viver, ou seja, para existir na sua humanidade. O resultado esperado da ação cuidadora é a sobrevivência com maior bem-estar possível (HESBEEN; PEREIRA; HONORÉ, 2000).

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que abrange diferentes definições, explora várias perspectivas, apresentando múltiplas vertentes nas quais engloba a face relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica (RICARTE, 2009).

Hoje, o ato de cuidar compõe as responsabilidades de alguns profissionais, estimulando as pessoas a praticarem o cuidado constantemente a outrem. A profissão centrada no cuidado pode transmitir tanto a ideia de maior dedicação, empenho e qualidade, assim como, paradoxalmente, também pode remeter ao desprovimento do rigor científico,

na produção do conhecimento, dando um caráter amplo e vago às práticas profissionais (COSTI, 2008).

No campo da Enfermagem, o uso do termo cuidar é pertinente, pois ele transforma a expressão em um ato, em objeto, em uma estratégia e, desse modo, elabora-se como ciência, baseando-se em valores humanitários e sentimentais. Traz consigo a ideia de amplitude e integralidade da assistência, comportando tanto as dimensões objetivas de técnicas e do conhecimento, quanto a sensibilidade para com o próximo a fim de manter o bem-estar e conforto do indivíduo (HESBEEN; PEREIRA; HONORÉ, 2000).

Sendo assim, o cuidado como ato de cuidar pode ser prestado ao adulto, ao jovem ou idoso portador de alguma incapacidade física ou mental, temporária ou permanente e/ou com patologia. O cuidado, nesse sentido, é realizado a partir de objetivos estabelecidos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura e lazer da pessoa cuidada.

O cuidado pressupõe um cuidador, sendo, no contexto deste estudo, focado o cuidador de idosos. E tomando por base as mudanças no perfil demográfico da população brasileira com o elevado aumento de idosos com idades cada vez mais avançadas, surgem questões que desafiam a saúde pública no País, exigindo, portanto, o reforço das políticas de atenção ao idoso e o estímulo ao cuidado especial (FREITAS et al., 2011).

É importante ressaltar o processo de envelhecimento, pois, o envelhecer pode conduzir à perda da capacidade física e mental, aparecimento das doenças crônicas, limitação no nível econômico e biológico e outras debilidades físicas, que levam o idoso à dependência, vulnerabilidade e carência de cuidados (COLOMÉ et al., 2011).

Assim, a literatura atual ao referir-se ao cuidador, predominantemente, reporta-se ao cuidador de idosos, fato decorrente da grande demanda dessa fase da vida. Segundo Santos e Tavares (2012), o cuidador de idosos pode ser uma pessoa da família ou da comunidade que o acompanhe e o auxilie nos cuidados pessoais.

Identificados também como cuidador, o membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício de suas atividades cotidianas de alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina e acompanhamento aos serviços de saúde (COLOMÉ et al., 2011).

Diante disso, surge a necessidade de classificar os tipos de cuidadores como: domiciliar, informal, formal e profissional. Essa denominação funciona sob diferentes limites e motivações, contudo, são quatro os tipos de cuidadores que mais possuem influência no cotidiano de cuidado ao idoso (MELLO et al., 2008). Quais sejam:

- a) Cuidador Domiciliar: É o cuidador de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva. Pode ser desde um parente, que assume o

papel, a partir de relações familiares até um profissional especialmente treinado para tal fim.

- b) Cuidador Informal: Podem ser membros da família, amigos, vizinhos, que não possuem formação profissional, mas se disponibilizam a cuidar do idoso como voluntário, sendo a forma mais frequente encontrada junto à assistência aos idosos no Brasil.
- c) Cuidador Formal: São remunerados pelo serviço prestado à pessoa cuidada. Este tipo de cuidado envolve ações prestadas por uma rede de serviços de saúde pública e privada de atendimento do idoso, na institucionalização, podendo atuar também, no domicílio, quando se exige uma maior complexidade e demanda de cuidados.
- d) Cuidador Profissional: É desempenhada por profissionais habilitados. São incluídos os cuidados em enfermaria, o cuidado em domicílio, serviços voluntários, clubes e centros de cuidado diurno. Esse tipo de cuidador pode trabalhar com um grande grupo de pessoas e com uma variada capacidade de recursos.

Esses cuidadores podem prestar assistência ao idoso em domicílio, cercado pelos laços afetivos de familiares e entes queridos, bem como no âmbito institucional, regulamentada por relações objetivas e contratuais, prestando cuidados adequados às necessidades do idoso, assim como servindo-lhe de companhia.

Um tipo de cuidado que vem sendo incentivado é o cuidado em domicílio, que parte da problemática que desafia o sistema de saúde, como a falta de estrutura para assistir os idosos, ocasionando a sobrecarga e queda na qualidade da assistência. Além dos altos custos econômicos gerados nas institucionalizações (COLOMÉ et al., 2011).

Os cuidados para as pessoas idosas apareceram nos países nórdicos ainda na década de 1950. Em 1995-1996, 11% dos idosos com mais de 65 anos da Suécia e 23% da Dinamarca eram atendidos nos domicílios (BATISTA et al., 2008).

No Brasil permanece a tradição de cuidar dos idosos em domicílio, pois nessa sociedade a cultura é fortemente pautada na corresponsabilidade entre os membros da família (FREITAS et al., 2011).

Para Andrade et al. (2009), o cuidador domiciliar pode ser impulsionado pelos valores familiares, sentimento de amor e gratidão ou como retribuição ao cuidado prestado outrora, ou por situações, como estado civil, a situação de desemprego ou reforma e sentimento de obrigação.

Nardi, Miguel e Figueira (2010) destacam que as motivações para cuidar do idoso estão relacionadas à dependência financeira, à tradição familiar, respeito, sentimentos

de gratidão, fonte de sustento ou simples aversão ao processo de institucionalização do idoso.

As demandas de cuidado requerem dos seus cuidadores algumas características, tais como: disposição, paciência, atenção e capacidade de entendimento sendo elementos importantes para o cuidado e pré-requisito para qualquer cuidador, independente do nível de escolaridade, qualificação, habilidade, remuneração ou disponibilidade (MARQUES et al., 2011).

Diante disso, a dependência de tais cuidados, de maneira prolongada e/ou de grande complexidade, torna o cuidador suscetível a desgastes em sua saúde. A sobrecarga de cuidados pode levar ao comprometimento do estado de saúde física e mental do cuidador, acarretando doenças físicas e psicossomáticas como: ansiedade, depressão e estresse, independente de o cuidador ser profissional ou informal, domiciliar ou institucional, familiar ou não (GAIOLE; FUGERATO; SANTOS, 2012).

Estudos realizados por Fernandes e Garcia (2009) mencionam que as inúmeras alterações encontradas nos cuidadores de idosos dependentes são do estado físico com o desenvolvimento de doenças, sintomas psicossomáticos, como: o agravamento de doenças prévias, alterações de origem emocional como depressão, ansiedade, baixa autoestima, culpa, ressentimento, pesar, irritabilidade emocional, fadiga, distúrbios do sono, déficit de lazer, uso de medicação e fumo.

Tais situações certamente comprometem a qualidade de vida das cuidadoras informais de idosos.

Além das dificuldades enfrentadas pelas cuidadoras, independente de sua procedência, estudos mostram que o cuidador informal apresenta maior limitação na oferta de cuidados, haja vista que se trata, muitas vezes, de uma pessoa leiga e que necessita ser apoiada e qualificada por um profissional que possa orientá-la a incorporar estratégias utilizadas por profissionais para lidar com as situações estressoras, decorrentes do cuidado prestado ao idoso dependente (FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012).

Para apoiar as cuidadoras informais de idosos, destaca-se o profissional enfermeiro, de modo particular, o integrante do Estratégia Saúde da Família (ESF). Este, ao aproximar-se do contexto do idoso, interage com o cuidador, aliviando o fardo e contribuindo para um melhor planejamento da assistência, no sentido de orientá-lo para uma atuação de maneira preventiva com foco na satisfação das necessidades fisiológicas, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida para o idoso e para a cuidadora, por meio da autonomia do idoso, estimulando os seus sentidos e permitindo sua interação social (FREITAS et al., 2011).

A quebra de paradigma está em olhar para o cuidador como um elemento fundamental diante das mudanças demográficas atuais, já que quanto maior for a população

de idosos, mais cuidadores existirão, e maior será a demanda por cuidados, demonstrando, assim, a grande importância do cuidador à proporção que aumentam a dependência e complexidade dos cuidados (COSTI, 2008).

Dessa forma, é imprescindível que a Enfermagem acolha o cuidador e o oriente a desenvolver um pensamento que valorize a si próprio e suas práticas, abrangendo os benefícios dessa assistência e sua importância para o idoso, no que se refere à sua companhia e cuidado. Dessa maneira, o cuidador se sentirá seguro e apreciará o processo de envelhecer com mais compreensão. Assim, os sentimentos de positividade, gratidão, empatia e compreensão traduzem-se em melhor qualidade de assistência para o idoso e conseqüente melhora na autoestima e qualidade de vida do cuidador (CRUZ et al., 2010).

É preciso estimulá-lo a cuidar de si para que possa cuidar dos demais, pois um cuidador bem cuidado saberá cuidar melhor (COSTI, 2008).

3.2 QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida (QV) surgiu inicialmente no campo das ciências sociais, filosóficas e políticas, sendo mencionado pela primeira vez, em 1920, por Pigou, referindo-se à economia e bem-estar. Nessa ocasião, a discussão era sobre a influência positiva do governo na vida das pessoas pobres, fazendo uma relação com o orçamento do Estado (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Anos mais tarde, Lyndon Johnson retoma a expressão qualidade de vida, usando-a como uma forma de referir-se ao progresso econômico. Assim, Johnson afirma que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, todavia, pela qualidade de vida proporcionada às pessoas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Devido às suas raízes na economia, o termo qualidade de vida faz referência ao sucesso, bom padrão de vida, bens materiais e bens adquiridos, variáveis que representavam a QV no contexto vigente da época. Dessa forma, a evolução dos padrões de qualidade de vida tornou-se um indicativo de desenvolvimento econômico sem limites (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Ao longo dos anos, elementos como crescimento econômico, desenvolvimento social, educação, saúde e lazer passaram a fazer parte do termo QV. A associação entre componentes subjetivos e objetivos, na construção dos significados, torna difícil a delimitação dos domínios que compõem esse constructo, pois as dificuldades encontradas

são relativas às constantes mudanças na percepção da qualidade de vida de cada indivíduo (AGUIAR et al., 2008).

Nahas (2010) acrescenta em seus estudos que as características dinâmicas do conceito de QV permitem sua variação conforme a perspectiva e objetivos nos quais são analisados, contudo, ainda tendem a mudanças conforme a trajetória e as experiências vividas.

Para se desenvolver um conceito de QV, deve-se abranger grupos de significados, pois eles refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Atualmente, os conceitos são variados, podendo ser produto da aplicação de alguns instrumentos que, por sua vez, podem ser genéricos, porém, em sua predominância referem-se a alguns aspectos específicos ou a características dos indivíduos, tais como: idade, patologia, sexo, raça, entre outras, possibilitando a elaboração de um instrumento direcionado e, portanto, mais adequado para avaliação do grupo em estudo (ALVES, 2011).

Assim, a qualidade de vida passa a envolver muitas possibilidades conceituais e variáveis relacionadas aos aspectos psicológicos, saúde, vulnerabilidade, interação social, espiritualidade e outros elementos peculiares ao objeto em estudo (PANZINI et al., 2011).

Ricarte (2009) destaca que a qualidade de vida também pode envolver um ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e sensação de bem-estar, bem como relaciona as perspectivas futuras e a satisfação do paciente com seu tratamento, seus resultados e seu estado de saúde.

Para os profissionais da saúde, a promoção da qualidade de vida não compõe um elemento da grade curricular de formação, mas traz implicações no resultado desejado, da assistência prestada (QUEIROZ, 2012).

Com o objetivo de operacionalizar esse conceito, foram desenvolvidas medidas e instrumentos para mensurar a QV. Tais instrumentos visam aferir parâmetros diversos, podendo ser desde a apreensão do impacto que as intervenções de cuidados à saúde ocasionam na vida dos indivíduos até a avaliação dos efeitos do tratamento. Visam também aferir o atendimento pelos serviços de saúde no bem-estar dos clientes e/ou mensurar a relação custo-benefício da aplicação dos serviços de saúde, fornecendo subsídios para planejar melhores estratégias e intervenções de cuidados à saúde (PANZINI et al., 2011).

Os instrumentos para mensurar a qualidade de vida na saúde surgem como indicadores da promoção à saúde que abrangem as mais variadas dimensões do ser humano, sendo um instrumento eficiente na investigação em saúde, à medida que

apresenta validação dos seus domínios, pois grande parte dos instrumentos são elaborados em outros contextos e culturas (AGUIAR et al., 2008).

Assim, conhecer as variáveis que contribuem positivamente ou negativamente para a QV permite que os profissionais da saúde capacitem-se para planejar melhor a assistência e possam intervir com mais segurança e qualidade. Estratégias no campo da saúde pública enfatizam que as boas condições sociais e de saúde são fatores determinantes para a qualidade de vida e, assim, tais estratégias podem contribuir para a promoção da saúde, não somente, devido à redução dos riscos de doenças, mas sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade, tornando os instrumentos relacionados à QV de grande importância na mensuração dos impactos à saúde (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Embora não exista a plena aferição da qualidade de vida, pelo fato de ser um constructo e envolver a singularidade do ser humano, a mensuração desta é uma maneira de avaliá-la a fim de identificar as variáveis mais impactantes na percepção de qualidade de vida (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Quando essas variáveis são pertinentes à QV de pessoas que cuidam de outras, alguns fatores específicos devem ser considerados na avaliação e percepção de positividade ou negatividade.

A qualidade de vida do cuidador pode ser influenciada pela habilidade de relacionamento interpessoal, satisfação, realização pessoal, sentimento de gratidão e solidariedade (RICARTE, 2009).

Diante disso, é de extrema importância o acompanhamento frequente dos cuidadores pelos profissionais da saúde, ressaltando a equipe de Enfermagem, como suporte das relações cuidador e ser cuidado na orientação e apoio durante o processo de cuidar, para que o mesmo não se torne um fardo e sobrecarga, causando tensão física e psicológica (PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Focar no cuidador é promover a saúde, melhorar a satisfação e prevenir doenças de maneira que as consequências dessa qualidade de vida positiva tenham influência diretamente no cuidado humano (QUEIROZ, 2012).

4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: conhecendo a teoria e os seus domínios

Neste capítulo, discorreremos sobre as Representações Sociais, que é o referencial adotado como instrumento teórico que conduziu a pesquisa e fundamentou a análise e discussão dos resultados.

O campo teórico das Representações Sociais teve como marco a publicação do livro de Serge Moscovici “*La psychanalyse, son image et son public*”, na França, em 1961.

Assim, as RSs consistiriam em uma forma de conhecimento socialmente produzido e circulante nos grupos e entre os indivíduos por meio da comunicação (MOSCOVICI, 1978).

Sob essa lógica, a Representação Social foi introduzida na sociedade, estimulando a crítica e ruptura ao modelo dicotômico e tradicional impresso pelas Representações Coletivas (RC) de Durkheim sobre as Representações Sociais de Moscovici (NÓBREGA, 2001).

A proposta de Durkheim visava reunir um conjunto sistemático de elementos que tentassem explicar uma diversidade de fenômenos sociais, formando uma espécie de guarda-chuva composto por inúmeras formas de saberes, experiências e pensamentos partilhados coletivamente (crenças, mitos, ciência, religiões, opiniões). Tinha como finalidade revelar o que há de irredutível à experiência individual e que se estende no tempo e no espaço social. Todavia, embora abrangente, a proposta era genérica demais para explicar o contexto sócio cultural vigente (MOSCOVICI, 2011).

Acredita-se que a consolidação da Representação Social como teoria se deu a partir da possibilidade de compreender os fenômenos sociais, associando-os aos fatores contextuais que envolvem os indivíduos na sociedade, desmassificando os fenômenos, considerando os indivíduos um ser singular.

