

ESTRATÉGIAS DA FAMÍLIA UTILIZADAS NO CUIDADO AO IDOSO COM CONDIÇÃO CRÔNICA¹

Lígia Carreira *
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues **

RESUMO

Este trabalho objetivou refletir sobre as estratégias utilizadas no cuidado familiar ao idoso com condição crônica a partir do referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Os dados foram coletados junto a oito famílias de idosos com condição crônica, cadastradas em uma Equipe de Saúde da Família do município de Maringá, PR. A metodologia utilizada foi a *Grounded Theory* e como técnica de coleta de dados a observação participante. A análise dos dados foi baseada nas cinco etapas de desenvolvimento apresentadas por Stern (1980), a qual propiciou a identificação de quatro temas: as estratégias para reduzir custos com o tratamento medicamentoso; as práticas naturais como estratégias da família no cuidado ao idoso; a religiosidade como cuidado ao idoso com condição crônica; e a afetividade como cuidado ao idoso. A compreensão das estratégias utilizadas no cuidado ao idoso amplia o entendimento do contexto em que é realizado o cuidado familiar ao idoso.

Palavras-chave: Idoso. Cuidado familiar. Condição crônica.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional vem sendo alvo de atenção em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que entre os anos de 1980 e 2020 a população mundial total deverá ter crescido 80%, enquanto o número de idosos deverá ter crescido 160% (RAMOS, 1993). A longevidade deve ser considerada dentro do contexto social, econômico, político e do desenvolvimento do país.

O Brasil apresenta características próprias no processo de envelhecimento da população, principalmente em decorrência da velocidade da transição demográfica. Diversos autores comentam esse fenômeno, dentre eles Veras e Alves (1995), os quais afirmam que em um período de 75 anos (1950 a 2025) a população brasileira estará crescendo cinco vezes, enquanto o grupo etário com mais de 60 anos estará se ampliando em quinze vezes.

A Organização Mundial de Saúde (2003) pontua que essa longevidade se deve, em

parte, aos avanços científicos e tecnológicos, bem como a uma melhoria nos parâmetros de saúde pública no decorrer dos últimos 100 anos.

Observa-se que juntamente com a transição demográfica ocorre a transição epidemiológica. A preocupação com as doenças infecto-contagiosas perde lugar para a alta prevalência das condições crônicas (RAMOS, 2001). Lessa (1998) assevera que no Brasil, o prolongamento da vida vem acarretando importantes modificações no nível de saúde da população, advertindo que o envelhecimento ocorre a partir da interação de um acúmulo de processos sociais, biológicos e comportamentais ao longo da vida, e que por isso a situação de saúde e doença da população necessita de avaliações rigorosas e ações interdisciplinares.

Veras (1999) postula que os problemas de saúde dos idosos, além de serem de longa duração, requerem profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo.

¹ Extraído da Tese de Doutorado “Cuidado da família ao idoso portador de doenças crônica: análise do conceito na perspectiva da família”, apresentada à EERP-USP, em outubro de 2006.

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

** Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Considerando-se que mais de 80% das causas de óbito da população mundial são de doenças crônicas (FRIES, 1980), estas constituem maior demanda tanto de cuidado familiar quanto da atenção dos profissionais de saúde.

Diante dessas necessidades de assistência ao novo perfil social e seu novo processo de viver e adoecer, a família exerce um papel importante enquanto cuidadora de seus membros. A família é a maior provedora de cuidados de seus familiares com doença crônica e sua missão é a de lidar com a condição de fragilidade dos idosos com doença crônica no seu cotidiano. Dessa forma, a componente chave é o manuseio do cuidado familiar no domicílio.

Neste sentido, focalizam-se neste estudo as estratégias utilizadas no cuidado familiar ao idoso com condição crônica no contexto domiciliar, e assim questiona-se: Quais são as estratégias utilizadas pelas famílias no cuidado ao idoso com condição crônica? Quais instrumentos essas famílias usam para atender as necessidades de cuidado do idoso? De que maneira as famílias transpõem algumas dificuldades encontradas no cuidado ao idoso com condição crônica? A enfermagem tem a expertise para abordar as questões do cuidado ao idoso com condição crônica e coordenar com a família do idoso como prover o cuidado de qualidade no domicílio.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este artigo é parte de um estudo qualitativo (CARREIRA, 2006), no qual desenvolveu-se um modelo conceitual de cuidado familiar ao idoso com condição crônica na perspectiva de famílias, utilizando-se o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a *Grounded Theory* (GLASER e STRAUSS, 1999) como referencial metodológico.

