



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**  
**LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA DA COMUNICAÇÃO E**  
**COGNIÇÃO – LACCOS**

**TESE DE DOUTORADO**

**O CUIDADO DO IDOSO: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS**  
**SOCIAIS**

Doutoranda: Annie Mehes Maldonado Brito

Orientador: Professor Dr. Brigido Vizeu Camargo

Área de Concentração  
Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico.

Florianópolis, SC, 2014



Annie Mehes Maldonado Brito

**O CUIDADO DO IDOSO: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS  
SOCIAIS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Psicologia. Orientador: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo.

Florianópolis, SC  
2014



Annie Mehes Maldonado Brito

## **O Cuidado do Idoso: Representações e Práticas Sociais**

Tese de Doutorado, aprovado como requisito para a obtenção do grau de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, curso de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 fevereiro de 2014.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo  
Orientador, Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dr<sup>a</sup> Lucia H.T. Gonçalves  
Departamento de Enfermagem, UFPA

Prof. Dr<sup>a</sup> Tatiana Lucena Torres  
Departamento de Psicologia, UFRN

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréa Barbará.S.Bousfield  
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Mauro Luis Vieira  
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré  
Prof<sup>a</sup> Suplente, Departamento de Psicologia, UFSC

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Everley Rosane Goetz  
Prof<sup>a</sup> Suplente, Departamento de Psicologia, UNIPLAC



Aos principais atores desta pesquisa, os idosos e suas famílias, que aceitaram participar e contribuir para esta pesquisa; e, a minha família que, independente da distância física, sempre esteve comigo.





## AGRADECIMENTOS

Inevitável iniciar meus agradecimentos pela força maior que rege tudo: Deus. A Ele minha devoção e minha reverência.

Ao meu marido, Toninho, que mais que apoio, contribuiu com persistência, amor e foi “mãe” em meus momentos de ausência.

Aos meus amados pais que me instigaram ao estudo desde tenra idade.

A minha manita, Livia, que me ouviu e participou ativamente, juntamente com André.

A minha amiga e sogra, Virginia, que acompanhou todo o percurso e esteve sempre presente.

Ao professor Brigido que foi um mestre fundamental em minha formação.

Aos meus amigos que direta ou indiretamente participaram nesta fase da minha vida, em especial Diogo Campos, parceiro de anos, de casa e debates. A Fernanda Muller, minha parceira de “cafofo”, que me incentivou e esteve comigo em muitos momentos desta caminhada.

Ao LACCOS e aos parceiros de laboratório que me acompanharam e colocaram a “mão na massa”. Em especial, Larissa Antunes, Ana Maria, Daniela, Adriana Aguiar e Catarina Alves. Muito obrigada por tudo.

Às professoras Andréa Barbará Bousfield, Alberta Contarello, Clélia Nascimento Schulze, Everley Rosane Goetz, Lúcia Takase, Tatiana Lucena Torres. Cada uma destas profissionais foi crucial para atingir os resultados desta tese.

À Secretaria de Saúde e as equipes das UBS do Corrégo, Saco Grande e Pantanal. Obrigada pelo apoio e receptividade.

À CAPES pelo apoio financeiro recebido no Brasil e na Itália com o doutorado sanduíche.



BRITO, Annie Mehes Maldonado. O cuidado do idoso: Representações e práticas sociais. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC). 2014.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal compreender as representações sociais de idosos acerca dos cuidados para consigo, para com outros idosos e relativas a sua rede social, relacionando-as com práticas de autocuidado e dos cuidados dispensados pela rede social. Para a fundamentação teórica, utilizou-se a perspectiva das representações sociais, privilegiando as abordagens dimensional e estrutural, desenvolvidas respectivamente por Moscovici e Abric. Referente à velhice e ao desenvolvimento humano a perspectiva *Lifespan* proposta por Baltes. O estudo principal caracterizou-se pela natureza empírica, realizado por meio de pesquisa de campo e se dividiu em dois estudos. O primeiro estudo compreendeu um levantamento com 102 participantes idosos, a partir do sexo e do grau de dependência, com os objetivos de identificar a rede social do idoso e a parte estrutural da representação social do cuidado do idoso. O segundo estudo foi realizado com 80 pessoas, sendo 40 participantes idosos escolhidos dentre os participantes do primeiro estudo, e 40 participantes membros da rede social destes idosos. Foi realizado por meio de entrevista em profundidade e como técnica secundária a entrevista episódica. Os objetivos do segundo estudo foram: descrever os conteúdos e a dinâmica das RS do cuidado com o idoso para os dois grupos, descrever as práticas de autocuidados e os cuidados realizados pela rede social, e identificar a percepção das atribuições desejáveis para ser cuidador. Os resultados evidenciados pela configuração e o mapa de redes indicou diferença na configuração da rede social do idoso entre os sexos, com os homens e os idosos independentes em menor condição de solidão, o que pode evidenciar uma leve deterioração da rede social do idoso dependente. Na prática social o cuidado ao idoso é delegado ao cuidador informal, familiar e majoritariamente do sexo feminino. A representação social hegemônica de cuidar da pessoa idosa para ambos os grupos envolveu como marca principal a passividade no cuidado ao idoso, o que impediu uma efetiva representação do cuidado da pessoa idosa como autocuidado. Essa característica passiva do cuidado evidenciou um ciclo negativo e vicioso no que tange o tema, e o principal resultado deste pensamento social pode desembocar na reprodução e ampliação da

dependência e da falta de autonomia da pessoa idosa. Da relação entre RS e práticas foi constatado maior influência das dimensões representacionais nas práticas da rede social dos idosos. Porém, nem todas as dimensões da representação geraram comportamentos correspondentes.

**Palavras-chave: Representação social, prática social e cuidado do idoso.**

BRITO, Annie Mehes Maldonado. Elderly care: representations and social practices. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC). 2014.

## ABSTRACT

This study had as its main purpose to understand the elderly social representation about care to themselves, care to other old person and related to their social network, linking them to self care practices and care provided by the social network. For theoretical fundamentation, perspective of social representation was used, giving privilege to dimensional and structural approach, developed by Moscovici and Abric respectively. Referring to aging and human development, the *Lifespan* perspective proposed by Baltes. The main study was characterized by its empiric nature, made through field research and was divided in two parts. The first study boarded a survey with 102 elderly participants, from gender and dependency level, with the objective to identify the elderly social network and the structural part of social representation on elderly care. The second study was realized with 80 people, of which 40 elderly participants chosen among the ones in the first study, and 40 other participants which relate to these elderly social network. It was made through interview in deepness and as secondary technique the episodic interview. The objectives of the second study were: to describe the content and dynamics of social representation of elderly care for both groups, describing self care practices and care taken by the social network and identifying the perception of desirable assignments to be a care taker. The results showed by the configuration and network map pointed out the difference on the elderly social network configuration between gender, with men and independent elderly in minor condition of loneliness, what can highlight a small deterioration on the social network of the dependent one. On social practice, elderly care is delegated to informal care taker, usually a relative and mostly female. The hegemonic social representation of taking care of an old person for both groups involved as main mark the passivity on elderly care, which prevented and effective representation of self care by the elderly himself. This passive characteristic of care pointed a negative and vicious cycle about the theme, and the main result of this social thought can culminate on reproduction and ampliation of dependency and lack of autonomy of the elderly. From the relation between social representation and practices, we concluded a bigger influence of

dimensional representation on the elderly social network practices. However, not all dimensional representation produced corresponding behaviours.

**Keywords: Social representation, social practice and elderly care.**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos objetos, variáveis, técnicas/instrumentos do primeiro estudo.....	84
Tabela 2 -	Descrição dos objetos, variáveis, técnicas/instrumentos da primeira parte do segundo estudo.....	85
Tabela 3 -	Descrição dos objetos, variáveis, técnicas/instrumentos da segunda parte do segundo estudo.....	86
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes da amostra por sexo e grau de dependência.....	87
Tabela 5 -	Variação da pontuação referente à categoria ABVD.....	91
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes segundo idade categorizada e sexo.....	100
Tabela 7 -	Grau de dependência dos participantes segundo a frequência.....	100
Tabela 8 -	Problemas de saúde segundo o sexo dos participantes.....	102
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes segundo idade categorizada e o grau de dependência.....	103
Tabela 10 -	Estado de Saúde Autodeclarado segundo Sexo.....	104
Tabela 11 -	Estado de Saúde Autodeclarado segundo dependência.....	104
Tabela 12 -	Distribuição dos participantes considerando sua rede social.....	105
Tabela 13 -	Distribuição dos Membros Familiares por Sexo.....	112
Tabela 14 -	Diagrama de quadrantes da RS de Cuidar da Pessoa Idosa.....	114
Tabela 15 -	Elementos da análise estrutural segundo grupos.....	116
Tabela 16 -	Grau de dependência dos participantes segundo a frequência.....	117
Tabela 17 -	Distribuição dos participantes segundo sexo e estado civil.....	117
Tabela 18 -	Distribuição dos participantes segundo sexo e auto-avaliação da memória.....	119
Tabela 19 -	Distribuição dos participantes por sexo considerando sua rede social.....	119

Tabela 20 - Cuidadores segundo o Tipo de Relacionamento com o Idoso.....	130
---	-----



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Tipos de dependência.....	45
Figura 2 -	Mapa de redes por Sluzki.....	93
Figura 3 -	Composição do Mapa de Redes segundo a frequência de citações por quadrante.....	107
Figura 4 -	Composição do Mapa de Redes segundo a frequência de citações por quadrante (Três Categorias).....	108
Figura 5 -	Distribuição dos membros da rede social segundo a intensidade do vínculo com o idoso.....	113
Figura 6 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Autocuidado</i> .....	121
Figura 7 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Rotina do Idoso</i> .....	126
Figura 8 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Práticas da Rede</i> .....	132
Figura 9 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Velhice</i> .....	137
Figura 10 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Boa Velhice</i> .....	142
Figura 11 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Cuidado do Idoso</i> .....	147
Figura 12 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus Cuidador</i> .....	153



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos membros familiares conforme o grau de parentesco.....	110
-----------	--	-----



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1 OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>21</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>21</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS: ENVELHECIMENTO E VELHICE</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS SOBRE A VELHICE E O ENVELHECIMENTO</b> .....	<b>30</b>
<b>2.3 OBJETO DE ESTUDO: CUIDAR DA PESSOA IDOSA</b> .....	<b>42</b>
2.3.1 Teorias do Cuidado .....	48
2.3.2 Tipos de Cuidados e Cuidadores .....	51
2.3.3 Rede Social .....	60
<b>2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	<b>66</b>
2.4.1 Reflexão Epistemológica: A Proposta de uma Episteme Dialógica .....	66
2.4.2 Pressupostos Teóricos da Representação Social .....	71
2.4.3 A Abordagem Estrutural: A Teoria do Núcleo Central .....	75
2.4.4 Representações e Práticas Sociais: Que Relação é Esta? .....	78
2.4.5 Representação Social do Cuidado da Pessoa Idosa .....	81
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>83</b>
<b>3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA</b> .....	<b>83</b>
<b>3.2 PRIMEIRO ESTUDO</b> .....	<b>87</b>
3.2.1 Participantes e critérios de inclusão .....	87
3.2.2 Instrumentos, técnica e procedimentos de coleta de dados .....	89
3.2.3 Análise dos dados .....	94
<b>3.3 SEGUNDO ESTUDO</b> .....	<b>95</b>
3.3.1 Participantes e critérios de inclusão .....	95
3.3.2 Instrumentos, técnicas e procedimentos de coleta de dados .....	95

3.3.3	Análise dos dados .....	97
<b>3.4</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>98</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
<b>4.1</b>	<b>ESTUDO 1 - Idosos.....</b>	<b>99</b>
4.1.1	Caracterização dos participantes.....	99
4.1.2	Composição da Rede Social .....	105
4.1.3	Mapa da Rede Social .....	106
4.1.4	Análise estrutural da RS de Cuidar da Pessoa Idosa.....	114
<b>4.2</b>	<b>ESTUDO 2 – 1ª PARTE - Idosos .....</b>	<b>117</b>
4.2.1	Caracterização dos participantes.....	117
4.2.2	Configuração da Rede Social do Idoso .....	119
4.2.3	Práticas Sociais dos Idosos .....	120
<b>4.3</b>	<b>ESTUDO 2 - 2ª PARTE – Membros da Rede Social.....</b>	<b>129</b>
4.3.1	Caracterização dos participantes.....	130
4.3.2	As Práticas Sociais.....	131
<b>4.4</b>	<b>ESTUDO 2 – 3ª PARTE - Resultados Articulados.....</b>	<b>136</b>
4.4.1	Representação Social da Velhice .....	136
4.4.2	Representação Social sobre Viver Bem a Velhice.....	141
4.4.3	Representação Social de Cuidar da Pessoa Idosa .....	145
4.4.4	Atribuições do Cuidador.....	152
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>159</b>
<b>5.1.</b>	<b>DISCUSSÃO ESTUDO 1 – Rede Social e Estrutura da RS....</b>	<b>160</b>
5.1.1	Composição e Mapa da Rede Social.....	160
5.1.2	Núcleo central da Representação Social de Cuidar da Pessoa Idosa .....	166
<b>5.2</b>	<b>DISCUSSÃO ESTUDO 2 – Práticas Sociais dos Grupos .....</b>	<b>169</b>
5.2.1	Práticas Sociais dos Idosos versus práticas sociais dos membros da Rede social do Idoso .....	169
<b>5.3</b>	<b>DISCUSSÃO ESTUDO 2 – RS e Atribuições do Cuidador .</b>	<b>177</b>
5.3.1	Representação Social da Velhice .....	177
5.3.2	Representação Social sobre Viver bem a Velhice .....	183
5.3.3	Representação Social de Cuidar da Pessoa Idosa .....	185
5.3.4	Atribuições do Cuidador.....	193

<b>5.4 DISCUSSÃO ESTUDO 2 - Representações e práticas sociais de cuidar da pessoa idosa.....</b>	<b>198</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>205</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>228</b>
<b>APÊNDICE B - .....</b>	<b>229</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>233</b>





## INTRODUÇÃO

A realidade do envelhecimento populacional hoje se circunscreve na maioria das sociedades e países, sinalizando que este processo vem ocorrendo no âmbito mundial. Esse resultado decorre tanto da queda na mortalidade infantil e na fecundidade, quanto do aumento da expectativa de vida (Ministério da Saúde, 2006b). Há indicadores que apontam um envelhecimento populacional contínuo, com um contingente de 11,3 milhões de cidadãos brasileiros com idade superior a 60 anos (PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2009). Para além do envelhecimento populacional, está ocorrendo um aumento da população “mais idosa”, com idade acima de 80 anos, alterando a composição etária do intragrupo (Telles, 2009).

Conforme Dados do US Census Bureau International (Database, 2009), as projeções futuras indicam que em 2050 o Brasil terá 60 milhões de pessoas idosas. Esse aumento desloca a atenção de cientistas, políticos, e demais segmentos da sociedade, para o fenômeno do envelhecimento, assim como para as necessidades decorrentes deste no contexto nacional. Dados atuais do IBGE (2013) apontam que o número de idosos será maior que o número crianças com 14 anos após 2030, e em 2050 será maior que o grupo de crianças e jovens até 29 anos de idade.

O envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo vertiginosamente, o que acarreta em uma transição demográfica resultante deste processo, que determina também uma transição epidemiológica, refletindo no aumento do índice de pessoas acometidas por doenças crônicas e neurodegenerativas, condições de saúde denominadas não-fatais. No Brasil e na América Latina, o processo de envelhecimento ocorre num contexto desfavorável, com destaque para a pobreza e para as desigualdades sociais e econômicas. Enquanto na Europa, no sentido inverso, o envelhecimento caracterizou-se por uma elevação no padrão de vida, com a minimização dos problemas sociais e econômicos. (Moreira & Nico, 2010; Telles, 2009).

O panorama social e econômico brasileiro assinala escassez de recursos públicos para cobrir a demanda por saúde. Referente ao idoso, as condições de saúde não-fatais são as geradoras dos processos incapacitantes, afetando a funcionalidade e a autonomia para a realização das atividades de vida diária. A prevalência de condições crônicas, que podem evoluir para uma condição incapacitante, representa um desafio para os sistemas de saúde (Diogo & Duarte, 2006), especialmente para a área das políticas públicas (Telles, 2009).

Assim sendo, responsabiliza-se a população idosa pelo aumento dos gastos com a saúde pública, principalmente em função das internações ocasionadas pelas doenças crônicas, que são mais recorrentes durante a velhice. (Caldas, 2006). Ainda que velhice não seja sinônimo de doença, a associação entre idade avançada e certas condições causadoras de incapacidades físicas e mentais, tornam-se mais significativas nessa etapa evolutiva (Rabelo & Neri, 2006).

Nos Estados Unidos, o crescente aumento da população idosa assinala uma prevalência na necessidade de algum tipo de cuidado para esse grupo. As estimativas preveem um contingente de 7 dentre os 33 milhões que irão demandar cuidados (Whitlatch & Noelker, 2007). Neste mesmo país, estima-se que uma em cada quatro famílias, esteja envolvida com algum tipo de cuidado ao idoso (Leme, 2006). No contexto brasileiro, a partir do aumento progressivo da população idosa, modificações que perpassam aspectos relativos ao perfil epidemiológico e dificuldades socioeconômicas, torna-se necessária a implementação de medidas alternativas para o cuidado dos idosos, como também, a criação de estratégias e ampliação de investimentos que possam suprir essas demandas referentes ao envelhecimento. Assim sendo, observa-se um aumento expressivo dos cuidados domiciliares, já ensejando um tipo de cuidado alternativo ao idoso, dentre os vários existentes.

Outra consequência do processo de envelhecimento se expressa pelas repercussões no contexto privado, que é representado pelo núcleo familiar ou ainda de maneira genérica, por meio da rede social significativa do idoso. É necessário considerar as mudanças contemporâneas no conceito de família e as novas configurações familiares, o que necessariamente refletirá na prestação de cuidado ao idoso. Frente a esta problemática, Arca (2007), menciona alguns questionamentos que se impõem, que perpassam por: A quem delegar a responsabilidade do cuidado do idoso? Na prática social quem realiza este cuidado? A autora entende o cuidado do idoso como um fenômeno derivado do envelhecimento e, portanto, de cunho social, cuja responsabilidade deve ser partilhada entre família e estado. Essas constatações apontam a necessidade de realização de estudos em profundidade que objetivem compreender os cuidados dos idosos a partir de suas várias tipologias, ancorado no conhecimento compartilhado socialmente, o que refletirá em bem-estar para ambos, idosos e seu cuidadores.

Vislumbrando as dificuldades brasileiras no enfrentamento às demandas associadas ao envelhecimento acelerado, dentre algumas medidas adotadas estão à política nacional de saúde da pessoa idosa, que

prevê como diretrizes principais: A promoção ao envelhecimento saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; e, apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais. Dessa forma, tal política sugere a realização dos cuidados por parte de um cuidador/informal, em geral composto por pessoas da família, vizinhos, etc. Salienta-se, no contexto nacional, que o incremento na capacidade dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso são ações que minimizariam o impacto do envelhecimento populacional (Chaimowicz, 1997). Isso assinala a necessidade de pesquisas que compreendam e caracterizem os cuidados aos idosos, já que as mudanças acarretadas pelo envelhecimento e as doenças crônico-degenerativas inerentes ao processo, contribuem para um aumento na demanda por cuidados, independente de sua tipologia (Diogo & Duarte, 2006).

Todo o processo de desenvolvimento requer investimento, e isso é preponderante também durante o envelhecimento, que tem como produto a velhice. Tal como teorizado por Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento será bem sucedido caso haja o emprego de condições que favoreçam esse processo, similar a outras fases do ciclo de vida. Para tanto, a teoria referida prevê um processo multidirecional do desenvolvimento, que prevê perdas e ganhos, podendo variar conforme os contextos socioculturais de inserção deste indivíduo e a heterogeneidade de se viver a velhice. O que Jodelet (2009) considera como polissemia, ou seja, o reconhecimento de que a velhice e o envelhecimento são fenômenos com diferentes significados.

As manifestações de doenças ou agravos à saúde estão estritamente relacionadas à história de vida, que é permeada pelas vivências passadas, o que abarca exposições em eventos, sejam eles de proteção ou risco; individual ou coletivo; e que operam como condicionantes do processo de envelhecimento. Tendo em vista essa heterogeneidade nas maneiras de envelhecer, devido também às diferenças culturais, econômicas e sociais que caracterizam a vida de cada idoso, assinala-se que dentro da parcela populacional que envelhece, parte poderá ser acometida por algum tipo de morbidade, o que pode acarretar em maior ou menor grau de dependência. A velhice com dependência estabelece o cuidado de saúde como necessário à manutenção da vida. E por sua vez, o grau de dependência será determinante dos tipos de cuidados que se fazem necessários ao idoso nessa condição.

Ao considerar a necessidade de cuidados aos idosos, vários tipos são reconhecidos, tais como o especializado, o informal e o

institucional. Outras modalidades identificadas são o cuidado em domicílio, realizado por cuidadores formais, ou nesse mesmo local por algum membro da rede social, o cuidador informal. As combinações podem ser das mais variadas. Além desses tipos de cuidados, destaca-se também o autocuidado, no qual o próprio indivíduo pode investir em si mesmo, beneficiando seu desenvolvimento e a manutenção de seu bem-estar, saúde e vida.

Outras variáveis que interferem no cuidado do idoso dizem respeito às normas, atitudes, valores e crenças; o que nesta pesquisa foi estudado por meio das representações sociais, fenômeno que caracteriza uma forma de conhecer o mundo, em que são construídas teorias e explicações pautadas no conhecimento do senso comum referente a um objeto social específico, que nesse caso, trata-se do cuidado ao idoso. As representações ou pensamentos sociais sobre os objetos em geral são alicerçadas por teorias criadas no universo consensual, que são partilhadas pelos grupos. A teoria das representações sociais operacionaliza formas de conhecimento desse fenômeno, possibilitando acessar sua dinâmica e diversidade (Moscovici, 1978). Essa perspectiva tem sido amplamente utilizada para estudar o envelhecimento como processo e a velhice enquanto etapa evolutiva, assim como as variáveis envolvidas nessas questões (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Teixeira, Nascimento-Schulze & Camargo, 2002; Martins, Camargo & Biasus, 2009; Torres & Ca, 2010), o que atesta a adequação dessa teoria em estudos e pesquisas que envolvam temáticas pertinentes a esses universos.

O fenômeno das representações sociais liga-se às práticas sociais, já que não somente as características objetivas de dada situação ou objeto podem determinar o comportamento individual ou grupal, mas também a representação que as pessoas possuem acerca de tais objetos. Por práticas sociais, entendem-se as ações emitidas pelos indivíduos enquanto membros de um grupo. Ao enunciar a relação entre representações e práticas sociais, questiona-se se existem representações sociais (RS) que alicercem práticas de cuidados ao idoso? E ensejando relação específica, a partir do objeto desta tese, “cuidar da pessoa idosa”, Jodelet (2009) aponta que as representações organizam práticas de cuidados e estas, por sua vez, podem tanto criar quanto reforçar limitações aos idosos.

Frente à longevidade, cabem ser identificadas práticas e pensamentos sociais que são compartilhados acerca do cuidado ao idoso, assim como do processo de envelhecimento. Ademais, ao relacionar o pensamento leigo e as práticas sociais referente ao cuidado

do idoso, será possível aprofundar a compreensão tanto sobre a RS do envelhecimento, quanto especificamente da relação entre representações e práticas sociais.

Por meio dessas considerações, foram formuladas questões gerais de pesquisa que nortearam este estudo a partir da investigação de como se constitui o saber social acerca das demandas e cuidados relativos ao idoso: (1) Quais são as RS do cuidado da pessoa idosa para o idoso e, para sua rede social (cuidadores ou não)? ; e, (2) Essas RS ou significados organizam e sustentam estratégias sobre cuidado empregadas pelo próprio idoso e por sua rede social (cuidador ou não)?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Compreender as RS de idosos acerca dos cuidados para consigo, para com outros idosos e relativas a sua rede social (cuidadores ou não), relacionando-as com práticas de autocuidado e dos cuidados dispensados pela rede social.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a rede e o suporte social recebido pelos idosos;
- Identificar, caso exista, o cuidador do idoso;
- Descrever as RS dos idosos sobre o cuidado para consigo e sobre o cuidado para com as pessoas idosas;
- Descrever a RS dos membros da rede social do idoso referente ao cuidado para com as pessoas idosas;
- Caracterizar as práticas de autocuidado realizadas pelos idosos;
- Caracterizar as práticas de cuidados realizadas pela rede social (cuidadores ou não) em relação aos idosos;
- Identificar a percepção das atribuições desejáveis para ser cuidador;
- Verificar as relações entre os significados ou RS sobre cuidado e as estratégias práticas relativas a cuidado empregadas pelo próprio idoso ou pela sua rede social (cuidadores ou não).



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nessa parte são trabalhados os principais conceitos teóricos que alicerçam esta pesquisa. Inicialmente, são introduzidas definições conceituais referentes ao envelhecimento, velhice e idoso. Posteriormente são expostas algumas Teorias sobre o Envelhecimento, culminando na Teoria *Lifespan*, central nessa tese. Após, privilegia-se a discussão do objeto de estudo desta pesquisa, cuidar da pessoa idosa. Desmembra-se então, a discussão sobre os tipos de cuidados realizados com os idosos e a implicação da rede social do idoso nesses cuidados, a qual se ancora na Teoria do Campo Social.

Após, são discutidos aspectos históricos, epistemológicos e conceituais da Teoria das Representações Sociais (TRS), já que a partir dela buscou-se compreender o objeto de estudo: cuidar da pessoa idosa. Segue ainda nessa parte, a relação entre representações e práticas sociais, apontando a necessidade de se formular um modelo teórico que abarque as várias situações sociais, tais como as práticas sociais expressas no cuidado do idoso. O fechamento ocorre apontando estudos de revisão sobre cuidados de idosos.

### 2.1 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS: ENVELHECIMENTO E VELHICE

Ao falar de envelhecimento, torna-se importante a definição deste termo já que por vezes, é considerado sinônimo de velhice, todavia são definições diferentes. O Ministério da Saúde compreende envelhecimento como um processo natural e que em transcurso saudável não provoca nenhuma patologia, também denominado de senescência, ou seja, uma “diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo” (p. 8). Somente em condições de sobrecarga do organismo, tais como doença, pode provocar um processo patológico denominado de senilidade (Brasil, 2006a). Palácios (2004); Lima, Silva e Galhardoni (2008) corroboram apontando que o envelhecimento é um processo multifatorial e que não está associado à existência de doenças. O que significa dizer que envelhecer não é sinônimo de adoecer (Telles, 2009).

Alguns aspectos demográficos e epidemiológicos envolvidos no envelhecimento são apontados por Mendes, Gusmão, Faro e Leite (2005). A população idosa está crescendo mais aceleradamente que a população infantil. Esse crescimento reflete o aumento da expectativa de vida, que pode ser caracterizado também pelos avanços tecnológicos da

área da saúde e da queda da fecundidade. Esse processo de envelhecimento demarca tanto mudanças demográficas quanto modificações do perfil epidemiológico da população, o que assinala transições nessas duas esferas em cenário nacional. A transição demográfica se caracteriza pela modificação da composição etária, de jovem para uma população mais velha; e a transição epidemiológica reflete as modificações dos perfis de morbidade e mortalidade ao longo do tempo. Ambas se desenvolvem juntas, e a segunda, aponta modificação no perfil de saúde populacional, com predominância das doenças crônicas em detrimento aos processos agudos, os quais geralmente têm desfechos de “cura” ou morte (Chaimowicz, 1997).

Assim, acompanhado da longevidade está uma maior incidência de doenças crônicas, neurodegenerativas e as sequelas decorrentes delas. O que em âmbito individual significa maior dependência do idoso e, na esfera pública, especificamente para o sistema de saúde, “áreas de planejamento e gestão de políticas públicas”, representa um desafio, visto a elevação dos custos (Telles, 2009, p. 105). É preciso considerar que em vários casos essas morbidades, mais características da velhice, podem coexistir, acirrando o grau de necessidade do idoso relativo aos cuidados despendidos a ele (Duarte & Lebrão, 2008).

Constatar as modificações nos perfis de morbi-mortalidades, devido também ao aumento da longevidade, significa abordar de que maneira vem ocorrendo o processo de envelhecimento populacional no Brasil. Caracterizado como célere e intenso, impossibilitou a preparação do país para as suas consequências, já que o cenário brasileiro ainda impõe condições de desigualdades sociais e econômicas. Contrariamente ao Brasil, nos países desenvolvidos este processo ocorreu lentamente, o que permitiu que desenvolvimento econômico e envelhecimento, ocorressem juntos, e consequentemente num ambiente favorável (Telles, 2009). Este cenário aponta para a relevância de pesquisas que se proponham a contribuir para a compreensão do processo de cuidar, do cuidado e dos cuidadores.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) apontam que o índice de envelhecimento indica mudança na estrutura etária da população brasileira, reiterando a discussão anterior referente à transição demográfica. Ao comparar o número de idosos em relação ao número de crianças, em 2008 a proporção era de que para cada 100 crianças (0-14 anos), haviam 25 idosos (acima de 65 anos). As projeções para 2050 sugerem um aumento em sete vezes, o que significa que para cada 100 crianças serão 173 idosos. A expectativa de vida que na década de 40 expressava-se por aproximadamente 45 anos, em 2008,



atinge uma média próxima aos 72 anos, com uma elevação de 27 anos. Essa projeção segue aumentando e poderá alcançar em 2050 uma elevação de mais 9 anos de vida, o que coloca o Brasil no mesmo patamar de expectativa de vida de países como Islândia e Japão, com respectivamente 81,8 e 82,6 anos.

A velhice deve ser entendida como uma etapa do desenvolvimento que ocorre em decorrência do avanço da idade cronológica e desencadeia um processo de maturação biológica e natural no curso de vida. Apesar de um processo biológico, não deve ser compreendida somente através de modificações orgânicas e maturacionais, mas também entremeada de consequências psicológicas (Beauvoir, 1990), já que modifica a resposta dada ao social e sua relação entre estes diversos fatores, culminando com a compreensão da velhice também como um fator cultural (Carvalho, Rocha & Leite, 2006). Beauvoir (1990) afirma que a velhice deve ser compreendida em sua totalidade e a partir de suas especificidades, considerando que quem vive esta etapa a assimila e reage a ela de modo peculiar.

Jodelet (2009) corrobora com as definições de velhice, primeiramente pontuando-a no plural, devido a sua polissemia e a multiplicidade de significados que perpassam esse fenômeno. Quanto aos critérios utilizados para sua definição, a autora aponta cinco tipos: cronológico, institucional, biológico, mediático e experiencial. O primeiro define a velhice como um momento da vida que inicia no nascimento e vai até a morte. O segundo critério, institucional, utiliza o sistema social como regulador do envelhecimento e o define a partir do estatuto no sistema social, o que gera a referência a um marco institucional como, por exemplo, a aposentadoria. O critério biológico aponta a saúde de maneira negativa, centralizando a velhice em doenças, perdas e declínio. O mediático atrela a velhice aos aspectos físicos concernentes à aparência e às tentativas de eliminar os sinais do tempo. Segundo a autora, dessas várias definições resultam uma diversidade de imagens que circulam no imaginário social, originando representações e crenças, que podem vir a nortear práticas sociais relativas aos idosos.

Importante demarcar que as alterações ao longo do envelhecimento se refletem na velhice (Freitas, Queiroz & Souza, 2010), esta compreendida como etapa ou ainda a última fase do ciclo de vida, o “ser velho”; e o envelhecer entendido como um processo, ou seja, o desenvolvimento do curso de vida. Lima, Silva e Galhardoni (2008) acrescentam que no plano individual o envelhecimento se constitui de inúmeras trajetórias de vida, e, no plano coletivo, variadas influências socioculturais, expressas por condições econômicas,

oportunidade de educação e demais formações que se refletem na etapa velhice.

Uma questão controversa que se apresenta ao discutir a velhice é definir com precisão, além das características, os limites desse momento da vida. Existem algumas definições oficiais, tais como as formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde. A OMS define uma diferenciação entre países desenvolvidos e periféricos, estipulando para o primeiro, a idade de 65 anos ou mais, e para o segundo, acima dos 60 anos. Essa definição engloba a consideração do contexto sociocultural, visto que os países com maior desenvolvimento propiciam melhores condições gerais de vida ao indivíduo, o que reflete em sua expectativa de vida (Mendes, Gusmão, Faro & Leite, 2005).

O Ministério da Saúde, a partir do estatuto do idoso (Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003), estabelece a idade igual ou superior a 60 anos como sendo a idade de início da velhice. Nas pesquisas desenvolvidas nem sempre são adotadas definições oficiais, tais quais as citadas acima, e, por vezes, esse recorte é delimitado pelo pesquisador, o qual pode usar critérios arbitrários (Brasil, 2006b). Em todo caso, é importante considerar que as faixas etárias, ou as grades de idade não são um processo naturalmente dado, pois existe uma flexibilidade na concepção da velhice, tanto no que se refere às características, quanto no próprio recorte feito para delimitar seu início.

Até meados do século XIX e início do século XX, o desenvolvimento se restringia à infância e à adolescência. Tanto os dados de pesquisa quanto as crenças sociais corroboravam a ideia do declínio intelectual na velhice, incompatibilizando a possibilidade de desenvolvimento nessa etapa da vida. Todavia, com o envelhecimento populacional em destaque nos países desenvolvidos, deflagra-se a necessidade de estudar a velhice. Contribuíram para este processo os cientistas, com seu próprio envelhecimento e a constatação da incompatibilidade entre realidade e as crenças populares referente a esse assunto; os movimentos sociais, preocupados com as minorias, dentre elas as mulheres e os idosos; e a formulação das primeiras teorias sociológicas sobre o envelhecimento. (Neri, 2006; Baltes, 1987). A psicologia do desenvolvimento e a do envelhecimento iniciavam seu percurso, e a partir de várias influências foi criada a Teoria *Lifespan*, a qual será abordada no próximo capítulo e utilizada nesta pesquisa como aporte teórico para a compreensão do envelhecimento.

Assim como o desenvolvimento humano é um processo com múltiplos determinantes, o envelhecimento também é uma etapa do

curso evolutivo que requer demandas específicas. E como tal deve ser compreendido a partir da configuração de todas as interações que atuam na compreensão desse processo (Haydu, 2003).

De acordo com Battini, Maciel e Finato (2006, p. 456), “ao longo do processo de desenvolvimento, eventos ambientais vão se sobrepondo, tornando aquele indivíduo único”, dando-lhe especificidades e marcas próprias. Assim, o envelhecimento se dará de forma heterogênea para cada indivíduo, conforme a organização de vida, eventos estressores vividos, acometimento de patologias e contingências vividas em seu entorno ambiental (Neri, 1995).

Algumas variáveis que podem auxiliar na adaptação ao envelhecimento são elencadas por Battini e cols. (2006), como a autonomia, as redes de apoio, a autoaceitação, os propósitos de vida e a crença religiosa. A variável autonomia prediz o ser autônomo, e significa a habilidade para pensar, agir e avaliar a situação a partir de seu próprio ponto de vista, o que implicará em escolhas e tomadas de decisões. As redes de apoio se relacionam ao grupo social desse indivíduo, as quais incluem tanto a família, quanto os amigos. A autoaceitação, segundo Freire (2000), significa um posicionamento favorável em relação a si mesmo, aceitando todas as características, sejam positivas ou negativas, e também acolher a velhice como sua nova fase de desenvolvimento. Já os propósitos de vida se relacionam a continuar traçando objetivos e metas futuras. Além disso, nessa etapa da vida, o sentimento de finitude, por vezes, exacerba-se e as crenças religiosas ganham importância (Battini & cols., 2006).

Estudar o envelhecimento significa conhecer e compreender os aspectos que este processo envolve, além disso, esse processo está contido no desenvolvimento humano. Ademais, conforme Jodelet (2009), o envelhecimento e a velhice são fenômenos que devem ser considerados em sua especificidade já que são objetos polissêmicos. Para tanto é necessário o reconhecimento da existência de vários tipos de velhice, estas demarcadas pelas diferentes significações e definições do que é ser idoso e das formas de envelhecer. A pluralidade destes fenômenos favorece o conflito de representações antagônicas. Aliado a isso, estudos em psicologia social apontam o sexo como uma variável diferenciadora da compreensão do que é o envelhecimento e a velhice (Moraes, & Souza, 2005; Andrieu, 2006; Torres, 2010). Outra variável diferenciadora dos conteúdos representacionais destes objetos é a faixa etária (Torres, 2010). Considerando que envelhecimento e velhice não são sinônimos, os conteúdos referentes ao pensamento social desses

objetos igualmente podem se diferenciar, suscitando, por vezes, diferentes representações.

Coudin e Beaufils (1997), em estudo com a população idosa, também identificaram a dimensão inatividade como um fundamento da representação social do idoso. Foram reconhecidos diversos estereótipos no conteúdo dessa representação, tais como os relacionados à inutilidade, feiúra, isolamento, problema, depressão e assexualidade.

Em estudo com idosos realizado em Florianópolis, Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) verificaram três RS do envelhecimento para os entrevistados. A primeira delas de caráter doméstico e com conteúdos referentes à família e a beleza, o que se associou ao sexo feminino. A segunda, em oposição à primeira, associou-se ao sexo masculino, ancorada na noção de atividade, a partir da perda do ritmo de trabalho. E a última, com conteúdo mais utilitarista, relacionando o envelhecimento ao desgaste humano. Corroborando a implicação da variável sexo para a diferenciação do pensamento social sobre envelhecimento (Moraes & Souza, 2005; Andrieu, 2006; Torres, 2010).