A Teoria das Representações Sociais penetrou no Brasil muito timidamente. Sá (2007) relata que somente em 1982 essa teoria se instalou efetivamente no País, através do esforço da pesquisadora francesa Denise Jodelet, que interessada em expandir a abrangência de tal teoria, atendeu aos convites de suas estudantes latino-americanas e veio ao Brasil para participar de uma jornada sobre RSs, na Paraíba. A partir desse marco, houve a expansão de vários eventos científicos, publicações de livros e artigos, teses e dissertações.

No Brasil as características das RSs foram fortemente marcadas pela fluidez, pela acentuada presença dos meios de comunicação em massa, pela apropriação e reelaboração no âmbito do senso comum (ARRUDA, 2002).

A análise da teoria das Representações Sociais é estruturada em um corpus organizado de conhecimento, que consiste em atividades psíquicas, graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserindo-se em um grupo ou em uma ligação cotidiana havendo trocas e liberação de sua imaginação (MOSCOVICI, 1978).

A teoria idealizada por Moscovici desdobra-se em três correntes teóricas complementares: uma mais fiel à teoria original, desenvolvida por Denise Jodelet; outra, liderada por Willem Doise, na qual se associa as RSs a uma perspectiva mais sociológica, defendendo a ideia de que a inserção ou posição social dos indivíduos ou grupos era o principal determinante de suas representações e por fim Jean-Claude Abric, explorando a dimensão cognitiva estrutural, formulando a Teoria do Núcleo Central (DOISE, 2001).

As representações sociais são organizadas em três níveis: o nível cognitivo, que consiste na desigualdade de interesses, informações ou implicações do sujeito, necessidades de agir em relação ao outro, impactando na formação da conduta do indivíduo; o nível formador, composto por ancoragem e objetivação, que são modos de organizar o pensamento a fim de familiarizar o não familiar, constituindo o cerne das representações e o nível de edificação das condutas, formado por opiniões, atitudes e estereótipos que atribuem às RSs as características identitárias, permitindo salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade. E por fim, a função justificadora, que possibilita aos atores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social (NÓBREGA, 2001).

Assim, as RSs se propõem a estabelecer uma ordem que possibilita às pessoas orientarem-se em seu mundo material e social e controlá-lo, viabilizando a comunicação entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (SÁ, 2000).

Moscivici (2011) argumenta que o propósito de todas as RSs é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar. Sendo a familiarização sempre um processo construtivo de ancoragem e objetivação, que constrói as representações, demonstrando a interface de relações existentes entre seus elementos com o comportamento dos homens em sociedade.

4.1 PROCESSO DE FAMILIARIZAÇÃO: ancoragem e objetivação

4.1.1 Ancoragem

A ancoragem possibilita que algo estranho seja incorporado ao rol de categorias e nos permite compará-lo com o que consideramos um membro peculiar dessa categoria (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Segundo Sá (2000), a ancoragem é a integração cognitiva do objeto, representando (ideias, pessoas, fenômenos e relações) a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas. Portanto, esse processo é responsável pelo enraizamento social da representação e de seu objeto, que ocorreu por meio de assimilação e acomodação das informações acerca deste determinado objeto.

Ao ancorar um objeto, forma-se uma rede de significações em torno do objeto social e pela orientação de suas conexões com o meio social. Trata-se de “classificar e dar nome a alguma coisa”, à medida que as informações produzidas pela mente humana são fruto da diversidade de experiências e saberes herdados e exercidos cotidianamente, sendo a ancoragem um mecanismo humano para retirar do estranho, algo familiar e, assim, inseri-lo em um contexto comum (NÓBREGA, 2001).

A ancoragem acontece por meio de dois mecanismos denominados classificação e nomeação. Ocorrem respectivamente, por ideias prévias que possuímos em nossa memória, na qual inserimos o novo objeto e passamos a nomeá-lo por palavras conhecidas e construídas, próprias do nosso cotidiano. E nomeação, que consiste no fenômeno que impede que a situação recém reconhecida permaneça no imaginário e possa ser compartilhada, classificando e dando valor aos novos elementos que irão se incorporar na realidade de significados e categorias familiares ao sujeito que conhece, imagina e age (LEOPARDI; BECK; NIETSCHE, 2001).

4.1.2 Objetivação

Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou algo duvidoso; é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2011).

A objetivação executa uma operação imaginante e estruturante que corporifica as abstrações, reabsorvendo o excesso de significações, procedimento necessário ao fluxo das comunicações. O processo de objetivação percorre três fases: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização. A construção seletiva busca selecionar informações, ideias e crenças de um determinado objeto, relacionadas às normas e valores que subsidiaram a seleção e organização do universo do objeto de representação. A esquematização corresponde à organização dos elementos, fruto da construção seletiva. Por fim, a naturalização tem o constructo de imagens e valorização em realidade por meio de uma configuração simbólica (DOISE, 2001).

Os processos cognitivos da ancoragem e objetivação permitem que os fenômenos (extraídos do universo consensual) e as Representações Sociais se tornem um objeto de estudo (produto do universo reificado) em representações. Para tal, devem possuir relevância social, valor acadêmico, viabilidade e popularidade para o grupo cuja estrutura de representações se deseja conhecer. Porém, sempre respeitando a proposição teórica de que a RSs é algo que emerge das práticas em vigor na sociedade e na cultura e que as alimenta, perpetuando-as ou contribuindo para a sua própria transformação (SÁ, 2000).

Compreendendo que toda RS é formado por duas estruturas, cognitivas (ancoragem e objetivação) e funcionais (núcleo central e sistema periférico), interdependentes e essenciais para a compreensão dos fenômenos de Representação Social. Para Abric (2003), o Núcleo Central é o elemento essencial de toda representação constituído, independente de qual seja a dimensão adotada, podendo superar o simples quadro de objeto da representação para encontrar sua origem diretamente nos valores que o transcendem e que não exigem nem aspectos figurativos, nem esquematização, nem concretização.

A escolha pela teoria da Representação Social com abordagem cognitivo-estrutural também conhecida por Teoria do Núcleo Central (TNC) deve-se à organização das representações em torno de um núcleo e seus elementos periféricos, demonstrando o melhor encadeamento de ideias e clareza na captação dos elementos que compõem as representações.

4.2 ABORDAGEM ESTRUTURAL: teoria do núcleo central das representações sociais e sistema periférico

A abordagem estrutural foi desenvolvida pela equipe Aix-em Provence e repousa sobre a Teoria do Núcleo proposta por Jean-Claude Abric, em 1976 (ABRIC, 2003).

Para Abric (2003), as RSs são um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes que constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (núcleo central) e um sistema periférico. A partir da grande teoria, foi desenvolvida uma corrente com abordagem estrutural, que investiga e busca a compreensão dos pensamentos e significados do objeto de estudo, organizando-se em um sistema central (núcleo central) e um Sistema Periférico que funcionam como uma entidade em que cada parte tem um papel específico e complementar.

As RSs com abordagem estrutural defendem três ideias principais: a característica sociocognitiva organizada e estruturada da RS; a composição em dois subsistemas (central e periférico) e a identificação dos elementos centrais das RSs a fim de torná-la compreensível (SÁ, 2000).

4.2.1 Características da Teoria do Núcleo Central

O Núcleo Central constitui a base comum consensual de uma representação social, aquela que resulta da memória coletiva e do sistema de normas ao qual o grupo se refere, constituindo prescrições absolutas e não podendo ser questionadas, pois representam os elementos centrais que fundamentam os modos de vida e asseguram a identidade e a permanência no grupo (MOSCOVICI, 2011).

O NC desempenha três funções essenciais: geradora, função organizadora e função estabilizadora. Essas características do núcleo central lhe permitem determinar o significado, a consistência, a permanência e a organização da estrutura interna das RSs, atribuindo-lhes estabilidade e capacidade de resistir a mudanças (NÓBREGA, 2001).

Consistindo na parte não negociável das representações, buscar o NC de uma representação corresponde a buscar a raiz, o fundamento social da representação que posteriormente se modulará, se modificará e se individualizará no Sistema Periférico (ABRIC, 2000).

Ainda segundo a Abric (2000), a organização do NC admite uma hierarquia de elementos, considerando que alguns são mais importantes que outros e mais decisivos no reconhecimento e na identificação do objeto. Dessa forma, são classificados em dois tipos de elementos: os normativos e os funcionais.

Os elementos normativos são diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos, constituindo a dimensão fundamentalmente social do núcleo e da representação, pois se ligam à história e à ideologia do grupo. São eles que determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto. Os elementos funcionais estão associados às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais ou operatórias, determinando as condutas relativas ao mesmo (ABRIC, 2003; MENIN, 2007).

Assim, podemos conceber o NC como uma entidade constituída de um número restrito de elementos, sendo alguns normativos e outros funcionais; alguns serão mais utilizados que os outros, na delimitação do significado do objeto ou das práticas. Esse mecanismo é consequência do processo de ativação que conduz o funcionamento do núcleo central implicando atribuição de maior importância a um elemento em detrimento do outro, embora inseridos em um mesmo núcleo (FLAMENT, 1994).

A coexistência desses dois tipos de elementos permite que o núcleo central desempenhe a função avaliativa, de maneira a justificar os julgamentos de valor e a função pragmática de atribuir às práticas específicas (ABRIC, 2000).

4.2.2 Características do sistema periférico

O Sistema Periférico (SP) caracteriza-se pelo caráter menos limitante, mais leve e flexível, sendo a parte mais acessível e viva da representação. Dessa forma, o sistema periférico, que é o corpo das RSs, está direcionado para função de concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização (ABRIC, 2003).

O SP é responsável pela atualização e contextualização da representação. A periferia de uma representação social é considerada um “para-choque” entre a realidade e um núcleo central que não muda facilmente (FLAMENT, 2001).

Sua finalidade é proteger a significação central da representação. Em caso de mudança das práticas em relação ao objeto, muda-se, primeiramente, o Sistema Periférico e somente se as práticas forem irreversíveis e perdurarem no tempo, as mudanças acontecerão posteriormente no núcleo central. Assim, o SP é o complemento indispensável do sistema central do qual depende. Portanto, “o sistema central é normativo e o Sistema Periférico é funcional”, isto é, graças a ele que as RSs podem se ancorar na realidade do momento. Assim, Abric (1994) coloca uma função normativa de todo sistema central, a função consensual; e uma função básica, funcional, em todo sistema periférico.

No quadro 1 apresenta-se a comparação entre o núcleo central e o sistema periférico, segundo Sá (2000).

Núcleo Central	Sistema Periférico
Ligado à memória coletiva e à história e pelo sistema de normas a que se refere	Permite a integração das experiências e das histórias individuais
Consensual: define a homogeneidade do grupo	Suporta a heterogeneidade do grupo
Estável, coerente e rígido	Flexível, suporta contradições
Resistente às mudanças	Transforma-se
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Gera a significação da representação e determina sua organização	Permite a adaptação, a realidade concreta e a diferenciação do conteúdo: protege o sistema central

Quadro 1 - Diferenças entre os subsistemas que estruturam as Representações Sociais
Fonte: Adaptado de Sá (2000)

4.2.3 Relacionando a teoria das Representações Sociais à qualidade de vida elaborada por cuidadoras

Acredita-se que a TRS com abordagem estrutural e o Teste de Evocação Livre de Palavras sejam processos adequados para conduzir o estudo, pois permitem a

compreensão das percepções, significados e valores atribuídos à expressão qualidade de vida elaborada pelas cuidadoras de idosos.

As interações cotidianas com os conceitos que remetem à qualidade de vida, tais como: bom viver, viver bem, boa vida, entre outros, permitem o processo de familiarização do objeto pelas cuidadoras, levando a posicionarem-se frente ao objeto, formando significações e agregando valores incorporados individualmente (MOSCOVICI, 2011).

Desse modo, os elementos eleitos pelas cuidadoras como importantes para si, na construção de suas representações de QV, são elementos elaborados com base em significados individuais estruturados, no decorrer de sua história de vida, que analisados à luz da Teoria das RSs, tornam-se verdadeiras teorias formadas na coletividade, pois refletem a realidade social de um determinado grupo (MOSCOVICI, 2011).

Por essa razão, escolhemos a TRS por permitir captar a realidade social a partir da apresentação de diversos pontos de vista acerca de um dado objeto (QV), por meio do desenvolvimento de um saber espontâneo, artesanal, baseado em experiências e valores culturais transmitidos ao longo das gerações (paradoxalmente ao conhecimento estruturado, formal e científico), desenvolvido pelos participantes a partir dos elementos cognitivos, afetivos e imaginários, que possibilitam a familiarização com o termo qualidade de vida (ABRIC, 2000).

4.3 TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA ENFERMAGEM

A teoria das RSs surgiu pelo interesse nos fenômenos do domínio simbólico, imaginário e próprios da consciência humana (MOSCOVICI, 2011).

Em estudos sobre a representação social nas pesquisas da Enfermagem, no contexto brasileiro, nota-se o uso da teoria por apresentar as suas bases teórico-metodológicas respaldadas por inúmeras propostas teóricas, o que possibilita a sua utilização como referencial teórico para diversos campos do conhecimento como, a educação, que foi pioneira, administração, didática e saúde (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Ainda sob esta lógica, percebe-se que em relação às pesquisas na área da saúde, o emprego das RSs na Enfermagem tem demonstrado maior expressividade quanto à utilização desse referencial teórico, sobretudo, nas pesquisas sobre o processo saúde-doença, assistência de enfermagem, promoção da saúde da mulher, adulto, idoso, entre outros (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Dessa forma, as RS na Enfermagem buscam conhecer, construir e interpretar múltiplos pontos de vista da realidade e contexto social do grupo, permitindo estreitar as interações profissionais/indivíduo por meio da compreensão do contexto social do sujeito inscrito, bem como a conscientização da equipe de enfermagem sobre as reais necessidades do grupo, de maneira a planejar, aperfeiçoar e organizar a assistência de enfermagem, focando as práticas do cuidado à realidade do grupo.

5 O CAMINHO DO ESTUDO

5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa que utiliza a Teoria das RSs como referencial teórico.

O estudo qualitativo trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, aquilo que se refere a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômenos (MINAYO et al., 2011).

Ainda conforme Minayo et al. (2011), o conhecimento é estruturado mantendo uma relação dicotômica, dual, sendo inseparável a natureza humana da pesquisa científica, independente do fato de ser caracterizada como quantitativo ou qualitativo.

Essa perspectiva reforça os caminhos traçados pelas RSs de Moscovici, quando a introduz como referencial teórico no estudo científico devido à necessidade de reconhecer os fenômenos como uma forma especial de conhecimento frente às mudanças no contexto socioeconômico e cultural (MOSCOVICI, 2011).

É nessa atmosfera dicotômica entre o universo reificado, presente nos dados tabulados e analisados através do software (EVOC) e o universo consensual, que norteia os significados e compreensão atribuídos a cada evocação coletada, que pretendo conduzir este estudo.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

Para a realização deste estudo, foi escolhido o Centro de Saúde da Liberdade localizado no Bairro da Liberdade, na cidade de São Luís, que se propõe a prestar assistência ao idoso, mantendo uma cobertura que compreende os bairros desde o Monte Castelo até o Jaracati. Esse centro pertence à rede municipal de saúde e é considerado pela Secretaria de Saúde do Município (SEMUS) como referência em atenção à saúde do idoso, pois apresenta grande fluxo de atendimento aos idosos e possui assistência domiciliar por meio das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que abrange os idosos e cuidadores, além de oferecer campo de pesquisa para a Universidade Federal do

Maranhão. Possui seis equipes, sendo quatro equipes da ESF, uma do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, uma de Saúde Bucal e um Programa de atenção ao idoso.

O bairro da Liberdade é caracterizado pela sua ocupação desordenada de famílias durante a implantação de grandes projetos industriais/tecnológicos na capital, na década de 80. Como não houve um desenvolvimento da localidade condizente com o crescimento populacional, o bairro possui precária infraestrutura e condições socioeconômicas, implicando pobreza, desemprego, submoradia e, principalmente, a violência. Contudo, o bairro mostra seu valor na realização de oficinas de dança e teatro e outras manifestações culturais e folclóricas desenvolvidas na área (SANTOS; MENDES, 2005).