A seleção das famílias de idosos presentes no estudo foi estabelecida dentro do processo de amostragem e saturação teórica, estabelecido pela *Grounded Theory*. O total de participantes deste estudo foram oito famílias,

cadastradas na Equipe 15 do Programa Saúde da Família do município de Maringá, PR, Brasil, o que significou um total de 29 pessoas, entre elas os idosos(as), esposos(as), filhos(as), netos(as), noras e genros.

Critérios de inclusão das famílias foram: ter idosos do sexo masculino e feminino, com idade igual ou superior a 75 anos, residentes no domicílio e com familiares, apresentando pelo menos uma doença crônica, com a presença ou não de limitações físicas.

Para coleta dados utilizaram-se a observação participante e a entrevista semiestruturada. Os dados da pesquisa de campo foram coletados nos domicílios de famílias de idosos com condição crônica. Todas as interações entre pesquisador e famílias constituíram sessões de coleta de dados, bem como todas as reuniões com a Equipe de Saúde 15 para seleção de novas famílias. No momento em que o pesquisador observou que não surgiam dados novos deu-se a saturação teórica e a coleta dos dados foi cessada (GLASER e STRAUSS, 1999).

Nos estudos de *Grounded Theory*, a coleta e análise de dados são feitas concomitantemente, através do método comparativo constante (GLASER e STRAUSS, 1999). Stern (1980) apresentou cinco etapas para o desenvolvimento da análise dos dados nos estudos que utilizam a *Grounded Theory*, que foram: coleta empírica dos dados; formação de conceitos; desenvolvimento de conceitos; modificação e a integração de conceitos; e produção do relato de pesquisa. Destaca-se ainda que a análise dos dados não ocorre linearmente, seguindo essa série de passos; o pesquisador operacionaliza estes vários processos de forma dinâmica.

Atenderam-se os aspectos éticos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Brasil, através da autorização da Secretaria de Saúde do Município de Maringá, Paraná e da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá. Posteriormente, houve ainda a autorização por escrito das famílias participantes do estudo, através de um termo de consentimento livre e esclarecido.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados propiciou a identificação de quatro temas, cuja apresentação encontra-se a seguir.

1 – Estratégias para reduzir custos com o tratamento medicamentoso

Dentre várias dificuldades que as famílias e os idosos enfrentam nesse processo de cuidar e ser cuidado, destacam-se os recursos financeiros necessários para o cuidado.

A minha coluna hoje está triste, estou tomando um remédio caro, ontem mandei vir, quatro comprimidos, 67 reais [...]. Eu já fiz densitometria duas vezes, é um exame caro. É particular que eu faço (F 2 - idosa).

As famílias afirmam a necessidade de realizar consultas com médicos especialistas, fazer alguns exames solicitados, adquirir certos medicamentos, o que implica elevados custos. Esse recurso é restrito nas famílias, algumas com maiores dificuldades financeiras do que outras, no entanto, todas se preocupam com essa questão.

Neste sentido, uma das estratégias que as famílias utilizam, além de fazer comparação de valores entre várias farmácias, é também a opção de manipular alguns medicamentos, reduzindo assim os custos dos mesmos ou adquirir medicamentos em farmácias populares, as quais fazem parte de um programa do Ministério da Saúde para ampliar o acesso da população aos medicamentos, beneficiando as pessoas que têm dificuldade para realizar tratamentos devido aos elevados custos dos mesmos. A Família 8, por exemplo, menciona consultar em primeira instância uma farmácia popular que se localiza na região metropolitana da cidade.

Na farmácia era quatro comprimidos e aqui no laboratório são oito comprimidos, paguei a metade só do que eu pagava. Então eu mando manipular o alendronato que fica mais barato e ele traz em casa também, não preciso ir buscar (F 1 - idosa).

Lá em Sarandi tem uma farmácia popular que é tudo mais barato. Tem que passar a receita para o tio T. e para a tia M., porque eles falaram que ia ajudar. E às vezes tem nessa farmácia lá de Sarandi, que é mais barato (F 8 – neta).

A relação de ajuda entre os vizinhos e amigos no cuidado à doença crônica também é evidenciada. A Família 2 relata que a senhora idosa que reside próximo de sua residência utiliza a mesma medicação que ela, então quando ocorrem situações em que a medicação termina elas “emprestam” os comprimidos entre si até que se consiga a mesma no posto de saúde, evitando assim ter que comprá-la.