Eiras (2002) estudou a RS da velhice para idosos e profissionais da saúde e acessou conteúdos diferentes, porém, para ambos os grupos perpassados por aspectos positivos e negativos. Tanto idosos quanto os profissionais de saúde representaram a velhice como solidão. Todavia foi específico de cada grupo, os conteúdos doença e limitação, respectivamente. É importante salientar que ao mesmo tempo em que os idosos evocam elementos negativos em relação à velhice, a mesma é deslocada por eles para outros grupos. Além disso, a longevidade por ser inesperada se torna uma surpresa. Já para os profissionais da saúde, os elementos constituintes do núcleo central da representação foram experiência e sabedoria.

Em pesquisa sobre a RS do envelhecimento para adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos, Martins (2002) identificou a indiferenciação dos conteúdos representacionais para os grupos. Aspectos positivos como experiência de vida, sabedoria e longevidade foram citados, e referente a etapa velhice foram elencados aspectos negativos a partir dos elementos dificuldades físicas, tristeza, solidão, doença e morte.

Em estudo que objetivou caracterizar os princípios organizadores das RS do envelhecimento para jovens e adultos não-idosos, Wachelke e cols. (2008) verificaram o conflito entre as perdas e os ganhos, contrastando por um lado, elementos referentes ao enfraquecimento, tais como perdas físicas e doenças, o que pode gerar a

morte; de outro lado, o reconhecimento do ganho de experiências e conhecimentos ao longo da vida, conferindo ao idoso reconhecimento.

Martins, Camargo e Biasus (2009), tal qual estudos anteriores (Wachelke & cols., 2008; Eiras, 2002; Veloz, Nascimento-Shulze & Carmargo, 1999) identificaram como centralidade da RS de envelhecimento os elementos sabedoria e experiência. O mesmo ocorre em estudo mais recente realizado por Torres (2010).

Tal qual Martins (2002), Torres (2010) objetivou investigar as RS de envelhecimento para três gerações e encontrou resultados semelhantes. Seu estudo foi constituído por 638 participantes, dentre eles adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos. A autora constata a organização dos elementos constituintes da RS de envelhecimento em torno da palavra sabedoria. Este elemento se conecta de maneira significativa com aposentadoria e experiência. Outro elemento associado, porém, com menos força, foi solidão, que se relacionou com incapacidade e doença. Os elementos sabedoria, solidão e doença aproximam os resultados de pesquisa das autoras citadas. Ao comparar a RS do grupo pesquisado por sexo, Torres (2010) verificou a permanência dos mesmos elementos organizadores, porém, a relação estabelecida entre eles foi diferente. Para os homens, os elementos doença, solidão e incapacidade estão relacionadas à aposentadoria, o que não ocorre para o sexo feminino.

Em estudo sobre RS de idosos sobre o envelhecimento ativo, cujos participantes foram 100 idosos independentes funcionalmente, atendidos por uma Unidade de Saúde da Família (USF), em João Pessoa, verificou-se que os conteúdos perpassam aspectos tanto positivos quanto negativos. Os primeiros associados às representações sobre o objeto envelhecimento ativo, e, quando retirado o léxico ativo, as representações foram predominantemente negativas, com conteúdos em torno de perdas e incapacidades (Ferreira, Maciel, Silva, Santos & Moreira, 2010), como referido em estudos anteriores (Martins, 2002; Eiras, 2002; Wachelke & cols., 2008).

Considerando que o objeto de estudo desta tese é o cuidado do idoso e que o pensamento social sobre o envelhecimento pode influenciar em práticas de cuidados aos idosos, buscou-se nos estudos sobre RS dos objetos envelhecimento, velhice e idoso, se o cuidado do idoso era expresso diretamente ou mencionado por meio de variáveis que o influencia. Para tanto, algumas variáveis que podem atrelar as RS dos dois objetos, envelhecimento e cuidado do idoso, podem se relacionar aos binômios implicados nos cuidados de saúde, como dependência *versus* independência e capacidade *versus* incapacidade.

Referente à variável capacidade e seu antônimo, considera-se os vários tipos, seja funcional, cognitiva ou emocional.

A partir dos estudos citados anteriormente, constatou-se que o pensamento social sobre o envelhecimento se associa a aspectos tanto positivos quanto negativos. Acenando para aspectos positivos estão os elementos como a sabedoria e a experiência como os mais citados nos estudos elencados; quanto aos aspectos negativos, os elementos contemplados foram doença, solidão, dificuldade física e ou limitação, incapacidades e ou perdas físicas e morte. (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Eiras, 2002; Martins, 2002; Wachelke & cols., 2008; Martins, Camargo & Biasus, 2009). Conforme as pesquisas citadas, alguns elementos que podem evocar algum tipo de cuidado, mais especificamente o cuidado de saúde, são predominantemente os elementos negativos descritos na revisão referente à representação do envelhecimento. Dessa maneira, hipotetiza-se que os possíveis elos entre as representações de envelhecimento e cuidado do idoso, estão pautados em elementos de caráter negativo.

Os estudos referidos na revisão bibliográfica, e os demais estudos com os objetos envelhecimento e velhice são fundamentados por escolhas teóricas, sendo que cada uma delas possui pressupostos específicos, o que foi discutido no próximo capítulo.

## 2.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS SOBRE A VELHICE E O ENVELHECIMENTO

Existem inúmeras perspectivas de trabalho que abordam os objetos sociais envelhecimento e velhice. Neste capítulo serão apresentadas algumas delas e prioritariamente a abordagem que fundamenta esta tese, a Teoria *Lifespan* proposta por Baltes. Como cada perspectiva se utiliza de elementos fundamentais distintos é possível apontar o que cada uma delas prioriza no estudo do processo de envelhecimento.

De acordo com Siqueira, Botelho e Coelho (2002), a perspectiva biológica – comportamentalista privilegia o processo de degradação física ocasionada pela degeneração orgânica natural. É geralmente utilizada pela área médica, especificamente por profissionais gerontólogos e geriatras. Na perspectiva economicista os idosos são situados dentro da estrutura social produtiva, e a preocupação reside no advento da aposentadoria. As discussões nessa perspectiva referem-se à inatividade e à improdutividade e podem adquirir cunho político. Tanto cientistas políticos, quanto profissionais estudiosos do envelhecimento,

tais como gerontologistas e gerontólogos já recorreram a essa perspectiva.

Outra perspectiva identificada por Siqueira, Botelho e Coelho (2002) denomina-se socioculturalista e critica os focos observados nas duas perspectivas anteriores, a biológica e a econômica, alegando serem fatores importantes, porém, insuficientes para explicar a velhice como categoria analítica. Essa vertente aponta a velhice entendida como uma construção social, sendo assim, as funções de cada idade, bem como os papéis sociais são estabelecidos pela sociedade e pela cultura. Na perspectiva transdisciplinar, a velhice é entendida como um fenômeno natural e social que ocorre com um ser humano que é único, o qual irá assimilar esse processo de modo particular. Apesar de ser a vertente que demonstra maior interação e aproximação com a realidade, ao mesmo tempo atribui à velhice múltiplos fatores relacionados à experiência individual, o que dificulta a aplicabilidade das questões teórico-metodológicas. Essa perspectiva pode ser observada na obra de Beauvoir, “A velhice de 1976”. (Siqueira, Botelho, & Coelho, 2002).

Outro modelo existente, denominado de Envelhecimento Ativo, foi adotado em meados da década de 90, pela Organização Mundial de Saúde. Esse preconiza o aumento da expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para indivíduos que estão envelhecendo, seja ele doente ou não. Com o propósito de alavancar a qualidade de vida durante o envelhecimento, propõe a otimização da participação, da segurança e da oportunidade de saúde para os idosos. Com cunho político, reconhece os direitos humanos e consolida os princípios estabelecidos pelas Organizações das Nações Unidas, tais como autorrealização, independência, dignidade, participação e assistência. Vinculada à própria denominação, o idoso é considerado agente ativo em seu processo de envelhecimento (WHO, 2005).

A denominação de ‘ativo’ advém não só da questão física, mas também se relaciona à participação social, cultural, civil e espiritual. Tal modelo extrapola a perspectiva economicista, apontada anteriormente, a qual avalia o envelhecimento numa dicotomia produtividade *versus* improdutividade. Tanto idosos saudáveis, aposentados, deficientes, ou portadores de alguma doença estão inseridos nesse processo, já que a compreensão de ativo possui uma amplitude maior, tal como, continuar contribuindo ativamente para o seu processo de melhoria de qualidade de vida ou em prol de sua família. Outras premissas importantes para o envelhecimento ativo são solidariedade e interdependência entre gerações, sendo o envelhecimento um processo que ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas componentes da rede social, seja

ela integrada por familiares, amigos, vizinhos, dentre outros. O tipo de interação estabelecido pelos pares e pela rede social auxiliará na qualidade de vida durante o envelhecimento e no período da velhice (WHO, 2005).

Conforme pronuncia a Organização Mundial de Saúde, alguns conceitos importantes para o envelhecimento ativo são autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável. A autonomia se relaciona à forma individual de lidar com a vida a partir de seus próprios meios e regras; a independência é a capacidade de viver com pouca ou nenhuma ajuda dentro de uma determinada comunidade; a qualidade de vida é um conceito amplo atrelado à percepção individual frente a suas expectativas, objetivos e vinculada a outras variáveis tais como saúde física e rede social. A expectativa de vida é compreendida como sinônimo de tempo de vida saudável, ou sem cuidados especiais (WHO, 2005).

Sinteticamente, para o modelo adotado pela OMS, os determinantes do envelhecimento ativo são sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, ambiente físicos, serviços sociais e de saúde. Além destes, fazem parte também a cultura e o gênero, determinantes transversais do processo de envelhecimento para essa perspectiva. O fator cultural, a partir dos valores e tradições, é determinante da forma com que a sociedade compreende o ser velho e o processo de envelhecer; e, o gênero, estabelece formas distintas de estar no mundo, distinguindo o ser homem e ser mulher (WHO, 2005).

Antes de abordar o pressuposto central desta tese, para compreensão do tema envelhecimento, a teoria *Lifespan*, discutir-se-á o a teoria proposta por Erikson. O objeto de estudo desta tese, cuidar da pessoa idosa, deriva da velhice, e também do processo de envelhecimento, o que salienta a importância de perspassar a temática desenvolvimento humano para a compreensão deste objeto. Considerando que a psicologia do envelhecimento foi influenciada pelos paradigmas da teoria *lifespan* (Neri, 2001), e que esta é influenciada pelas contribuições de Erikson, abordar-se-á a teoria proposto por Erikson, a qual se intitulou Teoria Psicossocial, antes de apresentar a teoria norteadora.

Segundo Neri (2001) a teoria proposta por Erikson avançou em relação às teorias clássicas do desenvolvimento, já que passou a considerar a vida adulta e também a velhice como parte do desenvolvimento, ou seja, considerar “a vida humana em toda a sua extensão” (p. 13). O ponto de origem desta teoria parte dos estágios de desenvolvimento propostos por Freud, todavia, Erikson acrescentou



mais quatro estágios que correspondem à vida adulta e à velhice. Outras inovações desta teoria em relação à teoria freudiana são:

- Mudança do foco sexual para o foco social;
- Os estágios extrapolam a idade infantil, atingindo a idade adulta e a velhice;
- Não nega a importância dos estágios infantis, porém flexibiliza a construção da personalidade apontado para a possibilidade de modificações em experiências futuras;
- O indivíduo se desenvolve devido a exigências internas (ego) e externas (meio/social);
- Aponta que em cada estágio o ego sofre crises e delas pode emergir um ego mais rico e forte. As crises sofridas nomeiam os estágios delineados pelo autor.

Conforme Erikson & Erikson (1998) somente depois de dominada a crise o indivíduo terá sucesso e alcançará o próximo estágio do desenvolvimento. Além disso, o desenvolvimento é considerado pelo autor como contínuo, e apesar de propor limites de tempo para uma possível aproximação do que se considera satisfatório, os estágios não são fixos temporalmente. Essa flexibilização dada aos estágios impõe que tanto pode haver problemas residuais que são levados de um estágio para o outro, como a possibilidade do indivíduo regressar a um estágio anterior devido a estresse e pressão.

Os estágios propostos por Erikson são:

- Estágio 1: Confiança básica x Desconfiança básica

Com início no nascimento e curso até aproximadamente um ano, consiste na primeira crise enfrentada na vida pelo bebê. Este estágio se relaciona com o imperativo da aquisição de confiança básica, com a atitude de confiança em si mesmo e no mundo que o rodeia, adquirida por meio das experiências vividas ao longo deste primeiro ano de vida. Este seria o primeiro componente para uma personalidade saudável. A mãe que beneficia este processo atende as necessidades básicas do bebê, tais como, alimentação, tato, olfato entre outros. Uma das primeiras tarefas do ego é a construção da confiança, e para tanto, a qualidade da relação mãe-bebê é essencial para este processo. Esta qualidade estará relacionada diretamente ao cuidado que é dispensado ao bebê no processo de maternagem. Erikson (1987) pontua que a quantidade de cuidado, ou seja, quantidade de alimento ou mesmo demonstração de afeto, ficará em detrimento a qualidade na realização deste cuidado.

- Estágio 2: Autonomia x vergonha e dúvida

Com início após um ano de idade e término por volta do terceiro ano. O autor salienta que estas marcas temporais são aproximadas. A característica central deste estágio relaciona-se a autonomia, ou seja, a criança começa a adquirir um senso sobre si e também sobre os seus impulsos. Neste processo o bebê começa a discernir que é separado das demais pessoas. A questão da experimentação, do controle externo e os estados interiores inconscientes são dimensões importantes a serem consideradas neste estágio. É nesta fase que as crianças desenvolvem o caminhar, o falar, o alimentarem-se sozinhas e o controle dos esfíncteres. Para tanto é essencial o estímulo à autonomia por parte dos pais, auxiliando na aquisição do autocontrole e no controle do mundo que o rodeia. (Erikson, 1987).

A criança demonstra permanente necessidade de satisfação de sua vontade e começa a aprender a ordem do que é possível, constituindo o início da aprendizagem dos direitos e deveres. Este ponto é essencial no aspecto social e tem como valor emergente o domínio (Neri, 2001).

- Estágio 3: Iniciativa x culpa

Este estágio tem como valor principal o propósito. Ocorre entre os três a cinco anos e demarca o nascimento do senso de curiosidade sexual manifesta pela criança. No processo saudável desta etapa, caso não haja represália exagerada por parte dos pais, estes impulsos são reprimidos e retornam somente na adolescência.

Como característica central deste estágio tem-se o início de atividades motoras e intelectuais. Neste processo a iniciativa pode ser reforçada dependendo da liberdade física dada à criança, e no quesito intelectual, depende do quanto à curiosidade infantil é satisfeita.

- Estágio 4: Indústria x inferioridade

Denominado por Neri (2001) como Trabalho x inferioridade tem como valor emergente a competência. Acontece aproximadamente por volta dos seis anos e se estende até os onze anos. Salienta-se a coincidência deste estágio com o período inicial da alfabetização da criança. Considerado pelo autor como um período propício para à aquisição de capacidades e habilidades necessárias à vida adulta (Erikson, 1987).

Neste momento a criança constata sua capacidade de fazer coisas, realizar atividades e tarefas. Para que a criança desenvolva um senso natural ao trabalho evitar a rigidez em regulamentos, normas e regras. Já o senso de inadequação e inferioridade pode ocorrer devido à

vivências de diversas experiências negativas, como a vivência de “bullying”, superproteção, etc. Com pais e professores encorajando a produtividade infantil podem auxiliar no desenvolvimento do sentimento de ser capaz e o sentimento de produção, aqui explicando a nomenclatura deste estágio, como indústria ou trabalho.

#### Estágio 5: Identidade x difusão de papéis

Inicia-se aproximadamente aos onze anos e perdura até o final da adolescência, coincidindo com a puberdade. Como meta principal esta fase desenvolve o sendo de identidade. Neste momento emerge a associação entre as habilidades que foram cultivadas inicialmente no desenvolvimento com os modelos de trabalho do momento (Erikson, 1987).

A identidade, que se relaciona com as ideias e valores de um determinado grupo social, pode ser definida como as características ou conjuntos delas, que definem as aspirações de um indivíduo e mesmo quem ele é. Os modelos saudáveis adquiridos ao longo do desenvolvimento podem facilitar o processo de formação e consolidação da identidade. Neste estágio, torna-se comum o apego as características do grupo em que o jovem se identifica, bem como, a exclusão daqueles que são diferentes. Nesta etapa a moral infantil aprendida se desenvolve até atingir o que será a ética daquele indivíduo adulto.

- Estágio 6: Intimidade x isolamento

Inicia aproximadamente aos 21 anos e se estende até os 40 anos aproximadamente. O sucesso ou o fracasso dependerão de como as crises sofridas nos estágios anteriores foram elaboradas e de como aquele adulto ainda jovem se relaciona com o ambiente em que vive.

Ao indivíduo que possui uma continuada confusão de papéis poderá ter dificuldade em investir em relacionamentos duradouros e intensos. Mas não assustará aqueles que viveram crises de identidades bem resolvidas.

- Estágio 7: Generatividade x estagnação

A preocupação predominante neste estágio refere-se a tudo o que pode ser gerado, sejam filhos até mesmo produtos. Esta fase inicia-se por volta dos 40 anos e se estende até os 65 anos. O valor emergente desta fase é o cuidado, como apontado por Neri (2001).

Neste momento, o adulto opta pela generatividade ou pela estagnação. A generatividade envolve para além da possibilidade de criar filhos, como o interesse vital pelas coisas em geral, como exemplo, o investimento na sociedade ou numa nova geração. As pessoas que não tem filhos, mas que desenvolveram um senso de criatividade e altruísmo

podem ser generativas. Os indivíduos que não conseguem transcender a falta de criatividade e não aceitam a finitude da vida podem estagnar-se. A estagnação seria um estado estéril, ou de lamentação em que o indivíduo não consegue transmitir o que avalia como importante em sua vida. O desenvolvimento contínuo é justificado por Erikson (1987) com o fato de que o indivíduo além de aprender, também ensinar. Este processo de desenvolvimento ocorre com gradações diferenciadas, porém, contínuas.

Para alcançar a verdadeira generatividade é necessário ter adquirido identidades bem-sucedidas e próprias, e não somente ter tido filhos. E este processo depende também do que é comunicado pelos pais, isto é, pais que não acreditam na vida em sociedade podem comunicar isso aos filhos, gerando como consequência, por vezes, a ausência de netos na família.

Esta fase tem se ampliado. No passado esta fase era vivida a partir do casamento e da criação dos filhos, porém, com o aumento do número de escolhas e o adiamento da formação da família, esta fase tem sido vivenciada em diversos planos relacionais.

- Estágio 8: Integridade x desesperança

Com início a partir dos 65 anos, é considerada pelo autor como a oitava fase do ciclo vital. Nesta fase o indivíduo reflete sobre suas experiências passadas. Passa a pensar principalmente a partir dos significados de suas vivências. Pode ser vivenciada de diversas maneiras. O desespero frente à finitude, no qual sente que não pode fazer mais nada por si e pelos outros. Em geral são aquelas pessoas que vivem com nostalgia e por vezes tristes devido a sua velhice. Conforme Erikson (1987) quando ocorre uma perda acumulada da integração egóica, a mesma pode vir manifesta pelo temor da morte, e com a dificuldade em aceitar a vida como um ciclo único.

A vivência positiva salienta um sentimento de dever cumprido, experimentando o sentimento de integridade e dignidade. O indivíduo nesta situação consegue partilhar seu sentimento e as coisas que aprendeu.

Outra discussão proposto por Neri (2001) diz respeito à diferenciação conceitual referente ao uso dos termos ciclo de vida, curso de vida e *lifespan*. Apesar de estes termos serem usados cotidianamente com o mesmo significado, e possuírem relação conceitual, não são sinônimos entre si. Enquanto a perspectiva de ciclo de vida inclui o “critério de estágios como princípio organizador do desenvolvimento” (p. 12), as outras duas, curso de vida e life span, não adotam o mesmo

critério, apesar de concordarem que existe uma demarcação temporal na vida.

O termo ciclo de vida foi consagrado na psicologia por Erikson, na década de 50, quando o utilizou em sua teoria do desenvolvimento. Este autor influenciou “os teóricos dos modelos de curso de vida e *lifespan*” devido ter contemplado a vida em toda a sua extensão, ter abandonado o princípio de que havia um ápice e uma retração no desenvolvimento e por compreender a partir de uma sequência fixa e oriunda de crises internas os avanços evolutivos. O termo ciclo de vida é dotado de vários sentidos, como a sucessão de idades ou estágios, compreendida como um período que possui coerência e fechamento, e para psicólogos e sociólogos capta 3 sentidos principais, “sucessão repetição, e tendência ao fechamento” (Neri, 2001, p. 12).

Já a perspectiva de curso de vida compreende o desenvolvimento a partir das relações estabelecidas em âmbito individual, familiar e social ao longo do tempo. Esta perspectiva considera também que os avanços individuais no desenvolvimento não são isolados, já que as pessoas trocam experiências socioculturais com seus pares. Conforme (Neri, 2001), as perspectivas curso de vida e *lifespan* possuem similaridades, pois foram construídas no mesmo momento e com fontes intelectuais iguais. Enquanto para a biologia o termo *lifespan* expressa a extensão de vida do indivíduo, ou seja, “potencial máximo de duração da vida para os membros mais fortes dessa espécie” (p. 21); para a psicologia, o termo reflete também a extensão, mas não somente da vida como também de um período particular. A idade cronológica possui status nesta perspectiva, já que indica os principais eventos do desenvolvimento que são registrados ao longo do tempo.

Considerando a importância da teoria proposta por Baltes & Baltes (1990) e a adoção deste pressuposto teórico como norteador para a compreensão do desenvolvimento humano, a presente teoria segue discutida com maiores detalhes. Existem inúmeros pressupostos e modelos para se trabalhar com o tema envelhecimento. O modelo teórico que se denomina *Lifespan* tem como pressuposição o princípio do desenvolvimento ao longo da vida, aqui um dos pontos centrais de convergência desta teoria ao modelo proposto por Erikson. Essa teoria contribuiu para a psicologia do envelhecimento, considerando que vários fatores interatuam nesse processo, tais como o tempo, o contexto, as influências genético-biológicas e as socioculturais. Em função do número de variáveis envolvidas no processo de envelhecimento, da implicação do tempo e do contexto demarcando a existência de velhices

diferentes, o desenvolvimento é compreendido como multidimensional, temporal e contextual. (Neri, 2006).

Apesar da discussão sobre o desenvolvimento bem sucedido ser relativamente recente, já que se remontam às décadas de 50 e 60, hoje em função desses estudos, é possível afirmar várias pressupostos sobre o envelhecimento e a velhice, tais como a não correlação direta entre envelhecer e adoecer (Telles, 2009); o envelhecimento compreendido como uma etapa do desenvolvimento humano; a possibilidade de usufruir a velhice potencialmente saudável, sabendo de sua heterogeneidade (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

Antes de abordar os pressupostos específicos sobre o envelhecimento são apontadas as premissas que norteiam a compreensão do desenvolvimento para essa teoria. O desenvolvimento ao longo da vida é orientado por quatro parâmetros básicos. Sendo eles: (1) finitude da vida; (2) evolução biológica padronizada e sequencial; (3) classificação etária e obrigações sociais correlatas; e, (4) potencial genético como fator limitante do desenvolvimento. O primeiro parâmetro é inexorável e similar para todos os indivíduos; o segundo, por sua vez, apesar de possuir padrões não descarta a possibilidade de diferenças interindividuais; o próximo parâmetro, referente a questões sociais e normatizadoras, indica a existência de padrões sociais que impõem o desenvolvimento de tarefas em determinada idade, ou seja, classificando as tarefas sociais de forma gradativa. O último parâmetro, o genético, relaciona-se a possíveis limitações funcionais em decorrência desse fator, o que irá ditar o ápice potencial a que cada indivíduo pode atingir (Schulz & Heckhausen, 1996).

Partindo destes parâmetros, desenvolve-se a teorização sobre o desenvolvimento bem sucedido. Constata-se que a própria nomenclatura dessa teoria sugere a necessidade de se estabelecer o critério que será utilizado para avaliar o desenvolvimento. Conceitos como desenvolvimento ótimo e bem sucedido, remetem a uma escala avaliativa na qual existe um critério de detecção. Todavia, verificaram-se problemas nesses critérios e dificuldade de padronização. Enquanto alguns estudiosos do desenvolvimento bem sucedido focam em critérios físicos, outros privilegiam o critério cognitivo. Dentre estes, existe o consenso que o critério deve focar sobre grandes domínios do funcionamento ou desempenho, para que sejam possíveis de mensurar e serem aplicados a qualquer faixa etária. Para tanto, três parâmetros podem ser invocados para realizar esta avaliação: (1) um padrão absoluto, sendo que os maiores níveis de desempenho definem o limite superior no qual os demais serão comparados; (2) um padrão

interindividual, no qual o grupo de referência é selecionado de acordo com características demográficas similares, como faixa etária, sexo, dentre outras; (3) um padrão intraindividual, sendo o indivíduo comparado com seu próprio padrão (Schulz & Heckhausen, 1996).

Outros adeptos da perspectiva do desenvolvimento bem sucedido privilegiam a experiência psicológica subjetiva do indivíduo. Nesse panorama, destaca-se a avaliação do indivíduo sobre sua satisfação com o que fez da vida, sendo este o critério principal. Satisfação é um conceito ancorado em parâmetros subjetivos e individuais, e como tal demonstra sua fragilidade, além disso, está sujeito ao viés de racionalização próprio dos indivíduos que passam pelo processo de autoavaliação. Pautado no exposto, apesar da satisfação com o envelhecimento ser um elemento de ordem subjetiva que envolve atitudes e também intelecto, não pode ser considerado um critério válido para mensurar o desenvolvimento bem sucedido (Schulz & Heckhausen, 1996).

Esses mesmos autores acreditam que o critério utilizado deve ser acuradamente avaliado para que tenha validade ao longo do tempo, ou seja, critérios que não se modifiquem devido a mudanças culturais. Por outro lado, outra questão a ser considerada é a diferença entre a avaliação do desempenho em determinada habilidade física ou cognitiva e a avaliação da totalidade da vida deste indivíduo. Para tanto, a definição do funcionamento ótimo é mais complexa, pois se relaciona à convergência de vários fatores, dentre eles, o potencial genético, as oportunidades dentro da estrutura social, a motivação, as habilidades e as aprendizagens adquiridas, todos estes domínios avaliados longitudinalmente. Importante reiterar que nessa avaliação de sucesso do desenvolvimento é imprescindível considerar os recursos tanto biológicos, quanto socioculturais do indivíduo.

Cada etapa do desenvolvimento exige demandas diferenciadas e é sabido que apesar do inerente potencial humano são necessários investimentos para que as habilidades e competências sejam desenvolvidas. Na infância, por exemplo, são adquiridos grande parte das habilidades cognitivas e também desenvolvimentos gerais, os quais são propiciados pelos principais agentes socializadores primários, os pais. Nessa etapa da vida, o desafio se relaciona à oportunidade para vivenciar diversas possibilidades e assim maximizar a aquisição de competências que poderão ser caminhos para investimento futuro. Com intensidade diferenciada, esse processo continua na adolescência. Porém, já nessa faixa etária, inicia-se a pressão para uma direção, o que pode ser denominado de um início de especialização em determinada

habilidade. Essas demandas são ainda mais acirradas na idade adulta, requisitando do indivíduo que passe a disponibilizar seus recursos aprendidos (Schulz & Heckhausen, 1996).

Tal qual a infância e a idade adulta, na velhice são requeridas demandas específicas dessa fase da vida. Nesse momento, o foco principal é a regulação e manutenção das perdas, as quais podem ser vivenciadas mais acintosamente nessa etapa do desenvolvimento (Neri, 2006). Em resumo, pode-se afirmar que o desenvolvimento compreende mudanças de ordem biológica, que ocorrem ao longo da idade e podem ser exemplificadas pela puberdade e o climatério. Engloba também, mudanças psicossociais decorrentes do processo de socialização, tais como o casamento. E finalmente, as influências não previsíveis denominadas de não-normativas, a exemplo, acidentes e desemprego. Todas essas são variáveis que estão envolvidas no processo de envelhecer, já que este faz parte do desenvolvimento humano (Neri, 2006; Schulz & Heckhausen, 1996; Baltes, 1987). Pensando na múltipla interação de fatores no processo de desenvolvimento, o mesmo ocorrerá para o envelhecimento saudável, no qual são conjugados fatores relacionados à independência nas atividades de vida diária, autonomia, saúde física e mental, suporte social, condições econômicas entre outros (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

As contribuições concernentes ao envelhecimento do modelo *Lifespan* pressupõe a estabilidade entre perdas e ganhos, já que mesmo na presença de limitações de ordem biológica, os processos psicológicos se mantêm atuantes. Aliado a esse processo compensatório, faz-se necessário conjugar o ambiente cultural e social favorável, o que propiciará o desenvolvimento durante a velhice. Tal perspectiva abrange não somente o desenvolvimento cognitivo e físico, mas também as influências socioculturais (Baltes, 1987).

As proposições de Baltes (1987) preveem um processo multidirecional do desenvolvimento, considerando que em todas as etapas da vida existem ganhos e perdas, e não um simples crescimento e declínio. Para tanto, o autor recorre às premissas do desenvolvimento ao longo da vida, discutidas anteriormente, apontando a necessidade de conjugar fatores sociais, culturais e históricos, e as experiências individuais. Esse autor considera que o desenvolvimento é permeado de plasticidade, e assim tem possibilidade de se adaptar frente às perdas e se compensar com os ganhos.

O cerne das proposições de Baltes (1987) aponta para a necessidade de encontrar tanto padrões de funcionamento, quanto as diferenças entre os indivíduos que vivem o processo de envelhecimento.



Para tanto, seus estudos indicam a possibilidade de manutenção de competências por meio do processo psicológico denominado SOC (seleção, otimização e compensação). A seleção significa focar na meta delimitada, ou seja, “na amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual” (Neri, 2006, p.22). Esse processo contribui na especificação de um objetivo e assim propicia o avanço, ademais auxilia a ter foco quando os recursos disponíveis são limitados. A otimização é a manutenção dos recursos, internos e externos, que propiciam o alcance de níveis mais altos de funcionamento (Neri, 2006). A compensação é o recurso utilizado para a busca de alternativa na manutenção do funcionamento, este promove a recuperação, a melhoria, e protege o indivíduo contra as ameaças (Schultz & Heckhausen, 1996). Segundo Baltes e Baltes (1990), nessa teoria os elementos principais são a seleção e a compensação, os quais são complementados pela otimização. Enquanto o sucesso num determinado domínio possibilita manter os níveis de competência e desenvolver novos níveis, as experiências de fracasso, ao contrário, podem minar as competências existentes, atuando como recurso compensatório. (Neri, 2006).

A teoria de seleção, otimização e compensação teoria SOC tem como premissa central a plasticidade comportamental, ou seja, tem interesse em entender como os indivíduos de todas as idades empregam seus recursos internos e externos para equilibrar perdas e ganhos durante o processo de desenvolvimento. Essa teoria é apontada como um meta-modelo de desenvolvimento, pois, é incorporada em várias outras perspectivas, desde as proposições teóricas de Baltes, quanto à perspectiva social-cognitiva proposta por Bandura (Neri, 2006). O aprimoramento teórico sobre o desenvolvimento bem sucedido compreende várias pesquisas, dentre elas a de Baltes e Baltes (1990).

Ainda referente à teoria SOC, esses três mecanismos têm como características serem universais, atuarem em nível tanto consciente quanto inconsciente, e também, terem como atributo a possibilidade de serem ferramentas maximizadoras do desenvolvimento (Neri, 2006). Isso posto, constata-se a possibilidade desses mecanismos serem empregados em contextos instaurados de cuidado, independente do tipo de cuidado que se estabelece, a exemplo, o autocuidado, os cuidados formais ou informais, dentre outros; conforme segue no próximo capítulo.

### 2.3 OBJETO DE ESTUDO: CUIDAR DA PESSOA IDOSA

Desde os primórdios da humanidade o “cuidado, o cuidar e o cuidar-se” são considerados responsáveis pela a preservação da espécie humana. Para assegurar a manutenção e a continuidade da vida, o cuidado se estabelece como essencial a partir de um conjunto de atividades exercidas que devem ser preservadas, tais como a criação da prole, a proteção contra os predadores, a segurança por meio de algum abrigo, dentre outras. Ainda hoje, o cuidado se faz necessário para a garantia da existência e da sobrevivência (Gonçalves, & Alvarez, 2006). E por sua vez, para o homem existir é preciso que atenda suas próprias necessidades, a partir do autocuidado. Essa condição de se autocuidar é determinante para a independência e a autonomia individuais. O contrário é sinônimo de dependência e de possível perda da autonomia (Caldas, 2006).

Do latim cuidado vem de *coera* e significa cura. Remontando a esse sentido antigo, a palavra era utilizada em contextos que retratavam as relações de amor e amizade, expressando o comportamento de cuidado, a preocupação, o desvelo em relação ao objeto de apreço. (Lemos & Medeiros, 2006). Nesse sentido, com a significação ampla de cuidado, constata-se que o mesmo se faz necessário, independentemente das condições de saúde-doença e dependência-autonomia. O cuidado será compreendido como necessário à manutenção da vida e dos grupos, sendo importante em todo o ciclo vital.

O cuidado pode ser entendido também como o ato de prestar assistência ou cuidados seja a um cliente, amigo ou familiar, portador de uma doença crônica, para auxiliar com que este indivíduo alcance um nível de independência (Whitlatch & Noelker, 2007). Referente ao idoso, em várias circunstâncias o cuidado de saúde é necessário. Isso pode ser mensurado a partir da dicotomia dependência-independência, sendo que o grau da dependência será determinante para os tipos de cuidados prestados. (Caldas, 2006). Além disso, os graus de dependência mais elevados, tal qual os expressos pelo comprometimento nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), afetam a autonomia do idoso.

Como dependência, entende-se a participação de outras pessoas auxiliando nas realizações e decisões da vida, por meio da ajuda e do apoio (Neri, 2010). A dependência pode expressar a dificuldade ou incapacidade para a realização de uma determinada atividade devido a um problema de saúde (Hébert, 2003). Autonomia, por sua vez, possui

uma multiplicidade de sentidos, com significados que abrangem desde questões valorativas, por meio de um “ideal moral, político e social”, até sua relação com outros conceitos, como a saúde (Farinatti, 2008, p. 56). Esse autor aponta que apesar dessa dispersão de significados, pode-se afirmar que o conceito principal, evocado pela etimologia da palavra (*autos* = si mesmo; e *nomos* = regra ou lei), reside em pessoas com estatuto de independência e vontade soberana.

Ao buscar discutir a dicotomia dependência-independência, Neri (2010) aponta que os idosos estão mais propensos a vivenciar circunstâncias que determinam dependência em relação ao mundo externo e a seus semelhantes. Esta por sua vez, se estabelece em graus, podendo ter um impacto maior ou menor na vida desse indivíduo. Comparada à infância, a dependência durante a velhice assume configuração e significado diferentes, o que pode vir acompanhado, por vezes, de sentimentos antagônicos, ora compaixão, afeto e responsabilidade, ora desprezo, descaso e ressentimento.

O conceito de dependência tem relação com outros dois conceitos, fragilidade e vulnerabilidade. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a), a fragilidade configura-se como uma síndrome com várias dimensões, envolvendo os fatores biológicos, psicológicos e sociais; desencadeando uma interação complexa que culmina em aumento do estado de vulnerabilidade. Esse estado final é associado ao maior risco de dependência, desenvolvimento de incapacidades, queda, dentre outros. A fragilidade reduz a reserva fisiológica e aliada ao envelhecimento biológico e as condições crônicas, aumenta a vulnerabilidade de se viver um quadro de dependência (Chaimowicz, 1997).

Pavarini e Neri (2000) apontam alguns elementos que podem estar ligados à dependência na velhice, tais como:

- 1) Experiências de incapacidade e aumento na perda física.
- 2) Tendência ao aumento das pressões devido a acúmulos de várias perdas, como afastamento de entes queridos, mortes, etc.
- 3) Imposição de barreiras arquitetônicas, a partir de um ambiente que não foi criado para o idoso.
- 4) Práticas sociais discriminatórias, como atribuição de incapacidade ao idoso e tratamento desrespeitoso e infantilizado, podem restringir sua autonomia e independência.
- 5) Inadequação no tratamento medicamentoso, o que pode antecipar ou agravar graus de dependência.

Os significados que a dependência assume na vida de um idoso estão relacionados aos valores socioculturais e individuais de inserção deste indivíduo. Neri (2010) examina dois tipos de dependência na velhice, conforme figura 1:

- 1) Dependência relacionada à incapacidade funcional – considerada como um dos aspectos centrais da autonomia do idoso, a capacidade funcional se relaciona à manutenção de competências comportamentais que propiciam o gerenciamento e a administração da vida. Apesar de não ser condição para que o idoso tenha autonomia, é um forte preditor dessa condição. A capacidade funcional pode ser considerada a partir dos pontos de vistas, clínico, cognitivo e temporal. Por outro lado, a incapacidade funcional é a dificuldade na realização de atividades em algum domínio da vida, seja por problemas de físico ou demais problemas de saúde (Verbrugge & Jette, 1994). Como tal, é considerada um processo e não um estado (Iezzoni, 2002).
- 2) Dependência comportamental – este tipo de dependência pode ser explicada a partir de dois modelos psicológicos, desamparo aprendido e dependência aprendida, propostos respectivamente por Seligman e Baltes. O primeiro modelo se relaciona à crença negativa de autoeficácia e se associa a ambientes incontroláveis, os quais geram a percepção de que as próprias capacidades são insuficientes para lidar com este ambiente. Já a dependência aprendida também ganha um reforço no ambiente estabelecido, todavia, ao contrário da negligência, a dependência é reforçada. Este caso vem associado com uma atribuição de dependência maior que a requerida na situação e permeado por preconceitos sociais e por parte do idoso.