Durante a coleta dos dados, o maior obstáculo enfrentado foi o acesso à residência de algumas cuidadoras devido à grande violência existente no bairro que coage os próprios Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de prestar a assistência nos domicílios. Além disso, dificuldades no trajeto, ruas demasiadamente estreitas, que não permitem o tráfego de veículos, chamando a atenção para situações de urgência e emergência que necessitem de remoção por equipe de atendimento móvel ou na dificuldade de acesso enfrentada diariamente pelos profissionais de saúde durante a visita domiciliar, também geram obstáculos para um atendimento com prioridade.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo, 91 cuidadoras informais de idosos que se inseriram nos critérios de inclusão estabelecidos: ser cuidadora informal, ser a principal cuidadora, ter maior idade, ser alfabetizada e concordar em participar. Para identificação das cuidadoras, foi atribuída uma numeração a cada instrumento respondido.

Essas cuidadoras acompanham o idoso nas consultas no Centro de Saúde e nas demais atividades cotidianas e, ao serem convidadas, demonstraram interesse em participar do estudo. A escolha por trabalhar com cuidadoras informais ocorreu após orientação prévia dos ACSs vinculados ao Centro de Saúde, que considera a presença de cuidadores informais, nessa localidade, mais constante que de cuidadores profissionais e outros cuidadores remunerados.

Conforme preconizado por Abric (2000), é interessante conhecer as características sociodemográficas das cuidadoras, pois tais características são de suma importância para a elaboração de uma Representação Social, à medida que possibilitam

uma melhor compreensão do contexto no qual as cuidadoras estão inseridas. Dessa forma, essa interação sujeito e contexto social constituem uma etapa fundamental para a representação de um dado objeto.

As características identificadas são relativas à faixa etária, escolaridade, estado civil, apoio para cuidar, entre outras. As cuidadoras possuíam idades entre 19 a 80 anos, encontrando-se uma cuidadora com 90 anos de idade, a qual representa uma exceção para o estudo, pois, seria uma candidata a possuir um cuidador que a auxilie em seu cuidado, no entanto, embora o avançar da idade, a idosa ainda cuidava de seu esposo, um idoso cego, portador de Diabetes Melittus, o qual apresentava maior incapacidade funcional que a idosa cuidadora. Quanto ao estado civil, identificou-se uma predominância de cuidadoras casadas (51%), com dois ou mais filhos (37%). Quando questionadas sobre seu local de residência, apenas um terço das cuidadoras (16%) não residia com o idoso. A partir de então, observa-se que a grande maioria (82%), por residir com o idoso, pode sofrer maiores desgastes físicos e emocionais causados pelos cuidados intensivos e ininterruptos, devido à integralidade do tempo da cuidadora destinado a cuidar do idoso. Conforme os achados, apenas duas cuidadoras encontravam-se assistindo o idoso há menos de um ano, sendo todas as demais cuidadoras (97%) dedicadas ao cuidado há mais tempo, sobressaindo as cuidadoras que desempenhavam a função entre um a cinco anos (19%).

Outro fator a ser considerado refere-se à relação de dependência financeira da cuidadora, pois (100%) das cuidadoras do estudo dedicavam-se apenas ao cuidado não remunerado e exclusivo ao idoso, necessitando, assim, extrair de alguma fonte, o apoio financeiro para suprir suas necessidades básicas. Dessa forma, observou-se o idoso e/ou demais membros da família como responsáveis por esse auxílio, gerando, conseqüentemente, uma relação de dependência financeira da cuidadora em relação ao idoso ou à família. Pouco mais da metade das cuidadoras (54%) expressou receber apoio não financeiro de outras pessoas para cuidar do idoso. Quanto à escolaridade, notamos a predominância de cuidadoras (61%) com ensino médio completo, seguido do ensino fundamental completo (25%), não sendo a princípio o empecilho para a inserção da cuidadora no mercado de trabalho. Contudo, observamos que a dificuldade de delegar a função do cuidar a outrem e as dificuldades de se capacitar, conforme as exigências do mercado capitalista, consistem em um obstáculo para a cuidadora, na conquista do emprego, sendo isso, um dos fatores de sua dependência financeira.

As dificuldades em delegar podem estar envoltas de sentimentos de compaixão e solidariedade, gratidão entre outros, haja vista que por se tratar de filhas cuidando de seus pais, seguidos de esposas cuidando de seus maridos, fazendo com que a necessidade de retribuir o sustento, afeto e apoio dado durante toda a vida, sobressaia às necessidades e

desejos individuais. Cabe ressaltar a presença predominante (58%) das filhas no papel de cuidadora principal.

Observamos uma relação discordante das sensações de saúde sentidas pelas cuidadoras, pois (53%) relataram a presença de comorbidades ao serem questionadas sobre sua saúde, porém, apesar da comorbidade, essas cuidadoras relatam sentir que sua saúde é boa. Em contrapartida, as cuidadoras que não possuíam nenhum diagnóstico (45%) relataram perceber a sua saúde como um problema, ainda não totalmente compreendido, sem diagnósticos, porém, sentida como um obstáculo para o seu bem-estar, sendo esse fenômeno relatado por (54%) das cuidadoras (APÊNDICE A).

5.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Inicialmente foi apresentado à gestora do Centro de Saúde da Liberdade, a proposta de estudo, após obtenção do parecer favorável da SEMUS, autorizando a realização do estudo na instituição (Centro de Saúde da Liberdade).

Foi exposto à gestora todo o percurso planejado da captação das cuidadoras informais até o produto das evocações. Foi esclarecida quanto às dificuldades em alcançar as participantes, caso o campo de pesquisa fosse restrito à instituição, pois a clientela do Centro de Saúde é composta por idosos independentes, que procuram o serviço de saúde para atendimento médico, consulta de enfermagem, orientação nutricional, entre outros serviços disponibilizados pelo Centro. Esses idosos, raramente, são acompanhados por cuidadores; sendo que a maior concentração de cuidadores é encontrada no domicílio, prestando cuidado aos idosos dependentes ou com incapacidades funcionais, de modo que requeiram atendimento de saúde no próprio domicílio, devido a suas dificuldades de locomoção.

Dessa forma, fui orientada a contatar com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), esclarecendo-lhes sobre a pesquisa, de modo que pudessem identificar dentre as famílias assistidas por elas em sua área de abrangência, as cuidadoras cujas características foram estabelecidas como critério de inclusão no estudo.

Após as ACS identificarem as cuidadoras, também se responsabilizaram em pedir autorização às cuidadoras para uma breve visita, com fins de esclarecer sobre os objetivos do estudo e caso houvesse o consentimento pela cuidadora, seria agendado, conforme a disponibilidade da mesma, um momento para responder às evocações sob

termo indutor “O que vem à sua mente quando a Senhora ouve a palavra Qualidade de Vida”.

Durante a entrevista, foi criado um ambiente acolhedor, de forma que as cuidadoras se sentissem seguras para responder às solicitações.

Elaborou-se um questionário, contendo dois momentos que não contemplavam justificativas ou explicações dos conteúdos das evocações, entretanto, houve a necessidade de utilizar um caderno à parte para fazer algumas anotações de experiências, desejos e necessidades do cotidiano das cuidadoras, relatados durante a coleta, pois algumas cuidadoras, ao proferirem os elementos que são importantes para sua qualidade de vida, desabafaram sobre algumas questões, que fundamentariam os elementos representados.

As anotações, termos e fragmentos de conversas, fazem parte do diário de pesquisa e não estão incorporados ao instrumento de pesquisa. Cabendo ressaltar que, para a manutenção do anonimato dos participantes e para assegurar os princípios éticos da investigação, as participantes foram identificadas por numeração, que segue a sequência em que foram entrevistadas.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Município de São Luís após acatar as correções solicitadas pelos professores do programa de pós-graduação em Enfermagem, durante o processo de qualificação do projeto. O projeto foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética com protocolo nº 2013.01.19.04-54 conforme (ANEXO A).

O estudo obedece aos preceitos éticos contidos na Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre o estudo com seres humanos, garantindo o anonimato das cuidadoras, cuja participação se deu de forma voluntária, sem recebimento de ônus algum, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias: sendo uma do sujeito e a outra do pesquisador (APÊNDICE B), garantindo os princípios éticos, e permitindo aos participantes se retirar do estudo a qualquer momento.

5.6 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi iniciada em novembro de 2013 e concluída em fevereiro de 2014. Após identificação das cuidadoras pelas ACSs e aceitação das cuidadoras em participar do estudo de forma voluntária, foi solicitado à ACS o acompanhamento ao campo para visita à casa da cuidadora, a fim de esclarecer sobre os objetivos do estudo, a aplicação do instrumento e sobre a proposta das Representações Sociais.

Após conhecimento das etapas da pesquisa, foi realizado o convite para as cuidadoras participarem do estudo. Não havendo recusa, foi programado um momento para aplicação do instrumento e TELP.

Para captar as RSs de qualidade de vida, foi utilizado um único instrumento para a coleta dos dados, elaborado e organizado em duas etapas. A primeira consiste em questões com dados de identificação, sociodemográficos, para caracterização das cuidadoras, bem como sobre o cuidado ao idoso conforme (APÊNDICE C). Na segunda etapa foi aplicado o Teste de Evocação Livre das Palavras (TELP), no qual cada cuidadora pronunciava cinco palavras após uma questão indutora, a saber: “O que lhe vem à mente quando a senhora ouve a expressão qualidade vida”. Em seguida, as cuidadoras organizaram os termos evocados de acordo com a ordem hierárquica de importância para elas. Essa atitude possibilita a análise de centralidade dos diversos elementos produzidos (OLIVEIRA et al., 2005).

Observou-se que as cuidadoras pareciam fazer o sentido inverso preconizado pela teoria. Após expressarem as cinco evocações, dentre as quais, citavam bens de consumo, dinheiro, moradia, família entre outros, ao final, diziam que a última evocação tratava-se da evocação mais importante, sendo ela, geralmente, a palavra saúde. Muito embora, quando era solicitado para que reorganizassem por ordem de hierarquia de importância, a maioria das participantes mantinha a mesma configuração; algumas apresentavam dificuldade em gerar evocações após a terceira palavra evocada.

Para alguns autores, os critérios de frequência e ordem prioritárias de evocação seriam determinantes na composição do núcleo central, pois esses termos ao serem evocados, teriam uma maior importância no esquema cognitivo do sujeito (VERGÈS, 2000).

Portanto, é imprescindível considerarmos o conteúdo das evocações, assim como a sua organização na delimitação do núcleo central das representações (ABRIC, 2000).

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das evocações foi realizada pelo software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) cuja finalidade é realizar a análise de conteúdo simples a partir de um banco de dados feito no Excel, denominado corpus, elaborado para coleta de dados do Teste de Evocação Livre utilizado nas RSs com abordagem estrutural (SÁ, 1998).

As evocações devem ser emitidas ao número máximo de seis, devendo ser em pouca quantidade para não haver o declínio na rapidez das respostas, o que descaracteriza o aspecto natural e espontâneo das evocações livres. Após evocadas, as palavras são tabuladas no Microsoft Word, organizadas em ordem hierárquica de importância e conforme sua semelhança semântica. A etapa seguinte é a digitação das evocações no programa *Excell* a fim de formar o dicionário de palavras chamado *Corpus*, que fornecerá a estrutura e organização dos dados suficientes para serem submetidos ao tratamento pelo software EVOC (VERGÈS, 2000).

5.8 OPERACIONALIZANDO O SOFTWARE EVOC

Para operacionalizar o software, adotaram-se os passos citados a seguir:

1º Passo: Digitação das palavras evocadas pelas cuidadoras em ordem alfabética usando o programa Word for Windows, que totalizou 396 palavras evocações ao todo.

2º Passo: Após a leitura das evocações, foram agrupadas por similaridade ou semântica, buscando segregar evocações com significados semelhantes na mesma categoria formando, assim, 149 termos diferentes.

Ex: Categoria Alimentação; Evocações com mesmo sentido: Refeição, Boa refeição, Comida, como observado no quadro 2.

Dicionário de palavras para evocação qualidade de vida	
Alimentação: boa-refeição/ comida	Alegria: felicidade
Amor	Assistência médica: médico/ ir ao hospital
Apoio: ajuda de outros familiares	Anos de vida
Amigos	Bem-estar
Conforto	Conquista: realizações
Companhia	Companheiro: namorado/ homem
Cuidado: cuidado de si/	Cuidado com o idoso
Descaso	Dormir
Deus: fé/ religião	Dinheiro: recursos/ condição financeira
Disposição: disposição física	Diversão
Educação	Estudos
Emprego: trabalho / ocupação	Exercícios: atividade física / academia
Família: todos os filhos unidos	Harmonia
Lazer	Medicação: remédios
Moradia: casa própria / residência/ habitação	Ocupação da mente
Paciência	Paz
Prosperidade	Respeito
Saúde: saúde própria	Saúde do idoso
Sabedoria	Saneamento básico: água encanada/ água potável
Segurança	Tranquilidade
Tempo: tempo para si / tempo para se cuidar	União da família

Quadro 2 - Dicionário de palavras evocadas/ termo indutor QV

3º Passo: Após agrupar as evocações por similaridade semântica, foi elaborada uma tabela no programa *Microsoft Office Word* com as categorias evocadas, ou seja, todas as evocações que possuem sentidos diferentes. Essa tabela é chamada de dicionário de palavras, é um processo que precede a tabulação dos dados no *Microsoft Office Excel* para elaboração do *Corpus*.

4º Passo: Foi elaborada uma planilha com as evocações digitadas em sua ordem de importância na planilha *Microsoft Office Excell 2003* (figura 1). Esse processo

possibilita a categorização das palavras, calcula e informa a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada.

	B	C	D	E	F	G	H	I	J
3	dinheiro	educacao	paz	descanso					
4	disposicac	conforto	anos-de-v	exercicios					
5	saude	emprego	dinheiro	solidariedade					
6	tempo	assistenci	moradia	tranquilidade					
7	dinheiro	educacao	tranquilid	emprego					
8	familia	dinheiro	conforto	emprego					
9	alimentac	uniao-fam	emprego	moradia					
10	paz	disposicac	sabedoria	amor					
11	emprego	moradia	familia	tranquilidade					
12	saude	exercicios	tranquilid	moradia					
13	moradia	amor	paz	felicidade					
14	educacao	emprego	seguranca	respeito					
15	paz	saude-do	anos-de-v	disposicao					
16	lazer	paz	saude	apoio					
17	saude	educacao	uniao-fam	conforto					
18	exercicio	saude	conforto	dinheiro					
19	saneamer	amor	paz	prosperidade					
20	conquista	dinheiro	paz	harmonia					
21	cuidado	felicidade	dinheiro	emprego					
22	alegria	bem-estai	conquista	saude					
23	saude	dinheiro	alimentac	tranquilidade					
24	alimentac	moradia	dinheiro	educacao					
25	saude	familia	emprego	estudo					

Figura 1 - Tabela constituída pelo Corpus da Representação de QV

5º Passo: Corpus estruturado, o processo seguinte consiste na submissão da planilha para análise pelo software Evoc 2003.

O produto desse processo fornecerá os elementos que estruturarão o quadro de quatro casas, distribuídos em quatro quadrantes. Cada quadrante traz uma informação essencial para a compreensão das representações (ABRIC, 2000).

O primeiro quadrante é composto por elementos mais frequentes e com maior ordem de importância, podendo ser acompanhados de elementos com menor valor significativo, de sinônimos e de protótipos associados ao objeto, formando o núcleo central. Embora, somente os elementos desse quadrante sejam considerados os essenciais e concretos das RSs, há um dentre esses elementos centrais que se sobressai em relação aos demais, sendo, portanto, o mais importante para a representação

No segundo quadrante ou primeira periferia, são encontrados os elementos periféricos mais importantes. Na zona de contraste são encontrados os elementos com baixa frequência, com importância relativa para os participantes, apresentando elementos que reforçam as noções presentes na primeira periferia ou a existência de um subgrupo minoritário portador de uma representação diferente. A segunda periferia é constituída pelos elementos menos frequentes e menos importantes (ABRIC, 2000).