A D. foi ontem no posto marcar consulta para mim para poder pegar o remédio que está acabando, aí a M., minha vizinha aqui, me emprestou uma cartela, porque ela usa do mesmo remédio, depois eu dou outra no lugar. Ela também já precisou e eu emprestei um pouco (F 2 - idosa).

2 – As práticas naturais como estratégias da família no cuidado ao idoso

Uma outra estratégia utilizada pela família no cuidado ao idoso é a associação de conhecimentos populares ao saber científico. As famílias pontuam que além do uso dos medicamentos alopáticos utilizam fitoterápicos no tratamento da doença crônica. A Família 4, por exemplo, relata o uso regular de chás concomitantemente ao tratamento realizado na unidade básica de saúde e é convicta ao citar a eficácia das ações terapêuticas dessas condutas.

A gente bebe muito chá. Eu tomo bastante chá, eu acho que me ajuda muito. O O. que é o chazeiro, ele faz chá de quebra-pedra [...]. Eu tomo cedo, logo depois que eu tomo o remédio do médico. E ajuda a urinar bastante [...]. (F 4 – idosa).

O uso de chás nem sempre tem uma indicação específica para o tratamento da doença crônica. Outro dado importante é que a Família 6 também relata o uso de chás com

freqüência no período noturno, mas nesse caso com a finalidade de se tranquilizar para ter uma boa noite de sono.

Sempre faço um chá de folha para tomar antes de dormir (risadas). É... um chazinho na hora de dormir, essas coisas a gente sempre faz, ajuda a acalmar e dormir bem. Aqui eles chamam de Santa Maria, a gente chama de Capim Santo que é aquela folha comprida. Também uso muito chá de camomila (F 6 – irmã).

Um outro exemplo dessas práticas naturais no cuidado ao idoso é através da utilização de alguns alimentos com indicações terapêuticas para determinados problemas de saúde, como refere a Família 4, tais como o uso da berinjela para controle dos níveis de colesterol.

No ponto de ônibus eu vi duas mulheres conversando e falando que não precisa nem fazer a berinjela para cozinhar, pega ela, pica em pedaços pequenos e põe na água e deixa, depois bebe a água... Isso é bom para o colesterol (F 4 – esposo).

3 - A religiosidade como cuidado ao idoso com condição crônica

O uso de plantas medicinais também pode estar associado a outros recursos de cuidado que extrapola a medicina ocidental, como é o caso da religiosidade. A irmã da Família 6 assevera que há cerca de trinta anos a família busca tratamento para o alcoolismo do irmão, que é um idoso. Acrescenta que todos os recursos foram superados na medicina, mas o problema persistiu. Assim, também buscaram formas alternativas, como, por exemplo, a 'consulta' com um 'pai de santo', o qual prescreveu garrafada de plantas medicinais.

O C. é um alcoólatra crônico, faz mais de trinta anos que a gente luta, luta, luta, ele melhora um pouquinho, dali a pouco ele começa tudo de novo. Nós já fizemos de tudo para ver se melhora esse alcoolismo dele. Até pai de santo nós já consultamos e já tomou umas garrafadas que o homem fazia lá. A gente tem que tentar de tudo (F 6 – irmã).

O cuidado personificado na fé no Divino e na prática de orações também é muito freqüente entre os idosos, como expõe a Família 1.

A gente cuida sim, vai ao médico quando precisa, mas a gente também tem muita fé em Deus, faz oração pedindo saúde, vai a missa.... Acho que isso ajuda muito (F 1 - idosa).

A religiosidade como cuidado à saúde está presente em várias famílias. Como parte da formação cultural, são conhecimentos e conceitos transmitidos de geração a geração, por meio das interações entre as pessoas, significado importante no processo de cuidar, em especial no caso das condições crônicas.

4 – A afetividade como cuidado ao idoso

Uma outra atenção dada no cuidado ao idoso é no que diz respeito à dimensão afetiva desse processo. A família reconhece a influência positiva no tratamento, do bom atendimento, da maneira empática de como se estabelecem as relações entre as pessoas no cuidado.

Nossa! Mas como esse negócio de bom atendimento influencia o tratamento, parece que o paciente até sara, melhora (F 2 - filha).