Na presente pesquisa, para avaliação do grau de dependência do idoso, recorreu-se à avaliação da capacidade funcional, visto a dependência comportamental se ancorar em modelos psicológicos, o que foge ao foco deste projeto.

Figura 1. Tipos de dependência, por Neri (2010).



Conforme ilustrado na figura 1, a incapacidade funcional pode ser considerada por meio de três perspectivas. Na primeira, a dependência relacionada à incapacidade funcional do ponto de vista clínico, é medida pela quantidade de auxílio instrumental que o idoso recebe, esse pode ser dividido em três níveis:

- 1) O nível básico avaliado por meio das atividades de vida diária (ABVDs), com atividades associadas à sobrevivência. Atividades que são destinadas ao autocuidado e atreladas ao ambiente residencial. No autocuidado estão incluídas atividades como alimentação, locomoção, higiene pessoal (desde o banho, vestir-se, escovar dentes e cabelos, usar o toalete, etc). A dependência nesse nível impõe a necessidade de um cuidador e reduz o nível de autonomia do idoso, podendo impactar a autoestima e a sociabilidade (Gontijo, 2005; Brasil, 2006c; Neri, 2010).
- 2) No nível intermediário estão as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), as quais se associam aos papéis sociais, como exemplo de comportamentos, o uso de telefone e transporte

público. Para o exercício destas atividades é necessário ter autonomia em termos cognitivos. A avaliação deste nível auxilia a identificar a capacidade de adaptação ao meio, a exemplo, realização de viagens, controle de orçamentos, uso adequado de medicação, uso do telefone e a preparação de alimentos (Brasil, 2006c; Neri, 2010).

- 3) No nível avançado são denominadas de atividades avançadas de vida diária (AAVDs), relacionam-se a funções físicas e sociais. Consideram-se as atividades de alta complexidade para os idosos. Referente às funções físicas constam os trabalhos manuais em geral, tal como, jardinagem, pintura, etc. E funções sociais, viajar e participar de grupos sociais (jogos, danças etc). Esse último nível se associa a história de vida pregressa e se liga fortemente a variáveis como sexo e classe social. Essa categoria não é essencial na definição da independência do idoso.

Como Neri (2010), Diogo e Duarte (2006) reiteram a definição dos dois primeiros níveis, representados pelas atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária. Neri (2010) acrescenta o terceiro nível, atividades avançadas de vida diária. Importante salientar que os dois primeiros níveis são imprescindíveis para avaliar o grau de dependência do idoso e norteiam os tipos de cuidados necessários em cada caso. Portanto, uma pessoa idosa é considerada independente quando capaz de realizar sem ajuda e dificuldade as ABVD, já que este nível envolve atividades fundamentais de autocuidado. Mesmo necessitando de auxílio nas AIVD, a pessoa idosa poderá ser considerada independente, todavia, será um indicador para o desenvolvimento de incapacidade funcional e com potencial para desenvolver fragilidades (Telles, 2009).

A respeito da dependência funcional do ponto de vista cognitivo, Neri (2010) ilustra com comportamentos referentes à competência prática, como tomar remédio para controlar uma doença crônica, como diabetes, por exemplo. E também indica o *status* cognitivo como item considerado e que pode ser mensurado por meio de testes que avaliam a capacidade cognitiva, a exemplo o Wais e o Wisconsin<sup>1</sup>. Por sua vez, a capacidade funcional do ponto de vista temporal, relaciona-se ao uso e a distribuição do tempo no dia a dia. A

---

<sup>1</sup> Wais (*Escala de Inteligência Wechsler para adultos*); Wisconsin (*Teste de classificação de cartas – WCST*).

sobrecarga numa atividade em detrimento da outra pode ser indicativo de incapacidade neste quesito.

O Instrumento de avaliação sociofuncional em idosos (IASFI) é um recurso utilizado para avaliar, de maneira global, a capacidade funcional de idosos. Este foi construído a partir de 9 escalas de avaliação funcional, sendo que estes foram encontrados na literatura pesquisada na banco online de dados Scielo (*Scientific Electronic Library*), e também em dissertações e teses disponibilizadas na internet. Para a composição do instrumento, o acesso à bibliografia ocorreu por meio do descritor “escala funcional”. O presente instrumento foi utilizado nesta tese para identificar, caso existisse, o grau de dependência dos idosos, possibilitando dessa maneira, selecionar os grupos que se pretendia estudar (Anexo A). Conforme a figura 1, esse instrumento avalia a existência e o grau de incapacidade funcional, a partir do ponto de vista clínico. O IASFI, após avaliação aparente e de conteúdo, realizada por enfermeiros, obteve a aprovação dos juízes e revelou tanto medir o que se pretende (grau de dependência/independência), quanto ser de fácil aplicação ao público destinado, com durabilidade média de 35 minutos (Fonseca & Rizzotto, 2008).

A separação dos grupos para o presente estudo, considerando a existência ou não de dependência, e suas possíveis gradações, foram pertinentes à compreensão do pensamento social sobre cuidado do idoso, visto que as RS sobre este objeto podem se constituir diferentemente de acordo com o tipo de cuidado despendido, bem como, com os significados de velhice e envelhecimento e com a possibilidade de ser autônomo na velhice, dentre outros fatores.

Segundo Moraes e Souza (2005), variáveis importantes e, por isso, preditoras do desenvolvimento bem sucedido durante o envelhecimento são representadas pela autonomia, manutenção das atividades de vida diária e também a satisfação com sua rede social, representada por familiares e amigos. A compreensão do envelhecimento a partir do marco teórico do desenvolvimento bem sucedido parte do entendimento da compensação das perdas e a exploração das reservas durante a velhice. Esse modelo defende a manutenção da capacidade funcional, um fator preponderante para a autonomia do idoso. Rabelo e Neri (2006) reiteram a importância do fator capacidade funcional, já que o seu oposto é o maior gerador das condições crônicas de saúde, influenciando negativamente o *status* psicológico e requerendo o uso de serviços de cuidados de longa permanência.

Num contexto de dependência por parte do idoso, o cuidado como prestação de assistência torna-se indispensável. Essa assistência pode se diferenciar conforme os tipos, a intensidade, a periodicidade e o local. A configuração em relação aos tipos de cuidados pode ser prática ou instrumental, financeira e afetiva. Referente à intensidade, o cuidado pode ser situacional ou um cuidado que imponha uma periodicidade. Essa, por sua vez, pode variar desde uma hora por dia, ou somente aos finais de semana, até 24 horas diárias. Quanto ao local, pode ocorrer tanto em ambiente institucional, como em ambiente residencial (Whitlatch & Noelker, 2007).

A partir dessas considerações referentes à origem e significação da palavra cuidado, discussão sobre o binômio dependência-independência e as condições para a autonomia; o próximo subcapítulo destina-se à discussão sobre Teorias do Cuidado.

### **2.3.1 Teorias do Cuidado**

São teóricos renomados no tema cuidado, Jean Watson e Madeleine Leininger. Estas autoras foram pioneiras na utilização do termo cuidado humano em enfermagem. Nos EUA as conferências iniciaram no ano de 1978 e se tornaram anuais. Na década de 80, no ano de 1987, foi fundada a Associação Internacional para Cuidado Humano (*International Association for Human Caring – IAHC*). Como propósito central esta associação “busca aprimorar o conhecimento do cuidar e do cuidado dentro do campo da enfermagem” (Waldow, 2010, p. 15). Em 1997 foi criado um periódico que prioriza a publicação deste tema, denominado *International Journal for Human Caring*.

Conforme pode ser constatado, a enfermagem se destaca no investimento em estudos sobre cuidado, e este predomínio pode se dar porque o cuidado se concretiza e se profissionaliza de modo pleno na enfermagem. Isso ocorre, pois o cuidado na enfermagem conta com a categoria “estar presente”, uma das mais importantes no que se refere ao cuidado. O que significa dizer que como profissão, a enfermagem, por meio de seus profissionais é a que se mantém mais próxima e constantemente presente ao lado do paciente. Apesar da prevalência, conforme o que foi apontado, o cuidado não é uma categoria restrita a enfermagem. Esta assertiva é verdadeira a partir do momento em que:

O cuidado humano, sem dúvida, está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque,



prioriza a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos. A paz visualizada como um estado de consciência. (Waldow, 2010, p. 14).

O cuidado expressa uma condição humana, e sem ele não seria possível o desenvolvimento da espécie humana. Segundo Boff (2003), a expressão mais alta do cuidado se concretiza por meio do amor. Por mais estranho que seja utilizar um sentimento na esfera profissional, já que amor é compreendido somente como um sentimento, pode-se dizer que o cuidar propicia a cada indivíduo a possibilidade de ser mais amoroso. O cuidado é uma via que conduz a missão de amar, ajudar e também a dar carinho. O amor na esfera profissional do cuidado liga-se ao comportamento, ou seja, mesmo não tendo amor por determinado indivíduo o comportamento que tenho com o mesmo pode ser de modo amoroso. Este modo de se comportar se expressa pela gentileza, respeito, honestidade, entre outros comportamentos influenciados pelo amor.

Waldow (2010) aponta que Madeleine Leininger foi precursora na construção de uma teoria do cuidado, fundamentada no modelo transcultural de enfermagem. Este modelo foi denominado Sol Nascente e resume as diferenças e similaridades do cuidado humano em diversificadas culturas do mundo. Outras denominações dadas a este modelo são: Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado ou Teoria do Cuidado Cultural. Conforme Waldow (2010), Leininger constatou que os diferentes padrões culturais interferem na maneira de expressar e se comportar no que se refere ao cuidado.

A enfermeira Leininger iniciou seus estudos na década de 50, tendo despertado para o estudo sobre cuidado após experiência com crianças portadoras de transtorno mental. Seu país de origem, os EUA, já possuía uma população bastante heterogênea, visto a forte imigração dos anos anteriores, o que suscitou em Leininger a necessidade de estudar aspectos culturais que pudessem fundamentar as variações existentes no que tangiam o tema do cuidado. Em seguida Leininger ingressa no doutorado em Antropologia, sendo a primeira enfermeira a obter este título na área, em 1965 (George, 2000). Na década de 60, a referida teórica funda uma nova área de estudos, a Enfermagem Transcultural, na qual o grande diferencial era o método de pesquisa empregado, denominado etnoenfermagem. Método qualitativo com o intuito de documentar, descrever, interpretar as diferentes ontologias, as experiências de vida, diante dos fenômenos da enfermagem. Para a autora, somente após o estudo das diferentes visões e experiências de

mundo, seria possível que o profissional da enfermagem compreendesse as representações e práticas de cuidado específicas de determinada cultura, ou comum entre elas. Somente com a posse deste saber seria possível proporcionar um cuidado efetivo e eficaz, ou seja, um cuidado coerente com as necessidades e expectativas daquele indivíduo ou de um determinado grupo. Esta área de estudos e pesquisas é um campo focado na base cultural no que tange os valores, as crenças e as práticas de cuidados, objetivando auxiliar culturas específicas no resgate a formas de cuidados que sejam coerentes culturalmente (Leininger, 1999).

Leininger publicou, em 1991, um estudo realizado em 54 culturas ocidentais e não-ocidentais, no qual identificou 175 “construtos de cuidado com significados, usos e interpretações específicas” (Waldow, 2010, p. 21). A partir do método proposto de Leininger, e utilizando os pressupostos do modelo proposto, a referida teórica foi aprimorando sua teoria. Segundo Waldow (2010), este aprimoramento se torna possível, pois a autora se utiliza de um “enfoque humanístico de pesquisa centrada nas pessoas, ou seja, um enfoque emic (referente às percepções internas – das pessoas ou informantes de dentro da cultura)” (p. 21). Os vários padrões de cuidar incluem diversas ações que incluem desde ajudar, assistir, facilitar e também capacitar quem executa o cuidado. Todas estas dimensões, que os padrões de cuidar envolvem, influenciam no bem-estar individual ou grupal. Este aspecto pode impactar tanto grupos menores quanto estilos de vida de um modo geral.

A teoria proposta por Leininger possui 3 modalidades principais, as quais são guias dentro da enfermagem, quando se tem o intuito de se utilizar do cuidado cultural congruente: “1) preservação e/ou manutenção do cuidado cultural; 2) acomodação e/ou negociação do cuidado cultural; 3) repadronização ou reestruturação do cuidado cultural” (Waldow, 2010, p. 22).

Outra teoria proposta sobre cuidado é de autoria de Jean Watson e se denomina Teoria do Cuidado Transpessoal. Sua proposição possui dupla implicação, isto é, além dos elementos humanísticos, possui também elementos comportamentais da ação de cuidar. De acordo com a referida autora, os pressupostos para o cuidado humano incluem que o cuidar só pode ser praticado interpessoalmente, ou seja, ocorre quando a enfermeira está com outra pessoa. Além disso, o cuidado tem como condição a satisfação de uma necessidade humana, inclui um processo de aceitação do que se é e também do que se virá a ser, possui o meio ambiente como um aspecto fundamental para o desenvolvimento potencial do cuidar da pessoa, e por fim, o cuidar está relacionado à saúde em detrimento a cura. Esta autora propunha um cuidado holístico,

o qual promoveria qualidade de vida, humanismo e saúde. Nesta concepção teórica o cuidado pode ser definido como:

[...] esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (Waldow, 2010, p. 25).

Visto a compreensão apreendida por Watson, o cuidado é idealizado por meio da intersubjetividade, uma fusão de campos e experiências que transcendem tanto a dimensão tempo quanto a dimensão espaço. Para se efetivar o cuidado proposto pela autora é preciso uma ocasião real para cuidar ou um determinado evento que propicie a ação de cuidar. Neste processo estará envolvido intenção, desejo, relacionamento e ação.

Segunda esta teoria são propostos alguns fatores de cuidado, os quais devem ser priorizados na prática profissional da enfermagem, os mesmos possuem como base epistemológica o altruísmo, a empatia, o aprendizado ao longo do processo de cuidar e a conscientização de que este processo envolve aspectos “existenciais, fenomenológicos e espirituais”. Watson ainda propôs a reformulação do modelo de saúde incluindo o conceito de cuidado como central, repercutindo em práticas de cuidado que envolvam a compaixão e a esperança (Waldow, 2010, p. 24).

Após abordar duas teorias eminentes na enfermagem, no que diz respeito ao cuidado humano, apresentar-se-á discussão relativa aos tipos de cuidados e cuidadores.

### **2.3.2 Tipos de Cuidados e Cuidadores**

O cuidado e o cuidar ocorrem com configurações variadas, o que inclui hospitais, domicílios, instituições, escolas, comunidades, dentre outros (Whitlatch & Noelker, 2007). Ao falar de cuidado, pode-se evocar o cuidado ao outro e também a si mesmo. Este último, também denominado de cuidado primário ou basilar, intitula-se autocuidado.

O autocuidado contribui para o desenvolvimento humano e reforça a participação ativa dos indivíduos no seu próprio cuidado, tornando-os responsáveis por definirem suas condições de vida. Pode ser entendido como um processo dinâmico de contribuição do indivíduo para a sua própria existência. Portanto, mesmo que não haja o quadro de dependência por parte do idoso, o autocuidado deve ser incentivado, já que ele auxilia na manutenção da saúde funcional; reconhecendo que o envolvimento pessoal no tratamento de saúde beneficia a recuperação do indivíduo em comparação aos tratamentos paternalistas. A velhice deve ser inserida e pensada dentro de um ciclo vital, ou seja, caracterizando um processo de desenvolvimento humano dado ao longo da vivência. E como tal, os comportamentos de autocuidado não devem se iniciar somente nessa fase, mais se estender durante todo o ciclo de vital, o que auxiliará em ganhos na qualidade de vida também na velhice (Caldas, 2006).

Esta autora acrescenta que o envelhecimento saudável depende mais da capacidade de buscar respostas às necessidades cotidianas do que propriamente sua relação com a idade cronológica. Assim, a cada época da vida necessidades específicas emergem, o que impõe o reconhecimento destas para o emprego adequado do cuidado exigido. Este processo de reconhecimento se relaciona a um aprendizado sobre as suas necessidades e, portanto, um autoconhecimento. O autocuidado é uma atividade relacionada à responsabilidade e à saúde, e os comportamentos que se enquadram nessa categoria são primordiais para a manutenção da independência e da autonomia.

Sabendo da necessidade humana de cuidados ao longo da vida e também que o cuidado constitui a natureza humana, é possível antever a importância do autocuidado na vida dos indivíduos, em especial do idoso. Como os demais cuidados, a exemplo, os cuidados assistenciais e os cuidados destinados ao outro, a capacidade de se autocuidar depende das experiências de vida, da cultura e dos conhecimentos partilhados pelo grupo de pertencimento.

Segundo Caldas (2006), as pesquisas sobre o autocuidado ainda são incipientes, no entanto, indispensáveis, já que a manutenção e o incentivo do cuidar de si repercutem no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, com consequências para a qualidade de vida, a dependência e a autonomia dos indivíduos. Diferentemente do autocuidado, Diogo e Duarte (2006) discutem o cuidado realizado em domicílio, a partir de uma assistência especializada, o que se diferencia do cuidado hospitalar. Em geral, essa modalidade é incorporada a um programa destinado ao idoso com dependência de grau variado, o que

será investigado por meio da avaliação funcional. Com os objetivos de reforçar as capacidades funcionais, o aumento da autonomia, reforçar vínculos familiares e de amizades, aprimorar hábitos saudáveis e manter a individualidade do idoso. A assistência especializada é um recurso alternativo, com o intuito de reduzir gastos em comparação às intervenções realizadas em ambiente hospitalar, o que implica na consideração dos seguintes pontos principais: o idoso, a família, o contexto domiciliar, a equipe interprofissional e o cuidador.

Diogo e Duarte (2006) acrescentam que o idoso deve ser considerado como singular e inserido num contexto específico, o que o torna diferente dos demais. O sucesso da assistência domiciliar depende desse conhecimento, o que pode ser adquirido por meio de avaliação global do idoso, envolvendo desde aspectos funcionais até ambientais. Referente à família, a equipe assistencial deve considerar a existência das novas configurações e assim a exclusividade de cada família. Nesse sentido, torna-se importante a não imposição de valores pessoais, o que pode dificultar a relação entre equipe e família e, além disso, ser um entrave na interação entre os diversos elementos que compõem a relação de cuidado ao idoso. Tal qual a família, o contexto domiciliar também possui especificidades, para tanto devem ser consideradas pela equipe, e toda a modificação feita deve ser submetida à discussão prévia com o idoso e sua família.

As mesmas autoras apontam que o papel da equipe interprofissional inicia pela necessidade do idoso, todavia se estende e envolve a família e o cuidador desse indivíduo. Para tanto, o conhecimento da equipe deve perpassar “pressupostos teóricos, éticos e técnicos”, e, sobretudo, deve haver um compartilhamento desses pressupostos para que existam interações entre os profissionais da equipe. Para concretização desse programa fará parte o cuidador. O mesmo representará o elo da equipe com o próprio idoso e sua família.

Sintetizando o gerenciamento do cuidado gerontológico, decorrente das novas demandas, a equipe responsável deverá: (a) identificar as demandas e serviços necessários para supri-las; (b) planejar conjuntamente com os idosos, familiares e cuidadores, como serão utilizados os serviços; (c) coordenar os serviços estipulados; (d) estabelecer uma comunicação eficiente entre os envolvidos, possibilitando o cuidado integrado; e, (e) reavaliar por meio de *feedback*, a qualidade dos cuidados prestados e demais recursos envolvidos. Para tanto, constata-se a necessidade de sinergia entre equipe, idoso e rede social/cuidador, configurando uma tríade, que deve

trabalhar em parceria para a eficácia e a eficiência do atendimento prestado (Duarte & Lebrão, 2006; Cress, 2001).

Nos cuidados assistenciais domiciliares e também nos demais cuidados gerontológicos, o cuidador será integrante primordial. Além dos cuidados formais, existem os cuidados informais, ou seja, sem o envolvimento de um profissional da área da saúde. Baseado nos vários tipos de cuidados se derivam diferentes cuidadores. Particularmente no Brasil, em geral, este é um membro componente da rede social do idoso. Conforme salienta Lemos e Medeiros (2006), o cuidador informal, representado principalmente pela família, vizinho e amigos do idoso, é prevalente no mundo todo e também no Brasil. A seguir serão discutidas a conceituação de cuidador e tipos de cuidadores.

A definição de cuidador é muito discutida por diversos autores. Conforme Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), o indivíduo que presta auxílio a um idoso com alguma limitação na realização de atividades cotidianas, independente da frequência, pode ser intitulado cuidador. Este pode ser identificado também como um familiar ou um componente da rede social que se responsabiliza pelo cuidado do idoso sem remuneração financeira pela assistência prestada. A Organização Mundial de Saúde aponta dois tipos de cuidadores (WHO, 2005):

- 1) Cuidador informal, essa tipologia é identificada geralmente por componentes da rede social do idoso, composta por família, amigos e ou vizinhos, com um auxílio não remunerado;
- 2) Cuidador formal, nesse caso são indivíduos remunerados que prestam cuidados gerais, seja como um prestador de serviços ou através do serviço social e da saúde, nem sempre são especializados.

Essa assistência, a partir de cuidadores, torna-se necessária em situações de dependência do idoso, o que o impossibilita de realizar atividades do cotidiano, ou as atividades de vida diária (AVD).

A política nacional de saúde do idoso, regulamentada pela Portaria Ministerial 1.395 no ano de 1999, assume que o principal problema referente à saúde do idoso é a perda da capacidade funcional e, por isso, apoia o desenvolvimento da prática do cuidado informal, por parte de um integrante da rede social, o que geralmente se expressa por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos. Para que esse desenvolvimento ocorra, é necessário que as pessoas envolvidas recebam auxílio dos profissionais de saúde referente ao manejo do cuidado do idoso, a fim de contribuir com seu tratamento e suprir as necessidades geradas pela sua dependência (Diogo & Duarte, 2006).

O conceito de cuidador, fomentado pelo Ministério da Saúde (2008), ultrapassa o acompanhamento nas atividades de vida diária e abarca o respeito pela capacidade de quem recebe o cuidado, o que impõe realizar somente as atividades que o idoso realmente não consegue. É preciso incentivar o autocuidado do idoso e auxiliar nos casos de dependência por conveniência, devido a motivos emocionais, como o ganho de atenção e carinho (Caldas, 2006).

O ministério da saúde salienta que não cabe ao cuidador informal praticar cuidados especializados, os quais são estabelecidos por profissões reconhecidas, a exemplo da enfermagem (Brasil, 2008). Para tanto, é possível listar algumas tarefas contempladas na rotina deste cuidador informal, tais como:

- 1) auxiliar nos cuidados da higiene e alimentação;
- 2) administrar medicação a partir das orientações médicas ou da equipe;
- 3) realizar mudanças de posições na cama e na cadeira, também denominado de decúbito;
- 4) realizar massagens de conforto;
- 5) auxiliar nas atividades físicas como andar e tomar sol;
- 6) escutar e ser elo na relação idoso-família-equipe de saúde;
- 7) comunicar à equipe mudanças adversas no estado de saúde do idoso;
- 8) É papel deste cuidador ser motivador em tarefas que possuam este dispositivo, a exemplo, alimentação e o incentivo para que o idoso realize o que está dentro de sua capacidade (Brasil, 2008).

O cuidador informal, independente de formação profissional, pode se habilitar para realizar atividades básicas no cuidado ao idoso em âmbito domiciliar e, dessa maneira, contribuir na recuperação da pessoa assistida. Ao cuidador formal especializado, ou seja, ao cuidador com formação na área da saúde, em contraste ao cuidador informal, cabe realizar as atividades prescritas por sua profissão, regulamentadas pelo conselho da mesma. O que significa seguir as prescrições indicadas a cada caso, com as competências designadas à sua categoria profissional.

Outra discussão travada pelo Ministério da Saúde é que, por vezes, não se escolhe ser cuidador, já que sua prática se relaciona com a necessidade de cuidados imposta por alguém da família (Mendonça, Garanani, & Martins, 2008), o que geralmente acompanha falta de preparo e dependendo do grau de necessidade, a dedicação de menor ou maior tempo (Brasil, 2008). O mesmo se identifica em estudo realizado por Souza e Menezes (2009) referente ao pensamento do cuidador

familiar com idosos hipertensos. Em estudo de Colomé e cols. (2011), os cuidadores afirmaram que o conhecimento e o preparo seriam fundamentais para exercer o cuidado, como recurso utilizariam os treinamentos específicos. O estudo referido foi desenvolvido com cuidadores de idosos institucionalizados, e com predomínio de idosos acamados.

A função cuidador de idosos é contemplada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), segundo o Ministério do Trabalho e Emprego. Essa classificação foi estabelecida pela portaria 397 de 09/10/2002. O cuidador de idosos é inserido numa classe geral intitulada 'cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos' (CCJAI), e especificamente como 'cuidador de idoso' sob o número classificatório 5162-10. A ocupação específica, destinada aos idosos, é descrita como acompanhante de idoso, cuidador de pessoa idosas e dependentes, cuidador de idoso domiciliar, cuidador de idoso institucional e *Gero-sitter* (CBO, 2002). A inclusão como ocupação na CBO possibilita tanto a elaboração de políticas públicas quanto o pagamento de benefícios a quem realiza tal atividade (CBO, 2002). Todavia, a prática do cuidador é perpassada por controvérsias, já que requer inúmeras habilidades, mas em geral é uma atividade realizada por um leigo. Além disso, a prática mais consolidada no Brasil é do cuidador informal.

Referente à classificação geral CCJAI, citada acima, a CBO aponta algumas competências requeridas ao cuidador, as quais são listadas abaixo:

- 1) demonstrar preparo físico;
- 2) demonstrar capacidade de acolhimento e adaptação;
- 3) demonstrar empatia;
- 4) demonstrar paciência e capacidade de escuta;
- 5) demonstrar capacidade de percepção;
- 6) manter calma em situações críticas;
- 7) demonstrar capacidade de discrição;
- 8) demonstrar capacidade de criatividade e iniciativa;
- 9) demonstrar preparo emocional.

A lista referida de competências requer preparo por parte do cuidador, todavia, na prática cotidiana, no contexto brasileiro, os cuidadores não detêm conhecimento sobre as mesmas. Estudos reiteram este fato ao afirmar que os cuidados de saúde são despendidos por indivíduos que no momento necessário se encontram com maior disponibilidade (Alvarez & Gonçalves, 2001; Secretaria de saúde, 2006; Bicalho, Lacerda, & Catafesta, 2008). Importante salientar que tanto cuidador formal quanto informal são cuidadores leigos, ou seja, sem



necessariamente um conhecimento especializado, o que os diferencia é o fato de o cuidador formal ser remunerado, diferentemente do cuidador informal.

Além dos cuidadores formais e informais, os cuidadores podem ser primários e secundários. O primeiro é considerado o cuidador principal e é quem acompanha com maior frequência a rotina do idoso, sendo incumbido dos cuidados referentes às atividades básicas de vida diária, como, higienização e cuidados corporais, alimentação, manutenção da limpeza e ambiente físico, dentre outras tarefas. O cuidador secundário auxilia na realização de atividades complementares. Estes geralmente se responsabilizam pelas atividades instrumentais e avançadas de vida diária, como acompanhamento em viagens, execução de tarefas externas ao lar, visita ao idoso quando reside em casa de apoio, etc. (Secretaria de saúde, 2006). Os principais motivos elencados para que um indivíduo se torne cuidador são: obrigação moral, ser cônjuge, ausência de demais pessoas que possam se responsabilizar e condições financeiras precárias, o que inviabiliza a destinação do cuidado a um profissional (Alvarez & Gonçalves, 2001).

O estudo da modalidade ‘cuidador de idosos’ não é recente, principalmente nos países desenvolvidos, e é com base nesses estudos empíricos, a partir de características encontradas, que se discute os tipos de cuidadores existentes. Esta literatura aponta a predominância de quatro fatores que geralmente estão presentes na pessoa que se prontifica a realizar o cuidado, sendo eles: (1) o parentesco, os cônjuges são os cuidadores mais frequentes; (2) sexo, com predominância da mulher; (3) proximidade afetiva, representada mais comumente pelas relações conjugais e entre pais e filhos; e, (4) proximidade física, geralmente o cuidador compõe a rede social próxima deste idoso (Leal, 2000). Ferreira e Wong (2008) reiteram as características apontadas e acrescentam a baixa participação social do cuidador de acordo com o nível de dependência do idoso. Vários estudos corroboram a predominância do sexo feminino como cuidador dos idosos (Neri & Sommerhalder, 2002; Karsch, 2003; Garrido & Menezes, 2004; Shyu, Chen & Lee, 2004; Erbolato, 2006; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; Gonçalves & cols., 2006; Inouye, 2008; Israel, Andrade & Teixeira, 2011; Colomé e cols., 2011).

Referente ao método utilizado nos estudos sobre cuidadores com Doença de Alzheimer (DA), Trentini e Gonçalves (2009) constata maior número de estudos que adotam métodos quantitativos em detrimento ao qualitativo, conforme apontado em revisão bibliográfica entre os anos de 2004 a 2009. As autoras sugerem o desenvolvimento de

estudos que utilizem a metodologia qualitativa ou cõnjuge abordagem mista (Trentini & Gonçalves, 2009). A presente pesquisa realizou estudos complementares, que conjugaram a abordagem mista, com o intuito de aprofundar o estudo sobre a temática proposta.

Com o exposto, verifica-se que tanto as normas sociais quanto familiares ainda estabelecem o cuidado como um papel feminino, tornando a mulher tanto mais propensa ao cuidado de si (Brito & Camargo, 2011; Matos & Souza-Albuquerque, 2006; Moura & cols., 2008) quanto ao cuidado do outro (Camarano, Pasinato & Lemos, 2007; Ferreira & Wong, 2008; Souza & Menezes, 2009). Em pesquisa empírica, Brito e Camargo (2011) comprova as condições diferenciadas de saúde por sexo, apontando as mulheres mais propensas aos cuidados preventivos; contraditoriamente, são das mulheres os maiores números de autorrelatos de morbidade (Fonseca, Blank, Barros & Nahas, 2008; Pinheiro, Viacava, Travasso & Brito, 2002; Mendoza-Sassi, Béria, Fioro & Bortolotto, 2006). Em contrapartida, o sexo masculino, demonstra-se mais predisposto aos cuidados à saúde em caso de agravos e ou morbidade (Brito & Camargo, 2011).

O perfil diferenciado por sexo referente aos cuidados de saúde impõe também um envelhecimento distinto entre homens e mulheres. As mulheres predominam na população idosa, visto a menor mortalidade feminina (Camarano, Pasinato & Lemos, 2007; Camarano, 2006), sendo este aspecto uma variável importante na definição do cuidador. Ainda que fique ao encargo feminino o papel de cuidadora, por ser mais predisposta a essa ajuda e também por maior tempo de vida; em comparação aos homens, as mulheres são mais sujeitas a vivenciarem situações de vulnerabilidade, como pobreza, menor escolaridade e níveis ocupacionais mais baixos durante todo o curso de vida. Todos esses motivos expõem a mulher a prevalentes condições crônicas de saúde, à incapacidade e ao isolamento. (Neri, 2006).

Em estudo referente ao cuidado com idoso demenciado, igualmente se constata a prevalência do sexo feminino no cuidado, com percentual de 80% dentre os 90 cuidadores estudados. Os cuidadores se caracterizam também por serem predominantemente membros da rede familiar do idoso, e não terem realizado curso formal para se tornar cuidador. Encontrou-se associação significativa entre a sobrecarga do cuidador, o esforço físico e emocional, e o estágio da demência (Gratao, Vale, Roriz-Cruz, Haas, Lange, Talmelli & Rodrigues, 2010), evidenciando que os diferentes graus de dependência ao mesmo tempo em que requerem cuidados distintos em qualidade e quantidade, também implicam impactos diferentes na vida do cuidador.

Volpato e Santos (2007) em pesquisa sobre as dificuldades dos cuidadores familiares em pacientes com câncer, também identificaram resultados semelhantes aos estudos mencionados no que diz respeito à sobrecarga. Em revisão de literatura sobre aspectos da sobrecarga em cuidadores e pacientes terminais por câncer, Ignacio, Storti, Bennute e Lucia (2011), identificaram categorias de sobrecarga: mental, física e social. É importante considerar que a intensidade da sobrecarga está diretamente relacionada com os tipos de cuidados dispendidos e o tempo dedicado ao cuidado.

Objetivando estudar o perfil da família cuidadora de idosos, Gonçalves e cols. (2006), verificaram que em 115 cuidadores investigados havia predominância do sexo feminino, e com idade média de 48 anos. Apesar da predominância de mulheres, este estudo aponta para um crescimento da participação masculina, tais como os esposos, filhos e netos. Observou-se também que a metade dos cuidadores não tinha atividades fora do domicílio, o que confirma que se tornar um cuidador é um acontecimento inesperado e destinado a quem tem mais tempo.

Como citado anteriormente, apesar de ainda haver um predomínio de mulheres cuidadoras, é preciso expandir o conhecimento sobre os homens cuidadores e, para, além disso, os incentivar a assumirem tarefas com cunho doméstico e que exijam o cuidado ao outro. Somente contrariando os padrões sociais vigentes será possível superar valores sociais e culturais predominantes no que tange a temática cuidado do idoso (Gonçalves, Costa, Martins, Nassar & Zunino, 2011).

Conforme Arca (2007), na Europa, as políticas sociais priorizaram por um modelo de cuidado comunitário, no que tange os cuidados dos idosos dependentes. Defendem o envelhecimento em domicílio, pressupondo a continuidade da vida do idoso a partir da manutenção de sua rotina. Todavia, é necessário considerar que a adoção desse modelo não deve ocorrer sem analisar a estrutura social do país, conforme pondera a autora. A defesa do modelo de desinstitucionalização se ancora em interesses econômicos, dado o aumento no fenômeno do envelhecimento e os possíveis gastos excedentes com este.

Dada as reconfigurações familiares, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, e considerando que a literatura (Ferreira & Wong, 2008; Camarano, Pasinato & Lemos, 2007) aponta que o cuidado ao idoso em geral é delegado às mulheres; sejam elas mães, esposas ou filhas, não se pode defender a desinstitucionalização dos idosos e transferir o cuidado exclusivamente às famílias sem antes subsidiar as

mesmas nesse processo. Para tanto, no próximo subcapítulo será discutido a rede social, a qual se ancora na Teoria de Campo de Lewin (1965).

### 2.3.3 Rede Social

O processo de envelhecimento é alicerçado por inúmeras variáveis que determinam a qualidade deste envelhecer. Dentre elas, o apoio recebido pelo idoso a partir de sua rede social é uma condição que propicia uma melhor qualidade de vida, como também melhor enfrentamento das perdas e otimização dos ganhos advindos com o envelhecimento (Battini, Maciel & Finato, 2006). Nessa perspectiva, este capítulo pretende definir rede social e família, considerando que ambos estão incluídos dentro de um campo social específico, o qual alicerça as práticas de cuidados dos idosos.

O campo social é definido por Lewin (1965) como a totalidade de fatos coexistentes que são concebidos como mutuamente interdependentes. Este conceito emerge da Teoria de Campo desenvolvida pelo autor, no livro intitulado *A Dinamic Theory of Personality*. Essa teoria concebe o comportamento humano como dependendo de um campo dinâmico, ou seja, o espaço de vida, que contém a pessoa e seu ambiente psicológico. Para tanto, afirma que o comportamento humano (C) é função (f) ou ainda resultante da interação entre pessoa (P) e o meio ambiente (M) em que esta se insere. Esse entendimento é salientado por Lewin (1965) a partir de uma expressão matemática, como segue:  $C=f(P,M)$ .

O meio ambiente (psicológico/comportamental) se relaciona com as necessidades atuais do indivíduo, e a partir dessas necessidades, os indivíduos inscritos no mesmo contexto e até mesmo em determinadas situações poderão adquirir valência no ambiente psicológico constituído, ou seja, assumirão determinado valor, o que determinará um campo dinâmico de formas psicológicas próprias do contexto atual (Garcia-Roza, 1974).

Este autor acrescenta que as valências assumidas pelas pessoas e situações podem ser tanto positivas quanto negativas. Se a forma de interpretação do indivíduo em relação a seu meio expressa satisfação, a valência será positiva; e o contrário ocorre para a valência negativa. Dessa maneira, pode-se concluir que as necessidades criam um estado de tensão no indivíduo, e seu início é marcado por uma predisposição à ação, porém ainda sem direção específica. Contudo, quando o objeto é

encontrado, adquire-se uma valência determinada, a qual é dada de acordo com os fatores envolvidos.

Em síntese:

[...] o comportamento depende do estado da pessoa e do seu meio, pessoa e meio têm que ser considerados como variáveis mutuamente dependentes, isto é, para compreender ou prever o comportamento, deve-se considerar a pessoa e seu meio como uma constelação de fatores interdependentes (Garcia-Roza, 1974, p.24).