6º Passo: Após submissão ao software Evoc, as palavras prontamente organizadas em quadrantes, cada quadrante possui sua importância para construção dos significados da representação. Dessa forma, elaboramos quatro categorias para melhor compreendê-las (quadro 3).

<p>Núcleo Central: São os elementos essenciais das Representações Frequência: ↑ Prioridades: ↑</p>	<p>1ª Periferia: São os elementos periféricos mais importantes</p>
<p>Zona de Contraste São formados pelos elementos importantes para um pequeno grupo de pessoas. Frequência: ↓ Prioridades: ↑</p>	<p>2ª periferia São formados pelos elementos de menor importância para as representações. Frequência: ↓ Prioridades: ↓</p>

Quadro 3 - Organização do quadro de quatro casas representado pelo *Software EVOC*
Fonte: Adaptado de Sá (2000)

6 CONHECENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Nesse capítulo, iniciamos a discussão dos dados a partir das categorias temáticas elaboradas para a compreensão das Representações Sociais das cuidadoras sobre qualidade de vida.

Em relação ao *Corpus* analisado, foram obtidos 396 termos diferentes evocados, sendo agrupados por critérios semânticos, formando 149 evocações com sentidos diferentes; a ordem média por sujeitos evocado foi 4,6. Quanto ao tratamento dessas evocações pelo software EVOC, utilizamos um ponto de corte, com frequência mínima de 07, o que significa que as evocações abaixo dessa frequência foram eliminadas do quadro; a frequência intermediária foi de 14,3. A ordem geral foi de 2,49 em uma escala de 01 a 05 (quadro 4).

Número total de evocações	396
Número de palavras diferentes evocadas	149
Média de evocações por sujeito (OME)	2,49
Frequência de evocações (Fm)	14,3

Quadro 4 - Resultado do Teste de Evocação Livre de Palavras (TELP) das cuidadoras de idosos para o termo “Qualidade de Vida”

O quadro de quatro casas é o produto das evocações, após o processamento pelo software Evoc 2003, distribuindo-se sistematicamente em quatro quadrantes. Os termos *saúde, dinheiro, alimentação e família* foram as palavras mais evocadas, com maior frequência e ordem de prioridade, portanto, representam o núcleo central das representações. No quadrante superior direito, apareceram as evocações que fazem parte da 1ª periferia composta pelas evocações: *moradia, emprego, paz e conforto*. Esse quadrante comporta os elementos mais importantes da periferia. Na zona de contraste, ou seja, evocações importantes para um pequeno grupo de cuidadoras, destacando-se: *disposição, tempo para si, dormir bem, assistência médica e bem-estar*. E com menos grau de importância para as cuidadoras, na determinação da qualidade de vida, estão as evocações: *tranquilidade, educação, lazer, amor e descanso* (tabela 2).

Tabela 2 - Organização do quadro de quatro casas do termo Qualidade de Vida para cuidadoras

Elementos do Núcleo Central			Elementos da 1ª Periferia		
Frequencia >= 14,3			OME <2,5		
Palavras	(f)	OME	Palavras	(f)	OME
Alimentação	24	2,083	Conforto	14	2,643
Dinheiro	28	2,179	Emprego	17	2,647
Família	20	2,350	Moradia	18	2,611
Saúde	29	2,034	Paz	17	2,706
Elementos da zona de contraste			Elementos da 2ª Periferia		
7<=Frequência >= 14,3			7<=Frequência >= 14,3		
Palavras	(f)	OME	Palavras	(f)	OME
Bem estar	7	2,143	Amor	9	2,556
Disposição	9	1,778	Descanso	8	4,000
Dormir bem	8	1,915	Educação	12	2,917
Assistência médica	7	2,286	Lazer	10	2,700
Tempo para si	8	1,250	Tranquilidade	13	3,000

Fonte: Adaptado Vêrges (2000)

Com base nas evocações contidas no quadro de quatro casas, emergiram quatro categorias empíricas, conforme descrição, apresentadas no quadro 5.

Qualidade de vida e seus elementos essenciais	Qualidade de vida e necessidades sociais e cidadania
Saúde, Dinheiro, Alimentação e Família.	Moradia, Emprego, Paz e Conforto.
Qualidade de vida como expressão de bem estar e saúde	Qualidade de vida: elementos de expressão de liberdade individual
Disposição, Dormir Bem, Tempo para si, Bem Estar e Assistência Médica.	Tranquilidade, Educação, Lazer, Amor e Descanso.

Quadro 5 - Representações Sociais da qualidade de vida elaboradas por cuidadoras informais de idosos

6.1 QUALIDADE DE VIDA E SEUS ELEMENTOS ESSENCIAIS

Categorizamos, dessa maneira, o Núcleo Central, por ele apresentar os elementos essenciais para a elaboração do padrão de qualidade de vida representado pelas cuidadoras. Tais evocações possuem relação direta com o bem-estar pessoal, poder econômico, estado emocional, suporte familiar, saúde e valores culturais e religiosos.

O termo *saúde* é o elemento do NC que possui maior destaque por ter sido prontamente evocado e por apresentar maior frequência (29), indicando sua posição como essencial na representação de qualidade de vida para as cuidadoras.

Projetando as considerações de Abric (2000) ao estudo, nota-se que o termo *saúde* age como um valor, informação, opinião ou atitude referente ao objeto de representação “qualidade de vida” organizada e estruturada em um sistema cognitivo específico.

A ideia essencial da teoria é que toda representação esteja organizada em torno de um NC, que determina ao mesmo tempo sua significação e sua organização interna. Assim, o Núcleo Central é constituído por elementos estáveis ou mais permanentes em uma Representação Social, apresentando-se de modo normativo, ou seja, resistentes às mudanças, com a função de garantir a continuidade e determinar a estrutura das representações (ABRIC, 2000).

A escolha pelo termo *saúde* pode estar associada ao cotidiano das cuidadoras, tendo a influência dos meios de comunicação e a participação ativa em programas de prevenção e promoção da saúde oferecidos pelo centro de saúde, permitindo que as cuidadoras obtenham informações sobre a importância de manter um padrão de saúde, durante todo o processo de envelhecimento.

É possível verificar tais representações nas expressões citadas pelas cuidadoras em questão, sendo, intercaladas à discussão do estudo, agindo como base para as reflexões.

É... se não tiver saúde, não pode existir qualidade de vida, eu sei bem disso, as enfermeiras lá da unidade sempre falam isso (1).

Pra mim em primeiro lugar está à saúde né. É sempre bom porque a saúde não é só não está doente, ela envolve muitas coisas, é assim uma espécie de felicidade em tudo, dá pra vê, pela minha vó que eu cuido, quando ela está com a saúde melhor, ela não dá tanto trabalho e eu também não preciso ficar tão cansada, ela também fica mais contente (8).

Com relação à saúde e à qualidade de vida, observa-se, na literatura, uma ampla visão das cuidadoras no desenvolvimento do conceito, ao longo dos tempos, pois reportam-se a variáveis biológicas, sociais, psicológicas para fundamentar a expressão

evocada; variáveis essas, que se baseiam no modelo de saúde preconizada pela OMS, que define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Essas formações conceituais estão ancoradas na vida das cuidadoras, as quais as expressam de forma empírica. É importante frisar que embora as cuidadoras não façam alusão a nenhuma base científica, sua atitude é reflexo de mudanças e reformulações no modelo preconizado para a saúde.

Tais mudanças foram influenciadas por correntes contemporâneas da saúde, que buscam incorporar um olhar diferenciado e inovador às suas práticas assistenciais, fruto de debates com participação social e da reforma sanitária, possibilitando a reformulação do sistema de saúde, permitindo a mudança na visão hospitalocêntrica e curativista de outrora, elevando, assim, a concepção de saúde a um patamar mais complexo e amplo (DALMOLIN et al., 2011).

Outro aspecto importante observado foi a correlação entre a qualidade de vida e saúde, sendo que ambas podem estar ameaçadas proporcionalmente às demandas de cuidados diários, complexos e árduos, principalmente, quando a assistência está voltada para um idoso totalmente dependente, gerando sentimentos de sobrecarga do trabalho, ansiedade e estresse (MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010).

A minha saúde é o mais importante, mais ainda, a minha saúde mental, porque as vezes enfada, toda hora, todo dia, preciso cuidar um pouco mais de mim (2).

A saúde tem que ser em primeiro lugar, porque é importante demais, mais que tudo eu acho, ele estando bem, eu também estou, já contribui bastante (74).

De acordo com essas falas, percebemos que a saúde para a cuidadora não se limita apenas à saúde física, sendo mais abrangente, pois contempla sua saúde mental, que possui extrema importância na construção do seu estado saúde.

Outra tendência identificada foi a relação de proporcionalidade e correlação que as cuidadoras atribuem às evocações. Relatam que se a sua saúde como cuidadora estiver preservada, confere impacto positivo na sua qualidade de vida. Todavia, estando a saúde do idoso preservada, também é positiva a sua sensação de saúde, gerando, assim, impacto indireto em sua qualidade de vida.

Quanto aos demais elementos pertencentes ao Núcleo Central, eles reforçam o sentido da categoria qualidade de vida e seus elementos essenciais à medida que dão sentido à qualidade de vida, sendo os mais importantes das evocações obtidas, embora, apresentem menor frequência entre eles, possuindo menor estabilidade. Desse modo, esses termos são considerados elementos adjuntos ao NC, pois apresentam importância em

relação aos demais quadrantes que compõem as Representações (1ª periferia, zona de contraste e 2ª periferia), contudo, os elementos adjuntos são inferiores ao termo de destaque no próprio NC, conferindo suporte ao termo que possui maior evocação existente.

Quanto à qualidade de vida ancorada na evocação Dinheiro, percebe-se que ele é um elemento adjunto do núcleo central que apresenta a segunda maior frequência de evocação, igual a (28). Esse recurso representa para as cuidadoras um auxílio que viabilizaria muitas etapas do cuidado.

Para as cuidadoras, o dinheiro poderia facilitar o acesso a uma assistência médica mais rápida e com maior qualidade para o idoso e para si. Assim, desfrutariam de meios de transporte mais rápidos e confortáveis para conduzir o idoso aos serviços de saúde; como meio de subsistência, poderiam adquirir alimentos mais saudáveis. Em relação ao conforto, poderiam residir em uma moradia mais ampla, adaptada conforme as necessidades do idoso e de preferência em outro bairro, com menor índice de violência, como também ter acesso ao lazer, dentre outros benefícios que o dinheiro poderia proporcionar.

Para essas cuidadoras, tais melhorias implicariam diretamente conforto e alívio de situações estressoras para elas e, certamente, ajudaria na tranquilidade em cuidar e impactaria positivamente na qualidade de vida.

Tudo seria mais fácil, se a gente tivesse uma condição melhor (9).

Não que o dinheiro seja tudo, mais ajuda bastante a vida da gente (16).

Para ter qualidade de vida, tem que ter uma ajuda financeira, para tudo, para comprar um bom alimento, para se fazer uma boa refeição e cuidar da saúde, e outras coisas (45).

Claro porque o dinheiro é um dos mais importantes, quem sabe não é o mais, já pensou se eu tivesse dinheiro, eu cuidaria melhor dela, ela não ia precisar tanto de pedir para as outras pessoas ajuda para levar e buscar (2).

Se eu tivesse mais condições financeiras, tudo era mais fácil, com o que eu não tenho não posso fazer muita coisa, uma alimentação melhor, um meio de transporte, comprar os remédios, e é isso (74).

Conforme as falas das cuidadoras, dentre outros aspectos a serem alcançados, a introdução do recurso financeiro seria destinado a melhorar o padrão de vida, incluindo fortemente a presença de uma alimentação saudável, rica e variada. Contudo, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde revela que as diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos, não crescendo em qualidade, porém, em frequência de alimentos com baixa qualidade nutricional (BRASIL, 2013).

Segundo o relatório da comissão de determinantes de saúde, de responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), a falta de recursos financeiros e

os baixos padrões de vida são poderosos determinantes de problemas de saúde e de desigualdade em saúde (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Assim, a escassez desse provento (*dinheiro*), implica pobreza e miséria, podendo levar à vulnerabilidade, com a privação acentuada dos elementos básicos, fundamentais para uma vida longa e saudável, incluindo a falta de alimentação adequados, carência de habitação e vestuário, baixa escolaridade, inserção instável no mercado de trabalho, falta ou pouco acesso a serviços de saúde, participação social e decisão política. Tais eventos abrangeriam também outras concepções, como desigualdade e exclusão social, reflexo das representações construídas ao longo da história, por influência da sociedade, da economia e política (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Essa reflexão sofre influência da formação do pensamento que as cuidadoras construíram durante sua trajetória de vida. Com base na Teoria das Representações Sociais, essas evocações são classificadas como conjuntos de explicações que se originam das comunicações interindividuais da vida cotidiana, consistindo em um trabalho mental do sujeito que tem como resultado a formação de uma imagem do objeto (REIS; BELLINI, 2011).

Outra facilidade que o dinheiro proporcionaria, segundo as cuidadoras, seria a contratação de outrem, a fim de apoiar a cuidadora nos cuidados com o idoso, passando a dispor, assim, conseqüentemente, de mais tempo para si e para sua família, elevando sua qualidade de vida, conforme a fala (24): “É importante a condição financeira, até pra pagar alguém, pra ficar com ele quando eu for pra uma consulta”.

Dentre os termos adjuntos do Núcleo Central, a *alimentação* com frequência (24), é considerada de extrema importância para a qualidade de vida das cuidadoras, podendo ser fundamentada no desenvolvimento de políticas públicas na Atenção Primária à Saúde, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que se propõe a respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2013).

Notamos também o interesse por parte do sistema de saúde do Brasil pelas necessidades de alimentação, evidenciado pela introdução de programas da atenção básica à saúde, das atividades de vigilância alimentar e nutricional, programas de prevenção e controle de distúrbios nutricionais e suplementação alimentar para crianças acompanhados pelo programa bolsa família (DURAN, 2013).

A alimentação é considerado um dos principais cuidados à saúde, independente da faixa etária, representado na fala da cuidadora (3): “Porque uma alimentação saudável é importante pra tudo.”

A preocupação com a alimentação está presente no cotidiano dos profissionais da saúde e em toda a trajetória de vida das pessoas que cuidam de crianças, adultos e

idosos, com ou sem danos à saúde, representando o alimento, como uma medida de promoção e tratamento de agravos à saúde, como também de maneira de prevenção as doenças, de um modo geral (DURAN, 2013).

Todas essas iniciativas têm por base as transformações ocorridas na população brasileira, que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas mudanças acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição (BRASIL, 2013).

Assim, o conhecimento sobre alimentação, elaborado pelas cuidadoras, parte de um saber social, fruto das experiências do cotidiano, sendo um objeto de Representação Social (JOVCHELVITCH, 1998).

Logo, a representação de alimentação para as cuidadoras (1) e (32) refere-se ao sustento e à prosperidade, à saúde, à qualidade dos produtos e à possibilidade de escolha durante as refeições. Algumas evocações foram seguidas de comentários que sustentam essa reflexão. Dessa forma, a alimentação é um elemento de grande importância, quando bem escolhida, tendo o poder de impactar diretamente e positivamente na saúde do idoso e da cuidadora.

É comer bem, mais não é comer muito, é comer aquilo que o médico orienta comer, um alimento variado, salada, comida cozida com pouca gordura (1).

Comer um alimento mais variado, ter mais opções, ter dinheiro pra comprar o alimento certo, conforme a orientação do médico, desse jeito eu acho que é bem melhor pra saúde, porque você pode comer bem e ter uma boa saúde também (32).

A partir dessa conscientização, as cuidadoras utilizam esse conhecimento para selecionar o alimento ingerido por elas e seus familiares como uma estratégia de atingir uma boa saúde e qualidade de vida.

Outra possibilidade que fundamenta a evocação alimentação é presença de doenças crônicas nas cuidadoras. Tais patologias como as doenças reumáticas, hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus podem ser controladas, associando a medicação, exercício e uma alimentação equilibrada.