A partir dessa compreensão e percebendo essa influência na evolução da doença conforme o tipo de relação entre profissional de saúde e cliente, também se observa que o mesmo acontece no cuidado domiciliar. Deste modo, a família empenha-se em realizar um cuidado humanizado, sensível à condição desse idoso, e dentro de suas possibilidades e conhecimentos busca estratégias para desenvolver esses sentimentos de alegria no idoso, mesmo com a presença da doença.

A gente brinca, conversa, fala as coisas para ela distrair... As vezes também faço pergunta para ela, dia da semana, só para ativar a memória dela. Para ela não ficar muito parada, porque se a gente não conversar e perguntar as coisas, ela fica quieta. Ela tem ficado muito tristonha, fica deitada, quieta... Daí a gente

conversa, pergunta coisas para ver se ela anima (F 3 - filha).

Esse cuidado pode estar expresso também em ‘agrados’ feitos e oferecidos pelos netos aos avós. Na Família 8, a neta elogia sua avó, que ficou mais bonita com as unhas cortadas e pintadas: “Fizemos as unhas dela hoje. Olha que bonita que ela ficou! Fica com as mãos limpas né, com boa aparência” (F 8 – neta). Enquanto que na Família 2 a idosa faz questão de mostrar a tela que seu neto pintou, demonstrando muita satisfação e orgulho do presente que ganhou.

Depois você vai à sala ver o quadro que meu neto pintou e me deu de presente. É meu neto, filho do N. (F 2 - idosa).

Da mesma forma que a família compreende o quanto o estado emocional influencia no controle da doença crônica, o idoso também demonstra esse entendimento, expressando as dificuldades e como os conflitos que existem na convivência familiar alteram a sua “pressão arterial” e que, mesmo tendo consciência dessa relação, não consegue ficar indiferente a alguns problemas familiares.

Às vezes a gente não está muito contente, muito feliz, parece que por isso a pressão sobe. Vejo um problema que eu não me sinto bem, aí já estou sabendo que a pressão está alta. Então eu penso que isso também... Sou abrigada a não ficar nervosa, eu não posso ficar nervosa, porque não adianta nada, só vai piorar, mas é muito difícil controlar essas coisas (F 4 – idosa).

Ao mesmo tempo, a família entende que a convivência familiar é um dos indicadores fundamentais para a manutenção da qualidade de vida e do bem estar do idoso. Isso fica revelado pelas famílias em vários momentos, um deles é quando a Família 2 vivencia a perda de um familiar, expressando sentimentos negativos da solidão.

Só sofreu com as agulhadas... Ficou internado cinco dias na UTI. Ah, agora a pessoa ficar sozinha é tão ruim, vamos ver se eles vêm embora

para cá... É a mãe não ficou nem um ano sozinha quando meu pai faleceu (F 2 - filha).

Na Família 5, a idosa fala diretamente do prazer que sente em sua vida na convivência com os familiares, mencionando que se tivesse condições gostaria que todos morassem em sua casa.

Eu queria que tivesse todo mundo junto comigo. Se eu tivesse minha casinha, eles podiam morar comigo o resto da vida, mas a gente mora de aluguel. É toda a vida eu fui assim. Eu me dou com todo mundo, todo mundo gosta de mim [risadas] (F 5 – idosa).

O prazer da convivência familiar também foi expresso em momentos de comemorações ou reuniões familiares. A idosa da Família 8 expressa sua satisfação em fazer um almoço de comemoração ao dia das mães, no qual contou com a presença de todos os filhos.

O pai dela falou: ‘oh, nós não tivemos o gosto de passar o dia das mães com a senhora’. Porque eu estava internada nesse dia. ‘Então vamos chamar todo mundo e fazer um almoço aqui’. Eu gostei, porque eu tendo minha família unida, eu sinto o maior prazer do mundo, de ver todo mundo unido (F 8 – idosa).

No caso do idoso dependente, percebe-se que essa necessidade de convivência familiar, além de gerar sentimentos de conforto e bem estar, também proporciona sentimentos de segurança pela presença de alguém que lhe inspire confiança.

Eu sempre fiquei sozinha em casa com a minha neta mais nova que mora aqui, mas depois dessas minhas crises forte é que têm sempre alguém comigo (F 8 – idosa).

Ela tem medo de ficar sozinha e passar mal e ninguém ouvir (F 8 – neta).