A pessoa e seu meio psicológico constituem o espaço de vida, conforme denominado por Lewin. As propriedades desse espaço dependem tanto do estado do indivíduo, o que é decorrente de sua história; quanto do meio físico e social estabelecido (Lewin, 1965).

A importância do meio físico e social é preponderante para o espaço de vida, todavia, além desta influência, este meio social é constitutivo do ser. Asch (1971, p. 104) aponta que “o fato importante é que os homens se relacionam não só com os objetos da natureza, como também com outros homens e que, nesse encontro, são transformados em seres humanos”. Estas transformações nascem como condição da vida em grupo. O que são os grupos?

Lane (1998) afirma que a definição de grupo extrapola a reunião de pessoas com objetivos comuns, mas compreende também uma vinculação entre pessoas com necessidades individuais, e/ou coletivas semelhantes, e tudo isso se expressa na prática social cotidiana. As famílias constituem um tipo de grupo social. Este por sua vez detém importância nesta tese, visto as pesquisas sobre o cuidado do idoso indicarem que reside na família o principal cuidador do idoso, com prevalência tanto mundial quanto no contexto brasileiro (Lemos & Medeiros, 2006).

Ao considerar a família como compondo a rede social significativa dos indivíduos, e em especial do idoso, torna-se importante definir família. Existem vários entendimentos, pois historicamente existiu uma variabilidade da instituição familiar, o que dificulta a elaboração de um conceito preciso (Dantas & Jablonski, 2003). Erbolato (2006, p. 1329) caracteriza a família pelos laços biológicos e legais que a constitui e aponta que a sua “continuidade temporal é assegurada pela valorização cultural do parentesco”. Porém, existem outras definições que abarcam as novas configurações familiares como a proposta por

Giorgis (2002), ao afirmar que o conceito de família atual ultrapassa o núcleo formado por pais e filhos, laços biológicos e heterossexualidade.

A família possui uma dinâmica própria e representa um espaço no qual ocorre a socialização. Neste espaço familiar é exercida a cidadania, bem como, a possibilidade de desenvolvimento individual e grupal dos membros que a compõem. (Carter & McGoldrick, 1995; Ferrari & Kaloustian, 2004). Dentro deste grupo social é possível encontrar um meio fértil para compreensão do desenvolvimento humano, já que as famílias são espaços multideterminados por fatores individuais e por aspectos mais amplos do contexto social, espaço de inserção dos grupos sociais (Dessen & Braz, 2005). Importante salientar que os grupos sociais possuem mecanismos reguladores e que os sustenta, dentre eles as normas, os valores e as crenças sociais.

Partindo da Teoria de Campo, ao se considerar o cuidado do idoso, é possível conceber que nesta dada situação a rede social, a partir de seus membros significativos, será fator preponderante neste cuidado, constituindo seu espaço de vida. As valências serão determinadas pela natureza das relações estabelecidas, podendo ser tanto positivas quanto negativas, o que por sua vez, irão influenciar a maneira como este idoso interpreta o ambiente que o rodeia, bem como o cuidado que recebe, e até mesmo o cuidado que realiza por si. O campo social durante a velhice, em comparação a outras etapas da vida, como a infância, é mutável e específico. Isso em decorrência de mudanças mais frequentes em sua rede social, como a perda de familiares e amigos.

As redes sociais dos indivíduos expressam o pertencimento a um determinado grupo, e este é de grande importância para o comportamento dos mesmos. Para acessar o campo social, a teoria de Lewin propõe sua descrição, o que torna possível demonstrar o quanto este campo influencia um indivíduo “não em termos fisicamente objetivos, mas da maneira que existe para a pessoa naquele momento” (Lewin, 1965, p. 71).

A partir da constituição específica de cada rede social, as mesmas podem ser compreendidas como o conjunto de todas as relações que o indivíduo percebe como significativa. Essa constitui sua rede em nível microscópico. Macroscopicamente, a rede se expressa pela comunidade e a sociedade. O sistema significativo dos indivíduos se amplia para além da família nuclear, o que inclui todos os vínculos interpessoais, como a própria família, amigos e colegas, relações de trabalho, de estudo, relações comunitárias e das práticas sociais em geral (Sluzki, 1997). As redes sociais são designadas também como redes de suporte social; e, conforme Lemos e Medeiros (2006, p. 1229) se

definem como “conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber.”

Sluzki (1997) reflete que a significância da rede social, ou seja, a definição operacional do que é significativa, é arbitrária e que por razões práticas em detrimento das razões conceituais, em geral é dada pelo indivíduo que a informa. Nesta pesquisa, foi utilizado o critério autodeclarativo para identificação da rede social significativa, ou seja, o próprio idoso participante apontou quem são os membros significativos que constituem a sua rede social.

A rede social pode ser registrada a partir de um mapa, o qual identifica as interações da pessoa e pode ser observado na composição do questionário (Anexo A). A sistematização do mapa ocorre a partir de 4 quadrantes, sendo eles: (1) família; (2) amizades; (3) relações de trabalho ou escolares; e, (4) relações comunitárias, de serviço ou de credo” (Sluzki, 1997, p. 42). Este autor aponta que a rede social pode ser avaliada pelas características estruturais, tais como o tamanho, a densidade, a composição, a dispersão, a homogeneidade *versus* heterogeneidade e os tipos de funções: (a) o tamanho se refere ao número de integrantes; (b) a densidade, expressa a conexão entre os próprios membros da rede; (c) a composição, diz respeito à distribuição dos componentes pelos quadrantes; (d) a dispersão, relativa à distância geográfica; (e) a homogeneidade *versus* heterogeneidade se relaciona a questões demográficas e socioculturais, tais como diferenças de cultura e nível socioeconômico; e, o tipo de função, relacionado ao que cada integrante da rede desempenha.

A rede social e a saúde estabelecem uma relação bidirecional, o que significa afirmar que tanto a constituição da rede social pode afetar a saúde, quanto o inverso, segundo Sluzki (1997). Nos casos de agravos à saúde pode ocorrer o que o autor denomina de deterioração recíproca, impacto negativo na rede social devido a quadros de dependência. Considerando que as doenças crônicas e neurodegenerativas são mais comuns na velhice, tal deterioração ganha relevo nessa etapa da vida. Alguns impactos nas redes sociais em decorrência dos processos de adoecimento são: a deterioração da qualidade, a redução do tamanho e a impossibilidade de acesso a membros distantes geograficamente.

O referido autor apresenta vários estudos tanto longitudinais quanto com delineamentos diversos, dentre eles, o experimental, que constataram a correlação positiva entre rede social e saúde. Ao especificar sua discussão para a população idosa, as seguintes especificidades são apontadas na evolução das redes sociais na velhice: (1) redução do número de vínculos estabelecidos, em decorrência de

morte; (2) diminuição progressiva de oportunidades e motivação para renovação dos vínculos; e, (3) dificuldades na manutenção da rede, devido à energia de investimento necessária.

Erbolato (2006) contribui para a discussão da composição da rede social do idoso apontando que os familiares são os integrantes principais dessa rede, entendida como a família nuclear e a ampliada. Em termos de proximidade, em primeiro lugar se encontra a família; e, em segundo, os amigos. Ambos com papéis diferenciados em relação ao idoso, porém, não menos importante. O papel familiar está relacionado aos cuidados na velhice, e a presença de amigos se associa ao bem-estar subjetivo, contribuindo para reafirmar a autoestima e propiciar canais de comunicação, como também relação confidencial.

O cuidado do idoso se estabelece de maneira nem sempre esperada e por este fato em geral quem assume o cuidado é o membro familiar com maior disponibilidade, configurando um cuidador familiar. O suporte referente à provisão de cuidador é delegado à família (Erbolato, 2006). Essa situação impõe uma obrigação, ou seja, um “dever cuidar”, o que pode acarretar em consequências tanto para o cuidador quanto para o idoso que está sendo cuidado. Uma delas é o adoecimento do primeiro e o não incentivo ao autocuidado do segundo (Bocchi & Angelo, 2005), gerando um indivíduo ainda mais dependente ao longo do tempo, o que nem sempre condiz com a sua condição real de saúde (Caldas, 2006). Este cuidador familiar geralmente desconhece como proceder e seu despreparo impossibilita a compreensão das dimensões envolvidas no cuidar, tais como questões de afeto, financeiras, e demais variáveis que implicam numa reorganização familiar (Bicardo, Lacerda & Catafesta, 2005). Assim, falar de cuidado do idoso significa também abordar questões referentes à cooperação e ao altruísmo.

Partindo do pressuposto que os cuidados de saúde se instauram quando ocorrem graus de dependência, o cuidado aos idosos evoca cooperação da rede social, especificamente do grupo que compõe as relações íntimas do idoso. Quando o cuidado se impõe por uma demanda de saúde, geralmente ocorre uma reestruturação e reorganização dos tipos de funções desempenhadas pelos integrantes da rede social (Sluzki, 1997), o que aponta uma ação cooperativa por parte destes integrantes.

Segundo Asch (1971, p. 151), a cooperação pode ser definida como esforço organizado por um número de pessoas com o intuito de atingir um objetivo único. Geralmente se direciona para a solução de algum problema, que depende da ação conjunta dos membros do grupo. O



resultado da cooperação é conseguido pelo ajustamento das ações dos membros um ao outro, a fim de atingir o objetivo proposto. O processo cooperativo ultrapassa as limitações impostas pela individualidade, e aumenta em intensidade a ação, já que atua por meio de grupos.

Além da cooperação, o cuidado ao idoso quando praticado de maneira informal, ou seja, sem a vinculação profissional ou remuneração, pode configurar um comportamento altruísta. Este é compreendido como um ato que favorece o outro e não traz benefício ao altruísta, pelo contrário, envolve um ônus por parte deste último. Vários questionamentos são feitos a respeito desse comportamento, que está classificado como pró-social<sup>2</sup>, tais como: a discussão sobre a existência do verdadeiro altruísmo, o motivo das pessoas ajudarem, o momento em que ocorre a ajuda, dentre outros (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003).

Conforme Rodrigues e cols. (2003) vários psicólogos sociais distinguem o comportamento altruísta e o comportamento de ajuda. O primeiro destina-se a aliviar o sofrimento do outro e o comportamento se caracteriza a partir de renúncia de si; e o segundo, seria um ato de favor ao outro e que podem ter motivações centradas em si próprio, como o alívio de tensão ou culpa, etc. Referente ao cuidado do idoso estes comportamentos podem se configurar, principalmente, nos casos em que o cuidado é estabelecido de maneira informal. O cuidador, em especial o familiar, pode apresentar altos níveis de ansiedade, tanto pela sobrecarga, quanto pela reestruturação familiar, com a modificação dos papéis sociais. O cuidador aceita o desafio de cuidar da pessoa sem ter qualquer garantia de retribuição e ao mesmo tempo é invadido por sua carga emocional podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso e em relação a si mesmo (Luzardo, Gorini & Silva 2006).

Em Estocolmo, a partir de estudo longitudinal sobre solidão, saúde e rede social entre idosos (acima de 75 anos), desenvolvido por 10 anos, com acompanhamento da população a cada 3 anos, verificou-se que a solidão, a saúde e a rede social, obtiveram diferenças significativas ao longo do tempo. A rede social foi avaliada por meio da moradia, incluindo o fato de morar só ou não e a satisfação do idoso referente a seus contatos e o fato de ter um bom amigo para conversar. Os autores constataram que um de cada quatro idosos não morava sozinho e ter um bom amigo para conversar obteve percentual decrescente com o tempo (Holmén & Furukawa, 2002).

---

<sup>2</sup> Ato que tem o intuito de beneficiar alguém.

O próximo capítulo trata do escopo teórico de compreensão do objeto de estudo desta tese, a Teoria das Representações Sociais (TRS), com breve discussão epistemológica e seus principais conceitos e abordagens. Em seguida, é discutida a relação entre representação e prática social, considerando que o cuidado do idoso é influenciado por esses dois fenômenos.

## 2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nesta pesquisa, além do modelo *Lifespan* para compreensão do desenvolvimento e do envelhecimento, foi utilizada a TRS, com o objetivo de conhecer o pensamento social referente ao cuidado do idoso. Esta problemática possibilitou conhecer se as teorias do senso comum, compartilhadas pelos idosos e pela rede social (cuidadores ou não), sobre cuidados de idosos, alicerçam as práticas sociais de cuidados aos idosos.

### **2.4.1 Reflexão Epistemológica: A Proposta de uma Episteme Dialógica**

As raízes do conceito de RS tiveram origem nos estudos sobre cognição social situados nas tradições clássicas de Durkheim (1858-1917), (Vala, 2004). Partindo da tradição sociológica durkheimiana, Moscovici (1981) desenvolveu uma psicologia do conhecimento, que pressupõe a RS como um fenômeno que caracteriza uma forma de conhecer o mundo, em que os grupos compartilham e constroem conceitos, explicações e conhecimentos sobre determinado objeto social, por meio de comunicações interindividuais realizadas no cotidiano. Essa releitura originou a obra *Psychanalyse: Son image et son public*, sua tese de doutorado, publicada em 1961, na qual Moscovici passa a demonstrar tanto a importância quanto a possibilidade de mudança do pensamento científico fundado no senso comum, demarcando o princípio da indissociabilidade entre sujeito e objeto, interno e externo, indivíduo e sociedade (Alexandre, 2000; Abric, 2003; Moreira, & Jesuíno, 2003).

Naquele momento, segundo Farr (1998), a psicologia social de influência norte-americana (PSA) ainda tinha a supremacia nas produções teóricas e nas pesquisas em psicologia social e Moscovici representou o início de uma reação europeia com o questionamento do aspecto individualizante reinante nos estudos da época. Jesuíno (2006)

corroborar afirmando a adoção de uma orientação menos individualista, por parte da psicologia social europeia (PSE).

Psicologia Social, por meados da década de 50, vivenciou um impasse, pois não tinha uma unidade de estudo, e sim temas e ideias desconectadas entre si. Neste momento, um dos teóricos que buscou contribuir na superação deste conflito foi Moscovici (2001). O referido autor passa a se focar no estudo do conhecimento social, considerando-o como um objeto fundamental para a psicologia social, pois o mesmo reúne em si os processos psicológicos passíveis de estudo, como a percepção, a memória, o processo de informação, entre outros. Além disso, todos estes processos atuam conjuntamente com aspectos que são preponderantes para a vida social, como os valores, as normas, as tradições, as crenças, todos estes aspectos normatizadores da vida social. A junção de processos psicológicos individuais mais estes aspectos normatizadores são geradores de conhecimento social em contextos específicos. Aqui se denota o conhecimento do senso comum teorizado por Moscovici. Este autor elabora este conceito de RS para tentar explicar o comportamento social da sociedade contemporânea, uma sociedade marcada pelo dinamismo da comunicação e da informação social (Palmonari & Cerrato, 2011). Estas novas formas de Psicologia Social que são inauguradas com a contribuição de teóricos, como Moscovici, segundo Palmonari e Cerrato (2011, p. 309):

[...] atribuem grande importância à linguagem e aos significados, enfatizam a racionalidade prática do comportamento e estão interessadas nos processos da vida cotidiana, bem como na reflexividade do conhecimento.

Essa diferenciação entre psicologia social americana e psicologia social europeia, e especificamente com a teoria das RS enseja uma discussão epistemológica ao enunciar uma cisão em pressupostos da psicologia clássica. Utilizando como ponto de análise o indivíduo, a psicologia clássica, baseada no paradigma cartesiano, traça a dicotomia entre sujeito, objeto e demais oposições. Essa pontuava que ora o foco está no sujeito, ora no objeto, e não necessariamente na intersecção entre ambos, espaço este ainda tido como obscuro e desconhecido.

Na psicologia social, isso não é diferente e para situá-la dentro desse contexto são diferenciados dois tipos específicos desta mesma disciplina: As formas psicológicas, que foram precursoras e se tornaram dominantes nos Estados Unidos e têm como valores o ceticismo, o

pragmatismo e o individualismo; e as formas sociológicas, que não prescindem do outro e do processo representacional na percepção deste outro. Como pontuam Serbena e Rafaelli (2003), a produção do conhecimento não prescinde do sujeito e de sua realidade, ademais gera novo conhecimento e pode promover também autoconhecimento. E a forma sociológica se baseia nessa premissa, considerando o outro como essencial na relação de constituição mútua.

O paradigma cartesiano foi fundamental na forma psicológica do conhecimento, demarcando as dicotomias pontuadas anteriormente, as quais criam polos de ambivalência, num momento focando um ou outro aspecto do mesmo fenômeno, porém, segmentando o todo. Palmonari e Cerrato (2011, p. 313) reiteram afirmando que a proposição do conceito de representação social nascido e posteriormente revisitado (Moscovici, 1978, 1981, 1986, 2001, 2003) “criticava as dicotomias tradicionais de sujeito/objeto, teoria/método, individual/social, postulando que as características da sociedade constituem a base dos fenômenos psicossociais e lhes dá significado”.

Nesse cenário, a TRS propõe uma nova epistemologia, que contrapõe as propostas clássicas da psicologia social, ou seja, uma “orientação alternativa à corrente cognitivista “oficial” da Psicologia Social” (Palmonari & Cerrato, 2011, 309), usando como arcabouço teórico a psicologia social europeia (PSE), de natureza menos individualizante e focando o processo representacional do outro, essa psicologia social europeia e marcadamente essa teoria reconhece o *status* epistemológico do outro nessa relação (Jesuíno, 2006). Sendo assim, a TRS tenta suprir a falha na conceptualização do outro e de sua importância para o reconhecimento dos diferentes saberes, bem como para a própria definição da identidade, já que nesse processo a importância do outro é imprescindível.

Ao invés de uma análise que opõe sujeito e objeto, a teoria tenta assumir uma compreensão ativa desse diálogo entre sujeito e objeto, se opondo ao positivismo e à maneira monológica de compreensão dos fenômenos, analisando as cognições em processo interacional, que se dão por meio de diversas racionalidades e considerando que estão em jogo diferentes intencionalidades (Oliveira & Amâncio, 2006). Moscovici (1961, p. 406) contribui com esta discussão alegando que critica as dicotomias que se sustentam na “infecundidade da oposição entre pensamento social e o pensamento individual.”

A partir do momento em que o outro é assumido como tal, passa a ter um estatuto epistêmico de ‘outro sujeito’, este possui papel ativo na constituição do conhecimento representacional, implicando

em uma epistemologia dialógica, que invalida a distinção entre sujeito e objeto. Esse aspecto é reiterado por Moscovici (2003) quando pontua que a relação de conhecimento que cabe à psicologia social estudar implica necessariamente na existência do outro, que está no social, e que condiciona o ato de conhecer o objeto em questão. E sobremaneira, reconhecendo o *status* do senso comum em produzir conhecimento e refutando a perspectiva clássica ancorada no positivismo, que classificava o conhecimento coletivo como irracional e relacionado a viéses e a preconceitos. Dessa forma, pode-se afirmar que a epistemologia de Moscovici se propunha a dialogicidade, e pode ser denominada de epistemologia dialógica (Oliveira & Amâncio, 2006).

Importante salientar que a concepção do conhecimento para a TRS perpassa um processo de construção dado pela coletividade, por meio de espaços intersubjetivos. Contudo, além da esfera intersubjetiva, estão envolvidas nesse processo de constituição, outras duas esferas de pertencimento da RS: A esfera subjetiva e a trans-subjetiva (Jodelet, 2009).

A esfera da intersubjetividade contribui para o estabelecimento das RS compartilhadas e específica a partilha por meio do universo consensual. Essa esfera resulta na construção de saberes, na transmissão de informações, na expressão de acordos e na possibilidade de criação, significação e ressignificação das RS. Na esfera trans-subjetiva estão os elementos que atravessam tanto processos subjetivos (relacionados a indivíduos) quanto intersubjetivos (relacionados a contextos de interação) da elaboração da RS (Jodelet, 2009).

A esfera subjetiva retoma a concepção antropológica, pensando o homem como um ator ativo de sua história e caracterizado por sua inscrição social dada por contextos específicos, os quais são construídos em uma intrincada rede de relações sociais. Aqui considerando marcadamente as especificidades deste indivíduo no processo de apropriação e construção do conhecimento. Os processos de apropriação podem ser cognitivos, emocionais e outros (Jodelet, 2009).

A esfera trans-subjetiva contém as RS da mídia, do funcionamento institucional e das pressões ideológicas. Ela envolve os valores que caracterizam determinada cultura, como também compreende as normas sociais. Essas três esferas se cruzam e combinam numa intersecção que demarca a elaboração da RS em contextos concretos de vida. Nessa perspectiva, a epistemologia

dialogica tenta apreender este dinamismo rebuscado, já que para captá-lo é necessário compreender a atividade simbólica que envolve o processo representacional (Jodelet, 2009).

Na obra de Moscovici, “os aspectos conceitual e epistemológico (enquanto formas de explicação) são tomados em referência à interrelação entre os sistemas de pensamentos e práticas sociais”, ou seja, a intersecção entre as três esferas de pertencimento das RS, a fim de abarcar a complexidade dos fenômenos do saber popular, ou como designado, o senso comum, e a função, bem como os efeitos dessas representações na comunicação e como norteadora dos comportamentos (Alexandre, 2000, p. 162).

Os avanços no campo epistemológico da TRS rompem com o dualismo cartesiano. Todavia, salienta-se que é uma teoria que está em desenvolvimento, e tentando abarcar os vários campos de constituição da RS, um fenômeno universal. Apesar de ainda hoje esta teoria ser cercada de controvérsias, a RS teve história turbulenta, mas ao mesmo tempo crucial, no entendimento da identidade de grupos (Oliveira & Amâncio, 2006).

A partir da TRS, podem-se retirar as seguintes características: (1) a produção do conhecimento possui uma contextualidade; ou seja, são intrínsecos à produção do conhecimento os marcos histórico e social; (2) a dialogicidade como essencial no processo de constituição dos espaços simbólicos e instituído na troca e interrelação entre grupos e saberes (esferas que constituem a RS); (3) importância da dimensão histórica na produção do conhecimento, já que a cada momento histórico é dado um cenário único e que influencia os interesses, as práticas e os saberes produzidos e reproduzidos no social.

Conforme Oliveira e Amâncio (2006), no plano epistemológico, as conjecturas sobre a TRS permitem:

- 1) enfatizar que na produção de significados, a dimensão simbólica possui papel de destaque, já que é a mesma que vai pluralizar e dar especificidade as várias significações criadas;
- 2) confirmar que na psicologia social, o foco está nas relações, nas esferas de constituição, nas trocas e não focado no subjetivo e no indivíduo, assim deve se pensar numa unidade de análise plural, rejeitando o indivíduo como unidade básica;
- 3) adotar e aceitar que as formas sociológicas da psicologia social, tem como objetivo oportunizar o conhecimento do fenômeno como um todo;
- 4) por fim, denota-se desta teoria uma tolerância discursiva, já que os saberes são distintos e oriundos de diversos meios e, que por

possuir estas interfaces, as pesquisas com a mesma são marcadas pela pluralidade metodológica, com o intuito de apreender todas suas nuances, bem como todo o seu aspecto simbólico que demarca a especificidade cultural, histórica e social de inserção deste grupo.

#### **2.4.2 Pressupostos Teóricos da Representação Social**

A TRS operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Ao enunciar o potencial do senso comum em produzir conhecimento, Moscovici (1981) postulou o conceito de sociedade pensante, a qual possui autonomia para pensar, produzir e comunicar representações, em um processo constante. Tanto indivíduos quanto grupos não são receptores passivos, já que criam e recriam conhecimentos oriundos do universo científico que são objetos de suas problemáticas diárias. Com este autor é legitimada a importância do saber popular, o qual produz e inspira pesquisas científicas na busca do entendimento dessas produções geradas no e pelo social. Como afirma Moscovici (2011, p. 123), os indivíduos não são meras máquinas passivas que recebem informações sem processá-las, mas ao contrário disso são agentes ativos no processo de significação e elaboração do conhecimento social.

[...] gli individui, nella loro vita quotidiana, non sono solamente delle macchine passive fatte per obbedire agli apparecchi, registrare messaggi e reagire agli stimoli esterni, in cui li transforma una somaria psicologia sociale, ridotta a raccogliere delle opinioni e delle immagini. Al contrario, essi possiedono la freschezza dell'immaginazione e il desiderio di dare un senso alla società e al loro universo.

A partir do estudo inicial proposto por Moscovici (1961, 1978, 1981), este autor e vários outros vêm estudando e contribuindo para o desenvolvimento da TRS, tais como Abric (1998), Camargo (2005), Campos (2003), Campos e Rouquette (2003), Jodelet (2001), Nascimento-Schulze e Camargo (2000), Sá (1998), Vala (2004) e Wagner (2007), dentre outros. O que possibilitou o aprimoramento

teórico e a proposição de abordagens, estrutural e dinâmica, complementares à abordagem dimensional. Conforme Moscovici (2011) o conceito de RS é difícil de ser captado, já que o mesmo se coloca numa intersecção entre conceitos tanto sociológicos e quanto psicológicos.

Moscovici (1961, 1978, 1981, 1986) parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define dois universos dos quais nascem as RS: O universo consensual e o universo reificado. Este último se ancora e se materializa no espaço científico, com sua linguagem específica e sua hierarquia própria. Além disso, pressupõe postulados e hipóteses que podem vir ou não a serem confirmados por meio da atividade científica, sendo que esta é forjada num ambiente por vezes artificial. Já no universo consensual, cada indivíduo é livre para se portar como um “pensador amador”, opinando, verbalizando teorias, pontos de vista e respostas acerca de um objeto específico, isso ocorre nos diversos lugares de trocas, seja nas ruas, nos bares, nas praças, nos clubes e nos cinemas, locais onde nascem as RS (Moscovici, 1981; Guimarães, 1997). É o universo no qual cada indivíduo procura se sentir confortável, aceito, reconhecido e protegido das discordâncias. Ao contrário do universo consensual, o universo reificado possui regras lógicas, busca a impessoalidade, o distanciamento do pesquisador perante o objeto e, baseia-se em evidências, além de partir de premissas para a conclusão (Moscovici, 1981). Palmonari e Cerrato (2011, p. 315) apontam que a dualidade do acerto ou do erro não caracteriza o conhecimento cotidiano:

Ao contrário do conhecimento científico a verdade ou o erro não são características que definem o conhecimento do senso comum. Cada um de nós adquire o senso comum durante o curso da vida, é um conhecimento “materno” que assimilamos, sem instrução formal específica, assim como a nossa língua materna.

A diferença entre os vários saberes são demarcadas, contudo, não significam hierarquia nem isolamento, apenas propósitos diversos, com modos de elaboração peculiares e funções distintas, expressando racionalidades com características diferentes. O estudo das RS enfoca a forma com que os seres humanos tentam compreender o mundo que os permeia, segundo Moscovici (1981, p. 181):



Ele se focaliza na maneira pela qual os seres humanos tentam captar e compreender as coisas que os circundam e resolver os "lugares comuns" e quebra-cabeças que envolvem seu nascimento, seus corpos, suas humilhações, o céu que veem, os humores de seu vizinho e o poder a que se submetem: Quebra-cabeças que os têm preocupado desde a tenra infância e que continuam a preocupá-los e oferecer-lhes tópicos para conversa.

O conceito de RS apresentado por Moscovici (1978) indica que as representações re-apresentam um objeto, uma qualidade, um ser, atualizando o significado destes. Uma vez criadas, as RS adquirem vida própria, circulando, se atraindo e se repelindo, dando oportunidade de criação e recriação de novas RS. Assim, a representação nasce na materialidade, no espaço social e histórico no qual se insere o indivíduo e como tal é constituída por lugares simbólicos, significantes que dependem do marco histórico que permeia este indivíduo ou grupo. As RS se constituem como tal num trabalho que envolve transformação e evolução, desta forma, as RS se transformam num conhecimento que a maior parte dos indivíduos emprega na vida cotidiana. No processo de uso deste conhecimento, o comportamento se enche de significados e os conceitos forjados por este fenômeno se materializam, se objetivam e enriquecem o que cada um conhece e denomina de realidade.

Moscovici (2001) acrescenta que as RS têm um caráter moderno por substituir os mitos e crenças das sociedades tradicionais, e, além de substituir, é seu equivalente. Além disso, em sua obra de 2003, frisa a importância da ação comunicativa entre os grupos, demarcando as RS como um modo específico de compreender e de se comunicar, ou seja, as representações são estruturas pela mediação entre sujeito e objeto, a partir da ação discursiva, as quais se manifestam por meio da linguagem nas práticas do cotidiano. Salientando que as RS não são criadas por indivíduos isolados, mas sim compartilhadas por grupos e reafirmadas pela tradição.

O caráter social do fenômeno representações pode ser explicado por três critérios: O quantitativo, na medida em que é partilhado por um conjunto de indivíduos, o critério genético, já que é produzido e construído de forma coletiva e o critério de funcionalidade, na medida em que as representações constituem um saber prático (Jodelet, 2001; Vala, 2004; Wagner, 2007).

Jodelet (2001) aborda as RS como um conhecimento organizado e compartilhado socialmente que edifica a realidade do grupo social, constituindo uma totalidade significativa. Já Abric (1998), a descreve como um sistema de interpretação da realidade que conduz as relações entre indivíduos e o meio social e físico, orientando as ações e relações sociais. Para tanto, a RS é regida por dois sistemas estruturantes: O sistema central e o periférico. O primeiro sistema está vinculado às normas e aos valores disseminados no social, como também com as condições ideológicas, históricas e sociológicas. Esse sistema assegura a organização e a unidade da RS, definindo a homogeneidade do grupo (Campos, 2003; Vala, 2004). O sistema periférico é passível de mudança e por isso mais flexível, já que é sensibilizado pelo contexto, manifestando a heterogeneidade do grupo e integrando as experiências individuais (Vala, 2004). Conforme Abric (1998), as RS têm um papel preponderante nas práticas e relações sociais. Este papel se constitui ancorado em quatro funções essenciais: (1) função de saber prático, possibilitando explicar a realidade a partir do conhecimento do senso comum; (2) função de identificação, permitindo a manutenção da coesão grupal, pois define a identidade do grupo; (3) função de orientação, norteando as práticas e os comportamentos dentro de um contexto social; (4) função de justificativa e avaliação, admitindo explicar e justificar as condutas.

Essas funções permitem a existência de comportamentos que são guiados por meio de representações, porém, existem os comportamentos não representacionais que são emitidos sem estarem ancorados em representações, não sendo, portanto, orientado por elas. Para tanto, a relação entre representações e práticas e ou comportamentos não se estabelece de maneira direta e recíproca (Rouquette, 1998).

Para Moscovici (2003), as RS são formadas para tornar familiar o não-familiar, transformar o novo, o desconhecido em algo conhecido, ou seja, recuperar a estabilidade interna, acomodando este novo conhecimento que desequilibra em algo que possibilita sua assimilação e compreensão. É uma forma de tornar acessível o conhecimento para os grupos. Para isso, existem dois processos geradores das RS: A ancoragem e a objetificação.

A ancoragem é o processo de classificar, de dar nome, de reduzir coisas estranhas a categorias já existentes, transformar algo alheio e que perturba pelo fato de ser novo, em nosso sistema particular de categorias. Para isso, o novo é comparado a uma categoria já existente e inserida na que possui características em comum. Já a objetificação visa tornar algo abstrato em concreto, é o processo de

transferência do que está na mente para o plano físico, sendo assim é a forma de organização dos elementos de uma representação (Vala, 2000). Moscovici (1981) explica que é uma forma de saturar o conhecimento da realidade, em que, após tê-lo percebido em um universo intelectual, ele emerge como algo concreto e tangível. Nas palavras de Moscovici (2003, p. 55), “a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas”.

Partindo da necessidade de se entender a velhice na ótica de quem está nessa etapa do ciclo vital, ou ainda de quem trabalha com este público, são desenvolvidas pesquisas sobre as RS do envelhecimento, velhice e idoso. Outro objeto que possivelmente se conecte a estas representações ou ainda, são interferidos por estas, é o pensamento social sobre o cuidado do idoso. Os questionamentos pertinentes à velhice são alvos de interesse de diversos estudos nas ciências sociais (Teixeira, Nascimento-Schulze e Camargo, 2002), como também especificamente na área da Psicologia Social. Ao buscar acessar os conteúdos do pensamento social sobre o cuidado do idoso, também foram utilizados os pressupostos da Teoria do Núcleo Central, temática desenvolvida no capítulo que segue.

### **2.4.3 A Abordagem Estrutural: A Teoria do Núcleo Central**

A Teoria do Núcleo Central foi desenvolvida por Abric em 1976, a partir de sua tese de doutorado fundamentada em pesquisas experimentais e posteriormente, complementada por Flament (1987). A mesma postula as RS sob o panorama estrutural e é desenvolvida para agregar os estudos sobre as representações (Campos, 2003). Seu aporte teórico tem sido utilizado para estudar a influência social e o processo de modificação das representações e já demonstrou seu valor heurístico e sua validade (Campos, 2003; Flament, 2001, Sá, 1996).

O conjunto de ideias, crenças, atitudes e informações que compõe as RS de um objeto social se organizam em torno de uma estrutura e constituem um sistema sociocognitivo, ou seja, esses conteúdos se estruturam em elementos hierarquizados em um núcleo central e em torno deste se organizam os elementos periféricos (Abric, 1994, 1998, 2001, 2003). Campos e Rouquette (2000, 2003) reiteram que a representação é um tipo de conhecimento estruturado que tem um

papel determinante na forma como os indivíduos reagem face à realidade, dotado dessa forma, de um componente afetivo, ou seja, composto por elementos que são atitudinais.

O núcleo central é constituído das cognições que singularizam e dão significados à representação, determinando sua organização interna, isso equivale afirmar que sistemas centrais diversos constituem representações diferentes, porém, representações com sistemas centrais idênticos, podem ser consideradas idênticas (Abric, 1998; Sá, 1996). Além disso, pode-se afirmar que se ocorrer uma modificação no núcleo central, pode ocorrer uma modificação na representação, ou seja, para que haja modificação na representação como um todo é necessário que se altere seu núcleo central. Já a modificação do sistema periférico não significa mudança da representação em questão, podendo se tratar ainda da mesma representação (Abric, 2003).

Abric (2003) e Vala (2004) corroboram que o núcleo central é coerente, rígido, estável, consensual, denota a homogeneidade de grupos que partilham as mesmas representações, o que se liga a história coletiva, resultando da memória coletiva e do sistema de normas ao qual o grupo pertence. Segundo Campos (2003), o núcleo central é determinado pela natureza do objeto social representado, a finalidade da situação e pelo tipo de relações estabelecidas com este objeto, além da importância para o conjunto da representação já que assegura sua estabilidade e perenidade. Essas condições têm um papel fundamental na ativação de elementos do núcleo central, indicando que diferentes elementos deste núcleo serão privilegiados. Em situações com finalidade pragmática, Abric (2003) aponta que serão ativados os elementos com características funcionais, porém, em situações de trocas sociais, julgamento ou posicionamento avaliativo, os elementos normativos serão ativados.

Em relação ao processo de ativação de um elemento do núcleo central, Abric (2003) aponta sua importância para o conjunto da representação, ou seja, um elemento principal é mais ativado que um elemento adjunto. Sendo assim, o núcleo central é constituído por elementos normativos – aqueles ligados ao sistema de valores do indivíduo, e funcionais – ligados ao posicionamento do objeto dentro das práticas sociais e vinculados às características descritivas deste objeto, alguns deles são principais e outros são adjuntos. Os elementos que compõem o núcleo central, além de restritos não são equivalentes entre si, uns têm mais importância que outros, ou seja, são mais centrais. Para se definir a centralidade de um elemento da representação são usados tanto critérios quantitativos quanto qualitativos, já que este

último é insuficiente para assegurá-la (Campos, 2003). O papel desempenhado pelo núcleo central é expresso pelas seguintes funções:

1) função genética ou geradora: É a partir do núcleo central que se formam ou se transformam os significados dos outros elementos da representação;

2) função organizadora: Unifica e estabiliza a unidade da representação determinando a natureza da conjunção entre os elementos.

Quanto ao sistema periférico, seus elementos se organizam ao redor do núcleo central, sendo mais concretos, acessíveis, vivos e flexíveis (Abric, 2003; Campos, 2003). Esses elementos ajustam a representação a seu contexto, à realidade concreta e às práticas sociais de um determinado grupo. Nas palavras de Flament (2001, p. 179), o sistema periférico “funciona como o pára-choque de um automóvel: Protege em caso de necessidade, as partes essenciais do veículo, mas ele pode ser amassado”. Os elementos periféricos tanto os mais próximos quanto os mais distantes do núcleo central são ativados pelas diversidades de situações do contexto, originando um funcionamento dinâmico e servindo como guia de leitura da realidade (Campos, 2003). Segundo Abric (1998), este sistema responde por três funções essenciais:

- 1) concretização: Os elementos que originários do processo de ancoragem permitem o entendimento concreto das representações atuando na interface entre o núcleo central e a situação dada permitindo seu entendimento e a possibilidade de transmissão;
- 2) regulação: Os elementos periféricos têm papel primordial na adaptação dos conteúdos da representação às mudanças ocasionadas pelo contexto; assim, os elementos novos são alocados na periferia da representação e se contradizem a mesma, podem ser reservados como exceção;
- 3) defesa: Forma de proteção do núcleo central para neutralizar importantes modificações do meio já que confere à representação plasticidade e adaptabilidade, o que significa afirmar que toda modificação ocorre por meio do sistema periférico, o qual muda inicialmente. Quando surgem as contradições intoleradas, desacordo entre representação e a realidade, ocorre uma transformação na representação atingindo primeiro o sistema periférico.