Para Freitas et al. (2011), as necessidades nutricionais variam de acordo com as diferentes faixas etárias, patologias e metabolismo, não podendo ser generalizadas. Dessa forma, o déficit alimentar causa em um leve declínio funcional com conseqüente repercussão na ingestão e na absorção de nutrientes. Uma ingestão nutricional inadequada acarreta um status nutricional inadequado, acelerando e agravando os problemas de saúde existentes, como também gerando novos problemas, pela carência de alimentação.

Dessa forma, o conhecimento e inclusão de uma alimentação adequada pelas cuidadoras, que fazem parte dos cuidados realizados com o idoso, são considerados essenciais para manutenção da saúde e um bom envelhecimento.

Todavia, as deficiências nutricionais e irregularidades alimentares mantêm uma correlação com a piora das doenças crônicas degenerativas, as quais levam à perda da autonomia e ao aumento da morbidade e mortalidade do idoso, impactando negativa e indiretamente na sensação de qualidade de vida percebida pelas cuidadoras (FREITAS et al., 2011).

Como eu tenho problema de diabetes e colesterol alto, eu acho que a alimentação assim, uma refeição no horário, sempre com salada, pouca gordura e açúcar, sem fritura, faz muito bem pra minha saúde eu me sinto bem (38).

Porque eu sinto que quando eu passo de hora de comer, ou como alguma coisa com gordura, até minha pressão aumenta (14).

Como exposto nas falas (38) e (14), à medida que a alimentação contribui para a manutenção e melhoria da saúde e prevenção de comorbidades, o alimento adquire lugar de importância perante os demais elementos, conquistando valor para as cuidadoras, na representação de qualidade de vida.

Outra evocação presente na categoria qualidade de vida e seus elementos essenciais é o termo *família*, frequência (20). Esse elemento encontra-se no NC como um dos termos de menor frequência evocada dentre os elementos adjuntos do núcleo. Esse termo foi definido, semanticamente, sendo a síntese de outras formações correspondentes à família, como: convivência familiar harmoniosa, união familiar, viver em família.

Durante o estudo, a evocação *família* adquiriu diversas formas de impactar na qualidade de vida das cuidadoras. Assim, a família pode ser o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos e afetivos. Representa também um grupo de potenciais cuidadores, pessoas que podem assistir o idoso tanto em suas necessidades básicas, como afetivas, percebendo a família com uma conotação bucólica, remetendo às necessidades de amparo, o envolvimento de todos os membros, com padrão socialmente aceitável. Essa última perspectiva corresponde ao desejo expresso de algumas cuidadoras, ao sofrerem interferência da marginalidade e criminalização que acomete alguns membros da família, impactando negativamente na sua qualidade de vida.

Atribuímos a diversidade de significados do termo família, à inclusão de Representações Sociais de cuidadoras com faixas etárias diferentes, constituindo sentidos de família diferentes. Para as cuidadoras mais idosas, a família é estabelecida ainda conforme o modelo tradicional, construído por pai, mãe, filhos saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e equilibrados, em que todos os membros se reúnem para fazer as

refeições e dialogar sobre os acontecimentos do dia a dia. A família seria para a cuidadora mais idosa um ambiente ideal, repleto de união, de amor e disciplina, transmitindo aos mais jovens valores e experiências (CECCARELLI, 2005) conforme as falas abaixo. Para as mais jovens, a família pode parecer uma estrutura mais flexível, baseada predominantemente em laços afetivos.

Para Serbim e Figueiredo (2011), os familiares são considerados como porto seguro e referência. Assim, o ambiente domiciliar é referenciado como o lócus ideal para uma vivência harmoniosa onde haveria o compartilhamento de experiências. A família, nesse contexto, é representada como potencial fonte de qualidade de vida, haja vista ser um grande fornecedor de suporte emocional, financeiro de cuidados, fazendo companhia, aconselhamento e apoiando a cuidadora, sendo um mediador de situações estressoras.

A família reunida, meus filhos e netos aqui perto de mim, isso é muito bom, pra felicidade da família (7).

A família para ajudar a cuidar, dar amor, dar carinho e ensinar, é muito bom (1).

A família, meus irmãos que me ajudam, ajuda mais com dinheiro que vindo aqui e cuidando dela (24).

Como se referiu nas falas (1) e (24) acima, a família pode surgir como sinônimo de suporte familiar, partindo de um contexto onde o familiar interage com o cuidador, contribuindo para harmonia da composição do ambiente de cuidado.

A família pode remeter a um local de paz e harmonia, importantes para a qualidade de vida das cuidadoras, apresentando-se como privilégio, já que, mesmo presente em meio a tanta violência na sociedade, ainda permite se usufruir de um ambiente com os seus membros saudáveis, em paz e livres. Atribuímos esse sentido de família ao contexto de violência e insegurança vivenciado por algumas cuidadoras, não sendo raros os relatos sobre a morte de um membro da família envolvido com tráfico de drogas e outros crimes.

Para algumas cuidadoras, a família seria um círculo de afeto e apoio, refúgio nos momentos de dificuldade, sendo constantemente ameaçada pela influência das drogas e outros problemas acentuados pela modernidade, podemos perceber nas falas de (43) e (40).

Essa semana o vizinho invadiu meu quintal e tentou matar meu neto, porque ele pensava que tinha sido ele que roubou a sua televisão para vender pra comprar drogas (43).

Se não fosse essas drogas, essa bebida eu seria mais feliz se minha família tivesse todo mundo em paz, trabalhando, estudando, meus filhos, meus netos (40).

As famílias atuais apresentam uma configuração de valores e situações sociais distintas das famílias do século XIX. Este novo padrão familiar modificou algumas

concepções, valores e limites familiares, assim a família saudável ganhou uma nova ressignificação. Estes fatores associados ao uso de drogas, iniciação na criminalidade e violência doméstica são a base para a desestruturação e conseqüente destruição familiar (BRASIL, 2006).

6.2 QUALIDADE DE VIDA E AS NECESSIDADES SOCIAIS E DE CIDADANIA

Nessa categoria, estão os elementos da 1ª periferia do sistema periférico. Esses elementos foram categorizados como necessidades sociais e de cidadania, pois as questões priorizadas nesse quadrante são de cunho social, aludindo aos direitos constituídos e legitimados. Desse modo, as evocações: moradia, conforto, dignidade, defesa da paz e emprego, relacionam-se à diminuição das desigualdades e desenvolvimento social, importantes para a qualidade de vida e bem-estar das cuidadoras.

O Sistema Periférico encontra-se ligado ao cotidiano dos indivíduos, sendo empregado na proteção do Sistema Central, devido à sua flexibilidade e possibilidade de adaptação ao contexto imediato (ABRIC, 2001). Caracterizado por três correntes: concretização, responsável pela elaboração, compreensão e transmissão das representações; regulação, responsável pela adaptação das representações ao contexto em que o grupo se insere; função de defesa, permite a flexibilidade das representações, através da mudança pela integração de outros elementos e novas interpretações, a fim de manter a estabilidade da representação (FLAMENT, 1994).

Abric (2000) afirma que o Sistema Periférico é funcional, ou seja, é a partir da periferia que uma representação pode se ancorar na realidade, no contexto histórico presente.

Na realidade, a periferia da representação serve de para-choque entre uma realidade que a questiona e um núcleo central que não deve mudar facilmente. Os desacordos da realidade são absorvidos pelos esquemas periféricos, que, assim, asseguram a estabilidade (relativa) da representação (FLAMENT, 2001, p. 178, apud OLIVEIRA et al., 2005, p.130).

Dentre os elementos da primeira periferia ou primeiro quadrante do sistema periférico, o que apresentou maior frequência de evocação foi o termo *moradia*, com frequência (18). Outra evocação pertencente a esse quadrante é o termo *conforto* com

frequência (14), que se uniu à moradia, com frequência (18), durante a discussão, após ser observado que ambas as evocações mantêm relação de complementaridade.

Para as cuidadoras, a moradia é fator de importância como referência de qualidade de vida, sendo facilmente compreensível à medida que analisamos o padrão de moradia digna, preconizada pelas políticas públicas (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a moradia não se restringe a um lócus, mas a um espaço físico e valorativo. Segundo Santos et al. (2007), moradia remete a dois aspectos: aos objetivos, como espaço para cozinhar, varanda, quintal e quartos; aos subjetivos, possuindo sentido de lar, lugar para descansar e maior área para satisfazer as necessidades cotidianas e familiares.

Uma moradia maior, porque essa casa é muito pequena, não tem um lugar para ela ficar, ela tem que dividir o quarto com meus filhos adolescentes, é muito desagradável, não posso tirar ele do quarto deles (8).

Aqui é pequeno mais é o que tenho se eu pudesse teria uma casa maior e de preferência em outro bairro, aqui não é vida de gente, antes não era assim, mais de uns tempos pra cá, tá insuportável (21).

Porque não sabe, a nossa casa pode ser do jeito que for, é o nosso lugarzinho, onde podemos fazer o que a gente quer, falar qualquer coisa, ficar tranquila, relaxar (74).

Uma casa mais perto do posto né, porque imagina nessa rua se ela passar mal de noite, não tem como entrar nenhuma ambulância (12).

O Ministério da Cultura mantém a ideia de segregar os sentidos de moradia em duas vertentes: uma que abranja o espaço físico e estrutural e outra que envolva o lócus de interação, privacidade e expressão da afetividade, integrante do direito a um padrão de vida adequada (BRASIL, 2013).

Para as cuidadoras, a moradia tem a conotação de abrigo, lar, refúgio, local onde ela disponha de recursos para cuidar do idoso, ou seja, tenha uma adaptação, um espaço para convivência, lazer expresso na fala da cuidadora (74).

Observa-se que ao considerar a moradia um elemento para satisfação da qualidade de vida, a cuidadora (12) agrega também o desejo de melhoria no padrão de vida, como a ampliação ou mesmo mudança para um bairro que seja de mais fácil acesso aos serviços de saúde e possua melhor infraestrutura e saneamento básico com índice de violência menor.

Percebemos, claramente, na fala das cuidadoras (47) e (27), o desejo da ampliação do domicílio ou construção de um local para descanso próprio, de seus familiares e do idoso. Tal anseio se mostrou presente na reflexão das cuidadoras que usufruíam de melhores recursos financeiros e moravam mais próximo à avenida, possuindo mais acesso ao serviço de saúde e, por conseguinte, maior infraestrutura em seu local de moradia. Porém, as cuidadoras que moravam em ruas e becos com grandes índices de violência,

tendo em muitos casos, filhos, netos e irmãos envolvidos com o crime, expressaram o desejo de mudar de bairro como uma forma de fugir da violência e criminalidade, bastante comum no bairro onde o estudo foi desenvolvido.

Por pior que falem do bairro aqui, eu já me acostumei com as pessoas daqui, há uns anos atrás a Liberdade era considerado um bairro bom, por ser perto do centro da cidade, agora tem esse bando de maconheiro, eu só queria mesmo era está mais perto da pista, pra algum caso de emergência, na maioria dessas ruas só passa moto como acudir alguém doente desse jeito (47).

Eles não mexem comigo porque eu já sou conhecida, mais minha filha morre de medo de vim tarde da faculdade (27).

Para as cuidadoras, o termo *conforto*, com frequência (14), parece estar relacionado intimamente aos benefícios trazidos pelo dinheiro para sua vida e para o idoso, de modo que elas atribuem diretamente uma positividade à qualidade de vida, à medida que o conforto é garantido. Está também relacionado a um ambiente mais amplo e adaptado às necessidades do idoso, possuindo mais facilidade dos meios de transporte, liberdade para alimentar-se de forma mais variada e desfrutar de lazer, como mostra a representação da cuidadora (75): “Uma lugar melhor, um carro, uma refeição melhor, enfim ter conforto né.”

A partir dessa análise, percebe-se uma inter-relação na conotação dada ao *dinheiro* e ao *conforto*. Segundo Novais et al. (2013), e conforme a cuidadora (62), melhores condições financeiras determinam melhores acessos a bens e serviços.

Viver com conforto, sem viver aperreado, ter dinheiro para fazer as coisas pra mim e para minha família, sabe (41).

Viver confortável, poder comprar tudo o que eu quero, já pensou (62).

As cuidadoras consideram o dinheiro um facilitador, já que permitiria maior acesso aos bens de consumo. Essa realidade torna compreensível a crença de que o dinheiro traria com ele o conforto e o bem-estar, uma vez que essas mulheres possuem baixa renda e/ou nenhuma remuneração, moradoras de um bairro com alto índice de periculosidade, algumas vivem em submoradias, como palafitas ou cômodos improvisados no domicílio do idoso (BRASIL, 2013).

A sensação de bem-estar, ao poder usufruir de bens e não sofrer privações, traz à tona a representação do dinheiro para as cuidadoras cujo objetivo é proporcionar a satisfação das necessidades e, dessa forma, gerar o conforto, o que é evidente na fala (41) e (62).

Quanto à qualidade de vida ancorada na evocação *emprego*, com frequência (17), nota-se a importância de tal elemento, pelo segundo lugar em ordem de evocação, presente na primeira periferia. Esse termo evidencia o desejo das cuidadoras informais,

sobretudo, das que possuem a idade inferior a 40 anos, em engajarem-se no mercado de trabalho.

As dificuldades encontradas pelas cuidadoras para inserir-se no mercado de trabalho, provavelmente, devem-se à falta de qualificação ou experiência profissional, haja vista que o nível de escolaridade de algumas cuidadoras está aquém das necessidades do mercado capitalista. Segundo o Instituto de Estudo Econômica Aplicada (IPEA), a raiz do problema está associada à má qualidade da educação fundamental e educação continuada (ROITMAN; RAMOS, 2011).

As motivações para adiar o sonho das cuidadoras de possuírem um emprego formal são suplantadas por causas existentes no contexto geral, dentre elas, a impossibilidade de delegar o cuidado do idoso a outrem ou de custear os cuidados de um profissional, além, da oferta de subempregos com uma baixa remuneração.

É muito ruim ficar dependendo dos outros (8).

A... um emprego pra mim seria muito bom, para minha qualidade de vida nossa é um sonho, seria perfeito, mais como vou trabalhar quem vai cuidar do meu pai, minha mãe eu não tenho coragem de deixar, ela também não está muito bem de saúde (75).

Assim, é perceptível, na fala da cuidadora (8), a dependência financeira das cuidadoras, pois, muitas são filhas e cônjuges que se sentem responsáveis legais pelo idoso, movidas por piedade, doam-se para ajudar os irmãos, cônjuges e outros, provendo o cuidado ao idoso, enquanto os demais membros da família trabalham pelo sustento familiar, assim como para complementar a renda dos familiares ou a aposentadoria dos idosos.

Quando eles compram as coisas para os filhos deles, eles sempre me dão alguma coisa (30).

É assim meu tio, minha vó, eles veem meu jeito aqui, que não trabalho, então eles sempre me dão algum agrado (37).

Esse ano que vem eu vou arrumar um emprego, eu quero comprar minhas coisinhas do meu jeito (64).

Essa divisão do trabalho entre gêneros é reforçada por valores morais, na qual as noções de homem-provedor (força de trabalho principal) e mulher-cuidadora (força de trabalho secundária) são construídas ao longo do tempo (KÜCHEMANN, 2012).

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a inserção da mulher no mercado de trabalho está acompanhada de elevado grau de discriminação, não somente na distribuição e hierarquia dos cargos, tanto no setor formal como no informal, mas também, sendo constatado no que se refere à desigualdade salarial entre homens e mulheres (SOUZA; SANTOS, 2014).

Ainda assim, a evocação emprego surge como estímulo para resgatar a cidadania e individualidade das cuidadoras em questão. Expressa o desejo de ter uma vida

profissional e remuneração que satisfaça suas necessidades, representa também uma forma de realização pessoal e melhora da auto-estima, consistindo em qualidade de vida para si, notável no relato de (16) e (51).

Emprego, porque eu to nova e preciso comprar minhas coisas (16).

No começo do ano eu queria fazer um curso de inglês, pra ver se eu arranjava um emprego, mais como mamãe adoeceu ai meu irmão começou a trabalhar, eu desisti de procurar um trabalho, e não pude fazer o curso também, não tinha com quem deixasse ela, mais ele me ajuda muito (51).