Essa situação do idoso não ficar só em casa pode ocorrer por vários motivos, no caso, o fato de ter limitações físicas e ser dependente de cuidados, a presença de alguém para atender suas necessidades dá-lhes a

garantia de socorro, associado ao receio de sentir algum mal-estar repentino e necessitar de atendimento são fatores que favorecem o prazer e o conforto da presença do familiar.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A compreensão das estratégias utilizadas no cuidado ao idoso amplia o entendimento do como o cuidado é realizado pela família no contexto domiciliar.

As estratégias referidas pelas famílias envolvem desde meios para tentar reduzir os custos com o tratamento até a utilização de saberes e práticas populares de saúde, como o uso de fitoterápicos, alimentos com finalidade terapêutica, religiosidade. A afetividade também é entendida como um recurso terapêutico usado pela família no cuidado ao idoso.

As medidas adotadas para reduzir os gastos com o tratamento estão relacionadas à baixa condição financeira dessas famílias e a um concomitante aumento de gastos, particularmente em função dos problemas com a saúde dos idosos.

Nota-se ainda que os cuidados relacionados às práticas populares e à religiosidade presentes nas famílias fazem parte da formação cultural brasileira. A esse respeito, Andrade e Rodrigues (2002) apregoam que a família utiliza vários modelos de cuidado na prática do sistema de cuidado familiar, nos quais estão engendrados diversos tipos de conhecimentos, como aqueles presentes no senso comum, usando de elementos naturais, como chás, poções, xaropes, entre outros, para tratar os problemas de saúde. Os autores postulam ainda que o uso desses produtos naturais está enraizado na consciência dos segmentos populares, que reconhece sua eficácia e legitimidade.

A religiosidade participa na construção simbólica do processo de cuidar e ser cuidado das famílias, sendo percebida como recurso complementar aos instrumentos materiais usados na ação de cuidar do idoso com condição crônica. Outros estudos, como os de Carreira e Alvim (2002) e Andrade (2001), sugerem que as manifestações religiosas e a fé refletem a dimensão espiritual na prática do cuidado familiar.

Outro aspecto do cuidado ao idoso relaciona-se à dimensão afetiva desse processo. A família compreende que realizar um cuidado empático, amoroso ao idoso, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelos familiares, favorece a melhora do seu estado de saúde. Deste modo, a família esforça-se por realizar o cuidado humanizado, sensível a condição desse idoso, e dentro de suas possibilidades e conhecimentos busca estratégias para desenvolver sentimentos de alegria no idoso, mesmo com a presença da doença.

Vários estudos desenvolvidos com famílias que vivenciam a condição crônica em seu cotidiano também apontam a necessidade de exercer esse cuidado humanizado ao indivíduo doente. Waidman (2004) alerta ser indispensável para a prática do cuidado em família usar a empatia aliada a outros requisitos, como a ética e o comprometimento profissional. Molina (2005) adverte ainda que ao assistir a família do indivíduo com diagnóstico de câncer, com o intuito de atender suas necessidades particulares, deve-se oferecer apoio emocional para reduzir essa sobrecarga de sentimentos negativos, pois se sabe que é a família que arca com esse suporte emocional no cotidiano do cuidado.

Waldow (2004), ao definir cuidado como uma maneira de ser e de se relacionar, caracteriza-o por incluir alguns significados como envolvimento, aceitação, compaixão, preocupação, amor, ajuda, entre outros, manifestações que são exclusivas dos seres humanos.

Essa categoria analítica do estudo, que representa parte do contexto em que o cuidado familiar ao idoso com condição crônica ocorre, pode figurar o processo simbólico interior dos membros da família e do próprio idoso. As **Estratégias utilizadas no cuidado do idoso** são categorias analíticas que apresentam o *self* e a mente, ou seja, a forma como age socialmente em várias situações que envolvem a condição crônica, como a busca de outros recursos para cuidar do idoso. Os códigos que constituem essa categoria evidenciam as atividades simbólicas do indivíduo que pensa, faz reflexões e interpretações, busca respostas para si próprio, atribui significados à situação

vivenciada e estabelece assim uma reação (CHARON, 1985).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As famílias, ao identificarem a doença crônica do idoso, passam por diversas dificuldades, adaptam-se e vão tomando consciência da cronicidade da doença. Lembrando que esse processo está permeado de sentimentos de medo e insegurança. Porém, a família e o idoso aprendem a conviver com a condição crônica e, nessa dinâmica, constroem seus significados de cuidado a partir dessa interação entre o cotidiano de vida e seus atores sociais, os quais também são constituídos por suas histórias e valores culturais. Nesse contexto, estabelecem estratégias no cotidiano de cuidado ao idoso.