Flament (2001) agrega outras duas funções ao sistema periférico, as quais são confirmadas em estudos recentes por Abric (2003), a função

de prescrição de comportamentos, pois indica ao indivíduo como agir espontaneamente em uma determinada situação e contexto; e a função personalização, refere-se à apropriação de forma individualizada em contextos específicos, denotando a possibilidade de existir diferenças visíveis, porém, preservando o núcleo central. Em relação às outras funções, estes dois autores comutam, porém, Flament (2001) acrescenta a noção de elementos estranhos possibilitando que o sistema periférico tolere as possíveis contradições entre representação e a prática social do indivíduo.

Em suma, procurar o núcleo central é buscar o fundamento, ou seja, a raiz social da representação, que em seguida será modulado, individualizado por meio do sistema periférico (Abric, 2003). Neste sentido, utilizando a teoria das RS com foco na abordagem estrutural, é possível oportunizar um quadro de análise que mescle tanto o funcionamento individual, por meio do sistema periférico, em interação com o núcleo central, demarcando o que é homogêneo no grupo estudado. Essa abordagem propiciou ampliar o conhecimento dos processos que intervêm na adaptação sociocognitiva à realidade cotidiana que perpassam os cuidados dos idosos, bem como as características e especificidades do contexto social e ideológico deste determinado grupo.

#### **2.4.4 Representações e Práticas Sociais: Que Relação é Esta?**

O objetivo principal desta tese consiste em relacionar as RS com as práticas, a partir do objeto “cuidar da pessoa idosa”, ou seja, responder se existem RS que alicerçam práticas de cuidados dos idosos. A literatura da área aponta que essa relação é complexa, controversa e com estudos ainda incipientes (Rouquette, 1998; Abric, 2003; Campos, 2003). Campos (2003) acrescenta que não há a construção de um modelo teórico e empírico que abarque o conjunto das situações sociais. O que impõe a compreensão desta relação atrelada a situações específicas. Partindo da especificidade do objeto cuidar da pessoa idosa, tem-se que as RS auxiliam na organização de práticas de cuidados, e, dependendo do conteúdo que constitui esse pensamento social, tanto pode criar quanto reforçar limitações dos idosos (Jodelet, 2009). A partir deste estudo, pretende-se explorar e compreender a relação entre práticas e as RS, já que esse entendimento é pertinente para os comportamentos que se estabelecem com os idosos.

Considerando as práticas sociais como sistemas complexos de ações (Abric, 1994), é possível compreendê-las como sinônimos de

comportamento. Assim sendo, a previsão do comportamento por meio das RS não ocorre de maneira direta, pois inúmeras variáveis atuam na determinação das ações humanas. Para Campos (2003), afirmar uma relação recíproca entre RS e comportamento seria uma afirmação demasiadamente genérica e que não favorece o entendimento de situações específicas e particulares. Este mesmo autor concorda com Rouquette (1998), que seria plausível considerar as representações como condições da prática social; e, as práticas são agentes de transformação de representações e não uma influência recíproca direta.

Estudos na perspectiva estrutural das RS constataram que nem sempre há acordo entre estas e as práticas sociais. Abric (1998) aponta que a adoção de práticas que contradizem uma representação, pode ocasionar mudança tanto no sistema periférico quanto no núcleo central de uma representação. Abric (2003) ainda acrescenta que os processos que compõem uma representação ocorrem por meio de ações sobre a realidade e que este pode ser a origem de práticas sociais. De maneira detalhada, foram constatados três tipos de transformação da representação: (1) a progressiva, na qual não há contradição completa entre representação e prática; (2) a resistente, em que por algum tempo, devido aos mecanismos de defesa, impede-se a modificação da representação; e, (3) a brutal, na qual ocorre ataque direto à centralidade da representação impondo uma modificação abrupta desta (Campos, 2003).

O autor acrescenta que a relação entre representação e prática social desencadeou estudos sobre a questão da determinação de uma sobre a outra, apontado a realização de três tipos de estudos, quais sejam: (1) as práticas determinando RS; (2) as RS determinando as práticas sociais; e, (3) casos em que ambas se determinam reciprocamente. No primeiro caso, quando ocorre modificação das condições externas e estas são irreversíveis, pode-se indicar uma transformação não abrupta da representação. Já no segundo caso, algumas condições específicas como, por exemplo, comportamento cooperativo e interação com conflito, as RS determinam as práticas sociais. No caso da determinação recíproca, torna-se necessário o conhecimento aprofundado da situação em estudo (Campos, 2003)

Moscovici (1978) contribui com a discussão dessa relação apontando que as RS fazem parte da constituição da ação, modelando o contexto de inserção do comportamento. Com Vala (2004), ocorre a diferenciação entre os comportamentos representacionais e os comportamentos situacionais, ao se referir à existência de diversos tipos de ações emitidas, contudo, apenas uma parcela destas poderia ser

explicada por meio das RS aderidas pelos indivíduos. No caso dos comportamentos representacionais, as características destes seriam determinadas em menor proporção pela situação concreta e com maior saliência pelos fatores pré-situacionais. Já no caso de comportamentos situacionais, as características do contexto seriam mais salientes que a RS e dessa forma, guiariam a direção do comportamento. Assim, nesse caso, a RS possuiria menos importância na previsão do comportamento.

As próprias funções da RS têm estreita relação com o comportamento, sendo estas enunciadoras de ações desejáveis, como já foi mencionado ao abordar a funcionalidade das RS. Outra noção que evidencia a relação entre RS e comportamento individual se relaciona ao sistema periférico, procedente da perspectiva estrutural (Abric, 1998, 2003; Flament, 2001). Esse sistema possibilita explicar o comportamento individual, já que nele coabita a ligação entre elementos abstratos que são imprescindíveis à representação e contextos individualizados, que evidenciam a particularidade da situação (Flament, 2001).

Essa distinção entre representação e comportamento abordada até aqui é refutada por Wagner (1994), já que em sua visão o próprio comportamento compõe a RS, não existindo tal separação. As ações são exemplos do conteúdo representacional e devem ser explicadas a partir do complexo “representação-ação” e seus reflexos para a realidade social. Para Rouquette (1998) não existe determinação direta entre representação e prática social, a primeira exerceria uma coerção variável sobre a última, implicando numa ação remodelada por meio dos conteúdos de uma representação. Outra situação possível, de acordo com Campos (2003), é a relação circular, ou seja, a interação mútua. Nesse caso, a definição da relação causal torna-se mais difícil e conseqüentemente a demarcação da influência de uma sobre a outra. Finalmente, apesar de existirem avanços nos estudos entre representação e comportamento, a temática requer investimentos em pesquisas, como a proposta deste trabalho, que apurem e refinem ainda mais essa relação.

Apesar de toda a controvérsia e ainda a falta de um sistema unificado que explique os vários objetos sociais, é sabido que a identificação do pensamento social de indivíduos ou grupos é preponderante para a compreensão das dinâmicas interacionais, bem como das práticas sociais (Abric, 1998), o que impõe a necessidade de estudos que explorem e travem tal relação.



### **2.4.5 Representação Social do Cuidado da Pessoa Idosa**

As pesquisas envolvendo a TRS, proposta por Moscovici, desenvolvem-se por meio do estudo de um objeto social para um determinado grupo. Dessa maneira, esta tese pretendeu compreender as representações do objeto “cuidar da pessoa idosa” para dois grupos, idosos e rede social (um componente). Buscou-se na literatura pesquisas sobre o mesmo objeto e foram encontrados estudos com objetos similares, porém, não idênticos esta proposta, os quais foram descritos abaixo.

Em pesquisa objetivando conhecer as RS do cuidar/cuidado para familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer, a partir do cuidado prestado em domicílio, os conteúdos verificados estavam atrelados à dimensão sentimental do cuidado, obrigação moral e cuidados básicos de saúde. Foram apontadas a importância da manutenção da vida do idoso com comportamentos que expressem amor, carinho e dedicação, ou ainda, a partir de atividades práticas da vida diária, como a alimentação, banho e medicação. Todavia, também foram citados elementos com conteúdos negativos, como insegurança ao cuidar, medo da incapacidade de cuidar, piedade, culpa, revolta, angústia e raiva (Lima, 2002). A autora acrescenta alguns fatores que foram preponderantes no relacionamento interpessoal que se estabelece entre cuidador e idoso: (1) personalidade de ambos; (2) vínculo afetivo anterior; (3) tempo destinado ao cuidado; (4) concepções acerca do envelhecimento; e, (5) história de vida. Hipotetiza-se que esses são alguns fatores que influenciam a significação ou pensamento social sobre o cuidado do idoso.

Visando identificar a estrutura da RS acerca do cuidado do idoso hipertenso para cuidadores familiares, verificaram-se conteúdos relativos à supervisão da alimentação, à medicação, como também; por parte do sexo feminino, o estímulo e a aceitação (Souza, & Menezes, 2009). Aqui salientando o cuidar como desvelo. Outro significado salientado se relacionou às emoções, e, especificamente ao controle das mesmas, evitando ansiedade e nervosismo por parte do idoso.

Em outra pesquisa foi investigada a RS da velhice e do cuidar para cuidadores de idosos dependentes da zona rural (MG), Santos (2007) realizou um estudo qualitativo, por meio de entrevista com 12 participantes. Os cuidadores eram todos informais e componentes da rede social do idoso. Inicialmente estudou a RS da velhice para os cuidadores e constatou significados positivos e negativos em relação a essa etapa da vida. Aos primeiros coube à associação à dependência, já

aos positivos a experiência como um ganho dessa fase. Referente à RS do cuidar, o cuidado é significado como algo prazeroso devido aos laços afetivos e alia-se a este sentimento, a gratidão e a obrigação, que estes veem justificados pelo laço consangüíneo.

Ferreira e Cruz (2011) em estudo sobre a representação social de familiares de idosos institucionalizados e a influência desta RS na decisão de cuidar do idoso em domicílio, constatou que o acolhimento relaciona-se prioritariamente a aceitação do processo de envelhecer e da velhice em si mesma, o que beneficia a aceitação e compreensão deste processo vivido pelo outro. Estes aspectos citados sobressariam às condições reais que se tem para cuidar.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa se caracterizou como um estudo de natureza empírica, realizado por meio de pesquisa de campo. Possui delineamento descritivo, comparativo e consistiu em estudo de casos, pois, além de descrever as RS do cuidado do idoso e as práticas sociais de cuidados destes, identificou relações entre ambos; e, posteriormente, realizou aprofundamento de alguns objetivos, propiciando o conhecimento mais detalhado sobre o objeto estudado (Gil, 2009).

Várias pesquisas apontam que para se atingir a dinâmica e a complexidade do pensamento social, torna-se necessário o emprego de várias técnicas ou instrumentos (Nascimento-Schulze, & Camargo, 2000; Jodelet, 2001; Vala, 2004; Moreira, Camargo, Jesuino, & Nóbrega, 2005). Portanto, para cercar diferentes aspectos dos fenômenos das representações e das práticas sociais do cuidado do idoso esta pesquisa foi composta por dois estudos distintos e complementares:

O 1º estudo pretendeu identificar a rede social do idoso, averiguando a existência ou não de um cuidador. Além disso, pretendeu realizar a avaliação funcional do idoso para averiguar se o mesmo possuía algum grau de dependência. Intencionou também, identificar os elementos que compõem as RS de pessoas idosas referente ao cuidado do idoso. Foi realizado por meio de um levantamento de dados e composto por amostra não probabilística aleatória, por acessibilidade (Gil, 2009). A tabela 1 apresenta as variáveis envolvidas neste estudo.

Tabela 1. Descrição dos objetos, variáveis, técnicas/instrumentos do primeiro estudo

<b>Objetos de estudo</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
Características sociodemográficas e clínicas	Idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, número de filhos, religião, estado de saúde referido.	Questionário
Idoso dependente <i>versus</i> idoso independente	Existência de dependência, grau de dependência, tipo de cuidado requerido, pessoas com quem reside.	Questionário - Instrumento de avaliação sociofuncional em idosos (IASFI)
Rede social	Identificação da rede	Mapa de redes
RS do cuidado do idoso	Estrutura das RS	Questionário – Técnica de evocação livre

O 2º estudo foi subdividido em duas partes:

- A. A primeira parte pretendeu descrever os conteúdos e a dinâmica das RS de pessoas idosas referente aos cuidados dos idosos e as práticas de autocuidado dos idosos. E verificar se existia relação entre as RS do cuidado e as práticas de autocuidado realizadas pelos idosos. Os participantes foram escolhidos dentre os participantes componentes do estudo 1, e foi realizado por meio de entrevista em profundidade e como técnica secundária a entrevista episódica, considerando a necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre o objeto de estudo, bem como, a adequação metodológica ao problema desta pesquisa. A tabela 2 apresenta as variáveis e as técnicas/instrumentos envolvidas na 1ª parte desse estudo.

Tabela 2. Descrição dos objetos, variáveis, técnicas/instrumentos da primeira parte do segundo estudo.

<b>Objetos de estudo</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
RS do cuidado do idoso	Conteúdo e dinâmica das RS	Entrevista
Práticas de autocuidados do idoso	Comportamentos de autocuidado gerais	Entrevista
Competências dos cuidadores	Percepção das atribuições desejáveis	Entrevista

- B. A segunda parte objetivou descrever os conteúdos e a dinâmica das RS do cuidado com o idoso para os integrantes da rede social, cuidador ou não. Pretendeu ainda descrever as práticas de cuidados realizadas pela rede social em relação ao idoso e verificar se existia relação entre as representações e as práticas sociais de cuidado estabelecidas por estes. Além disso, identificou a percepção dos participantes referente às atribuições desejáveis para ser cuidador. Os participantes foram os integrantes da rede social dos idosos da primeira parte do segundo estudo. A tabela 3 detalha os objetos de estudo, as variáveis, e as técnicas/instrumentos envolvidos neste estudo.

Tabela 3. Descrição dos objetos, variáveis, técnicas/instrumentos da segunda parte do segundo estudo.

<b>Objetos de estudo</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
Características sociodemográficas	Idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, avaliação do estado de saúde do idoso.	Entrevista
RS do cuidado do idoso	Conteúdo, dinâmica das RS.	Entrevista
Práticas de cuidados da rede social com o idoso	Comportamentos de cuidados gerais	Entrevista
Competências dos cuidadores	Percepção das atribuições desejáveis	Entrevista

Para fins de comparação entre grupos, no 1º estudo foi realizado um levantamento com controle de amostra, a partir do sexo e do grau de dependência, ambas variáveis explicativas desta pesquisa. Os participantes do 2º estudo foram idosos e um dos componentes da rede social/cuidador, eleito pelo próprio idoso. Os participantes idosos, do segundo estudo, também foram separados por sexo e grau de dependência.

## 3.2 PRIMEIRO ESTUDO

### 3.2.1 Participantes e critérios de inclusão

Os participantes deste estudo foram 102 idosos acessados por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), separados por sexo e grau de dependência, conforme ilustrado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos participantes da amostra por sexo e grau de dependência

<b>Sexo</b>	<b>Dependência</b>	<b>Independência</b>	<b>Total</b>
♂	25	27	52
♀	25	25	50
<b>Total</b>	50	50	102

Para a composição da amostra o instrumento foi aplicado até atingir o delineamento proposto, conforme tabela 4. O local utilizado para a coleta de dados foi determinante para acessar tanto idosos dependentes quanto idosos independentes. Torres & Camargo (2012) aponta a necessidade de se considerar o contexto de pesquisa em estudo com idosos, visto o *locus* atuar como uma variável interveniente. Levando em consideração esse apontamento, o posto de saúde foi o local escolhido para a realização da coleta de dados, todavia, a coleta de dados transcorria sem sucesso, e desta maneira, o *locus* foi modificado para a residência de cada idoso. Os motivos para esta modificação foram vários, primeiramente pela padronização de local, já que os participantes dependentes, especialmente os acamados, não poderiam se locomover até as UBS, além disso, a locomoção até as UBS gerava um ônus financeiro ao participante, o que dificultava o recrutamento de participantes para a pesquisa.

O procedimento para acessar as UBS iniciou com a solicitação de autorização à Secretaria de Saúde de Florianópolis através do envio do projeto de pesquisa, juntamente com o Parecer Consubstanciado N° 2151/13 do Comitê de Ética em pesquisa da UFSC. Após o envio, e seguindo orientação da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis, realizou-se uma reunião entre pesquisadora e o funcionário deste órgão responsável pelas autorizações, para obtenção

de maiores detalhes, e por fim, a Secretaria de Saúde autorizou a realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, foram definidas 2 áreas de acesso em Florianópolis: Centro e Leste. Todas as UBS localizadas nestas áreas poderiam ser acessadas. Para facilitar o acesso e o conhecimento sobre a pesquisa, a Secretaria de Saúde, enviou um comunicado interno (CI) avisando sobre a autorização, e solicitando o auxílio necessário à pesquisa e a pesquisadora.

O procedimento seguinte transcorreu nas próprias Unidades de Saúde. A pesquisadora entrou em contato com uma primeira UBS, e para esclarecer à equipe de saúde sobre detalhes da pesquisa e definir as melhores estratégias para a coleta de dados foram marcadas reuniões com as mesmas. Como já mencionado, a melhor estratégia encontrada, após a tentativa de coleta no próprio posto de saúde, foi a visita domiciliar. Cada equipe disponibilizou a lista de pessoas acima de 65 anos e se comprometeu em ajudar a divulgar a pesquisa sempre que houvesse alguma atividade no posto e o comparecimento de um potencial participante (grupos de diabéticos, hipertensos, visitas esporádicas, consultas de check-up, busca de medicamentos, etc).

As primeiras visitas domiciliares foram feitas junto com uma agente de saúde, a qual apresentou a pesquisadora e convidou a pessoa idosa para participar da pesquisa. A aplicação do questionário aconteceu em momento posterior, com agendamento prévio. Após as primeiras visitas domiciliares constatou-se não haver a necessidade de uma visita prévia antes da aplicação do questionário, e, assim, os demais contatos foram realizados por telefone, momento no qual foi explicada a pesquisa e também realizado o convite para a participação. Já com o aceite do participante era feito um agendamento prévio. A duração média das aplicações dos questionários foi 33 minutos.

A técnica “bola de neve” também auxiliou na presente pesquisa, ou seja, após concluir a aplicação agendada, a pesquisadora perguntava ao participante em questão se este poderia indicar outro possível participante. Vários participantes da mesma comunidade foram contactados desta maneira, pois apesar de existir uma listagem de moradores, muitos estavam com telefones desatualizados, ou ainda tinham mudado de residência ainda fazendo parte daquela região. Além disso, alguns moradores após ouvirem comentários sobre a pesquisa demonstraram interesse e solicitaram a visita domiciliar da pesquisadora em questão.

Os critérios de inclusão na amostra foram: (a) idade igual ou acima de 65 anos, conforme designado pela OMS para os países desenvolvidos



(Mendes & cols., 2005); (b) não ser portador de incapacidades cognitivas, tais como Demências<sup>3</sup> em geral. Aferido pelo Instrumento de avaliação sociofuncional em idosos (IASFI – Fonseca & Rizzotto, 2008), conforme questionário elaborado (Anexo A); (c) para os participantes com dependência – o grau considerado foi de dependência modificada, com requisição de ajuda entre 25% e 75% das tarefas, aferido pelo IASFI (Fonseca & Rizzotto, 2008); e, (d) para os participantes independentes – o grau considerado foi de independência modificada ou completa, sem a necessidade de ajuda para executar as tarefas, aferido pelo mesmo instrumento.

### **3.2.2 Instrumentos, técnica e procedimentos de coleta de dados**

Neste estudo foi utilizado um questionário, o qual se constitui respectivamente pelos seguintes instrumentos:

- 1) Técnica de evocação livre,
- 2) Adaptação do instrumento de avaliação sociofuncional para idosos,
- 3) Mapa de redes e questões referentes, e,
- 4) Questões sobre características sociodemográficas e sobre o estado de saúde referido (Anexo A).

Cada uma destas partes é descrita abaixo:

#### 1) Técnica de evocação livre

Constituiu a primeira parte do instrumento para que não houvesse interferência no conteúdo coletado. Esta técnica de evocação livre consistiu em solicitar ao indivíduo que escrevesse no mínimo três e no máximo cinco palavras ou expressões que lhe viessem à mente, imediatamente após a leitura de um estímulo indutor (Pereira, 2005). O intuito foi identificar os elementos das RS, com o estímulo indutor “cuidar da pessoa idosa”, a escolha dos dois termos mais importantes e a devida justificativa (Abric, 2001; Oliveira, Marques, Gomes & Teixeira,

---

<sup>3</sup> Demência se caracteriza pela presença de déficits cognitivos, mais significativamente a perda de memória, o que dificulta o relacionamento social e ocupacional (Gallucci Neto, Tamelli & Forlenza, 2005).

2005). Essas palavras são consideradas para realização de uma análise confirmatória dos elementos que compõem o núcleo central da RS.

Além de ser uma técnica prática pode ser realizada isoladamente ou associada a outras técnicas e ou instrumentos, como ocorre neste estudo. Essa técnica é também conhecida como associação livre, caracterizando-se como um teste projetivo, com origem na Psicologia Clínica. Como tal, auxilia na localização das zonas de bloqueamento ou recalçamento, e é utilizada como técnica de coleta de dados em pesquisas científicas por permitir a apreensão de conteúdos mentais de forma espontânea, revelando conteúdos implícitos que não costumam ser lembrados em outras formas de coleta de dados. (Oliveira & cols., 2005). Em adaptação à técnica de associação livre ao estudo das RS, Vèrges (1997) a denomina de evocação.

## 2) Adaptação do instrumento de avaliação sociofuncional para idosos (IASFI – Fonseca & Rizzotto 2008).

Este instrumento compôs o questionário e foi disposto depois da técnica de evocação. Este instrumento de avaliação funcional dos idosos foi composto pelos itens 3 a 33, e realiza esta avaliação a partir das categorias expostas na fundamentação, a saber, Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) e a Atividade Avançada de Vida Diária (AAVD). Os itens componentes de cada categoria, a exceção da última (AAVD), foram pontuados a partir dos seguintes critérios:

Necessita de ajuda total para realizar a atividade = 1

Ajuda máxima (indivíduo realiza até 25% da atividade sozinho) = 2

Ajuda moderada (indiv. realiza até 50% da atividade sozinho) = 3

Ajuda mínima (indivíduo realiza até 75% da atividade sozinho) = 4

Só precisa de supervisão para realizar a atividade = 5

Realiza a atividade com independência modificada = 6

Realiza a atividade com independência completa = 7

Referente à primeira categoria, ABVD, a independência nesse item expressa o cuidado pessoal e a atenção dada ao ambiente domiciliar. Essa categoria é essencial para caracterizar o autocuidado e para identificar o grau de dependência, dessa forma, o instrumento é prevalente nesta categoria. No item em questão, a pontuação do instrumento pode variar de 20 a 140 pontos. Os pontos são distribuídos pelas seguintes subcategorias, conforme tabela 5.

Tabela 5. Variação da pontuação referente à categoria ABVD

ABVD	PONTUAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
Autocuidado	8	56
Controle de esfíncteres	2	14
Transferências	3	21
Locomoção	3	21
Equilíbrio	4	28
TOTAL	20	140

A categoria AIVD foi dividida em atividades leves e pesadas relativas à limpeza, já que os graus de dificuldade em sua execução são diferenciados. Essa categoria pode pontuar no mínimo 5 e no máximo 35 pontos. E a última categoria, AAVD, foram identificadas e descritas as atividades realizadas, todavia, sem pontuação. Conforme exposto na fundamentação, não é uma categoria determinante para o quesito independência. Referente ao escore total, este representa o somatório dos pontos das duas primeiras categorias, ABVD e AIVD, sendo no mínimo 25 pontos e no máximo 175 pontos<sup>4</sup> (Fonseca & Rizzotto, 2008).

A utilização desse instrumento ocorreu com o intuito de separar os idosos por grupos, considerando o sexo e o grau de dependência. Estas duas variáveis foram consideradas como explicativas do estudo, já que ambas diferenciam os tipos de cuidados prestados. O sexo dos participantes diferencia tanto os tipos de cuidados prestados, quanto quem presta o cuidado (Leal, 2000; Karsch, 2003; Garrido & Menezes, 2004; Erbolato, 2006; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; Camarano, Pasinato & Lemos, 2007; Ferreira & Wong, 2008; Inouye, 2008). Já o grau de dependência diferencia o tipo de cuidado, como também a intensidade, a periodicidade e o local de sua realização (Whitlatch & Noelker, 2007).

<sup>4</sup> Escore total: 25 a 175 pontos

Sub-escores: 25 pontos: dependência completa (assistência total)

26 – 50 pontos: dependência modificada (ajuda em até 75% das tarefas)

51 – 83 pontos: dependência modificada (ajuda em até 50% das tarefas)

84 – 143 pontos: dependência modificada (ajuda em até 25% das tarefas)

144–175 pontos: independência modificada/ completa (não precisa de ajuda para executar as atividades)

### 3) Mapa de rede social

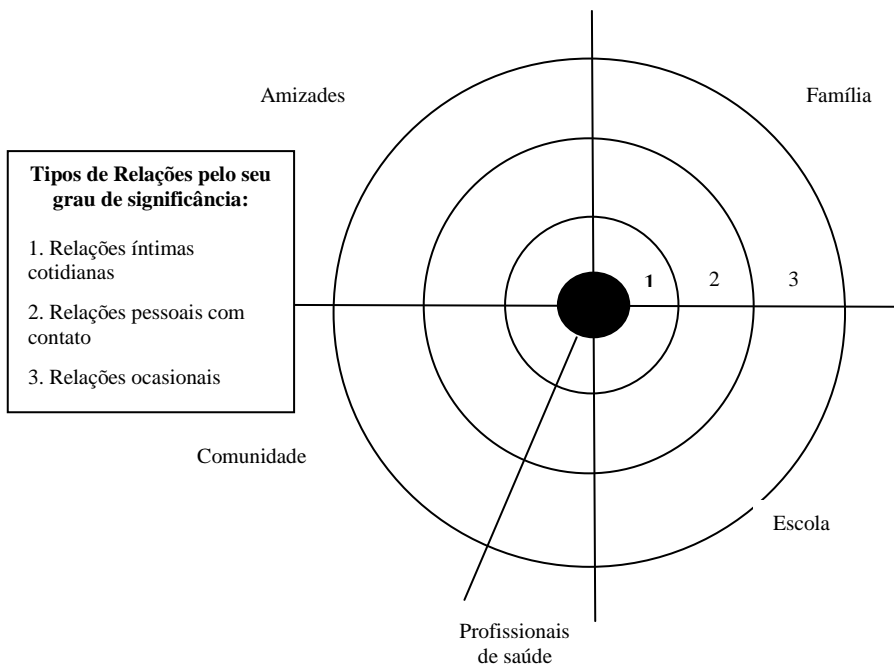
O mapa de redes sociais constituiu a terceira parte do questionário, proposto por Sluzki (1997), foi utilizado para identificar a constituição da rede social do idoso, bem como, a existência ou não de um cuidador. Foi solicitado a cada participante que apontasse as pessoas mais significativas em sua vida, por meio dos seguintes questionamentos:

- 1) Neste momento da sua vida quais são as pessoas mais importantes para o (a) senhor (a)? Justifique sua resposta.
- 2) Hoje quais são as pessoas que o (a) senhor (a) tem contato mais frequente?
- 3) Quais as pessoas que atualmente ajudam o (a) senhor em suas necessidades do cotidiano?

Após, as pessoas identificadas nas questões foram distribuídas no mapa de redes. A pesquisadora, após explicação do funcionamento do mapa, solicitou à pessoa idosa para inserir no mapa cada uma das pessoas citadas nas questões anteriores, considerando o círculo interno as relações mais íntimas e o mais externo, as relações ocasionais. A atividade foi realizada conjuntamente com a pesquisadora, a qual auxiliou no processo de entendimento da tarefa, como também, adequou à condição de saúde do idoso à disposição visual do mapa para que o cumprimento da tarefa ocorresse.

A leitura do registro do mapa de redes, conforme Figura 2, é a combinação dos quadrantes e das áreas. Nos quadrantes superiores constam a família e os amigos, e nos inferiores, as relações de trabalho e as relações comunitárias. As áreas são expressas pelos círculos, que somam três. O menor e mais interno enuncia as relações mais íntimas, a exemplo os familiares com contato periódico e ou cotidiano, amigos íntimos. Em seguida um círculo intermediário, que exprime contato menos íntimo o que reflete menor grau de compromisso, exemplifica-se a partir de familiares intermediários e amizades sociais. Por fim, um círculo mais externo que representa as relações ocasionais, tais como conhecidos da igreja, escola e trabalho; familiares distantes (Sluzki, 1997), conforme anexo A.

Figura 2. Mapa de redes por Sluzki (1997)



O procedimento de coleta dos dados foi agendado previamente com o participante. Todos os idosos receberam instruções padronizadas desta pesquisadora e foram acompanhados individualmente até o término do preenchimento do instrumento. Neste estudo, participou também outra pesquisadora do LACCOS, a qual recebeu o devido treinamento, bem como realizou pré-testes para a adequada aplicação do questionário. Este auxílio além de contribuir com a otimização na coleta de dados, já que a aplicação era individual e deste modo demorada, beneficiou também na coleta de dados das pessoas idosas casadas, já que nestes casos a aplicação era feita concomitantemente, propiciando a menor intervenção possível do espaço (a) na coleta em questão.

#### 4) Dados sociodemográficos e de estado de saúde

A parte final do questionário constituiu-se por: (a) dados de identificação, os quais foram adaptados aos objetivos do estudo

(idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, número de filhos, religião e prática religiosa); (b) questões sobre o estado de saúde referido; e, (c) questões sobre o sentimento em relação a própria vida, família, comunidade e serviços de saúde.

### 3.2.3 Análise dos dados

O IASFI foi pontuado logo após o término da aplicação com cada participante, pois o mesmo propiciou cumprir a composição da amostra do estudo, no que se refere ao grau de dependência *versus* independência.

Para as questões fechadas e as variáveis sociodemográficas foi empregada estatística descritiva: distribuição de frequência, medidas de tendência central (médias, modas e medianas), medidas de dispersão (desvio-padrão); e, estatística relacional (Qui-quadrado); por meio do *software* SPSS (versão 17).

Para a técnica de evocação livre foi utilizado o programa informático *Evocation 2000 – Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* (Vèrges, 1999). Esse programa realiza uma análise lexicográfica, considerando a frequência e a ordem média de evocação, ou seja, a ordem de aparecimento dos termos, a qual possibilita identificar os elementos da RS, classificando-os em elementos centrais e periféricos.

A análise realizada pelo programa *Evocation* gerou um diagrama de quatro quadrantes organizados em dois eixos: O eixo vertical corresponde à frequência de evocação das palavras e o eixo horizontal, à ordem média de evocações. O quadrante superior esquerdo da tabela indica os elementos da representação considerados como provavelmente centrais, são aqueles em que as frequências são maiores e mais prontamente evocados. Quanto aos elementos intermediários, o quadrante superior direito, constitui a periferia próxima (1ª periferia), e há chances desses elementos serem periféricos com alto grau de ativação. Já o quadrante inferior esquerdo contém os elementos pouco evocados, mas mencionados com prontidão e se referem também a outra periferia próxima (2ª periferia). Foi realizada uma análise confirmatória por meio das palavras indicadas como mais importantes pelos respondentes. As palavras que fizeram parte do núcleo central de acordo com o programa, e que forem marcadas em pelo menos 50% das vezes

em que forem citadas como mais importantes, foram confirmadas como parte do núcleo central.

### 3.3 SEGUNDO ESTUDO

#### 3.3.1 Participantes e critérios de inclusão

Fizeram parte do 2º estudo, 80 participantes, entre idosos e integrantes da rede social do idoso. A primeira parte do estudo foi composta por 40 idosos escolhidos dentre os participantes do 1º estudo, e tal qual neste, foram pareados por sexo e grau de dependência. O critério para seleção destes participantes também foi acessibilidade. A segunda parte do estudo foi composta por 40 integrantes, membros da rede social do idoso, identificados pelo participante idoso, componente da 1ª parte do estudo. A seleção ocorreu por meio de indicação do idoso, dentre os membros apontados como significativos na composição de sua rede social, conforme o 1º estudo.

#### 3.3.2 Instrumentos, técnicas e procedimentos de coleta de dados

Para ambas as partes do estudo (respectivamente, idoso, 1ª parte, e integrante da rede social do idoso, 2ª parte) foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade (Apêndices B e C, respectivamente da 1ª e 2ª parte do estudo), composta por questões amplas (monotemáticas) sobre o cuidado do idoso, propiciando aos participantes que se expressassem livremente sobre o tema em estudo. Este material indicou o conteúdo e a dinâmica das RS sobre o cuidado do idoso. Foi associada a esta técnica a entrevista episódica, a qual auxilia na produção de dados diferenciados, possibilitando ao participante da pesquisa a narração de situações concretas vividas, com a ilustração de exemplos, e a imersão do participante no conteúdo proposto pela entrevista. Flick (2004) acrescenta que a entrevista episódica é uma técnica que auxilia a ampliar a variedade dos dados coletados que compõem as representações sociais, reafirmando a adequação do uso desta técnica na presente tese.

Para os participantes da 2ª parte desse estudo, os integrantes da rede social do idoso, além da entrevista foram utilizadas questões para a

caracterização sociodemográfica (Idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, estado de saúde do idoso), já que foi o primeiro e único contato com os mesmos. O mesmo não foi necessário na 1ª parte do estudo, pois, os participantes já tinham sido acessados no primeiro estudo.

A entrevista episódica foi utilizada com as seguintes questões:

- 1) O senhor já viveu a experiência de cuidar de idosos?
- 2) Poderia me contar em detalhes esta experiência?

Esta técnica foi utilizada com o intuito de auxiliar que o participante abordasse diversos aspectos referentes ao tema cuidado, evocados por meio da experiência vivida. No caso de participantes que ainda não tivessem vivido a experiência foi solicitado que imaginasse a mesma. Referente à técnica de entrevista com a população idosa, Gaskell (2002) a indica como uma técnica de coleta de dados propícia para captar informações sobre as “pessoas de idade” (p. 78).

As entrevistas foram realizadas individualmente, com roteiro semi-estruturado e com agendamento prévio. Este foi o segundo contato com estes participantes, já que os mesmos também participaram do primeiro estudo, e aceitaram participar da continuidade do estudo. O posicionamento adotado pelo entrevistador foi não-diretivo, o que implicou o uso de técnicas específicas para estimular a fala do entrevistado de maneira livre, conforme relatado por Ghigliione e Matalon (1993), sendo que o próprio entrevistado escolheu como e em que ordem abordar a temática requerida. As principais técnicas de entrevistas utilizadas foram:

- 1) O uso de expressões breves de interesse, como expressões afirmativas com a cabeça, dentre outras;
- 2) Utilização de silêncio;
- 3) Técnica do espelho;
- 4) Reformulações;
- 5) Solicitação de informações complementares;
- 6) Repetições de questões.

As entrevistas foram realizadas somente por uma entrevistadora e antes de iniciar a coleta de dados destes estudos, houve uma fase de pré-testes com três finalidades:

- 1) Avaliar a adequação e a compreensão das perguntas;
- 2) Treinar a pesquisadora na aplicação das técnicas; e,
- 3) Verificar o tempo médio de realização das mesmas.

Ao final da entrevista foi incluída a questão “O que o (a) senhor (a) gostaria de acrescentar que acha importante sobre este assunto?”, com o objetivo de dessensibilização, para que os sentimentos e emoções que



poderiam ser mobilizados no decorrer da entrevista fossem amenizados, promovendo um fechamento das questões suscitadas ao longo da técnica.

### 3.3.3 Análise dos dados

As questões monotemáticas foram analisadas por meio do software IRAMUTEQ, um software livre utilizado em análises textuais (Camargo e Justo, 2013). Este software realiza, além de várias outras análises, uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme descrita por Reinert (1998) e por Camargo (2005). A CHD fornece os contextos textuais que se caracterizam pelo seu vocabulário, e também segmentos de texto que compartilham esse vocabulário. O corpus de análise foi formado por Texto – que corresponderam as respostas dos participantes. Inicialmente o *software* reconhece os textos, e na análise *standart* o programa os secciona em ST (Segmento de Texto), que constituem o ambiente de enunciação da palavra, dando origem à unidade sobre a qual são feitos os cálculos estatísticos.

As linhas de comando ou “linhas de asteriscos”, que precedem e codificam cada Texto foram compostas pelas seguintes variáveis: Sexo, estado civil, idade, grupo (idoso ou membro da rede social). Referente à variável idade é interessante mencionar que na presente pesquisa foram realizados “quatro recortes etários”, (65-74 anos, 75-84 anos, 85-94 anos, acima de 95 anos), visando averiguar possíveis diferenciações no pensamento social dos objetos estudados para os idosos destas quatro faixas etárias. Por questões didáticas esses recortes etários foram denominados respectivamente de primeira velhice, segunda velhice e assim sucessivamente. O vocabulário mais significativo de cada classe foi selecionado com base em dois critérios: (1) frequência; e, (2) associação à classe, determinada pelo valor do qui-quadrado.

Conforme Camargo (2005), os significados das classes obtidas pela utilização do programa IRAMUTEQ podem ser interpretados em dois níveis: (1) Em nível informático cada classe é composta de vários STs em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário deste ST; (2) em nível interpretativo, por meio de uma análise psicossocial, podem ser indicadores de aspectos de uma mesma RS ou de RS distintas.