Outra evocação importante para a qualidade de vida das cuidadoras informais é o termo *paz*, apresentando frequência (17), e maior ordem média de evocação dentre os elementos da primeira periferia. O termo paz está incluso no desejo das cuidadoras, haja vista o contexto de violência, no qual as cuidadoras convivem cotidianamente.

A violência atualmente tem se tornado uma realidade comum ao cotidiano de muitos cidadãos. Essa triste realidade é vivenciada de forma exacerbada, sobretudo, em bairros periféricos, sendo bastante explorada pelos meios de comunicação diariamente, afetando profundamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas (CAMPOS, 2013).

A problemática ou obstáculo para conquistar a paz desejada não está na localização da moradia propriamente dita. A situação estressora considerada influente na qualidade de vida das cuidadoras é a marginalização, a banalização do uso de drogas e os constantes atritos entre cidadãos de bem com os usuários e drogas e marginais.

Nesse sentido, o Bairro da Liberdade, local onde foi realizado o estudo, apresenta uma atmosfera de violência física e verbal e outros tipos de crimes existentes. Dessa maneira, ao evocar o termo paz, as cuidadoras espontaneamente tecem comentários de tal evocação, semelhante a um desabafo, o envolvimento de um dos membros da família com o mundo das drogas ou ainda ao fato de sua residência estar localizada próxima a pontos de venda de drogas, causando transtornos e sentimento de coerção, devido à necessidade de sobreviver em tal circunstância.

É uma vida sem sossego, sem paz, fim de semana não podemos sair na porta, porque é cheio deles, fumando maconha, esse fim de semana mesmo, eu estava com dor de cabeça e não podia nem mandar ele abaixar o volume, fiquei com medo dele me agredir (74).

Para Bourdieu e Pierre (2010), a submissão ou aceitação de forma pacífica de um determinado tipo de violência ou situação indesejada, fruto da coerção, é caracterizado como uma violência simbólica, tornando a convivência das cuidadoras de idosos, apreensiva e conflitante e causando desordens psíquicas e dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

A paz apoiada na espiritualidade é concebida como um processo natural, um mecanismo de enfrentamento, no qual o indivíduo envolve elementos cognitivos para

promover o bem-estar ao próximo, como um sinal de doação, sem interesses financeiros ou qualquer recompensa material pela simples satisfação interior de agradecer a Deus (GUTZ; CAMARGO, 2013).

O mesmo autor ressalta que a fé, a oração, os sentimentos de doação, proteção e conforto, permitem que as cuidadoras possuam maior capacidade para enfrentar as adversidades da vida e adquiram mais sabedoria para lidar com a morte.

A gente se apega em Deus, porque se ele é por nós, ai gente consegui ter força (45).

Senão fosse Deus pra mim dá a paz de espírito, pra viver desse jeito aqui (24).

Paz é isso, viver tranqüilo sem muita preocupação, com meus filhos aqui e meus netos, ter toda a família reunida (13).

Para as cuidadoras (45), (24) e (13), a paz entre os membros da família e a harmonia na unidade familiar é vista como a concretização da paz no seio familiar, sendo um elemento que influi positivamente na qualidade de vida, tanto pelo fortalecimento dos laços afetivos, quanto pela valorização e apoio potencial oferecido pelos membros.

6.3 QUALIDADE DE VIDA COMO EXPRESSÃO DE BEM-ESTAR E SAÚDE

A presente categoria é composta pelos elementos da zona de contraste. Essas evocações caracterizam-se por pertencer a uma região não explicitada, sendo importante ressaltar que não se trata do inconsciente, domínio próximo da teoria psicanalítica, mas, antes, ela subjaz à consciência dos sujeitos, os quais não o expressam socialmente em razão das normas implicadas no seu contexto social (FLAMENT; GUIMELLI; ABRIC, 2006).

Abriç (2003) considera que esse quadrante pode tanto “revelar a existência de um subgrupo minoritário portador de uma representação diferente” ou ser apenas, composto de elementos complementares à 1ª periferia.

Assim, os termos evocados nessa categoria são significativos para a qualidade de vida, bem-estar e saúde, para um pequeno grupo de cuidadoras, sendo que, para essa minoria, os elementos são considerados importantes, pois quando solicitados, foram prontamente evocadas em ordem hierárquica de prioridade.

Com isso, o termo *dormir bem*, frequência (8), é considerado um elemento importante para qualidade de vida das cuidadoras, pois traz consigo a impressão de que,

essas cuidadoras convivem com o sono e o repouso prejudicados. Fato que pode estar associado às necessidades que os idosos apresentam durante à noite, como situações de insônia, agitação, desconforto e dor ou devido à exigência da administração de medicações com horários estabelecidos e rígidos, requerendo a atenção da cuidadora. Portanto, desfrutar de um sono restaurador é um privilégio e contribui para o bem-estar do cuidador, aliviando o estresse.

Tem noite que ele não dormir, e eu tenho que passar a noite inteirinha acordada, dou chá, dou remédio, mais ele é muito agitado, no outro dia estou um caco (1).

Tem noite que eu fico irritada, não é nem com ele, porque eu gosto muito e com a situação, não descansar bem a noite sempre preocupada (12).

O sono é considerado uma necessidade humana fundamental, sendo um dos fatores que influenciam na qualidade de vida do ser humano. Os déficits no padrão do sono e repouso podem alterar o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, raciocínio, resposta comportamental, humor e resiliência.

Quando os padrões de sono são prejudicados, podem resultar em: dificuldades de manter a atenção, concentração e desempenho, em manter um bom relacionamento familiar e social, aumenta a incidência de dor, proporciona a percepção da própria saúde como negativa, gera indisposição para realizar as tarefas diárias, aumenta a utilização dos serviços de saúde e reduz a sobrevida (CLARES et al., 2012).

Desse modo, a importância em manter um padrão de sono se dá pela necessidade de manter a própria saúde e condições para o cuidado diário, gozando de saúde, bem-estar e disposição.

Conforme Pinquart e Sorensen (2011), mais da metade das cuidadoras informais apresentava níveis preocupantes de ansiedade e depressão que interferem no seu bem-estar psicológico. Esse distúrbio pode se transformar em uma morbidade psicológica, que exige atenção especial, podendo ocorrer com a mesma intensidade em cuidadores, independente da proximidade afetiva, parentesco, sexo e idade.

Outra evocação presente na zona de contraste é o *bem-estar*, frequência (7). Esse termo tem menor frequência que os demais evocados na zona de contraste, revelando que a necessidade de bem-estar físico e mental é um elemento menos importantes para as cuidadoras.

O bem-estar é um constructo semelhante à qualidade de vida, de difícil definição, pois trata-se de um elemento ou síntese de fatores, avaliado, individualmente como capaz de proporcionar prazer ou satisfação (VIEIRA et al., 2012).

Um bem estar geral, ter saúde e ter amigos, sei lá é difícil dizer (32).

Estar de bem com a vida né, isso que eu acho que é qualidade de vida (41).
Ter bem estar né, porque se a pessoa não se sente bem, feliz e difícil ter qualidade de vida assim (52).

Para Bernardo e Vasco (2011), o conceito de bem-estar tem merecido a atenção da sociedade de modo geral, como um indicador válido do quão bem se encontra, um determinado indivíduo ou comunidade. Em suma, seria a possibilidade de retirar prazer nas experiências de vida ou na presença de um maior número de experiências agradáveis sobre as desagradáveis.

Outra evocação que dá sentido à qualidade de vida é a *disposição*, com frequência (9). Esse termo está relacionado ao bem-estar e seria fruto de uma noite de sono restaurador, boa alimentação, lazer e cuidados com a saúde. Portanto corresponde à somatória de fatores, tais como a força e saúde (física e mental) para cuidar.

De acordo com Silva et al. (2011), a disposição envolve vários sentidos, que se relacionam com a prática de esporte, alimentação saudável, uso regular de medicamentos, assistência médica acessível, corpo e alma saudáveis, conforme ressaltado pela cuidadora (2)

A sobrecarga de atividades pode interferir na falta de disposição para cuidar de si mesmo, havendo falta de interesse e comodismo para cuidar da própria saúde, ter boa alimentação, lazer e conforto (MENDONÇA; MENANDRO, 2010).

A pessoa quando faz algum esporte se sente mais disposta, com mais saúde, eu sinto que quando eu fazia caminhada, eu não sentia essas dores nas pernas, que eu sinto hoje, eu era mais ativa, bem mais disposta (2).

Tem dia que quero sumir, não tenho coragem pra nada (41).

É um cansaço tão grande que a pessoa não tem coragem pra fazer nada (22).

Outro termo que ancora a qualidade de vida para as cuidadoras é a evocação *assistência médica*, com frequência (7). Tal elemento constitui um determinante vital à saúde, é fundamentado pela interação das cuidadoras com o idoso que possui demanda de assistência médica, pelo processo de envelhecimento e pela vivência da cuidadora com patologias que surgem com a idade, contribuindo para tal elaboração mental.

O envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças e mais incapacidades funcionais ao indivíduo devido à vulnerabilidade biológica, levando a utilização dos serviços de saúde em maior escala (SILVA; GONÇALVES, 2010).

O termo assistência médica ganhou destaque, expressando a importância do acompanhamento dos profissionais da saúde, sobretudo, das consultas médicas

regulares para a qualidade de vida das cuidadoras, embora, abordada com maior ênfase na terceira idade.

As cuidadoras demonstraram diferenciar o conceito de saúde da expressão assistência médica, mas acreditando que uma dependa da outra, de forma que, a saúde esteja associada à capacidade de desfrutar a vida e resistir às dificuldades, necessitando da assistência médica para prevenção, promoção e manutenção da sua saúde, tendo na assistência médica, o meio para alcançar esse objetivo, conforme destacado na fala (41).

Eu aproveito a consulta dele e me consulto também, porque senão fica difícil pra eu ir outro dia (12).

Eu me cuido apesar de tudo, todo mês a Agente de Saúde marca a consulta para mim e para ela, porque nenhuma de nós pode ficar doente, se eu adoecer quem cuida dela e se ela adoecer eu acabo com o resto da minha saúde (41).

No presente estudo, o termo assistência médica foi relacionado às necessidades de saúde avaliada e necessidades de saúde percebida. Pois ao expressarem sua percepção de saúde, algumas cuidadoras, portadoras de uma ou mais comorbidades, referiram-se a si como tendo boa saúde, e outras que não possuíam nenhum diagnóstico que confirmasse alguma comorbidade, relataram possíveis problemas de saúde. Desse modo, a necessidade de assistência médica dessas cuidadoras, variam conforme sua necessidade de saúde percebida.

Eu não posso passar muito tempo sem ir ao médico, eu sinto que minha cabeça doe, deve ser a pressão ou o problema de colesterol (74).

Bom eu não tenho nenhuma doença confirmada não, mais eu não acho minha saúde boa também não, eu não me sinto tão bem, tão disposta, eu sinto umas dores de cabeça de vez em quando (15).

Por que a qualidade de vida pode existir em pessoas com problemas de saúde sim eu acho, se a pessoa tiver o acompanhamento médico, tomar o remedinho corretamente, não comer besteira, dá pra ter saúde sim, demais até (24).

A saúde percebida é o autojulgamento do indivíduo sobre sua capacidade e funcionalidade atual e passada, baseando-se em parâmetros sociais e na auto-observação (SILOTE et al., 2013).

Quanto ao termo *tempo para si*, foi evocado com frequência igual a (8). O tempo para si na concepção das cuidadoras, consiste em um ponto de equilíbrio em meio às atividades estressantes do cotidiano.

Para Saraiva (2011), os cuidadores constituem um grupo de risco e encontram-se vulneráveis à elevada pressão emocional, desgaste físico, perturbações

afetivas, a desorganização pessoal, familiar e social, a doença física e mesmo a doença psiquiátrica e outra sintomatologia orgânica ou manifestação psicossomática, que são desencadeados pelo excesso de atividades e exaustão física.

As principais necessidades ou dificuldades sentidas, relacionam-se com questões temporais (descanso, convívio e lazer, tempo para si), acesso à informação, apoio de familiares e profissionais, questões financeiras e apoio da comunidade (SARAIVA, 2011).

Compreendemos que ao escolher a evocação tempo para si, as cuidadoras se referiram à continuidade das atividades cotidianas e rotineiras, que levam a sobrecarga, desgaste e exaustão, contribuindo para a necessidade de estabelecer um tempo para reflexão e harmonizador de sua saúde mental.

A representação do tempo para si, na concepção das cuidadoras presentes, pode ser observada nas expressões (62), (13), (27), (84) e (45).

Na verdade eu não faço nada pra mim mesma, só cuidando dela, queria um tempo pelo menos pra dormir (62).

Faz tempo que marco o retorno no medico e nunca posso ir sempre tem alguma coisa pra fazer (13).

Não posso sair de dia e nem a noite, porque ela só que eu dê a medicação dela, quando não estou ela se joga no chão, sapateia, um é difícil assim eu ter um tempo pra mim (2).

Meus filhos têm que entender que tenho pouco tempo (27).

Todo o tempo que tenho é para estar com meus filhos e meu companheiro, queria ter mais tempo para eles (84).

Pelo menos né, um tempinho pra mim, ainda sou nova, eu só tenho 24 anos, mais não saiu pra lugar nenhum (45).

O tempo não importa a finalidade, é imprescindível na vida do cidadão social. Precisamos de tempo para comer, dormir, sentir, lazer, refletir, articular os cuidados, instrumentalizar-se, viver com a família, não fazer nada, ser.

Assim, esse quadrante foi estruturado, contendo os elementos que contribuem para a qualidade de vida, relacionadas às necessidades de saúde das cuidadoras. Nesse sentido, assistência médica, disposição, sono e repouso e tempo para si, são elementos cooperadores para construção da percepção de qualidade de vida, bem-estar e saúde para as cuidadoras.

6.4 QUALIDADE DE VIDA COMO EXPRESSÃO DE LIBERDADE INDIVIDUAL

O último quadrante ou quadrante inferior direito contém os elementos mais flutuantes e distantes do provável eixo central das RSs. Essas informações encontram-se mais esparsas no discurso, pois não apresentam, muitas vezes, respaldo em experiências do cotidiano de seu grupo social (NAIFF; NAIFF, 2008).

Na presente categoria, a expressão “Qualidade de Vida”, ancorada-se em valores e elementos que somente o indivíduo pode usufruir, formando, assim, a expressão categórica qualidade de vida e elementos de liberdade individual. Nesse contexto, somente o próprio indivíduo durante o usufruto de tais elementos terá sua qualidade de vida impactada. Portanto, ancorar o amor é viver o amor, é ter um parceiro, um companheiro, sendo que o descanso, a educação e a tranquilidade são seguidores da mesma linha de raciocínio.

Quando evocado o *amor*, termo com frequência (8), emergiu uma diversidade de sentimentos e sentidos para explicar a evocação. A conotação dada ao termo amor, mais frequente foi quanto à lacuna sentimental, de forma que, o amor satisfaria as necessidades afetivas da cuidadora, conferindo-lhe proteção, compartilhando o cuidado, quando possível. Dessa forma, a cuidadora acredita que o amor reduziria sua carga de stress, pois teria com quem dividir as tarefas e também teria menor sensação de isolamento e perda da vida socioafetiva.

Eu não quero casar não, pra que, pra morar todo mundo aqui, não presta, mais eu sinto a falta de um companheiro, pra dividir os problemas comigo (62).

Eu queria um homem, de verdade um homem que fosse meu companheiro pra entender essa situação (12).

Ela esta hoje assim, mais essa velhinha tem um coração muito bondoso, já ajudou demais meu marido e meus filhos, cuidar dela e o mínimo (72).

Se eu tivesse um marido talvez ele me ajudasse, em alguma coisa, eu não me cansaria tanto assim (74).

Como raramente o homem é o responsável e principal cuidador do idoso, a figura do companheiro, no cuidado ao idoso, representaria o cuidador secundário, fornecedor de auxílio na locomoção, transporte do idoso e apoio financeiro.

De acordo com Silva et al. (2011), quando não há um companheiro como cuidador secundário, existe a possibilidade da cuidadora sofrer sobrecarga de estresse

mental e físico, isolamento social e familiar e, conseqüentemente, gerar fragilização e adoecimento.