Nessa atitude de cuidar-se, o idoso e a família demonstram uma gama de conhecimentos

que lhes permitem, muitas vezes, intervir quando apresentam algum problema de saúde, ou mesmo no seu tratamento referente à condição crônica, e ainda agir com o intuito de prevenir agravos à saúde. Observa-se que esse saber é construído principalmente através das interações com o ambiente social em que está inserido e ao mesmo tempo na interação consigo mesmo, ou seja, convivendo com familiares, amigos, vizinhos, na relação com os profissionais de saúde, e também a partir de suas próprias experiências no cuidado à condição crônica, além de outros problemas de saúde.

Blumer (1998) considera que o significado das *coisas* é derivado ou decorre da interação social que cada ser humano tem com o outro. A partir desse entendimento é que as estratégias utilizadas no cuidado à condição crônica do idoso são construídas nas interações com as pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou não.

FAMILY STRATEGIES USED IN THE CARE OF AN ELDERLY WITH CHRONIC CONDITION

ABSTRACT

This work aimed at to reflect about the strategies used in the family care to the elderly with a chronic condition, starting from the theoretical referential of Symbolic Interactionism. Data were collected from eight families of senior individuals with chronic condition, enrolled in a Family Health Program of the municipal district of Maringá-PR. The methodology used was the Grounded Theory, and as a data collection technique it was used the participant observation. The analysis of data was based on the five development stages presented by Stern (1980). This data analysis propitiated the identification of four themes: strategies to reduce costs with the medical treatment; natural practices as family strategies in the care for the elderly; religiosity to care for the elderly with chronic condition; and the affection as a mean of caring for the elderly. The understanding of the strategies used in the care enhances the comprehension of the context in which the family care is given to the elderly.

Key words: Elderly. Family care. Chronic condition.

ESTRATEGIAS DE LA FAMILIA UTILIZADAS EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON CONDICIÓN CRÓNICA

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue reflexionar sobre las estrategias utilizadas en el cuidado familiar al adulto mayor con condición crónica, a partir del referencial teórico del interaccionismo simbólico. Los datos fueron colectados en ocho familias de mayores con condición crónica, catastradas en una Equipe de Salud de la Familia del municipio de Maringá-PR. La metodología utilizada fue una *Grounded Theory* y como técnica de colecta de datos la observación participante. El análisis de los datos fue basado en las cinco etapas de desarrollo presentadas por Stern (1980). Este análisis de los datos propició la identificación de cuatro temas: las estrategias para reducir costos con el tratamiento medicamentoso; las prácticas naturales como estrategia de la familia en el cuidado al adulto mayor; la religiosidad como cuidado al adulto mayor con condición crónica; y la afectividad como cuidado al adulto mayor. La comprensión de las estrategias utilizadas en el cuidado al adulto mayor amplia lo entendimiento del contexto no cual es realizado el cuidado familiar al adulto mayor.

Palabras Clave: Adulto mayor. Cuidado familiar. Condición crónica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, O. G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 224 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2001.
- ANDRADE, O. G. de; RODRIGUES, R. A. P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 193-199, 2002.
- BLUMER, H.. **Symbolic interactionism: perspective and method**: Berkeley and Los Angeles – United States of America. London: University of California Press, 1998.
- CARREIRA, L. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica**: análise do conceito na perspectiva da família. 2006. 240 f. Tese (Doutorado)–Escola e Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.
- CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.
- CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.
- FRIES, J. F.. Aging, natural death, and the comprehension of morbidity. **New Engl. J. Med.**, Massachusetts, v. 303, no 3, p. 130-135, July 1980.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L.. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1999.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
- MOLINA, M. A. S.. **Enfrentando o câncer em família**. 2005. 250 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, DF, 2003. Relatório Mundial.
- RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.
- RAMOS, L. R.. Epidemiologia do envelhecimento In: FREITAS et al, **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2001. cap. 7, p. 72-78.
- STERN, P. N. Grounded theory methodology: its uses and processes. **Image**, [s.l.], no.12, p. 20-23, 1980.
- VERAS, R. P., ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. S.. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Abrasco; Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p. 320-337.
- VERAS, R. P. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: VERAS, R. P. et al. **Terceira idade: alternativa para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p. 35-50.
- WAIDMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 f. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

Endereço para correspondência: Lígia Carreira. Endereço:. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Av. Colombo, 5790. CEP: 87020-900. Maringá - PR. E-mail: ligiacarreira@hotmail.com.