Para as questões estruturadas, referentes aos dados sócio demográficos e de caracterização dos participantes, foi utilizado o *software* SPSS (Versão 17), conforme já indicado no estudo 1.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo destes estudos está conforme os preceitos éticos previstos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) e foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), sob o Parecer Consubstanciado N° 2151/13. Como mencionado, foi realizado o contato com a Secretaria de Saúde e as Unidades de Saúde, para a solicitação de autorização. Por fim, a presente pesquisa foi apresentada aos participantes, os quais foram informados sobre a condição voluntária de participação, a possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, como também sobre o sigilo que resguardava os mesmos.

Considerando que nessa tese os dois estudos contemplam participantes que possuem relação entre si (idoso e rede social), este esclarecimento foi dado no início do estudo, já auxiliando na escolha dos participantes para as demais fases. Ademais, para a realização das entrevistas os participantes foram previamente comunicados sobre o uso do gravador, o que possibilitou posteriormente a transcrição e compilação dos dados. Todos estes esclarecimentos aos participantes encontram-se indicados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice A). Para garantir o cumprimento da resolução 196/96 do CNS, quando observado algum tipo de estresse ou sofrimento oriundo ou mesmo pré-existente a este estudo, o participante foi encaminhado para atendimento/acompanhamento psicológico gratuito na clínica-escola da UFSC. Outro cuidado ético dispensado, principalmente aos idosos, foi a utilização da técnica de dessensibilização, realizada ao final da entrevista. Por fim, todas as instituições participantes (UBS) receberão os resultados da presente pesquisa, conforme estipulado inicialmente.

## 4. RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados relativos aos dois estudos. Na subseção 1 são apresentados os resultados concernentes ao primeiro estudo da tese, na seguinte ordem: a caracterização dos participantes, resultados referente à composição da rede social dos participantes, o mapa da rede social, e os resultados relativos à análise estrutural da representação social de “cuidar da pessoa idosa”.

Diferentemente do primeiro estudo, o segundo estudo foi realizado com idosos e com integrantes da rede social deste idoso, o que gerou resultados que são articulados entre si e em comparação. Esses resultados foram apresentados em subseções separadas. Na primeira parte são apresentados os resultados que se referem somente aos idosos do segundo estudo, conforme segue: a caracterização dos participantes, configuração da rede, e as práticas sociais desses idosos. Na segunda parte os resultados são concernentes aos integrantes da rede social desses idosos, ou seja, relativo aos participantes que foram indicados pelos idosos como sendo as pessoas responsáveis pelos cuidados, apoio e ou ajuda aos mesmos. Na última subseção, 3ª parte, são apresentados os resultados que foram articulados em comparação entre esses dois grupos de participantes, idosos e integrantes da rede social desse idoso.

### 4.1 ESTUDO 1 - IDOSOS

#### 4.1.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 102 pessoas idosas divididas de maneira homogênea por sexo e grau de dependência, sendo 52 pessoas do sexo feminino e 50 pessoas com algum grau de dependência.

A média de idade dos participantes foi de 76 anos e 7 meses (DP=8,37), com idade mínima 65 anos e idade máxima 98 anos, conferida por uma participante do sexo feminino. Quando divididos por sexo a média de idade permaneceu semelhante à amostra global, com aproximadamente 76 anos para ambos os sexos (DP=8,62 e DP=8,19 respectivamente sexo masculino e feminino).

Quando a idade dos participantes foi categorizada em intervalos de 9 anos, constatou-se distribuição semelhante dos participantes segundo esta variável e o sexo, conforme indica a tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos participantes segundo idade categorizada e sexo

		<b>Idade Categorizada</b>				Total
		65-74	75-84	85-94	95 acima	
<b>Sexo</b>	Masculino	18	22	8	2	50
	Feminino	21	20	10	1	52
<b>Total</b>		39	42	18	3	102

Referente ao grau de dependência, conforme a tabela 7, concentrou-se na ajuda em 25% das atividades de vida diária.

Tabela 7. Grau de dependência dos participantes segundo a frequência

<b>Grau de dependência</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Nenhuma ajuda	52	51
Ajuda em 25% tarefas	36	35,3
Ajuda em 50% tarefas	7	6,9
Ajuda em 75% tarefas	7	6,9
<b>Total</b>	102	100

Como abordado anteriormente no método, para se avaliar a existência ou não de algum grau de dependência foi utilizado o instrumento IASFI, o qual avaliou as atividades básicas da vida diária (ABVD), a partir das seguintes subcategorias: autocuidado, controle dos esfíncteres, transferência, locomoção e equilíbrio; e, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), as quais incluem as atividades de limpeza doméstica, finanças, realização de compras e o uso do telefone. Estas últimas não são divididas em subcategorias. É importante salientar que a pessoa idosa é considerada dependente quando não é capaz de realizar sem ajuda e sem dificuldades as ABVD. Nesse instrumento também são avaliadas as atividades avançadas da vida diária (AAVD), compreendidas aqui como:

- 1) Viajar sozinho;
- 2) Dirigir automóvel;
- 3) Realizar atividades manuais; e,
- 4) Praticar atividades físicas.

Essas atividades não pontuam no quesito dependência, porém, são consideradas numa análise qualitativa referente às práticas avançadas de vida realizadas pelos idosos. Na primeira atividade, viajar sozinho,

houve uma distribuição uniforme entre sexos, com predomínio de pessoas idosas que não viajam sozinhas (68,6%). Referente às atividades dirigir e realizar atividades manuais, respectivamente 17,6% e 34,3% afirmou realizar estas atividades no momento da pesquisa, com predomínio do sexo masculino para a primeira atividade e do sexo feminino para a segunda. Ambas as associações foram significativas [ $\chi^2(1) = 18,04$ ;  $p < 0,001$ ] e [ $\chi^2(1) = 4,62$ ;  $p < 0,05$ ], e, com forças respectivamente moderada ( $C = 0,38$ ) e fraca ( $C = 0,20$ ). A questão referente as atividade manuais foi complementada com o questionamento, “Se sim, quais?”. Dentre os participantes que realizam atividades manuais, as principais citadas foram:

- 1) Crôche e bordado
- 2) Pintura – (tanto em tecidos quanto em pinturas de casas)
- 3) Costura
- 4) Renda de Bilro

Com relação à prática de atividades físicas há predomínio de participantes que não praticam (60,7%), sendo que não houve associação significativa entre esta variável e sexo [ $\chi^2(1) = 0,31$ ; NS]. A questão sobre a prática de atividades físicas, também foi complementada com a questão, “Se sim, quais?”. As respostas prevalentes indicaram em primeiro lugar a caminhada e em segundo a ginástica (oferecida pelas UBSs), como as principais atividades físicas realizadas dentre os participantes que se exercitam. Com frequência inferior, outras atividades citadas foram o alongamento, a dança e a academia.

Com relação ao nível de dependência, após aplicar aos participantes o questionário contendo o IASFI, constatou-se que cada nível se caracterizou da seguinte maneira:

- 1) Ajuda em até 25% das tarefas – Este é o menor grau de dependência, ou seja, este nível se caracteriza por pessoas que recebem ajuda nas atividades instrumentais da vida diária, com menor auxílio nas atividades básicas da vida diária, geralmente concentrada na preparação de alimentos e auxílio no banho. Porém, esta pessoa ainda consegue utilizar banheiro sozinha, vestir-se e controlar sua medicação no que se refere a periodicidade, dose e hora.
- 2) Ajuda em até 50% das tarefas – Este grau de dependência incorre que além da pessoa ser auxiliada em todas ou quase todas as atividades instrumentais, necessita também de um maior auxílio nas atividades básicas, além de ajuda na preparação de alimentos, ajuda no banho, inclui também

dificuldade de realizar outras atividades incluídas nas demais subcategorias como equilíbrio (permanecer em pé sem apoio, pegar objetos do chão, etc) e controle dos esfínteres (com uso de fraldas).

- 3) Ajuda em até 75% das tarefas – neste nível de dependência estão as pessoas acamadas e com alto prejuízo nas atividades básicas de vida diária, não conseguindo realizar quase nenhuma delas sozinha.

Com a finalidade de caracterizar detalhadamente esses quadros, na tabela 8 seguem os problemas de saúde que mais acometeram os participantes com algum grau de dependência, em ordem de ocorrência, separados por sexo.

Tabela 8. Problemas de saúde segundo o sexo dos participantes

<b>Problemas de Saúde</b>	
<b>Sexo masculino</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Acidente Vascular Cerebral</li> <li>2) Queda com Fratura do Fêmur</li> <li>3) Enfisema Pulmonar</li> <li>4) Baixa Visão</li> <li>5) Problemas Osteo-Articulares</li> </ol>
<b>Sexo Feminino</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Acidente Vascular Cerebral</li> <li>2) Problemas Osteo-Articulares</li> <li>3) Baixa Visão</li> <li>4) Insuficiência Cardíaca – Doença de Chagas</li> <li>5) Mal de Parkinson ou doença de Parkinson</li> <li>6) Queda com Fratura do Fêmur</li> </ol>

Importante salientar que vários dos problemas de saúde citados na tabela 8 têm como principal fator de risco a idade avançada, a hipertensão arterial, o diabetes, e o colesterol elevado. Considerando a amostra global de participantes, justamente os fatores de risco citados foram os principais agravos à saúde, sendo que a hipertensão e o diabetes prevaleceram para ambos os sexos, e o colesterol, principalmente para o sexo masculino.

Já na tabela 9, quando os participantes foram distribuídos segundo o grau de dependência e a idade categorizada, constata-se maior número de participantes dependentes entre as idades de 75 a 84 anos, a exceção do item “ajuda em até 75% das tarefas”.

Tabela 9. Distribuição dos participantes segundo idade categorizada e o grau de dependência

Grau de dependência	Idade Categorizada				Total
	65-74	75-84	85-94	95 acima	
Nenhum	26	25	1	-	52
Ajuda em até 25%	10	13	12	1	36
Ajuda em até 50%	1	3	2	1	7
Ajuda em até 75%	2	1	3	1	7
Total	39	42	18	3	102

Com relação à escolaridade, houve predominância de participantes que estudaram até o ensino fundamental completo (76,5%), 12,7% até o ensino médio completo, 4,9% até o ensino superior completo, 5,9% analfabetos. Quanto à situação conjugal, 53,3% dos participantes são casados, 6,9% é solteiro, 3,9% são divorciados/separados, 35,3% são viúvos. Houve associação significativa entre sexo e situação conjugal dos participantes, destacando mulheres viúvas e homens casados [ $\chi^2(3)=24,98$ ;  $p<0,001$ ]. Verifica-se que esta associação é moderada ( $V=0,49$ ). A distribuição dos participantes referente à “situação conjugal” e a “dependência”, tanto para pessoas dependentes quanto independentes predominou o estado civil casado (21% e 34% respectivamente) e viúvo (24% e 12% respectivamente). Não houve associação estatisticamente significativa entre situação conjugal e dependência [ $\chi^2(3) = 7,18$ ; NS].

Considerando a situação sócio-econômica, 70,6% informou que sua renda consistia de até 3 salários mínimos, 15,7% de 3 a 5 salários, e, 13,7% mais que 5 salários no momento em que a pesquisa foi realizada. O valor do salário mínimo era de R\$622,00.

Referente à ocupação, 11,7% dos participantes ainda trabalha. Houve uma distribuição uniforme deste item entre sexos, não havendo associação significativa [ $\chi^2(1) = 0,005$ ; NS]. Quando questionados sobre a aposentadoria e a pensão, a maioria dos participantes informa que é aposentada: 86,3%, e 26,4% dos participantes são pensionistas, destes a maioria é do sexo feminino. Os participantes sem o benefício previdenciário são 13,7%, destes 11,7% também são do sexo feminino. Constatam-se associações significativas tanto entre “sexo” e “ser aposentado” [ $\chi^2(1)=7,83$ ;  $p<0,05$ ], quanto entre “sexo” e “ser pensionista” [ $\chi^2(1)=13,67$ ;  $p<0,001$ ], destacando-se os homens como aposentados, as mulheres como pensionistas e com um menor número de benefícios da previdência. Verifica-se que as associações apresentaram respectivamente forças moderadas ( $C = 0,26$  e  $0,34$ ). Na

associação entre “dependente” e “ser aposentado” houve uma distribuição uniforme entre os grupos, dependente e não dependente, e, não houve associação significativa [ $\chi^2(1) = 1,15$ ; NS].

No que diz respeito à religião, 70,5% tem e praticam e 24,5% tem religião e não praticam. Quando associada esta variável com “sexo” não houve significância estatística [ $\chi^2(3) = 2,46$ ; NS]. Igualmente é possível detectar a não ocorrência de associação entre “ter religião/prática religiosa” e “dependência” [ $\chi^2(3) = 3,18$ ; NS].

Em relação ao estado de saúde autodeclarado, os estados “bom” e “regular” predominaram, conforme se verifica na tabela 10, respectivamente com um total de 42 e 43 frequências. Enquanto para homens o predomínio foi de estado de saúde bom (26), para mulheres houve prevalência de estado de saúde regular (29). Esta diferença entre sexos foi significativa, a partir da prova do Qui-quadrado, [ $\chi^2(3) = 8,33$ ;  $p < 0,05$ ], com força de associação moderada ( $V=0,28$ ).

Tabela 10. Estado de Saúde Autodeclarado segundo Sexo

		Estado de Saúde Autodeclarado				Total
		Excelente	Bom	Regular	Ruim	
Sexo	Masc.	4	26	14	6	50
	Fem.	2	16	29	5	52
Total		6	42	43	11	102

Quando se consideram as variáveis “dependência” e o “estado de saúde autodeclarado”, constata-se, a partir da tabela 11, predomínio de autodeclarações de estado de saúde entre “bom” e “regular”. Neste item, verifica-se uma inversão entre pessoas dependentes e independentes, com predomínio de autodeclarações “regular” (25) para os primeiros, e “bom” (25), para os segundos. Apesar da diferença, não houve associação significativa entre estas variáveis [ $\chi^2(3) = 6,11$ ; NS].

Tabela 11. Estado de Saúde Autodeclarado segundo dependência

Dependência	Estado de Saúde Autodeclarado				Total
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	
Sim	1	17	25	7	50
Não	5	25	18	4	52
Total	6	42	43	11	102

Ao serem questionados sobre serem portadores de alguma doença, 44% dos homens respondeu afirmativo e, 69% das mulheres também confirmaram esta condição de saúde. Na prova do Qui-quadrado entre



“sexo” e “possuir doença”, constatou-se associação estatisticamente significativa [ $\chi^2(1) = 6,61$ ;  $p < 0,05$ ], sendo a força moderada ( $C = 0,24$ ). Quando questionados sobre a auto-avaliação da memória, 63,7% dos respondentes declararam que possuem a memória boa, e em segundo lugar, a avaliação regular, com 22,5%. Na associação entre “sexo” e “auto-avaliação da memória” não se verificou associação estatisticamente significativa entre estas variáveis [ $\chi^2(3) = 5,01$ ; NS].

#### 4.1.2 Composição da Rede Social

Referente à rede social, ao questionar os participantes com quem residiam, obteve-se que 52,9% residem com o cônjuge, 23,5% moram com os filhos, 15,7% moram sozinhos, 7,8% residem com outras pessoas, como amigos e/ou vizinhos. A tabela 12 apresenta a distribuição dos participantes considerando sua rede social.

Tabela 12. Distribuição dos participantes considerando sua rede social

Sexo *	Com quem		
	Reside	Sim	Não
Masculino*	Sozinho	03	47
Feminino**		13	39
Masculino	Cônjuge	37	13
Feminino		17	35
Masculino	Filho	08	42
Feminino		16	36
Masculino	Neto	-	50
Feminino		-	52
Masculino	Amigos ou parentes	-	50
Feminino		03	49
Masculino	Outros	02	48
Feminino		03	49

\*50 participantes sexo masculino e \*\*52 participantes sexo feminino.

Concernente à rede social, houve associação significativa entre “sexo” e “morar com cônjuge” [ $\chi^2(1) = 17,45$ ;  $p < 0,001$ ], com destaque para o sexo masculino. Já na associação entre “sexo” e “morar sozinho”, de modo significativo se destaca o sexo feminino nesta condição [ $\chi^2(1) = 6,95$ ;  $p < 0,05$ ]. Ao avaliar a força destas associações verificou-se que ambas foram moderadas ( $C = 0,38$  e  $C = 0,25$ ).

Não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e morar com filho [ $\chi^2(1) = 3,09$ ; NS], e, entre sexo e morar com amigos

$[\chi^2(1) = 2,97; NS]$ . Também não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e morar com outros, como vizinhos  $[\chi^2(1) = 0,17; NS]$ . É interessante aproximar estes resultados citados anteriormente com os resultados entre “sexo” e “situação conjugal”, pois em ambos os casos as mulheres apresentam uma maior condição de solidão em comparação aos homens. Referente à situação conjugal, há um maior número de mulheres solteiras e quanto à rede social, um maior número de mulheres que residem sozinhas; resultado oposto é constatado para o sexo masculino, com um maior número de homens casados e conseqüentemente residindo também em maior número com o cônjuge.

Referente à rede social e a variável “dependência”, verificou-se associações significativas entre “dependente” e “morar com cônjuge”  $[\chi^2(1) = 6,95; p < 0,05]$ , “dependente” e “morar com filho”  $[\chi^2(1) = 8,47; p < 0,05]$ , e, “dependente” e “morar com outros”  $[\chi^2(1) = 5,46; p < 0,05]$ . As três associações obtiveram força moderada (respectivamente  $C = 0,24$ ,  $C = 0,27$  e  $C = 0,22$ ). Na associação entre “dependente” e “morar com cônjuge”, destacou-se o número de pessoas independentes que moram com um companheiro, sendo que nas demais associações, o destaque ocorreu para pessoas idosas que são dependentes e que moram com algum membro da rede social mais próxima.

### 4.1.3 Mapa da Rede Social

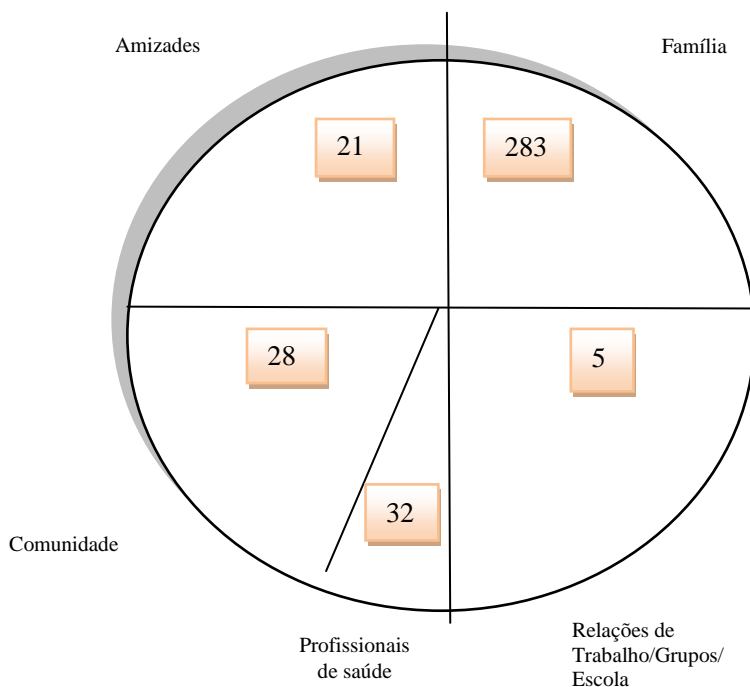
Para ampliar a compreensão referente à composição da rede social do idoso foi utilizado neste estudo o mapa de redes, proposto por Sluzki (1997). O mesmo auxiliou na identificação da existência de um cuidador, e o tipo de cuidador, se formal ou informal. O mapa de redes auxiliou também a compreender qual a intensidade dos vínculos estabelecidos entre a rede social e a pessoa idosa.

Foram elaboradas 3 questões que antecederam à aplicação do mapa de redes:

- 1) Neste momento de sua vida quais são as pessoas mais importantes para o (a) senhor (a)? Justifique sua resposta.
- 2) Hoje quais são as pessoas que o (a) senhor (a) tem contato frequente?
- 3) Quais são as pessoas que atualmente ajudam o (a) senhor (a) em suas necessidades do cotidiano? (Todos os setores da sua vida, saúde, etc).

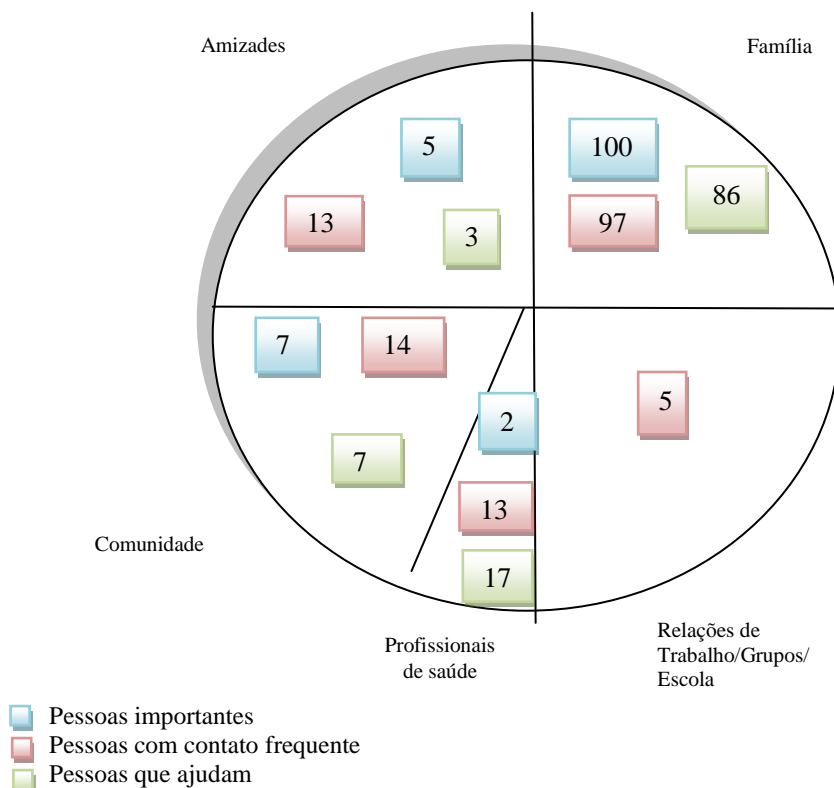
A partir dessas questões previamente formuladas é possível destacar três categorias de compreensão da rede social de apoio do idoso: “pessoas importantes”, “pessoas com contato frequente” e “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”. Conforme a figura 3, o quadrante Família se destacou na frequência de citações nas três categorias (283). Em segundo lugar, o quadrante Comunidade/Profissionais é citado por 60 pessoas, destas, 32 foram citações que referiam profissionais de saúde, como enfermeiros, agentes comunitários e cuidadores formais, com destaque para os últimos. Com 21 citações, o quadrante “Amizades” ficou em terceiro lugar. E com apenas 5 citações o quadrante “Relações de trabalho/Grupos, no qual foi citado a participação em grupo de idosos e grupos religiosos.

Figura 3. Composição do Mapa de Redes segundo a frequência de citações por quadrante.



Os resultados referentes à primeira categoria, com a questão, “Neste momento de sua vida quais são as pessoas mais importantes para o (a) senhor (a)?”, apontaram que a maioria das pessoas citadas como importantes se encontravam no quadrante da Família, conforme a figura 4, representado na cor azul. Somando todos os participantes que mencionaram ao menos um membro familiar como mais importante, computou-se 100 pessoas. Dois participantes alegaram não ter em suas vidas pessoas mais importantes. Em comparação ao quadrante família, os demais não obtiveram a mesma representatividade. O quadrante Comunidade foi citado por 7 participantes, os quais apontaram os vizinhos como pessoas importantes. Já o quadrante Amizades foi citado 5 vezes. O quadrante Comunidade/Profissionais de Saúde foi citado por 2 participantes, por meio do cuidador formal.

Figura 4. Composição do Mapa de Redes segundo a frequência de citações por quadrante (Três Categorias).



Interessante salientar que o cuidador formal é aquele que recebe remuneração, mas não necessariamente tem formação profissional. Por questões didáticas, estes profissionais foram inseridos dentro do quadrante Comunidade/Profissionais de saúde, todavia, são profissionais que trabalham na área da saúde e não profissionais de saúde. Nesse estudo, esta questão emerge, com várias pessoas que desempenham a ocupação de cuidador, porém, não possuem nenhum tipo de formação na área da saúde.

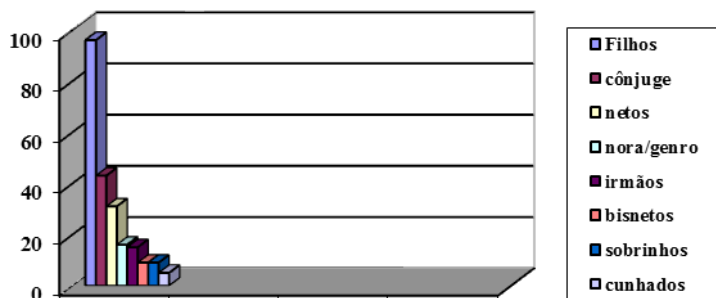
Complementar à questão anterior, “Neste momento de sua vida quais são as pessoas mais importantes para o (a) senhor (a)?”, foi solicitado aos participantes: “Justifique sua resposta”. Considerando que houve predomínio de membros familiares citados, os principais pontos trazidos na justificativa foram:

- 1) Laços sanguíneos
- 2) Membros com participação efetiva
- 3) Memória temporal afetiva

A maioria dos participantes apresentaram os “laços sanguíneos” como uma condição que por si só demarca a importância de determinado membro em sua vida. Esta justificativa predominou às demais, conforme ilustra o seguinte segmento de texto: “Família é sangue e sempre serão os mais importantes.” (Participante 23, sexo feminino). A segunda justificativa predominante, “membros com participação efetiva”, relaciona-se às pessoas que estão mais presentes e auxiliam nas necessidades da pessoa idosa. Como representativo dessa justificativa o seguinte segmento de texto: “Quando eu preciso é com minha família que eu conto, não posso pedir isso ao vizinho ou a um amigo.” (Participante 71, sexo masculino). A terceira justificativa, “memória temporal afetiva”, atrela-se ao tempo com que a família conhece e se relaciona com aquela pessoa. Os participantes apontam que é o membro familiar que sabe das dificuldades daquela pessoa idosa, conhecendo desde as qualidades até os defeitos, e aceitando todo o conjunto devido o afeto que foi desenvolvido. “Cuidar não é fácil, e, por isso não é para qualquer pessoa. A família conhece o idoso e isso ajuda a suportar as dificuldades. O mesmo ocorre com o idoso, que se abre mais para este familiar” (Participante 56, sexo masculino).

Ainda referente à primeira categoria, as “pessoas importantes”, considerando o destaque obtido no quadrante Família, no gráfico 1 são apresentados os membros que o compuseram de acordo com o grau de parentesco.

Gráfico 1. Distribuição dos membros familiares conforme o grau de parentesco



Conforme o gráfico 1, entre os familiares, os membros que se destacaram como mais importantes foram os “filhos”, citados por 96 participantes. Das 52 participantes mulheres, 5 não tiveram filhos e 38 delas citaram que todos os filhos eram pessoas importantes. Considerando a amostra global de participantes, 29 deles citaram que somente as filhas são pessoas importantes em sua vida, e 12 participantes citaram que os filhos são membros importantes. Em resumo, quando esta análise de frequência privilegiou o sexo, ganharam destaque as filhas, em detrimento aos filhos.

Em segundo lugar, os membros com destaque são os cônjuges, com 43 citações, sendo que também houve destaque para o sexo feminino, com um maior número de participantes (33) citando as esposas como pessoas importantes em sua vida. Pela análise estatística do qui-quadrado, foi verificado que existe diferença estatisticamente significativa entre sexo e importância da esposa na vida do idoso [ $\chi^2(1) = 20,99$   $p \leq 0,001$ ;  $C = 0,47$ ], do que se verifica haver relação entre ser mulher e prestar apoio ao idoso. Pela análise do Coeficiente de Contingência (C), verifica-se força média de associação entre as variáveis.

Com 30 citações, os netos ganham relevo como membros importantes da rede social do idoso. Os demais membros citados obtiveram menor frequência de citações em comparação as três primeiras, com 16 citações para noras/genros, 15 citações para irmãos, e bisnetos e sobrinhos ambos com 9 citações. Com frequência abaixo de 5 citações foram apontados: cunhados (5), primos (3), pai (2), mãe (2), tia (1), sogra (1), afilhado (1) e enteado (1).

Na segunda categoria, “pessoas com contato frequente”, conforme a figura 4, o quadrante Família obteve 97 citações e também se destacou dos demais, em segundo lugar o quadrante Comunidade/Profissionais de saúde com 27 citações, o quadrante Amizades com 13 citações e o quadrante Relações de trabalho/Grupo com 5 citações.

Na terceira categoria, “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”, apesar de haver uma diminuição no número de citações quando comparado com as duas primeiras categorias, o quadrante “Família” se destaca dos demais, sendo citado por 86 participantes. Os quadrantes “Comunidade/Profissionais de Saúde” e Amizades obtiveram, respectivamente, 24 e 3 citações, ambos diminuíram em comparação à segunda categoria, “pessoas com contato frequente”. Interessante salientar que mesmo com a diminuição na frequência de citações nessa categoria, no quadrante Comunidade/Profissionais de saúde, houve um aumento no número de citações dos Profissionais de saúde, com 12 participantes citando que contam com a ajuda de cuidadores formais, e outros 5 participantes, com a ajuda de profissionais da saúde, como enfermeiros e médicos. Ainda nessa categoria, dois participantes afirmaram que “ainda não tem” necessidade de pessoas que ajudem/apoiem/cuidem, e outros dois, alegaram que quando precisam de alguém para as necessidades cotidianas recorrem a “si mesmos”.

Considerando a importância da terceira categoria no escopo dessa tese, “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”, as análises que seguem foram realizadas privilegiando-a. Importante salientar que o número de participantes que citaram cuidadores familiares (86), não corresponde ao número de cuidadores citados (106), já que os participantes poderiam citar mais de um “cuidador” ou “potencial cuidador”. No caso dos idosos que já contam com cuidadores, seja formal ou informal, os mesmos citaram os cuidadores primários e, em alguns casos, os secundários. No caso das pessoas que citaram potenciais cuidadores e/ou pessoas que auxiliam, também ocorreu mais de uma citação por participante. Referente aos membros citados, conforme a tabela 13, 83 das 106 citações de cuidadores foram direcionadas para os “filhos” e os “cônjuges”, com grande destaque para os primeiros. Quando os membros familiares citados são separados por sexo, a distribuição se configura conforme a tabela 13.

Tabela 13. Distribuição dos Membros Familiares por Sexo

Grau de parentesco/sexo	Frequência
Filhos	14
Filho	13
Filha	36
Marido	3
Esposa	17
Neto	2
Neta	5
Genro	2
Nora	5
Irmã	5
Sobrinha	3
Cunhada	1
Total	106

Constata-se que em todos os graus de parentesco, o sexo feminino sobressai ao masculino, com 72 citações para o primeiro e 34 para o segundo. No grau de parentesco “filho”, 14 citações realizadas não discriminaram o sexo, demonstrando um auxílio distribuído tanto entre os filhos homens quanto as mulheres, porém, quando o sexo foi discriminado prevaleceu o feminino.

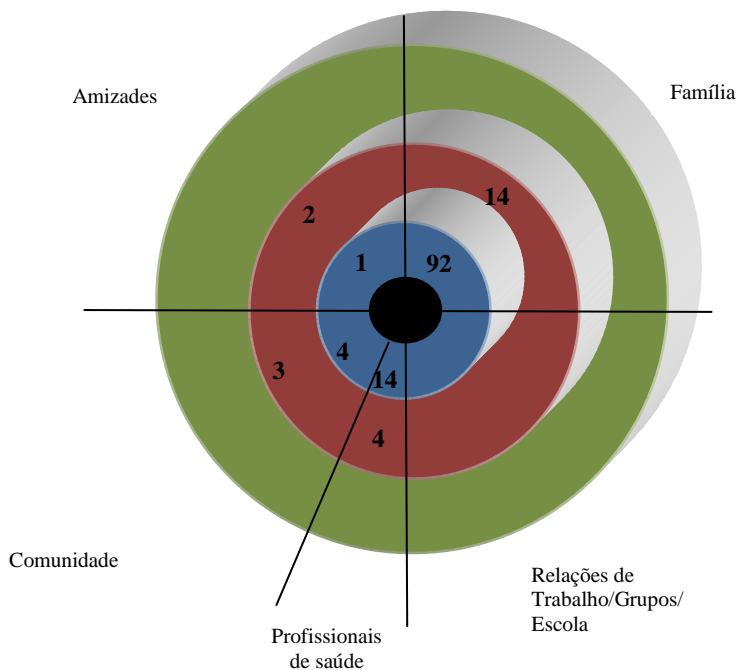
A terceira categoria, pessoas que apoiam/ajudam/cuidam, também foi analisada segundo a intensidade do vínculo entre o idoso e os membros que compõem a sua rede social. Para tanto, os participantes classificaram seus vínculos em três níveis de proximidade emocional:

- 1) Alto – relações íntimas
- 2) Médio – contato menos íntimo
- 3) Baixo – relações ocasionais (exemplo: familiares distantes ou até mesmo omissos).

Essa classificação foi realizada pelo próprio participante e se deu conforme a percepção do mesmo em relação ao nível de intimidade com os membros que compunham suas respectivas redes sociais. Na figura 5 consta a distribuição dos membros da rede social conforme a intensidade do vínculo estabelecido.



Figura 5. Distribuição dos membros da rede social segundo a intensidade do vínculo com o idoso



Na figura 5, observou-se uma maior concentração de membros no primeiro nível de proximidade, com predomínio do quadrante familiar. Em todos os quadrantes, quanto menor o grau de intimidade, menor o número de membros nele representado. Considerando que a categoria analisada compõem as pessoas da rede social que ajuda/auxiliam/cuidam, parte-se da premissa que estas pessoas possuem um alto grau de intimidade com a pessoa idosa cuidada, para além disso, no caso de cuidadores formais, em geral são relações que se desenvolvem maior nível de proximidade conforme o tempo de cuidado. Em resumo, constatou-se uma tendência em classificar os membros da rede social (terceira categoria), no primeiro nível de proximidade (111 membros), havendo 23 membros no segundo nível e nenhum membro no terceiro. O resultado encontrado, referente aos três níveis de proximidade, é coerente com o tipo de relacionamento estabelecido com a pessoa idosa, já que ao participar dos cuidados, auxiliar e

apoiar, requer periodicidade, impossibilitando um relacionamento ocasional, como o que se entabula com as pessoas que estariam situadas no último nível do mapa.

#### 4.1.4 Análise estrutural da RS de Cuidar da Pessoa Idosa

Com o objetivo de avaliar a constituição da estrutura das representações sociais de “cuidar da pessoa idosa” para participantes acima de 65 anos foi realizada uma análise lexicográfica por meio do *software Evocation* (2000). Este *software* analisa considerando dois critérios, a frequência e a ordem média de evocação, isto é, calcula a ordem de localização dos elementos segundo a prontidão da evocação. Sendo assim, os elementos com maior frequência e evocados primeiramente possuem maior probabilidade de pertencerem ao núcleo central, já os elementos que possuem menor frequência e foram evocados tardiamente situam-se entre os elementos que constituem a periferia da representação. A partir dos critérios já mencionados no método é possível gerar um diagrama de quatro quadrantes, nos quais constam as evocações dos participantes. A tabela 14 apresenta este diagrama com os quadrantes segundo a frequência e ordem média de evocação de palavras.

Tabela 14. Diagrama de quadrantes da RS de Cuidar da Pessoa Idosa

		OME<3		OME<=3			
	f >= 15	Elemento	F	OME	Elemento	F	OME
		Alimentação	34	2,76	Medicamento	23	3,52
		Carinho	28	2,46	Família	22	3,36
		Higiene	26	2,84	Acompanhamento	16	3,32
		Respeito	20	2,50			
		Atenção	19	2,52			
		Ser_cuidado	19	1,84			
		Zelo	15	1,86			
	f < 15	Amor	14	2,71	Assistência	10	3,00
		Ajuda	13	2,92	Atividade_física	7	3,42
		Cuidar_saúde	13	2,46	Educação	7	3,42
		Autocuidado	10	1,80	Apoio	6	3,83
		Cuidar_queda	9	2,77	Conversar	5	3,80
		Saúde	9	2,77			
		Paciência	8	2,87			
		Dificuldade	6	2,16			

Na análise lexicográfica obteve-se 486 evocações, destas 127 eram palavras diferentes, sendo consideradas na análise aquelas com

frequência superior a 5 evocações. A frequência intermediária foi de 15 e a ordem média de evocação 3. Pode-se observar na tabela 14, que no quadrante superior esquerdo destacam-se os elementos “alimentação”, “carinho”, “higiene”, “respeito”, “atenção” e “ser cuidado”. Estes elementos possuem a tendência de centralidade, ou seja, possivelmente constituem os elementos do núcleo central da representação deste objeto. Estes elementos ganham destaque, pois possuem frequência elevada e menor ordem média de evocação em comparação aos elementos dos demais quadrantes. Os elementos “alimentação” e “higiene” indicam uma representação permeada por aspectos pragmáticos do cuidado do idoso, os quais sugerem possíveis práticas sociais realizadas no cuidado da pessoa idosa. Esta representação também é composta por elementos afetivos, como “carinho”, “atenção”, “respeito” e “zelo”, sugerindo comportamentos desejáveis no ato de cuidar. O elemento “ser cuidado”, não obstante ter uma frequência menor de evocação (19) possui uma maior ativação ( $OME=1,84$ ) em comparação aos demais elementos, a exceção de “zelo”. Este elemento expressa a necessidade de receber cuidados, e também os tipos de cuidados que podem ser desenvolvidos, como o cuidado pela via medicamentosa, e o cuidado dispensado pela rede social do idoso, com o elemento “família” e “acompanhante”. Estes dois últimos elementos, localizados na periferia próxima (quadrante superior direito), ilustram a importância da rede social no cuidado da pessoa idosa. A partir do teste de centralidade somente o elemento “higiene” não foi confirmado como central na representação do objeto estudado.