Nardi (2007) reforça que a situação de se encontrar casado pode ser um fator facilitador de apoio para as tarefas desenvolvidas com o idoso. Porém, pode também, em outros casos, constituir-se em uma sobrecarga ao cuidador, podendo ser responsável por outras tarefas domiciliares. Com isso, o estado de solteiro também reflete uma preocupação, pois a tarefa de cuidar influencia negativamente na vida pessoal do cuidador.

O amor é evidenciado também nas falas como uma demonstração de gratidão, respeito, afeto e retribuição por ter dedicado seu tempo ao cuidador em algum momento ou pelo provimento do seu sustento durante toda vida, como ressalva a cuidadora (34).

O amor porque eu amo meus pais, na verdade esse trabalho que tenho é pequeno, é uma pequena demonstração de amor, eu sou muito grata, muito mesmo, porque eles sempre me sustentaram tanto eu quanto meus filhos, eu quero que meus filhos enxerguem isso também, não deixo eles responderem mal para ele, porque eu vou estar velhinha um dia e quero que meus filhos me respeitem e me deem valor também (34).

Quanto ao *descanso*, com frequência (9) e *tranquilidade*, (13), as cuidadoras elaboram os termos descanso e tranquilidade, como um misto de necessidade do ócio, reposição de energias e suporte emocional a fim de manter as necessidades pessoais satisfeitas e a saúde mental.

As explicações repousam no contexto de desgaste físico e mental, sofrido pelas cuidadoras, decorrente das tarefas de cuidar, desenvolvidas diariamente e incessantemente, muitas vezes, durante anos, com sobrecarga de atividades no seu cotidiano, sendo predominantemente, uma atividade solitária e sem descanso, que pode levar o cuidador a um isolamento afetivo e social (SILVA et al., 2011), como demonstra as falas (25), (31) e (41).

Tem dia que eu to atacada, porque eu tenho Lúpus e preciso me cuidar mais quem disse que eu pelo menos descanso depois do almoço (41).

Se eu tivesse um dia de descanso, que eu ficasse em casa tranqüila sem pensar em nada, eu não teria essas crises de enxaqueca, por que elas são só de estresse (31).

Queria ta em casa descansada, tranqüila, cuidando só dos meus dois filhos que ainda são pequenos (25).

De um modo geral, os cuidadores expressam que o desgaste físico e mental, causado pelas atividades de cuidado ininterrupto, é acrescido aos problemas cotidianos e às próprias limitações ou incapacidades físicas e emocionais, que tornam a vida em si mais penosa, podendo trazer danos e maiores riscos à saúde. Cuidar de pessoas idosas é estressante e geralmente leva a problemas emocionais, físicos, interpessoais e ocupacionais (RODRIGUES; DERNT; WATANABLE, 2006).

O estado de descanso e tranquilidade almejado ocorre quando o cuidado é realizado com perícia, amor e é compartilhado, proporcionando momentos de desligamento das atividades e situações estressoras, a fim de, recompor as funções vitais e manter a saúde mental.

Ao ancorarmos a qualidade de vida na *educação*, frequência (12), encontramos-la em segundo lugar, na ordem de prioridade, dentre os elementos da segunda periferia. As motivações que justificaram o uso do termo partiram da necessidade em melhorar a realidade através do estudo.

As evocações referentes à educação tendem a revelar sentidos voltados para a introdução de indivíduos no mercado de trabalho, a esperança de um futuro melhor, a necessidade de conhecer novas possibilidades e tornarem-se mais importantes no status social e, como consequência, a melhoria nos padrões de vida, bem-estar e qualidade de vida (NAIFF; NAIFF, 2008).

Queria muito fazer faculdade, porque as coisas estão difíceis (65).

Quase eu não terminava os estudos, foi preciso eu terminar a noite, supletivo, não aprendi nada (42).

Em nossa sociedade, estudar corresponde, em grande escala, a ascender socialmente e financeiramente, embora muitos jovens sigam o sentido oposto, ao inserir-se em um contexto onde a pobreza rouba-lhes a oportunidade do estudo e impõe a eles a necessidade de trabalhar, aderindo a subempregos, a submoradias e subcondições de vida. Desse modo, na fase adulta, a necessidade de educação vem a ser uma esperança de resgate do que lhes foi negado, significando, muitas vezes, orgulho e expectativas de um futuro melhor (NAIFF; NAIFF, 2008).

Situações de baixa escolaridade podem comprometer a qualidade do cuidado à medida que entre as tarefas desempenhadas pelos cuidadores, apareçam o cumprimento de receitas médicas, orientações nutricionais, horários de medicação, dentre outros.

A educação colabora para a capacidade de leitura de mundo e do trabalho intelectual, ampliando os recursos linguísticos, que viabilizam a organização das ideias, favorecendo a sociabilidade e autoestima, servindo de alavanca para o desenvolvimento pessoal e profissional (FERREIRA, 2012).

O déficit educacional no cuidado pode apresentar-se como fator limitador da comunicação ou do acesso à informação (NARDI; MIGUEL; FIGUEIRA, 2010).

Observar a educação como princípio para inserção do adulto ou jovem em uma sociedade estudada, cuja chave de acesso é o domínio da leitura e da escrita, servindo de estímulo aos adultos e jovens, para que os mesmos possam reposicionar-se

na sociedade e valorizarem-se como cidadãos capazes de intervirem na realidade social (FERREIRA, 2012).

“Eu não tenho assim, como fazer uma faculdade mais, pelo menos um curso técnico, pra ver se eu arrumo um emprego que preste” (21).

Essa necessidade já fora identificada ao longo da história, sendo demonstrado por meio de projetos políticos pedagógicos, a exemplo o EJA, (LDBEN) nº 9394, aprovada em 1996, com a finalidade de oferecer um suporte educacional com maior acessibilidade às faixas etárias, não consideradas prioritárias. Dessa forma, proporcionaria ao estudante uma formação adequada, conforme suas potencialidades, como elemento de autorrealização, preparação para exercício consciente da cidadania e mercado de trabalho (MOURA, 2007).

Outra vertente da educação pode ser o aspecto referente às necessidades de conhecer melhor as práticas e intervenções de cuidado em saúde, com a participação em treinamentos e oficinas, dentre outros programas que forneçam instrução/treinamento em áreas identificadas de interesse (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2010).

“Eu sinto às vezes uma falta porque quando eu participo das palestras, a assistente social fala algumas coisas que eu não entendo, queria saber mais” (32).

Uma evocação pouco frequente na segunda periferia do Sistema Periférico foi a palavra *lazer*, com frequência (10). A princípio, o lazer era visto como um tempo vago, considerado como nocivo para o indivíduo, que deveria usá-lo de maneira educativa em atividades realizadas, conjuntamente, em ambientes próprios para a prática (GOMES; PINTO, 2009).

É notória a insatisfação das camadas hegemônicas da sociedade em dispor de tempo livre para os trabalhadores, pois o ócio era visto pela burguesia como tempo desperdiçado, que poderia ser usado para planejar rebeliões e desencadear reflexões e confabulações políticas. Nesse ínterim, houve a consolidação das leis do trabalho (CLT) quanto à limitação da jornada de trabalho diária, semanal e anual, estabelecendo períodos para férias e descanso semanal (GOMES; PINTO, 2009).

Para Cunha (2010), as representações de lazer são reforçadas pelos meios de comunicação de massa, que difundem um novo estilo de vida, do qual o lazer é parte integrante como algo coisificado e ilusório. Essa ideia foi respaldada no modelo de desenvolvimento econômico vigente, no qual o lazer é comercializado, oneroso e não prioritário na vida do cidadão, sobretudo, de baixa renda.

Para Silva et al. (2011), embora seja histórica a presença de atividades em espaços destinados à diversão, a expressão lazer é um fenômeno da modernidade. A necessidade de tempo disponível, livre de obrigações, constitui, nos tempos modernos,

uma conquista difícil, havendo necessidade de abdicar de alguma atividade para usufruir maior tempo livre.

O lazer com sentido associado ao ócio, à preguiça, a um momento do não fazer, é impregnado de juízo de valor negativo aos olhos da sociedade capitalista, sendo estigmatizado. Entretanto, é avaliado como positivo e ideal para saúde física e mental, quando seus objetivos estão voltados para a atualização das potencialidades do indivíduo, associado à ausência de obrigações e identificado a um modo de vida inteiramente dedicado ao desenvolvimento físico e intelectual (MASCARENHAS; BARROS; CARVALHO, 2006).

Eu não tenho tempo nem dinheiro pra isso, se eu tivesse dinheiro, compraria outras coisas mais importantes (11).

Hoje em dia tudo é caro, qualquer passeio é caro, mais a gente se diverte como pode (74).

Eu queria ter lazer, sair pelo menos uma vez no mês, eu sei que é bom para saúde e eu preciso, mais é difícil (52).

Todo o tempo que eu tenho livre e pra dormir, acho que faz anos que não sei o que é lazer (47).

Para as cuidadoras, o lazer é um usufruto de luxo, pois a necessidade de descanso, manter o sono e repouso satisfeitos e cuidados com outros membros familiares ou consigo mesmas, torna-se uma prioridade, secundarizando as atividades de lazer.

Nas evocações das cuidadoras, notou-se a necessidade em citar o termo lazer como uma variável importante para qualidade de vida, embora tenha sido pouco observada sua relação com atividades lúdicas e diversão. Nesse sentido, o lazer referido assemelha-se ao tempo livre para refletir ou planejar algo voltado para si ou um momento com familiares e amigos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob a luz da Teoria das Representações Sociais de Moscovici, buscamos conhecer as evocações de cuidadoras informais de idosos, assistidos no Centro de Saúde da Liberdade sobre Qualidade de Vida.

O produto de tais representações, elaborado pelas cuidadoras, ressalta alguns elementos comuns a outros indivíduos não cuidadores; contudo, o critério de escolha das evocações do estudo nos inquieta a explorar tanto o contexto sociocultural e econômico das cuidadoras, quanto a própria atividade por ela realizada. Assim, é necessário compreender quem são essas cuidadoras e quais seus contextos de inserção, que caracterizaram as cuidadoras informais como: mulheres, membros da família, com idades de maior prevalência entre 30 a 60 anos, com idades por vezes avançadas, acima dos 60 anos, dependentes financeiramente do idoso cuidado e/ou de outros membros da família e comunidade, que dentre os inúmeros obstáculos do cotidiano, enfrentam os déficits de saúde do idoso e da sua própria saúde. Essas mulheres acreditam que a qualidade de vida tem no componente saúde, o elemento essencial, que fundamenta e representa o sentido de qualidade de vida. Em suma, todos os bens de consumo e necessidades são secundários à determinação da QV, se comparada a esse termo (*saúde*). Quanto ao termo dinheiro, remete-nos ao contexto de dependência econômica, representando um elemento de grande importância na determinação de qualidade de vida, consistindo em um facilitador para uma vida com menores entraves e mais conforto. Em relação à alimentação, notamos sua presença como suporte e redutor dos déficits de saúde, sendo prontamente evocado como necessário na manutenção de uma boa saúde. Assim, para as cuidadoras, representa um modelo proposto, respaldado nos padrões preconizados pelas políticas públicas, voltadas para a vigilância alimentar. Por fim, o termo família, juntamente aos aspectos que norteiam a relação familiar, união, refúgio, abrigo e tranquilidade no ambiente familiar, foram relatados como impactantes e essenciais para a qualidade de vida, perfazendo assim: saúde, dinheiro, alimentação e família são as evocações mais frequentes do estudo, com maior importância hierárquica para as cuidadoras, durante as evocações.

Assim como na categoria elementos essenciais utilizada para discorrer sobre as evocações do núcleo central, no sistema periférico, outras categorias foram elaboradas. Cada uma possuindo um significado em Representações Sociais e comportando elementos que nos revelam a face dada pelas cuidadoras ao termo Qualidade de Vida.

Quanto às demais dimensões e valores do Sistema Periférico considerados prioritários na concepção de qualidade de vida, compreendemos os termos da 1ª periferia do

Sistema Periférico (*moradia, emprego e conforto*), como evocações que estariam fundamentadas na dependência financeira e necessidade de possuir uma moradia própria, haja vista que as cuidadoras, de forma predominante, residiam com o idoso, não possuindo uma renda própria, pois sua atividade não é remunerada, sendo escassos os recursos financeiros para manter suas necessidades básicas, o que em alguns casos, impedia as cuidadoras de usufruir de plena cidadania, possuir um lar, um abrigo digno e uma fonte de subsistência própria.

As RSs, nesse contexto, permitem a organização e estruturação de ideias elaboradas pelas cuidadoras, sendo na zona de contraste de uma representação que encontramos os termos evocados, que colaboram para o sentido dos demais quadrantes ou os termos totalmente discrepantes das demais evocações, revelando, assim, uma realidade à parte. Nesse lócus, no presente estudo, estão os elementos que representam as necessidades das cuidadoras, que conforme categorizados, a fonte encontra-se no seu prazer, bem-estar e saúde, evidenciado pelas evocações (*disposição, dormir bem e tempo para si*).

Em uma realidade ainda mais distante, no entanto, colaborativa para satisfação das necessidades da cuidadoras e determinação da sensação de qualidade de vida, está a liberdade individual, com seus termos de destaque (*tranqüilidade, educação e lazer*).

A partir dessas construções, podemos conhecer as representações, não as julgando como certo ou errado, porém, compreendendo que tais elementos são produto do cotidiano e experiências vivenciadas, sendo notória a carência de melhores condições de vida, com mais acessos aos bens de consumo e elementos básicos para a cidadania como: *saúde, moradia digna, alimentação*, entre outros, buscando melhor vivência familiar e paz, para manter uma assistência com amor, dedicação e recursos, a fim de suprir suas necessidades e do idoso.

Dessa forma, em breve as cuidadoras poderão visualizar os elementos lazer e descanso, presentes na categoria mais afastada do núcleo, como algo palpável, alcançável e possível ao seu contexto e não somente fruto da imaginação ou termo denominado pela mídia e outros meios de comunicação que o vinculam à qualidade de vida.

Nesse sentido, foi importante interagir com as cuidadoras, utilizando como referencial teórico as RSs, pois assim, pude extrair os pensamentos e elaborações próprias do contexto e visão de mundo de cada cuidadora, de modo que, essas representações permitirão compreender, refletir e, futuramente, poderão subsidiar intervenções adequadas à saúde da cuidadora, baseada nas suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ABRIC, J-C. Abordagem estrutural das Representações Sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações Sociais e práticas educativas**. Goiânia: Editora da UCG, 2003. p. 37-45.

ABRIC, J-C. O estudo experimental das Representações Sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 155-171.

ABRIC, J-C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no Diabetes Mellitos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.

ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, jan./jun. 2011, p. 16-23.

ALVES, L. C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. **Revista Triângulo: Ensino, Pesquisa e Extensão**, Uberaba, v. 3, n. 2, p. 57-147, 2010.

ANDRADE, L. M. de et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 37-43, 2009.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a Organização da Proteção Social. Brasília, DF: MPS, SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social, 28).

BERNARDO, F.; VASCO, A. B. **Necessidades psicológicas de proximidade e autonomia**: relação com bem-estar e mal-estar psicológicos. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

BOURDIEU, M. Y.; PIERRE, B. Perspectivas sociais e dominação simbólica: a presença política das mulheres entre irris. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 25-49, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília, DF 2013.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, DF: CONANDA, 2006.

CAMPOS, L. S. **Representações Sociais de violência e sua relação com qualidade de vida na perspectiva de mulheres**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago. 2008.

CECCARELLI, P. R. Violência simbólica e organizações familiares. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Editora da PUC, 2005. p. 266-277. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/viol_org_fam.htm>. Acesso em: 5 set. 2014.

CLARES, J. W. B. et al. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em *Henderson*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 54-59, 2012. Número Especial.

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

COLOMÉ, I. C. S. et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 306-312, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>>. Acesso em: 2 dez. 2012.

COSTI, M. Editorial. **O cuidador: a revista dos cuidadores**. Porto Alegre, n. 1, p. 3, nov./dez. 2008.