No quadrante inferior esquerdo, também denominado zona de contraste, evidencia-se tipos de cuidados importantes, como o cuidado com a saúde, com as quedas e o autocuidado. Este último elemento, apesar da menor frequência de evocação, apresenta-se como elemento importante para os participantes porque sua ordem média de evocação esteve entre as primeiras posições de evocação (primeira ou segunda posição). O elemento “amor”, com forte conotação afetiva, é evocado entre a segunda e terceira posições e com frequência próxima aos elementos centrais, o que salienta sua relevância, juntamente com os demais elementos afetivos desta representação.

Na segunda periferia, nome dado ao último quadrante (Inferior direito), elementos diversos assinalam que no cuidado ao idoso a “assistência” é importante. Outros elementos destacados neste quadrante são ter “educação”, o “apoio” ao idoso, e a necessidade de “conversar” com a pessoa idosa. A “atividade física” também ganha relevo para a

periferia da representação deste objeto, assinalando características específicas para grupos circunscritos.

Ao comparar os elementos por grupos, pessoas idosas dependentes *versus* independentes, e pessoas idosas do sexo masculino *versus* pessoas idosas do sexo feminino, verifica-se maior importância de alguns elementos para grupos distintos. Os elementos de destaque por grupo e suas respectivas frequências e localização nos quadrantes seguem na tabela 15.

Tabela 15. Elementos da análise estrutural segundo grupos

Elemento	Frequência		Quadrante
	Dep.	Independ.	
Ser_cuidado	13	6	1°
Família	18	4	2°
Cuidar_saúde	2	11	3°

Elemento	Frequência		Quadrante
	Sexo M	Sexo F	
Atenção	3	11	1°
Amor	5	14	3°

Na comparação entre grupos, conforme a tabela 15, os elementos “ser cuidado” [ $\chi^2(1) = 4,85$ ;  $p < 0,05$ ] e “família” [ $\chi^2(1) = 10,46$ ;  $p < 0,001$ ], se destacam para os idosos dependentes. Estas diferenças são estatisticamente significativamente e possuem força moderada, respectivamente ( $C = 0,25$ ) e ( $C = 0,43$ ). Já o elemento “cuidar saúde” possui maior relevância para os idosos independentes, com conotação preventiva, o qui-quadrado denota esta significância [ $\chi^2(1) = 3,62$ ;  $p < 0,05$ ]. A força de associação entre estas variáveis é moderada. ( $C = 0,22$ ).

Ao comparar os idosos por sexo, constata-se que os elementos “amor” [ $\chi^2(1) = 9,53$ ;  $p < 0,001$ ] e “atenção” [ $\chi^2(1) = 11,04$ ;  $p < 0,001$ ] ganham relevância para o sexo feminino, sendo esta diferença estatisticamente significativa. As forças de associação foram respectivamente ( $C = 0,35$ ) e ( $C = 0,38$ ), ambas moderada.

## 4.2 ESTUDO 2 – 1ª PARTE - IDOSOS

### 4.2.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 40 idosos, acima de 65 anos. Como referido anteriormente, estes foram escolhidos dentre os 102 participantes que compuseram a amostra do primeiro estudo. Os critérios de escolha foram:

- 1) Acessibilidade
- 2) Consideração ao delineamento proposto inicialmente, no qual os participantes seriam pareados entre sexo e grau de dependência.

A média de idade dos participantes foi de 77 anos e cinco meses (DP = 7,98 anos). A idade mínima foi de 65 anos e a máxima de 98 anos.

A partir dos graus de dependência dos participantes deste estudo, conforme a tabela 16, constata-se prevalência no 1º nível (25% de ajuda).

Tabela 16. Grau de dependência dos participantes segundo a frequência

<b>Grau de dependência</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Nenhuma ajuda	20	50
Ajuda em 25% tarefas	17	42,5
Ajuda em 50% tarefas	2	5
Ajuda em 75% tarefas	1	2,5
Total	40	100

Referente à situação conjugal, 19 participantes são casados, 17 viúvos, 3 solteiros e 1 divorciado. Conforme a tabela 17, a distribuição dos participantes segundo o “sexo” e o “estado civil”.

Tabela 17. Distribuição dos participantes segundo sexo e estado civil

<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>				<b>Total</b>
	<b>Solteiro</b>	<b>Casado</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>	
Masculino	-	15	1	4	20
Feminino	3	4	-	13	20
Total	3	19	1	17	40

Quando associadas as variáveis “sexo” e “estado civil”, verificou-se significância estatística [ $\chi^2(3) = 15,13; p < 0,001$ ], e força forte (V=0,62).

É possível constatar na leitura da tabela 17, que enquanto há predomínio de homens casados, no caso das mulheres prevalece a viuvez.

Com relação à escolaridade, como no primeiro estudo, houve predomínio do ensino fundamental incompleto (25), os demais são distribuídos da seguinte maneira: 3 participantes analfabetos, 3 com o ensino fundamental completo, 6 com até o ensino médio completo e 3 com o superior completo.

Considerando a situação sócio-econômica, 25 participantes informaram que possuíam renda de até 3 salários mínimos, 9 com renda entre 3 a 5 salários mínimos, e, 6 mais que 5 salários mínimos.

Quanto à ocupação, 5 dos 40 participantes alegaram trabalhar no momento da pesquisa. Não houve diferença estatística entre sexo e trabalhar [ $\chi^2(1)=0,23$ , NS]. Referente aos tipos de benefícios recebidos, 35 participantes afirmaram ser aposentados e, 14 afirmaram ser pensionistas, sendo que 10 destes são do sexo feminino. A associação entre “sexo” e “ser pensionista” foi estatisticamente significativa [ $\chi^2(1)=3,96$ ,  $p < 0,05$ ], e a força da associação foi moderada ( $C=0,30$ ).

A maioria dos participantes (32) declara que possui e pratica algum tipo de religião. Não houve associação significativa entre estas variáveis, já que a distribuição dos participantes foi homogênea [ $\chi^2(2)=2,13$ , NS].

Quando os participantes foram questionados sobre o próprio estado de saúde, com a questão: “O (a) senhor (a) diria que sua saúde é?”. As respostas que prevaleceram foram para os estados “bom” e “regular”, respectivamente com as frequências 19 e 12. Não houve associação estatisticamente significativa quando esta variável foi associada com sexo [ $\chi^2(3)=4,79$ , NS], apesar de um maior número de homens alegarem estado de saúde “bom” em relação à mulher (12 e 7 respectivamente). Já na associação entre “dependência” e o “estado de saúde autodeclarado” houve significância estatística e força forte [ $\chi^2(3)=10,32$ ,  $p < 0,05$ ,  $C=0,51$ ], com predominância dos participantes dependentes declarando estados de saúde piores.

Ainda referente ao estado de saúde, quando questionados se tinham algum tipo de doença 28 participantes responderam afirmativo. A distribuição por sexo foi numericamente idêntica. Referente à auto-avaliação da memória, a maioria dos participantes avaliou como “boa”, e, em segundo lugar, “regular”. Quando considerados por sexo, a distribuição dos participantes configurou-se conforme a tabela 18.

Tabela 18. Distribuição dos participantes segundo sexo e auto-avaliação da memória

Sexo	Auto-avaliação da Memória				Total
	Excelente	Boa	Regular	Ruim	
Masculino	2	17	1	-	20
Feminino	2	8	8	2	20
Total	4	25	9	2	40

Na associação entre estas duas variáveis, houve significância [ $\chi^2(3)=10,68$ ,  $p<0,05$ ], e com força relevante ( $V=0,52$ ), sendo que o sexo masculino autodeclarou a memória prevalentemente como “boa”, e o sexo feminino dividiu as autodeclarações entre “boa” e “regular”.

#### 4.2.2 Configuração da Rede Social do Idoso

Ao considerar a rede social, quando os participantes foram questionados com quem residiam, obteve-se uma prevalência de participantes que residiam com o cônjuge (18), e com os filhos (13). Os demais residiam sozinhos (8), e um participante residia com outras pessoas, como amigos e/ou vizinhos. A tabela 19 apresenta a distribuição dos participantes por sexo considerando sua rede social.

Tabela 19. Distribuição dos participantes por sexo considerando sua rede social

Sexo	Com quem Reside		
		Sim	Não
Masculino	Sozinho	01	19
Feminino		07	13
Masculino	Cônjuge	14	06
Feminino		04	16
Masculino	Filho	05	15
Feminino		08	12
Masculino	Neto	-	20
Feminino		-	20
Masculino	Amigos ou parentes	-	20
Feminino		01	19
Masculino	Outros	-	20
Feminino		-	20

Tal qual no primeiro estudo, neste estudo também houve associação estatisticamente significativa entre “sexo” e “morar com cônjuge” [ $\chi^2(1)=10,10$ ;  $p<0,001$ ], com destaque para o sexo masculino residindo

com sua esposa. A força desta associação foi moderada ( $C=0,45$ ). Já na associação entre “sexo” e “morar sozinho”, a prevalência sobrecai para o sexo feminino, com associação significativa e força moderada [ $\chi^2(1)=5,63$ ;  $p<0,05$ ,  $C=0,35$ ]. Nas demais associações entre “sexo” e “morar com filho” [ $\chi^2(1)=1,03$ ; NS], e, “sexo” e “morar com amigos e/ou parentes” [ $\chi^2(1)=1,03$ ; NS], não houve associação significativa. É possível aproximar estes resultados da rede social com a situação conjugal dos participantes, descrita anteriormente. Referente à situação conjugal, os participantes do sexo masculino predominam com o estado civil casado, e quando considerada a rede social são os que se destacam residindo com os cônjuges, já para o sexo feminino referente ao estado civil prevalecem as mulheres viúvas, as quais residem sozinhas.

### 4.2.3 Práticas Sociais dos Idosos

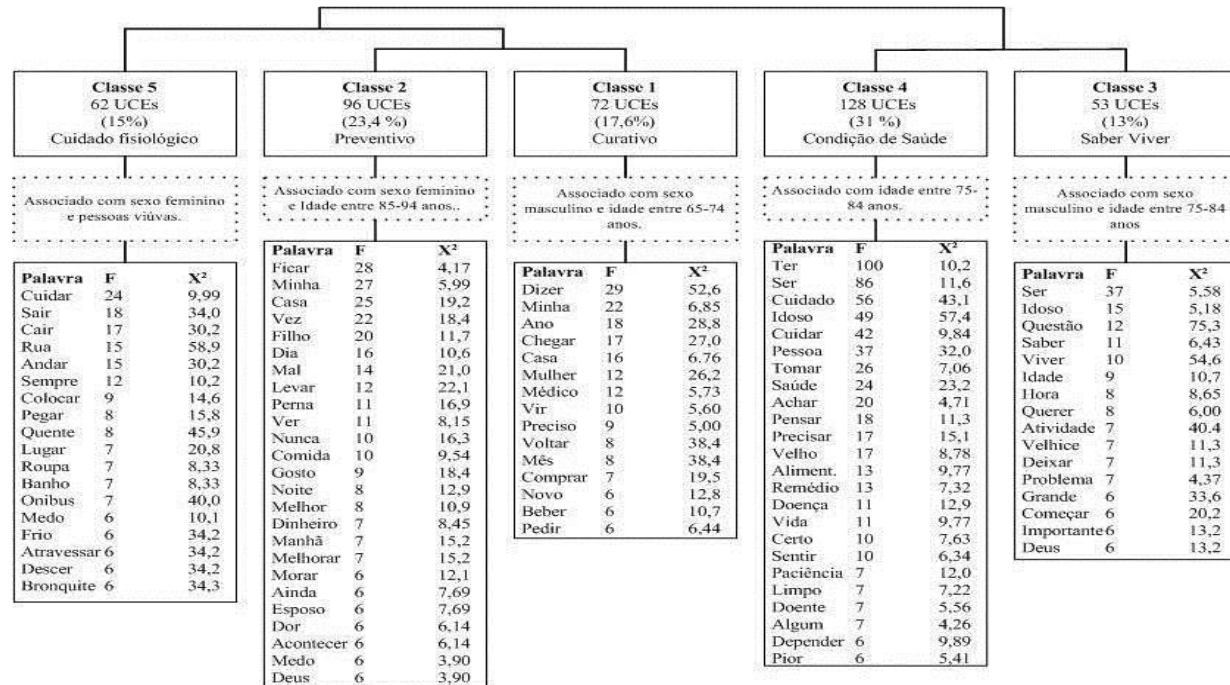
Para identificar as práticas sociais de cuidado do idoso foram elaboradas duas questões:

1. Para o (a) senhor (a), quais são os cuidados que as pessoas idosas devem ter?
2. O (a) senhor (a) poderia me falar um pouco sobre a sua rotina, o que costuma fazer no seu dia a dia?

Em ambas as questões, utilizou-se a classificação hierárquica descendente, com o auxílio do *software* IRAMUTEQ (Camargo & Justo, 2013). Na primeira questão, buscou-se verificar a prática de cuidado do idoso para consigo, ou seja, o autocuidado. E na segunda questão, a partir da rotina do idoso, suas práticas sociais de vida e o entrelaçamento do cuidado nessa rotina. Salienta-se que foram realizadas duas análises separadas para assegurar o rigor metodológico da mesma.

O primeiro *corpus*, Autocuidado, foi formado pelas 40 respostas dos participantes, então apresentou 40 textos. Posteriormente o *corpus* foi dividido em 518 segmentos de texto (STs) e foram considerados 79,34%, destes segmentos, na CHD. Foram analisadas 18.056 ocorrências, de 2.682 palavras diferentes que tiveram, em média, 6,7 ocorrências. Foram consideradas na análise as palavras com frequência superior a 6. O *corpus* se dividiu em cinco classes de segmentos de texto descritas por palavras cujos valores do qui-quadrado eram iguais ou superiores a 3,84 ( $p \leq 0,05$  e  $gl = 1$ ). O dendograma da figura 6 esquematiza as classes geradas nessa análise.



Figura 6. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus Autocuidado*

Numa primeira etapa, o corpus *Autocuidado* foi dividido em dois subcorpora (1ª partição), de um lado, as classes 5, 2 e 1, e do outro as classes 4 e 3. Em uma segunda etapa, o primeiro subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), originando de uma lado a classe 5, e de outro, as classes 2 e 1. Em um terceiro momento (3ª partição), houve nova divisão contrapondo as classes 2 e 1. Numa quarta etapa (4ª partição), o segundo subcorpus foi dividido, originando de um lado a classe 4, e de outro a classe 3.

O primeiro subcorpus, com as classes 5, 2 e 1, se opõem ao segundo, classes 4 e 3, pois no primeiro o autocuidado é abordado a partir de aspectos mais concretos, já no segundo, são trazidos aspectos que podem estar subjacentes ao tema, como a importância de que membros da rede compreendam o idoso em suas necessidades, o que contribui para a autonomia do idoso no autocuidado.

A classe 4, a maior deste corpus, está relacionada a pessoas com idade entre 75 e 84 anos, ou seja, participantes que já vivenciam cronologicamente a etapa velhice há alguns anos. Os participantes indicam que o autocuidado está relacionado à heterogeneidade própria da velhice. Para tanto, os participantes que contribuíram para essa classe apontam que os cuidados que as pessoas idosas devem ter estão associados com a condição de saúde de cada pessoa. É preciso que a pessoa idosa tenha paciência e adote comportamentos de cuidados necessários à sua condição de saúde. É ilustrativo dessa classe o seguinte segmento de texto:

Depende do estado do idoso, se a pessoa se movimenta e pode ir ao banheiro, se pode tomar banho sozinha ou somente sendo ajudada estando bem doente, mesmo assim acredito que o idoso deva ter paciência. (Participante 27, sexo feminino).

A classe 3, que se contrapõe à classe 4, enfatiza a necessidade de saber viver. Essa classe se associou ao sexo masculino e pessoas com idade entre 75 e 84 anos. Os participantes que contribuíram para essa classe abordam que é preciso que compreendam a pessoa idosa em suas necessidades e que possa exercitar sua autonomia, conforme o segmento de texto que segue: “É preciso cuidar do idoso no sentido de deixá-lo livre para viver suas experiências, para fazer suas reflexões, é preciso dar tempo ao idoso para viver sua etapa e buscar a sua plenitude.”

(Participante 37, sexo masculino). Interessante salientar que essa classe demarca subjacentemente a contribuição dos membros da rede social do idoso no processo de deixar a pessoa idosa viver, o que significa compreender que a mudança de ritmo não impossibilita a realização das tarefas diárias. Conforme ilustra o segmento de texto: “Penso que evoca aquela questão do idoso viver em sua plenitude, é preciso entender o que o idoso precisa, o que ele gosta, o que ele pode fazer, o que ele pode fazer por ele e pelos outros.” (Participante 37, sexo masculino). Por fim, a classe 3 acrescenta que um autocuidado importante é a tomada de consciência de suas limitações, conforme indica o seguinte segmento de texto: “Se preparar para ir diminuindo suas atividades físicas emocionais e todas as outras coisas, saber que não se pode fazer o que fazia há 20 anos atrás.” (Participante 3, sexo masculino).

Na classe 5, que está associada ao sexo feminino e a pessoas viúvas, os cuidados fisiológicos são destacados. Dois grandes cuidados são enfatizados, o cuidado contra as quedas, e o cuidado com a mudança de temperaturas. As consequências advindas das quedas, ou ainda, da mudança abrupta de temperatura, são preocupações geradoras de medo nos participantes que contribuíram para a presente classe. Essa classe demarca um conteúdo, referente ao autocuidado, mais concreto e específico no cuidado necessário à pessoa idosa. É ilustrativo desta classe o seguinte segmento de texto: “Quando atravessar a rua tem que se cuidar, eu tenho a bengala que me defende e mesmo com a bengala às vezes eu caio, mas se eu caio, eu não me levanto, a gente chega a uma idade e fica pesada.” (Participante 29, sexo feminino)

A classe 2, a segunda maior deste corpus, associou-se ao sexo feminino e pessoas com idade entre 85 e 94 anos. Essa classe destacou os cuidados preventivos, como os cuidados tanto com a alimentação quanto com os horários das refeições. Salientou-se também a importância de diferenciar o que é ingerido no almoço e no jantar, para que beneficie o sono posteriormente, conforme indica o seguinte segmento de texto:

Não pode alimentação forte para uma pessoa de idade, ainda mais se comer de noite. Se eu como isso e passo mal, quem eu vou chamar se meu filho saiu e foi jogar, ele me deixou bem, mas se me dá uma coisa dessas, como eu faço? (Participante 6, sexo feminino).

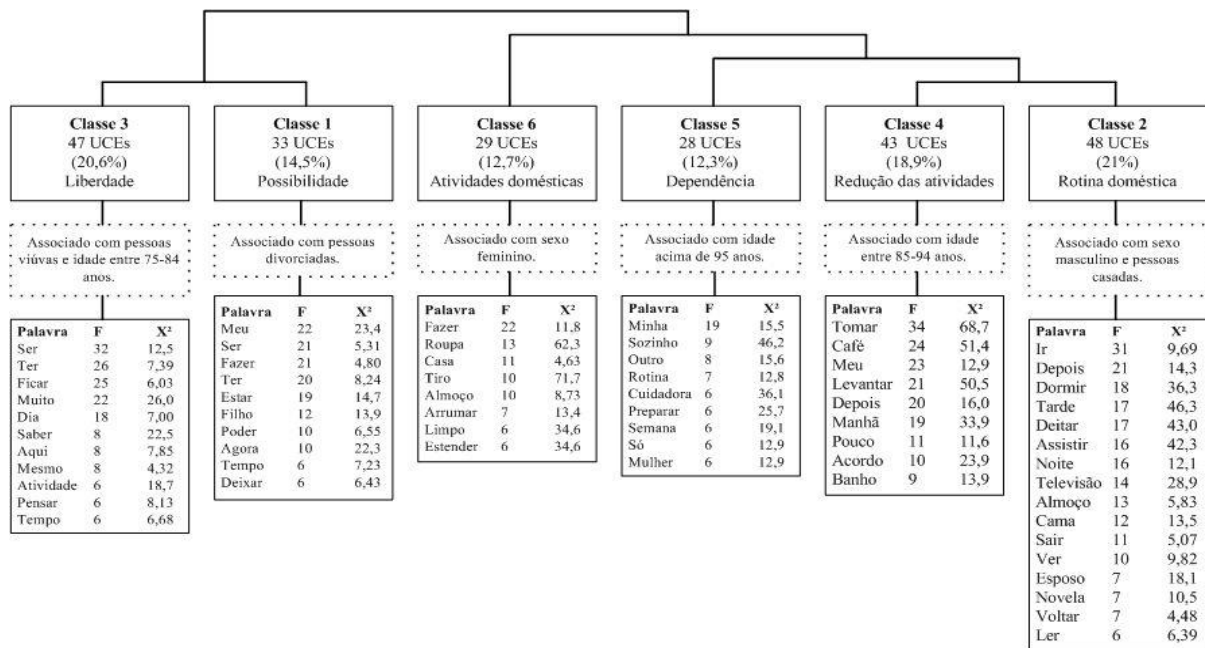
A casa da pessoa idosa surgiu como reduto de resguardo, o qual foi considerado um ambiente seguro e de amparo à pessoa idosa. Os participantes que contribuíram para essa classe afirmam que o amparo recebido por membros da rede, como os filhos, é importante, já que em alguns casos não é possível morar sozinho. Todavia, a escolha de morar com filhos ou demais membros da rede social é por necessidade e medo de que aconteça algo fora do controle da pessoa idosa, conforme ilustrado no segmento de texto que segue: “Não dá para morar sozinha, só durante o dia posso ficar e olhe lá, mas de noite não dá, eu tenho vontade de ter minha casa arrumada, fazer minha comida, mas a minha filha cozinha bem, faz direito.” (Participante 12, sexo feminino).

A classe 1, em contraposição à classe 2, volta-se para os cuidados curativos. Para além da contraposição de conteúdos entre classes 1 e 2, houve a oposição entre os sexos, com um maior número de contribuição de participantes do sexo masculino na classe 1. O auxílio de membros da rede social do idoso é evidenciado principalmente no papel da esposa, a qual aconselha comportamentos de cuidado, sinaliza os horários de tomar a medicação, acompanha nas consultas ao médico, dentre outras atividades de apoio ao cônjuge. Ainda nessa classe, o cumprimento das orientações médicas é salientado como importante, bem como o resguardo em casa quando se fizer necessário. O seguinte segmento de texto ilustra esta classe 1:

Minha esposa sempre me lembra para eu me cuidar, com isso diz que preciso estar agasalhado, com o peito coberto, o que me satisfaz é que falo sempre ela me orienta muito, isso me conforta [...]. Se estou doente não saio de casa, não estou legal, eu fico em casa me cuidando, eu preciso me cuidar para estar bem comigo mesmo, se eu não estiver bem comigo não dá.” (Participante 8, sexo masculino)

A questão “O (a) senhor (a) poderia me falar um pouco sobre a sua rotina, o que costuma fazer no seu dia a dia?” gerou o segundo *corpus*, intitulado “Rotina do Idoso”, também formado por 40 respostas dos participantes ou textos. Posteriormente o *corpus* foi dividido em 270 STs e, destes segmentos, 84,44% foram considerados na CHD. Foram analisadas 9.498 ocorrências, sendo 1.516 formas distintas e tiveram, em média, 6,2 ocorrências. Foram consideradas na análise as palavras com

frequência superior a seis. O *corpus* se dividiu em seis classes de segmentos de texto e foram descritas as palavras cujos escores de qui-quadrado eram igual ou superior 3,84 ( $p \leq 0,05$  e  $gl = 1$ ). O dendograma da figura 7 esquematiza as classes geradas nessa análise.

Figura 7. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus Rotina do Idoso*

Numa primeira etapa, o corpus Rotina do Idoso foi dividido (1ª partição) em dois subcorpora, de um lado, as classes 3 e 1, e do outro, as classes 6, 5, 4 e 2. Em uma segunda etapa, o segundo subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), opondo a classe 6 de um lado, e de outro, as classes 5, 4 e 2. Num terceiro momento (3ª partição), a classe 5 se opôs às classes 4 e 2. Numa quarta divisão (4ª partição), a classe 4 se contrapôs a classe 2. E em uma última divisão (5ª partição), a classe 3 se opôs à classe 1.

As classes 3 e 1 se opuseram às demais (6, 5, 4 e 2) por atrelarem a rotina do idoso à questão temporal, enquanto nas demais classes as práticas sociais de vida do idoso foram explicitadas a partir de um binômio, manutenção *versus* redução das atividades realizadas.

A classe 3, a segunda maior dentre as demais, o novo espaço de tempo encontrado, possivelmente pela aposentadoria, acirra um sentimento de liberdade e a busca da administração do tempo de um modo diferente do que era anteriormente. Essa classe se associou com as pessoas idosas viúvas, e com as pessoas com idade entre 75 e 84 anos. É ilustrativo dessa classe o seguinte segmento de texto: “A primeira coisa é que a gente começa a ter certa liberdade, a gente não tem aquelas obrigações de fazer isso ou aquilo, eu não tenho mais um emprego para cumprir horário, eu tenho meu tempo e o administro.” (Participante 37, sexo masculino).

A classe 1, igualmente assinala o tempo disponível, porém, salienta que o momento requer escolhas adequadas para a fase de vida atual e a busca de atividades que possam contribuir consigo e com a sua rede social. É preciso buscar atividades que estejam dentro das possibilidades da pessoa idosa e atividades que contribuam para encontrar um novo sentido para o tempo disponível que se tem. Essa classe associou-se a pessoas divorciadas. É ilustrativo dessa classe o seguinte segmento de texto:

Agora pelo menos eu estou fazendo um trabalho pensando no que eu posso deixar para meus filhos e, tenho muito disso, atualmente eu penso no que eu posso fazer, e no que eu posso contribuir para meus filhos ainda. (Participante 18, sexo masculino).

Na classe 6 predominam as respostas dos participantes do sexo feminino e ela traz um conteúdo relacionado às atividades domésticas. As práticas de vida dos participantes, que contribuíram para essa classe,

estão relacionadas à organização e a limpeza da casa. Atividades domésticas como estender roupa, limpar o chão, lavar a louça, são expressas nessa classe, como ilustra os segmentos de texto que seguem: “[...] Em casa eu lavo roupa, varro a casa, limpo o banheiro, limpo a sujeira do cachorro e às seis horas eu sento para ver a novela.” (Participante 34, sexo feminino). Outra participante expressa o mesmo contexto de atividades domésticas, porém associado com a atividade de leitura, o que não foi representativo do grupo: “Fecho o jornal e começo a fazer o almoço, salada, arroz, feijão, carne; em seguida sirvo a mesa. Enquanto o filho está comendo eu, estou terminando o jornal porque sempre termino de ler.” (Participante 25, sexo feminino).

A classe 5, que se associou a pessoa idosas com idade acima de 95 anos, apresenta um conteúdo demarcado pela dependência, no qual as atividades ou são realizadas por uma cuidadora, ou com a sua intermediação. Tanto as atividades do lar, relativos à limpeza, quanto os próprios cuidados pessoais contam com o apoio de um membro da rede social do idoso, conforme ilustra os recortes textuais:

[...] eu fico ali fora sentada até quase meio dia e a cuidadora vem para casa fazer almoço, quando o almoço está pronto ela vai ali me buscar, então eu almoço, ela arruma a cozinha e prepara todas as coisas para me deixar sozinha [...]. Nos finais de semana vem a irmã desta cuidadora, chega aqui por volta das oito horas da manhã e prepara meu café, em seguida eu levanto, ela me ajuda a me arrumar e ajeita o quarto. (Participante 24, sexo feminino).

Na classe 4, produzido prioritariamente por pessoas com idade entre 85 e 94 anos, expressa uma rotina em que as atividades realizadas sofreram uma redução, ou seja, várias atividades de cuidado são realizadas, como o banho, tomar café da manhã, porém em um número menor. Essa classe já demonstra o cotejamento com um contexto de vida com algum grau de dependência dos membros da rede social, conforme ilustra o segmento de texto:

Eu não tenho rotina aqui dentro desta casa a única coisa que eu faço de manhã é tomar banho, escovar os dentes, tomar café, depois vou para cozinha e quando estou bem ajudo o meu genro a fazer o almoço, mas isso acontece só as vezes [...].



As vezes eu lavo a louça, as vezes fico com preguiça e empurro para o meu genro. Eu tomo um banho sozinha ainda, as vezes minha filha me ajuda, depois vou dormir, quando acordo é a mesma coisa, tomo um café e tudo igual de novo. (Participante 22, sexo feminino).

A classe 2, maior dentre o corpus, destacou-se com conteúdos relacionados à rotina doméstica, como assistir televisão, ler e fazer a cesta após o almoço. Essa classe assinalou uma rotina doméstica sistemática, com horários para as alimentações, como o almoço, para o descanso, para o lazer, expresso pela televisão e pela leitura. Nessa classe predominou as respostas dos participantes do sexo masculino e de pessoas casadas.

Ainda na classe 2, a rotina doméstica não se expressou pela execução de atividades do lar, mas por uma sistematização da rotina doméstica e um comportamento passivo frente essas atividades, seja por expressar a dificuldade na realização das tarefas, seja por não ser um comportamento esperado por pessoas do sexo masculino, já que os participantes que predominantemente contribuíram para essa classe foram do sexo masculino e pessoas casadas. Os segmentos de texto que seguem demonstram o contexto predominante:

Eu espero o almoço e venho assistir o noticiário, de tarde assisto o Datena, de noite a gente fica até certa altura e às 21h vou dormir. (Participante 7, sexo masculino). Quando minha esposa sai eu a espero, depois eu assisto as novelas, esta que está passando eu gosto, eu me divirto assistindo esta novela, depois disso eu durmo novamente (Participante 32, sexo masculino).

#### 4.3 ESTUDO 2 - 2ª PARTE – MEMBROS DA REDE SOCIAL

Nesta seção são apresentados os resultados referentes à segunda parte do 2º estudo, relativo aos membros da rede social do idoso.

### 4.3.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 40 pessoas componentes da rede social do idoso do segundo estudo (1ª parte), sendo 37 do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi de 57 anos (DP = 12,69), com idade mínima de 18 anos e máxima de 78 anos.

Referente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (27), os demais são solteiros (6), divorciados (6) e viúvos (1). Com relação à escolaridade, 17 participantes possuem até o ensino fundamental completo, 14 participantes até o ensino médio completo e 9 participantes possuem até o ensino superior completo.

Considerando a situação sócio-econômica, 14 participantes informaram que possuíam renda de até 3 salários mínimos, 15 com renda entre 3 a 5 salários mínimos, e, 11 mais que 5 salários mínimos.

Quanto à ocupação, metade dos participantes afirmou que trabalhavam no momento da pesquisa. Referente à aposentadoria, 24 participantes afirmaram não serem aposentados, dado este coerente com a média de idade dos participantes.

Quando os participantes foram questionados sobre o estado de saúde do idoso, com a questão: “Você diria que o estado de saúde do idoso que você cuida é?”, as respostas prevaleceram no estado “regular” (18), e “bom” (13).

Considerando a análise por grupos, ou seja, homens e mulheres dependentes *versus* homens e mulheres independentes, e o tipo de relacionamento estabelecido com o idoso, os cuidadores/ou potenciais cuidadores se classificaram de acordo com a tabela 20.

Tabela 20. Cuidadores segundo o Tipo de Relacionamento com o Idoso

Sexo/ Dependência	Relação do “Cuidador” com o Idoso				
	Esposo (a)	Filho (a)	Irmão (ã)	Cuidadora Formal	Vizinha
Homens Dep.	4	3	-	3	-
Homens Ind.	8	1	-	-	1
Mulheres Dep.	-	7	-	3	-
Mulheres Ind.	3	5 *	2	-	-
	15	16	2	6	1

\* 4 mulheres e 1 homem

Dos 40 “cuidadores” ou “potenciais cuidadores” entrevistados, 3 eram cuidadores secundários, ou seja, apesar de auxiliar/ajudar/cuidar

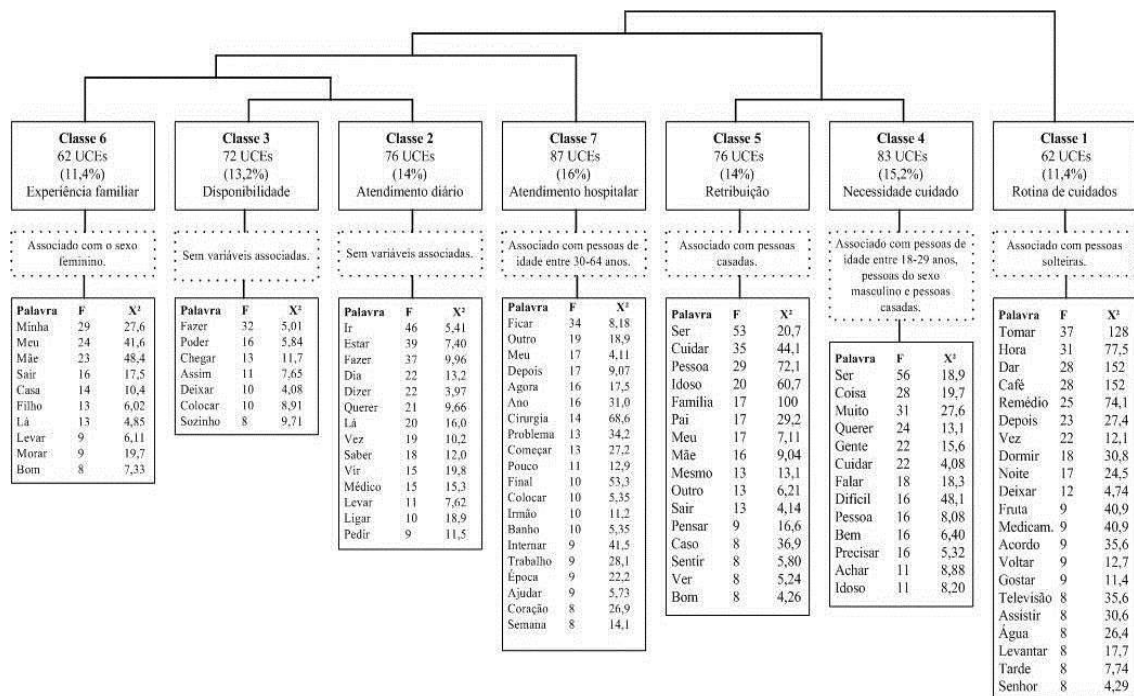
da pessoa idosa, desempenhavam um menor número de tarefas, com menor frequência, e geralmente tarefas complementares no quesito cuidado. O cuidador primário se incumbiu de tarefas relacionadas às ABVD, além de ter um contato mais frequente com a pessoa idosa que cuida.

Referente à realização das entrevistas com o cuidador secundário ocorrem três casos devido à dificuldade de acesso ao cuidador primário, ou principal. Especificamente nesses três casos, eram “potenciais cuidadores”, de pessoas idosas independentes. No caso das pessoas idosas dependentes, as necessidades de cuidados são prementes e mantém o cuidador mais tempo próximo da pessoa idosa cuidada.

Tal qual ocorrido no primeiro estudo, houve destaque para os cuidadores familiares, com evidência para os “filhos” e os “cônjuges”. Quando essa análise considerou o sexo do participante, o cuidador ou potencial cuidador foi predominantemente do sexo feminino. No quesito dependência ocorreu o mesmo, predomínio do sexo feminino e destaque para cuidadores informais, ou seja, pessoas que se dedicam a cuidar de alguém, porém não recebem remuneração. Enquanto para os homens dependentes os cuidadores que prevalecem são cônjuges, no caso das mulheres dependentes, os cuidadores são os filhos, conforme se observa na tabela 20.

#### **4.3.2 As Práticas Sociais**

Referente às práticas sociais dos membros da rede do idoso, a CHD foi originária das questões: “O senhor (a) já viveu a experiência de cuidar de idosos? Poderia me contar em detalhes esta experiência?”, obtida a partir da análise das respostas dos participantes a entrevista realizada, o que compôs 40 textos. O corpus foi dividido em 597 STs, dos quais 91,12% foram considerados na CHD. Foram analisadas 21.222 ocorrências, sendo que 2.626 eram formas distintas e tiveram, em média, oito ocorrências. Todas as palavras com frequência inferior a esta média foram excluídas da análise. O corpus se dividiu em sete classes de segmentos de texto e foi denominado “Práticas da Rede”. Conforme se observa na figura 8, citou-se o valor do qui-quadrado ( $\chi^2 \geq 3,84$ ) seguido da frequência média de cada palavra.