CRUZ, D. C. et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 127-136, dez. 2010.

CUNHA, F. C. **Os luxos do lixo: Representações Sociais de lazer de catadores de papel**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

DOISE, W. Cognições e Representações Sociais: a abordagem genética. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001.

DURAN, A. C. F. L. **Ambiente alimentar urbano em São Paulo**: avaliação desigualdade e associação com consumo alimentar. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, R. T. Atributos da tensão do cuidador familiar de idoso dependente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.

FERREIRA, V. S. A. **A leitura na educação de jovens e adultos**: experiências e representações. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2012.

FLAMENT, C. Aspects périphériques desreprésentations sociales. In: GUIMELLI, C. D. **Structures et transformations desreprésentations sociales**. Lausanne: Delachauxet Niestlé, 1994. p. 85-115.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das Representações Sociais. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 173-186.

FLAMENT, C.; GUIMELLI, C.; ABRIC, J-C. Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, Louveigné, n. 69, p. 15-31, 2006.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FLORIANI, C. A. Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de criança dependentes de tecnologia. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, p. 15-19, 2010.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. de S.; REINERS, A. A. O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 18-25, 2012.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1175-1180, jul./ago. 2008.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**: nutrição e envelhecimento. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GAIOLI, C. C. L. de O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 150-157, jan./mar. 2012.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, set. 2010.

GOMES, C.; PINTO, L. O lazer no Brasil: Analisando práticas culturais cotidianas, acadêmicas e políticas. In: GOMES, C. et al. **Lazer na América Latina: tiempo libre, ocio y recreación en Latinoamérica**. Belo Horizonte: Editora da UFMAG, 2009. p. 67-122.

GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de Representações Sociais. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, 2013.

HESBEEN, W.; FERREIRA, M. I. B.; HONORÉ, B. **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. p. 13-21.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica: síntese dos indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2014.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17-44

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 63-85.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida: aspectos conceitual. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, 2007.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, Brasília, p. 165-180, jan/abr. 2012.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010.

LEOPARDI, C. L. C.; BECK, E. A.; NIETSCHKE, R. M. B. G. **Metodologia da estudo na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 945-955, 2011. Suplemento 1.

MASCARENHAS, S. H. Z.; BARROS, A. C. T.; CARVALHO, S. J. C. Um olhar atento sobre a prática do cuidador familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, abr./jun. 2006.

MCPHERSON, C. J. et al. The balance of give and take in caregiver-partner relationships: An examination of self-perceived burden, relationship equity, and quality of life from the

perspective of care recipients following stroke. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 55, n. 2, p. 194-203, 2010.

MELLO, P. B. et al. Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. **Estududos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 259-274, 2008.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista de Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 1, p. 408-21, 2010.

MENDONÇA, V. S.; MENANDRO, M. C. S. O cuidado com a própria saúde: representações e práticas de futuros profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Psicologia Política**, v. 8, n. 22, p. 116-127, 2010.

MENIN, M. S. de S. O aspecto normativo das Representações Sociais: comparando concepções. **Revista de Educação Pública**, v. 16, n. 30, p. 121-135, 2007.

MINAYO, G. et al. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: _____. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.

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

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigação em psicologia social. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOURA, M. da G. C. Educação de jovens e adultos: que educação é essa? **Linguagens, Educação e Sociedade**, Teresina, v. 12, n. 16, p. 51-64, jan./jun. 2007.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed. Midiograf: Londrina, 2010.

NAIFF, L. A. M.; NAIFF, D. G. M. Educação de jovens e adultos em uma análise psicossocial: representações e práticas sociais. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 402-407, 2008.

NARDI, E. de F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NARDI, E. de F. R.; MIGUEL, M. E. G. B.; FIGUEIRA, M. de O. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista F@ciência**, Apucarana, v. 6, n. 14, p. 118/127, 2010.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.778-80.

- NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p. 55-91.
- NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. da P. de L. O teste de associação livre de palavras. COUTINHO, M. da P. de L. et al. **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2003.
- NOVAIS, N. N. et al. Qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos longevos: interferências intrafamiliares. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 64-75, jan./abr. 2013.
- OLIVEIRA, D. C. de et al. Positividade e a negatividade do trabalho nas Representações Sociais de adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 125-133, 2005.
- PANZINI, R. G. et al. Brazilian validation of the quality of life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.
- PEREIRA, M. da G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-384, 2012.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. Spouses, adult children and children-in-law as caregivers of older adult. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 26, n. 1, p. 3-14. 2011.
- QUEIROZ, F. S. **Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- REIS, S. L. A.; BELLINI, L. M. Representações Sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Teoria e Prática da Educação**, v. 12, n. 1, p. 133-144, 2011.
- RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho da Ribeira Grande**. 2009. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2009.
- RODRIGUES, S. L. A.; DERNTL, A. M.; WATANABE, H. A. W. A Saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.
- ROITMAN, I.; RAMOS, M. N. **A urgência da educação**. São Paulo: Moderna, 2011.
Disponível em:
<<http://www.moderna.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A7A83CB31BFE9740131D31F5A442B61>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SÁ, C. P. de. **Núcleo central das Representações Sociais**. 2. ed. revista. Petrópolis: Vozes, 2000.

SÁ, C. P. de. As representações sociais na história recente e na atualidade da psicologia social. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: NAU, 2007.

SANTOS, F. R. G. dos S.; MENDES, R. de O. **Organização do espaço urbano em São Luís e suas consequências ante o implemento dos grandes projetos econômicos**. 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Flavio_Roberto_Raquel_Oliveira.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-2788, 2007.

SANTOS, N. M. de F.; TAVARES, D. M. dos S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 960-966, 2012.

SARAIVA, D. M. F. **O olhar dos e pelos cuidadores**: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. 2011. Dissertação (Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, E. P. L. Qualidade de Vida de Idosos em um grupo de convivência. **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p.166-172, 2011.

SILOTI, F. R. et al. Avaliação da saúde percebida em idosos assistidos por um Programa de Fisioterapia Preventiva e em Saúde Coletiva em uma Unidade Básica de Saúde. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 6, n. 11, p. 5-12, 2013.

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

SILVA, D. A. M. et al. **Dimensão cultural do lazer no cotidiano escolar**. Brasília, DF: Gráfica e Editora Ideal, 2011. (Cadernos interativos—elementos para o desenvolvimento de políticas, programas e projetos intersetoriais, enfatizando a relação lazer, escola e processo educativo, 6).

SILVA, S. É. D. da; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das Representações Sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

SOUZA, E. S.; SANTOS, S. P. dos. Mulheres no mercado de trabalho: um estudo com estudantes universitários do curso de Administração de uma faculdade particular de São Paulo (SP). **FACEQ: Revista dos Discentes da Faculdade Eça de Queirós**, v. 3, n. 3, maio 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment: position Paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, p. 1403-1409, 1995.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**: manuel Version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie, 2000.

VIEIRA, K. F. L. et al. Representações Sociais da qualidade de vida na velhice. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012.

VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. **Qualidade de vida**: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: IPES, 2010.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Características sociodemográficas das cuidadoras de idosos atendidos no Centro de Saúde da Liberdade, São Luís-MA

Características	n
Faixa etária	
19-30	11
31-40	20
41-50	21
51-60	20
61-70	12
71-80	5
81-90	1
Estado civil	
Casado(a)	47
Solteiro(a)	33
Divorciado(a)	2
Viúvo(a)	8
Nº de filhos	
Nenhum	17
1	16
2	23
Mais de 2	34
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	9
Ensino Fundamental Completo	23
Ensino Médio Incompleto	7
Ensino Médio Completo	51
Grau de parentesco	
Bisneta	1
Cônjuge	13
Filha	53
Irmã	1
Neta	12
Nora	6
Sobrinha	1
Vizinha	3

Características	n
Estado de saúde	
Bom	41
Ruim	49
Comorbidade	
Presença	49
Ausência	41
Apoio para cuidar	
Sim	50
Não	40
Reside com o idoso	
Sim	75
Não	15
Quantas horas/dia	
6h	3
8h	10
12h	4
24h	73
Tempo que cuida	
Menos de 1 ano	2
1 a 5 anos	50
6 a 10 anos	20
mais de 10 anos	18

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

PROJETO DE ESTUDO: “**Representações Sociais de Qualidade de Vida Construída por Cuidadoras Informais de Idosos**”.

Prezada Senhora,

Estamos convidando a senhora para participar de uma estudo intitulada: “**Representações Sociais de Qualidade de Vida Construída por Cuidadoras Informais de Idosos**”. Cujo objetivo é conhecer as Representações Sociais de Qualidade de Vida que são construídas por cuidadoras informais de idosos, assim como identificar as estruturas das Representações Sociais sobre a Qualidade de Vida construída por Cuidadores Informais de Idosos e explorar elementos que possam subsidiar as práticas de Enfermagem na Assistência ao Cuidador.

Para coleta de dados será aplicada uma técnica que consiste em uma Evocação Livre das Palavras onde a Senhora irá dizer o que vem a sua mente quando pensa em Qualidade de Vida. Iremos aplicar também um questionário onde a Senhora preencherá com alguns dados pessoais como idade, estado civil, etc.

Para participar do estudo, a Senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Poderá solicitar mais esclarecimentos sobre o estudo no momento em que desejar devendo as pesquisadoras responder a todos os questionamentos ou dúvidas, estará livre para participar ou recusar-se a participar e poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo que o estudo já tenha sido iniciado. Sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade.

Este estudo apresenta como risco, suscitar reflexões a respeito da expressão “Qualidade de Vida” que pode lhe remeter a pensamentos desagradáveis. Neste caso, podemos nos encaminhar para outro profissional que possa lhe ajudar.

Como benefício, as informações adquiridas permitirão a compreensão do termo para os cuidadoras possibilitando uma melhor reflexão sobre a sua própria qualidade de vida.

Será assegurado sigilo das informações prestadas que serão utilizadas apenas para fins científicos. O seu nome não aparecerá em nenhum momento do estudo nem mesmo nos resultados.

Havendo questões éticas relativas a este estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Estudo do SEMUS pelo fone: 32147303 e da coordenadora Prof^a Dr^a Lena Maria Barros Fonseca, Fone: (98) 99073147 e da pesquisadora. Thais Stefanne Costa de Almeida Fone: (98) 81067918/88533027; este documento foi elaborado de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

São Luís _____ de _____ de 2013.

(Assinatura do Participante)

Prof.^aDr^a Lena Maria Barros
(Pesquisa Responsável)

APÊNDICE C - Instrumento de Estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

PROJETO DE ESTUDO: “**Representações Sociais de Qualidade de Vida Construída por Cuidadoras Informais de Idosos**”.

Orientador (a): Prof^ª Dr. Lena Maria Barros Fonseca

Estudador (a):Thais Stefanne Costa de Almeida

Estamos interessados em conhecer sua compreensão a respeito de qualidade de vida. Lembramos que não existe resposta correta, apenas queremos conhecer a sua forma de pensar.

Nas próximas questões preencha todas as alternativas conforme o enunciado.

1) Teste de Evocação Livre de Palavras-TELP

1.1) Quais as palavras que vêm a sua mente quando você pensa a respeito de:

(favor **preencher todas as alternativas**)

PARA MIM QUALIDADE DE VIDA É...

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

1.2) Agora dentre as 5 palavras/frases acima citadas, indique nos quadros abaixo as que você considera como as mais importantes em sua opinião:

- 1^ª mais importante _____
- 2^ª mais importante _____
- 3^ª mais importante _____
- 4^ª mais importante _____
- 5^ª mais importante _____

2) Instrumento para identificação**IDENTIFICAÇÃO**

UBSF _____ Distrito Sanitário _____

Iniciais: _____ Data da coleta: ____/____/____

SEXO: **Feminino**

IDADE: 18-25() 25-34() 45-54() 65 ou mais ()

Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto ()

Ensino Fundamental Completo ()

Ensino Médio Incompleto ()

Ensino Médio Completo ()

Estado Civil

Solteiro ()

Casado/amasiado ()

Desquitado/divorciado ()

Viúvo ()

Grau de Parentesco com o idoso (a)

Cônjuges ()

Filho (a) ()

Outros ()

Mora com o idoso (a)

Sim ()

Não()

Como considera sua saúde?

Excelente ()

Boa ()

Problemas de saúde ()

Possui alguma comorbidade?

Presença ()

Ausência ()

Tem ajuda para o cuidado?

Sim ()

Não ()

Nº /h de cuidados diários

Até quatro ()

De cinco a oito ()

Mais de oito ()

Perdidos ()

Quanto tempo a senhora cuida do idoso?

Até dois anos ()

Mais de dois anos ()

Até cinco ano ()

Mais de cinco anos ()

Dez anos ou mais ()

Mais de vinte anos ()

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado

PARECER CONSUBSTANCIADO II	Nº do Protocolo: 2013.01.19.04-54 Data de Entrada no CEP: 19.04.2013 Data da Assembleia: 26.09.13
-----------------------------------	---

I - Identificação:

Título do projeto: Representações sociais sobre qualidade de vida construída por cuidadoras informais de idosos		
Identificação do Pesquisador Responsável: Lena Maria Barros Fonseca		
Identificação da Equipe executora: Lena Maria Barros Fonseca e Thais Stefanne Costa de Almeida		
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Maranhão – Mestrado Acadêmico de Enfermagem		
Local da coleta (se for diferente do local onde será realizada): Centro de Saúde da Liberdade		
Área temática: Saúde - Enfermagem	Multicêntrico: Não	Patrocinador: Não
População Protegida:	Valor do Projeto:	Fontes dos Recursos: Próprios

II – Objetivos:

Conhecer as representações sociais de cuidadoras informais de idosos sobre qualidade de vida.

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa, financiado com recursos próprios, que visa **Conhecer as representações sociais de cuidadoras de idosos sobre qualidade de vida**. O protocolo está instruído com a seguinte estrutura: Carta de aceite (anuência) da direção da Unidade de Saúde onde serão coletados dados; currículos da equipe pesquisadora; folha de rosto prontamente preenchida apontando a pesquisadora responsável pela pesquisa; cópia impressa do projeto de pesquisa e cópia em CD e TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido).

Segundo os autores, "Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa utilizando a Teoria das Representações Sociais como teoria norteadora da pesquisa".

IV- Comentários do relator:

O trabalho de pesquisa tem muita relevância. Justifica-se o presente projeto por meio da constatação de que vai apontar dados e concepções importantes com relação ao trabalho de cuidador em saúde, notadamente agora que o cuidado domiciliar passa a ser uma importante categoria de análise em face aos programas de cuidado e internação domiciliar que o Ministério vem propondo desde o ano de 2010.

V – Recomendações:

NSA

VI – Pendências:

Sanadas pendências com relação ao TCLE com correção de inversão de responsabilidade e

colocação dos contatos dos pesquisadores e do CEP.

VII – Parecer Consubstanciado do CEP

Deste modo, de acordo com o relato acima exposto, o protocolo **2013.01.19.04-54** referente ao projeto de pesquisa sob o título **Representações sociais sobre qualidade de vida construída por cuidadoras informais de idosos**, é considerado por este CEP como **APROVADO**.

OBS.

- 1) As Pendências são impeditivas para o início da pesquisa e o prazo para supri-las junto ao CEP é de até sessenta dias, a contar da data de sua apresentação em Assembleia.
- 2) As Recomendações não são impeditivas para o início da pesquisa, no entanto, devem ser satisfeitas a bem da coerência do fluxo de aprovação do projeto pelo CEP, podendo em alguns casos, a ser entregue no prazo de até o ano, a contar desta data.
- 3) V. Sa deve encaminhar regularmente relatórios parciais e finais conforme as datas indicadas por esse comitê, preenchidas devidamente em formulário específico. No caso de trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações ou teses, acrescente uma cópia gravada em CD ROM, formato PDF ao relatório final.
- 4) Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa está desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congressos, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a Finalização da Pesquisa.

VIII - Data da reunião do CEP: 26.09.2013



Marcos A. B. Pacheco

Coordenador do CEP-SEMUS

PORTARIA SEMUS N. 10 de 23 de janeiro de 2012
Dignidade humana como fundamento da ciência