Figura 8. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus Práticas da Rede*

Numa primeira etapa, o corpus Práticas da Rede foi dividido (1ª partição) em dois subcorpora, de um lado, a classe 1, e do outro, as classes 6, 3, 2, 7, 5 e 4. Em uma segunda etapa, o segundo subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), opondo as classes 5 e 4 de um lado, e de outro, as classes 6, 3, 2 e 7. Num terceiro momento (3ª partição), a classe 7 se opôs às classes 6, 3 e 2. Numa quarta divisão (4ª partição), a classe 6 se contrapôs às classes 3 e 2. E uma quinta divisão (5ª partição), a classe 3 se opôs à classe 2. E em uma última divisão, (6ª partição), as classes 5 e 4 se opuseram entre si.

A classe 1, que se associou a pessoas solteiras, se opôs as demais classes por apresentar mais as rotinas de cuidado dos membros da rede com o idoso. As práticas assinaladas foram o atendimento medicamentoso, a rotina alimentar a partir do horário para as refeições, e o entretenimento ofertado ao idoso. Essa classe demarca uma oposição às demais por trazer características gerais e mais pragmáticas. Nessa classe são citadas as necessidades que as pessoas que compõem a rede social do idoso constatarem como importantes nos cuidados as pessoas idosas. Apresenta-se um segmento de texto dessa classe:

Eu acordo dou o café para ela, primeiro de tudo é o café porque ela toma o omeoprazol às sete horas da manhã, porque é em jejum, depois ela toma o café e depois do café eu faço a inalação e depois é o remédio da pressão (Participante 15, sexo feminino).

Na classe 4 as práticas de cuidado ao idoso são incluídas na rotina devido à necessidade emergente. O membro da rede passa a se perceber como um cuidador, já que a instauração da relação “cuidador-pessoa cuidada” é um acontecimento por vezes inesperado. É preciso que o cuidado ao idoso aconteça independente de haver uma motivação em sua realização, é preciso enfrentar as dificuldades e realizá-lo. Essa classe se associa a pessoas jovens (idade entre 18 e 29 anos), pessoas do sexo masculino e pessoas casadas. São ilustrativos dessa classe os seguintes segmentos de texto:

Ela depende de mim para tudo e ela não era assim e eu fui deixando e ela está dependente de mim até para coisas pequenas [...] (Participante 6, sexo masculino). Meu pai não é uma pessoa que se esperava naquele momento que ficasse acamado mesmo porque apesar dele já ser um idoso não era

daqueles que precisasse de uma assistência, no momento repentinamente ele precisou de uma assistência porque ficou acamado (Participante 38, sexo feminino).

Relativo à semântica, a classe 4 está mais próxima da classe 5. Porém, em síntese, apesar da maior proximidade de significados, as classes 4 e 5 se opõem, a primeira (classe 4) por expressar uma condição nova de um membro da família que deve ser suprida, já na classe 5, as pessoas que atendem ao idoso acreditam que é o momento de retribuir o cuidado que já receberam, cuidado que foi dispensado pelo idoso aos filhos e a outros membros de sua rede familiar, em outra fase de sua vida. Essa classe obteve uma maior contribuição de respostas dos participantes casados. O segmento de texto ilustra a classe 5: “Porque eu deixo claro que isso é ridículo, que não dá trabalho, não é ruim, é uma honra, é meu pai e eu devo minha vida a ele, não tem nada demais em cuidar dele.” (Participante 20, sexo feminino).

As palavras que compõem a classe 7 sugerem que as práticas de cuidados realizadas com os idosos possuem um cunho hospitalar, ou seja, são atendimentos que se derivaram após um período de hospitalização, devido a internações, cirurgias, quedas, doenças crônicas e ou sequelas de doenças sofridas, como exemplo o Acidente Vascular Cerebral. Essa classe foi produzida predominantemente por respostas de participantes com idade entre 30 e 64 anos. O segmento de texto a seguir é ilustrativo dessa classe:

No mês de dezembro ela caiu da cama e fraturou o braço, teve que colocar pino, isso deu muito trabalho, no dia da queda ela ficou no hospital e pensamos que era colocar o gesso e vir embora, mas o médico a hospitalizou (Participante 39, sexo feminino).

As práticas de cuidados são expressas nessa classe como um “problema” que afeta o momento vivido, interferindo na rotina de trabalho e impondo a necessidade de ajuda ao idoso. Além disso, os cuidados exigidos por um idoso com maior grau de dependência são maiores e consequentemente exigem mais do cuidador, conforme ilustra o segmento de texto:

Nesta época a minha irmã estava sem serviço e eu a indiquei para a senhora que cuido, mas ela não

quis contratar porque minha irmã era mais nova, mas eu não podia continuar como estava, eu estava me sacrificando (Participante 40, sexo feminino).

Essa classe está associada de forma predominante a respostas dadas por pessoas com idade entre 30 e 64 anos, relaciona-se tanto com as vivências atuais de alguns participantes, quanto por situações similares vividas no passado. Em síntese, a classe 7 está em oposição às classes 6, 3 e 2, pois, demarca, peculiarmente, o contexto de cuidados precedidos do envolvimento hospitalar.

A classe 6 está associada ao sexo feminino, e as palavras expressam o quanto a prática de cuidados deriva de uma experiência adquirida dentro do lar, a partir do cuidado de membros familiares. O segmento de texto que segue é ilustrativo dessa classe: “Eu morei com minha sogra por 30 anos, então ela dizia hoje não quero peixe quero uma sopa, então ela comia o que ela tinha vontade, nós dávamos dois banhos por dia nela.” (Participante 32, sexo feminino).

As classes 3 e 2 se relacionam à medida em que ambas fazem referência à questão temporal. A classe 3 se refere à disponibilidade para o cuidado, ou seja, a prática de cuidados ao idoso requer tempo e desta forma deve cuidar quem esta disponível. Os participantes típicos dessa classe afirmam que a práticas de cuidados ao idoso requerem acompanhamento contínuo, assim, quando o idoso é medicado é preciso estar junto para saber se o mesmo reage bem à medicação, é preciso de tempos em tempos oferecer algum alimento, entre outras práticas que requerem disponibilidade. O tempo usado para realizar outras atividades são os momentos em que o idoso dorme, ou ainda, no momento em que todas as suas necessidades foram atendidas. Ilustrativo dessa classe o seguinte segmento de texto: “Eu falo com ele, dou alguma coisa na mão dele e ele dorme, e eu escapo e vou fazer o que tenho que fazer, mas toda hora dou uma espiada nele.” (Participante 19, sexo feminino). A mesma participante acrescenta: “Quando está muito quieto eu vou lá e vejo se está tudo bem, se ele está precisando de alguma coisa, a tarde eu faço o café da tarde e assim sigo o dia todo”.

Na classe 2, o tempo surge expresso pela necessidade de dedicação diária às práticas de cuidados ao idoso. É preciso dispor tempo nesse cuidado, como por exemplo, no preparo de alimento adequado que evite o excesso de sal, a retirada do açúcar, a preparação de alimentação equilibrada com frutas, verduras, conforme segmento de texto extraído: “Eu cuido com o sal na comida, com o açúcar, que ele também não usa,

só usa adoçante, cuidado com a gordura, faço bastante verdura e legumes. Eu que vou junto ao médico com ele, eu que marco as consultas.” (Participante 22, sexo feminino).

#### 4.4 ESTUDO 2 – 3ª PARTE - RESULTADOS ARTICULADOS

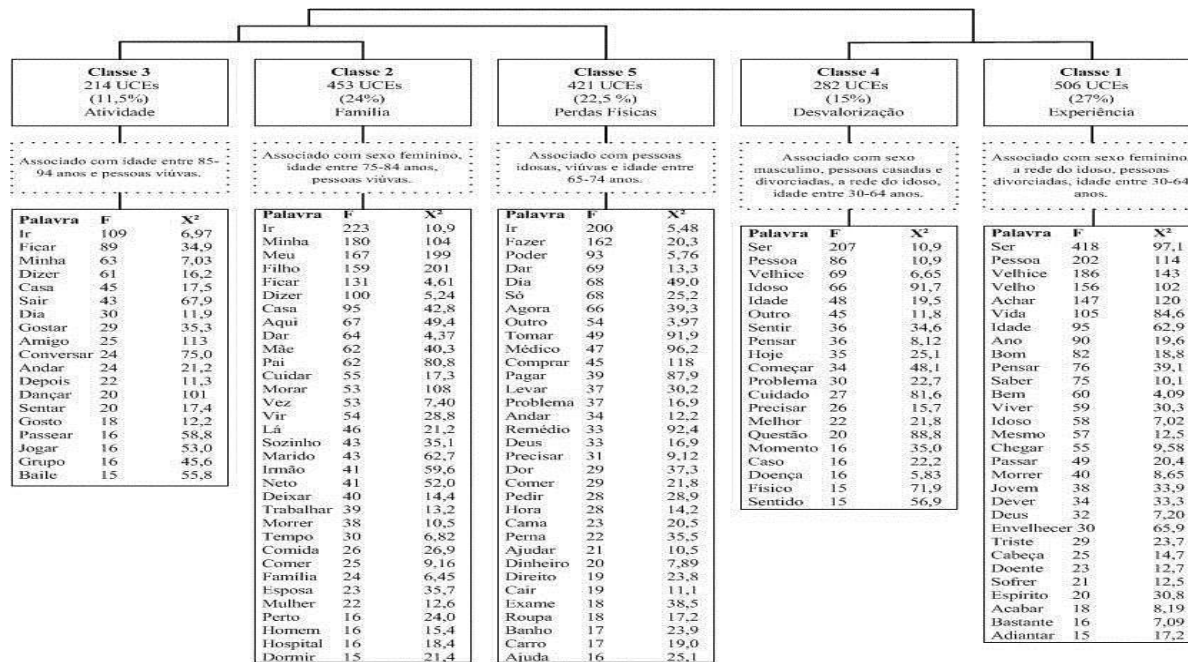
Nesta sessão são apresentados os resultados referentes aos estudos 2, os quais foram articulados conjuntamente com o intuito de comparar os grupos (Idosos *versus* Membros da Rede Social). O delineamento proposto no método previu estes resultados articulados em comparação, conforme segue abaixo.

##### 4.4.1 Representação Social da Velhice

A CHD referente à questão “Para o (a) senhor (a), o que é a velhice?”, foi formado por 80 respostas dos participantes. O corpus foi dividido em 1968 STs, e foram considerados na análise 95,33% dos segmentos. Foram analisadas 5457 palavras distintas, que tiveram em média 12,6 ocorrências. Todas as palavras com frequência inferior à média foram eliminadas da análise. A frequência e o qui-quadrado mínimo exigido para esta análise ( $\chi^2 \geq 3,84$ ) foram os critérios utilizados para a seleção de palavras que compuseram as classes. Esse corpus se dividiu em cinco classes de segmentos de texto. O dendograma da figura 9 esquematiza as classes que compõe este corpus.



Figura 9. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus Velhice



Numa primeira etapa, o corpus velhice foi dividido (1ª partição) em dois subcorpora, de um lado, as classes 3, 2 e 5, e do outro, as classes 4 e 1. Num segundo momento, o primeiro subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), originando de um lado a classe 5, e de outro, as classes 3 e 2. Em um terceiro momento, o segundo subcorpus foi dividido em dois (3ª partição), de um lado a classe 4 e de outro, a classe 1. Numa quarta subdivisão, o terceiro subcorpus (4ª partição) originou a classe 3 em oposição à 2.

A classe 1, a maior dentre as classes, surge com a compreensão da velhice como experiência, na qual esta etapa da vida se relaciona aos aprendizados adquiridos, na forma como se administra os problemas e no modo de viver menos ansioso em comparação com a juventude. O contexto desta classe foi produzido predominantemente por respostas dos participantes membros da rede social do idoso, pessoas com idade entre 30 e 64 anos e pessoas viúvas. Essa classe demarca predominantemente o olhar do outro (grupo representado pelos membros da rede social do idoso) para o grupo dos idosos, e demonstra que os idosos na velhice adquiriram experiência com a vivência, o que ajuda nas perdas físicas advindas com o envelhecimento. O segmento de texto é ilustrativo:

Porque eu considero e até me incluo, isso que acontece com o corpo, a velhice dos órgãos, a velhice do corpo em si, me dificulta, mas em compensação a minha cabeça e o meu estado de espírito não correspondem a isso, tudo isso aprendi com a vida, com tudo o que vivi (Participante 85, sexo feminino).

Ainda para a classe 1, a velhice é um fenômeno positivo e avaliado pelos participantes como algo a ser festejado, como uma conquista e como um presente divino: “É um presente de Deus chegar a 80 e poucos anos, é um presente, é muito bonito chegar a velhice.” (Participante 72, sexo feminino).

A classe 4 surge em oposição à classe 1, com uma conotação negativa da velhice, a partir de um contexto demarcado pela desvalorização do idoso. A desvalorização da velhice se expressa tanto a partir do desrespeito ao idoso, quanto na avaliação da velhice segundo os parâmetros da juventude. Conforme os segmentos de texto que seguem, é possível ilustrar ambas as compreensões sobre a velhice. A primeira compreensão, referente à desvalorização – desrespeito. “Eu

vejo o idoso como aquela pessoa que não é valorizada que sofre diversos tipos de violência dentro de casa, que sofre abandono, que é maltratada pelos filhos e isso perdura até hoje.” (Participante 52, sexo masculino). E a segunda compreensão, na qual a velhice, por vezes, é lida por parâmetros, segundo os participantes, inadequados para a fase vivida:

[...] eu sinto que hoje se enaltece muito a juventude, tudo é feito nos parâmetros desta etapa jovem, você precisa ser jovem [...]. Hoje ao contrário a pessoa vai usar tudo que a deixe mais jovem, usa o tênis, a camiseta, a mochila, antigamente não era esta supervalorização da juventude, eu penso estas questões com muita seriedade, é uma coisa que deve ser elaborada mentalmente (Participante 37, sexo masculino).

A classe 4 está associada ao sexo masculino e aos membros da rede social do idoso, ou seja, estes participantes produziram um maior número de respostas que se enquadraram nessa classe. Associou-se também a essa classe pessoas com idade entre 30 e 64 anos, pessoas casadas e viúvas.

A classe 5 está associada ao grupo dos idosos, e pessoas com idade entre 65 e 74 anos, contem palavras que sugerem as perdas físicas como o significado mais proeminente dado a essa fase da vida. Derivado dessas perdas a necessidade do uso de medicação, da busca de médico para os tratamentos necessários, e os dispêndios econômicos oriundos desse processo. O segmento de texto a seguir é ilustrativo dessa classe:

Minha mulher traz a injeção e aplica em mim na barriga, a velhice é a idade, aí já não come certas coisas porque faz mal, tudo faz mal, as pernas já não funcionam bem [...]. Eu tenho fraqueza nas pernas, a diabetes também contribui para a fraqueza nas pernas, cansa muito, eu fico na cama o dia todo quase, não saio de casa, a velhice vem por causa da doença. (Participante 31, sexo masculino).

Opondo à classe 5, as classes 3 e 2 assinalam conteúdos diversos, e que se opõem entre si, porém, quando comparados à classe 5, são mais próximos semanticamente. Na classe 3, a menor dentre o

*corpus*, as respostas dadas pelos participantes caracterizam um grupo de pessoas que compreendem a velhice como um período em que as atividades são necessárias, sejam atividades realizadas no lar, sejam as atividades recreativas. As últimas ganham destaque nessa classe, a partir da necessidade de participação em grupos de idosos, a busca por amigos para conversar, a dança e o jogo. As respostas que caracterizam prevalentemente essa classe foram de pessoas com idade entre 85 e 94 anos e pessoas viúvas. O segmento de texto ilustra a classe 3: “[...] Enquanto dá para andar está bom, eu sempre peço a Deus que ele nunca me tire a vontade de sair, a vontade que eu tenho de passear, eu não gosto de ficar em casa.” (Participante 29, sexo masculino).

A classe 2 se associa de forma predominante as respostas dadas por participantes do sexo feminino, com idade entre 75 e 84 anos e pessoas viúvas. Nessa classe, a família, representada pelos membros familiares da rede do idoso, surge tanto como suporte para vivenciar a velhice, quanto como possibilidade de ocupação, ou seja, os participantes idosos expressam que a presença da família extrapola o significado de receber ajuda/apoio/auxílio, mas se torna fonte de ocupação para a própria pessoa idosa, que se sente valorizada quando solicitada para ajudar os membros de sua rede social. Essa reciprocidade, no apoio mútuo, auxilia na significação da fase velhice. Os exemplos textuais citados a seguir são ilustrativos dessa classe:

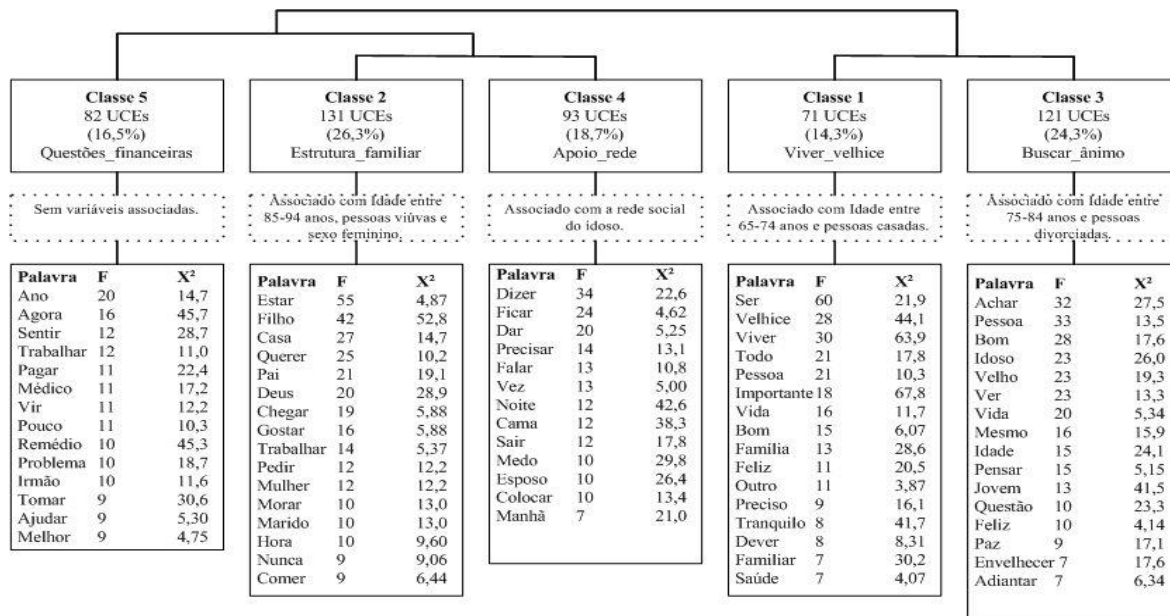
Eu não gosto da velhice em si, mas acho que ninguém gosta, porque é dor em tudo, mas eu agradeço porque eu ainda tenho alegria, tenho minha família perto de mim, moro com minha filha, netas e meu genro, e os amo muito (Participante 20, sexo feminino).

Se a gente tem alguém para apoiar a gente na velhice, alguém que cuida como, por exemplo uma esposa ou uma filha, tudo é bom, mas se você não tiver é complicado [...]. Nós somos uma família unida, se minha mulher não se sente bem eu a levo ao médico, se minha filha se queixa que não está bem, eu pego meu carro, e vou até ela, ela mora em São José. (Participante 53, sexo masculino).

#### **4.4.2 Representação Social sobre Viver Bem a Velhice**

A CHD do corpus referente à análise da questão “Em sua opinião, o que é importante para se viver bem a velhice?” foi formada por 80 respostas dos participantes (textos). Posteriormente, o corpus foi dividido em 708 STs, dos quais 70,34% foram considerados na CHD. Foram analisadas 3.178 palavras diferentes que tiveram, em média, 7,7 ocorrências. O dendograma oriundo dessa análise foi intitulado “Boa Velhice”. Todas as palavras com frequência inferior a sete foram excluídas da análise. O corpus se dividiu em cinco classes de segmentos de texto e as palavras descritas foram somente aquelas cujos escores de qui-quadrado eram iguais ou superiores ao mínimo considerado válido para esta análise ( $\chi^2 \geq 3,84$ ). No Dendograma foram descritas em primeiro lugar a frequência média de cada palavra e, após o valor do qui-quadrado, conforme se observa na Figura 10.

Figura 10. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus Boa Velhice



Numa primeira etapa, o *corpus* foi subdividido em dois (1ª partição), originando dois subcorpus, de um lado, as classes 5, 2 e 4, e, de outro as classes 1 e 3. Em um segundo momento, houve nova partição (2ª partição), na qual opôs a classe 5, das classes 2 e 4. Numa terceira etapa, o primeiro subcorpus foi dividido em dois, originando a classe 1 em oposição à classe 3. E numa etapa final, o segundo subcorpus opôs de um lado a classe 2, e do outro a classe 4.

A classe 5 privilegia a questão financeira para se viver uma boa velhice. Segundo os participantes, que contribuíram para essa classe, é preciso ter dinheiro para os cuidados com a saúde, que se tornam necessários na velhice. Ademais, o serviço público de saúde não supre as demandas, e isso acarreta a necessidade do uso de serviços privados de saúde, os quais possuem preços elevados. Assim, torna-se necessário um planejamento em longo prazo, já que em geral, as pessoas idosas não têm boas remunerações devido à baixa escolaridade, e, portanto devem economizar ao longo da vida, para ter reservas na velhice.

Eu trabalhei muito na minha juventude, mas eu não tinha estudo, então meus ganhos toda vida foram poucos. Eu trabalhei no hospital, mas já trabalhei na parte da cozinha, não deu para guardar nada [...]. Antigamente não se tinha nada, nas crianças eram usado fraldinha de pano, criei os filhos tudo na fralda de pano, então eu acho que hoje em dia se a pessoa estudar ela se vira, ela tem ganhos melhores, na nossa época isso não existia. (Participante 1, sexo feminino).

Os participantes, que contribuíram para a classe 5, afirmam que a questão financeira minimiza os problemas físicos, já que com dinheiro é possível ter mais lazer e realizar mais atividades. O segmento de texto é ilustrativo: “Ele não enxerga nada, é completamente cego, mas está sempre passeando com minha irmã, ela está sempre com ele, ajudando. Ele trabalhou no horto florestal 30 anos e é ele que sustenta minha irmã.” (Participante 41, sexo masculino).

A classe 2, a maior deste corpus, se associou a pessoas do sexo feminino, pessoas viúvas, e pessoas com idade entre 85 e 94 anos. Segundo esses participantes, uma boa velhice está relacionada predominantemente à estrutura familiar, ou seja, é importante que a pessoa idosa tenha pessoas que lhe auxiliem em caso de necessidades, como também, ter pessoas que estejam inseridas na rotina da pessoa idosa. Os

participantes salientam que não significa morar junto, mas estar junto. Apresenta-se um segmento de texto que compõe essa classe:

Eu digo para meu marido que não posso cuidar da mãe dele, ele não procura a mãe dele, eu que as vezes começo a falar com ele para ir lá, ele vai, mas é igual médico, então penso que é importante ter alguém da família com quem contar. (Participante 78, sexo feminino).

Para os participantes que contribuíram para a classe 4, predominantemente membros da rede social do idoso, o apoio da rede social do idoso é essencial para a vivência de uma boa velhice. Interessante salientar que os próprios membros percebem que o amparo, a ajuda, o auxílio, o estar próximo da pessoa idosa, contribui para se viver bem. O segmento de texto que segue é ilustrativo dessa classe:

[...] eu fui atrás e estou batalhando para conseguir porque é um direito dela, algumas coisas eu consigo pagar, e quem não consegue, então nós temos que ir atrás e deixar estes direitos bem vistos para as pessoas saberem. Eu acredito que nós temos este papel de amparar o velho, de ajudá-lo no que não consegue, em fazer valer seus direitos. (Participante 45, sexo feminino).

As classes 1 e 3, não obstante se oporem, possuem mais similaridade de conteúdo, quando comparadas ao primeiro subcorpus. Enquanto na classe 1 as pessoas que predominantemente produziram respostas possuem idade entre 65 e 74 anos, na classe 3, as respostas predominantes são de participantes com idade acima dos 75 anos. Outra oposição se relaciona ao estado civil, para a classe 1 predominaram respostas dos participantes casados, e na classe 3, participantes divorciados. Na classe 1, as respostas dadas pelos participantes caracterizam a ideia de que é importante viver a velhice para que a mesma seja uma boa fase da vida. A fase da velhice, nessa classe, é expressa como um período como os demais, ou seja, tal qual a fase adulta, e a juventude, e, portanto, para se viver bem é preciso usufruí-la. Além disso, apontam que a velhice é um reflexo do que foi vivido no passado, para tanto, se a vida transcorreu tranquila, com união familiar, sem problemas de relacionamento e com cuidados preventivos,



igualmente a velhice terá essas características. Como exemplo para essa classe o seguinte segmento de texto:

Se a pessoa teve um bom relacionamento com a família, se todos foram unidos, se ela teve um emprego bom, se teve tudo certo, não que seja tudo 100 cento certo, mas que teve uma vida mais tranquila, ela terá uma velhice mais tranquila. (Participante 71, sexo feminino).

Os participantes que contribuíram para o contexto da classe 1, acrescentam que é possível se preparar para a velhice, e assim, poder atingir essa fase da vida com condições de saúde para usufruí-la, conforme segmento de texto ilustrativo: “Evitar abusos na bebida e todos os abusos que possam existir, na verdade o abuso deve ser evitado sempre, não somente na velhice, quando eu falo de preparação para a velhice, eu me refiro a não esperar chegar na velhice para se cuidar.” (Participante 38, sexo masculino).

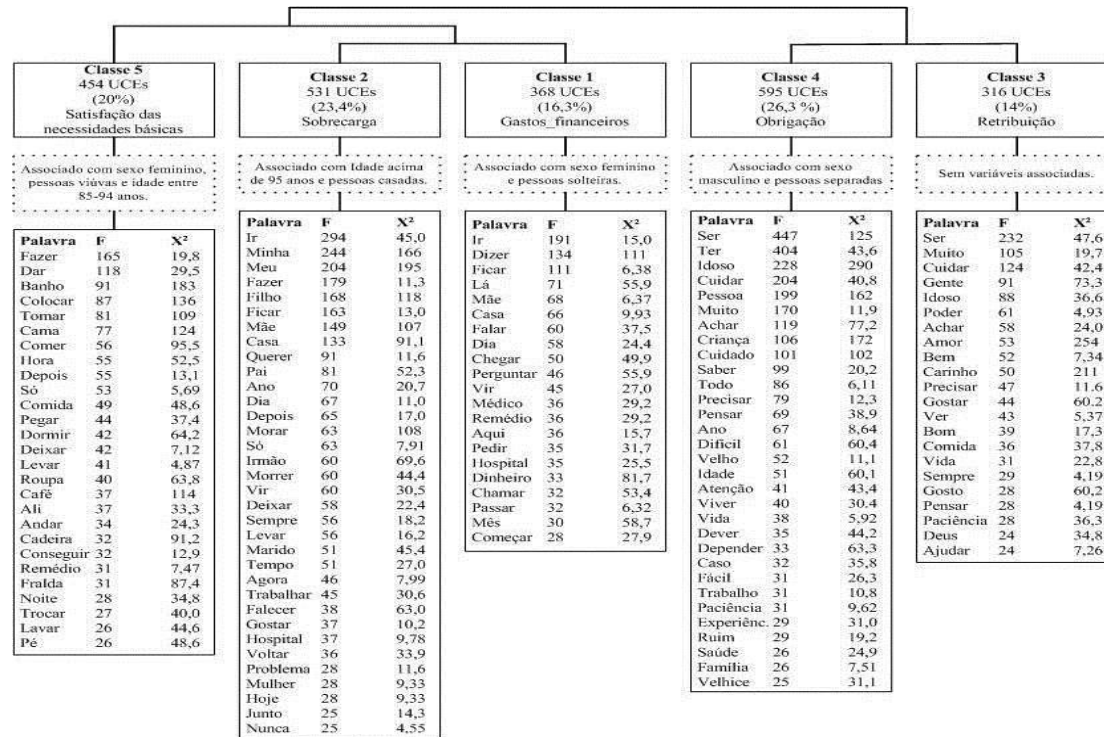
A classe 3, cujos participantes que contribuíram predominantemente tinham idade entre 75 e 84 anos, e eram pessoas divorciadas, aponta a necessidade de buscar ânimo para vivenciar a velhice, independente da idade, das perdas físicas, é preciso combater com ânimo. Os participantes acrescentam que o “pensar jovem”, e o “gostar de ser velho”, são essenciais para se viver uma boa velhice. Nessa classe, as nomenclaturas “idoso” e “velho” são citadas pelos participantes.

A pessoa vai definhando fisicamente, mas vai vivendo sempre com aquela vontade, eu tenho dentro de mim a imagem de um velho bem baixinho, bem pequenininho, bem magrinho, quase ossinho e pele, mas bem ligeirinho e com ânimo de vida (Participante 85, sexo feminino).

#### **4.4.3 Representação Social de Cuidar da Pessoa Idosa**

A CHD do corpus referente à unidade temática, “Cuidado do Idoso”, obtida a partir da análise das respostas de todos os participantes a entrevista realizada, compôs 80 textos. O corpus foi dividido em 2591 STs, e foram considerados na CHD 87,38%. Foram analisadas 91.198 ocorrências, das quais 6.345 formas distintas. Foram consideradas na

análise as palavras com frequência igual ou superior a 24 ocorrências. O *corpus* se dividiu em cinco classes de segmentos de texto. Na análise do dendograma em questão foram citados a frequência e o valor do qui-quadrado ( $\chi^2 \geq 3,84$ ), conforme se observa na figura 11.

Figura 11. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus Cuidado do Idoso*

Numa primeira etapa, o corpus Cuidado do idoso foi dividido (1ª partição) em dois subcorpora, de um lado, as classes 5, 2 e 1, e do outro, as classes 4 e 3. Num segundo momento, o primeiro subcorpus foi dividido em dois (2ª partição), originando de um lado a classe 5, e de outro, as classes 2 e 1. Em um terceiro momento, o primeiro subcorpus foi dividido em dois (3ª partição), de um lado a classe 2 e de outro, a classe 1. Numa quarta subdivisão, o segundo subcorpus (4ª partição) originou a classe 4 em oposição à classe 3.

A classe 4, a maior do corpus, o cuidado do idoso é uma obrigação, na qual é preciso cuidar da pessoa idosa devido a etapa da vida em que se encontra. As respostas dos participantes, que contribuíram para esse contexto, enfatizam os aspectos negativos do cuidado, com palavras como “difícil”, “trabalho” e “ruim”. O comportamento da pessoa idosa é assemelhado ao comportamento da criança, e essa comparação entre fases, velhice e infância, exacerba a necessidade de se ter “cuidado” e “atenção” com a pessoa idosa. Para além dessa comparação, vale ressaltar que foi comum nessa classe, respostas de participantes que salientaram uma regressão no desenvolvimento da pessoa idosa, ou seja, enquanto as crianças estão no ápice do seu desenvolvimento, para os participantes, os idosos, ao contrário, involuem. Apresentam-se segmentos de texto ilustrativos componentes dessa classe:

Os filhos, os netos, por vezes deixam a desejar, eu acho que temos que cuidar de um velhinho como se cuida de um bebê, temos que cuidar daquele velhinho como se eu estivesse cuidando de um bebê [...]. Porque ele é indefeso, ele precisa muito de ajuda, o bebê você sabe que ele vai andar que você vai segurar na mão dele e ele só vai se desenvolver, o velho não, dali ele só vai piorar. (Participante 46, sexo feminino).

Outro aspecto salientado nessa classe é a diferenciação do cuidado praticado em função da condição de saúde da pessoa cuidada, conforme segmento de texto que segue:

Tem pessoas que precisam de mais ajuda e outras não, eu sou este segundo caso, que ainda posso me cuidar sozinho, mas eu vejo que tem pessoas que tem que ter uma atenção diferente, que precisam de visita diária de outras pessoas, até

mesmo estar com ela sempre. (Participante 38, sexo masculino).

Nesta classe, salientou-se ainda que para cuidar da pessoa idosa é preciso ter paciência, como indicado no segmento de texto ilustrativo: “[...] ter paciência não é fácil, mas acho que tem que fazer o possível e o impossível para lidar com estas pessoas, porque uma hora elas são crianças outra hora elas são pessoas que com a idade não aceitam.” (Participante 71, sexo masculino). Em resumo, considerando todos os aspectos citados, é “dever” cuidar da pessoa idosa. Nessa classe houve predominância de respostas de participantes do sexo masculino e pessoas separadas.

A classe 3 apresenta um conteúdo relacionado à retribuição de cuidar da pessoa idosa. A maioria dos participantes que contribuíram para essa classe aponta que em algum momento da vida recebeu cuidados, e na etapa em que vive o idoso, é a sua vez de ganhar cuidados. Para tanto, alguns comportamentos vão caracterizar o bom cuidado, tais como o carinho, a paciência, o gostar, o refletir sobre a situação vivenciada e também a possibilidade de realizar a prática de cuidados. Os participantes acrescentam que o sentimento norteador do cuidado ao idoso deve ser o amor. O cuidador precisa constatar que está realizando um bem ao outro, que existe uma necessidade e que a pessoa idosa possui uma história vivida, a qual deve ser respeitada. Os segmentos de texto ilustrativos assinalam vários sentimentos positivos ao cuidar, como gratificação e prazer:

[...] hora para o café, almoço e jantar, eu faço com prazer, principalmente sendo minha mãe que já fez tanto por mim, para mim é muito gratificante poder retribuir o que ela fez por mim, e no momento que ela mais precisa de mim é muito importante eu cuidá-la (Participante 50, sexo feminino).

Os participantes que contribuíram para essa classe, ao abordar o tema, salientam também algumas características das pessoas idosas, as quais fundamentam a necessidade de cuidados. A primeira característica se referente ao desenvolvimento da pessoa idosa, com a crença de que seu comportamento se assemelha ao da criança, conforme o segmento de texto indicado a seguir: “Para nós é como se fosse uma criança que a gente tem que cuidar, e ela é maravilhosa minha mãe, é maravilhosa não tem o que reclamar nada.” (Participante 80, sexo feminino). A segunda

característica atribui a todas as pessoas idosas um processo natural de carência, o qual deve ser dado atenção especial. Apresenta-se um segmento de texto que exemplifica esta característica: “A pessoa fica muito carente quando envelhece, eu ainda não estou neste ponto, eu estou bem abastecida de afeto e carinho ainda, mas a pessoa de idade fica muito carente, vejo pela minha sogra o quanto ela era carente.” (Participante 42, sexo feminino).

Quanto à classe 5, houve participação predominante de pessoas do sexo feminino, pessoas viúvas, e pessoas de idade entre 85 e 94 anos. A ideia principal que a classe traz é a de que cuidar da pessoa idosa é satisfazer suas necessidades básicas, para isso é preciso administrar a medicação nos horários indicados, preparar o alimento e servir no horário, auxiliar na higiene, por meio do banho, das trocas de roupas, sejam pessoais quanto de cama, e da fralda. Os segmentos de texto destacados ilustram a classe:

A gente tem que cuidar de tudo, cuidar com a alimentação, para não comer coisas que fazem mal, eu dou conselho para ele, para não comer coisas que fazem mal, mas não adianta [...]. Ela estava sempre bem limpa e ela fazia tudo na cama xixi, cocô, tudo isso, é muito difícil, neste caso ela não podia cuidar sozinha [...]. Na hora de trocar a roupa, tinha que empurrar para um canto, então tirava o lençol desta parte, chegava para lá e tirava o lençol da outra parte, passava álcool na cama e nisso tem que virar a senhora na cama. (Participante 56, sexo feminino).

Neste corpus a classe 5 é a que traz uma abordagem mais pragmática no que se refere aos cuidados da pessoa idosa, e é possível constatar as dificuldades nas práticas de cuidados, conforme segmento de texto ilustrativo: “[...] esta pessoa pode ser magra o quanto for, mas você não vai conseguir levantá-la de jeito algum para trocar a roupa. Para mudar a roupa de cama tem que ter ajuda, precisa de todo um aparato para tudo.” (Participante 36, sexo feminino)

A classe 2, constituída predominantemente por respostas de pessoas com idade acima de 95 anos e pessoas casadas, o significado principal expressa o cuidado ao idoso como uma sobrecarga, como se a prática de cuidado agregasse mais uma atividade às demais realizadas. Além da prática de cuidado se aliar as demais, extrai-se dessa classe que o cuidado ao idoso, por si só, pode gerar sobrecarga; o que dependerá do

tempo dedicado, do grau de dependência do idoso e de como as tarefas de cuidado são distribuídas. Os casos que geraram hospitalização são os mais agravados e requerem uma dedicação maior, por vezes em tempo integral. Apresenta-se o segmento de texto componente dessa classe: “Quando minha irmã percebeu que eu estava sobrecarregada disse para o filho que era bom colocar uma pessoa junto para eu poder descansar.” (Participante 47, sexo feminino). Ainda nessa classe, os participantes consideram que, a participação distribuída pelos membros da rede social do idoso, tais como filhos, cônjuge e irmãos, contribui para minimizar as dificuldades encontradas no processo de cuidado diário ao idoso.

Mas tudo isso tornou as coisas melhores, várias pessoas ajudando, claro a gente fazia de tudo, ele na cadeira de rodas, só o meu irmão que trabalhava e não se dava conta que poderia sair com ele para distrair, que isso iria ajudar. (Participante 70, sexo feminino).

Porém, mesmo que haja relativa distribuição de tarefas, os participantes indicam que frequentemente ocorre a sobrecarga em somente um cuidador.

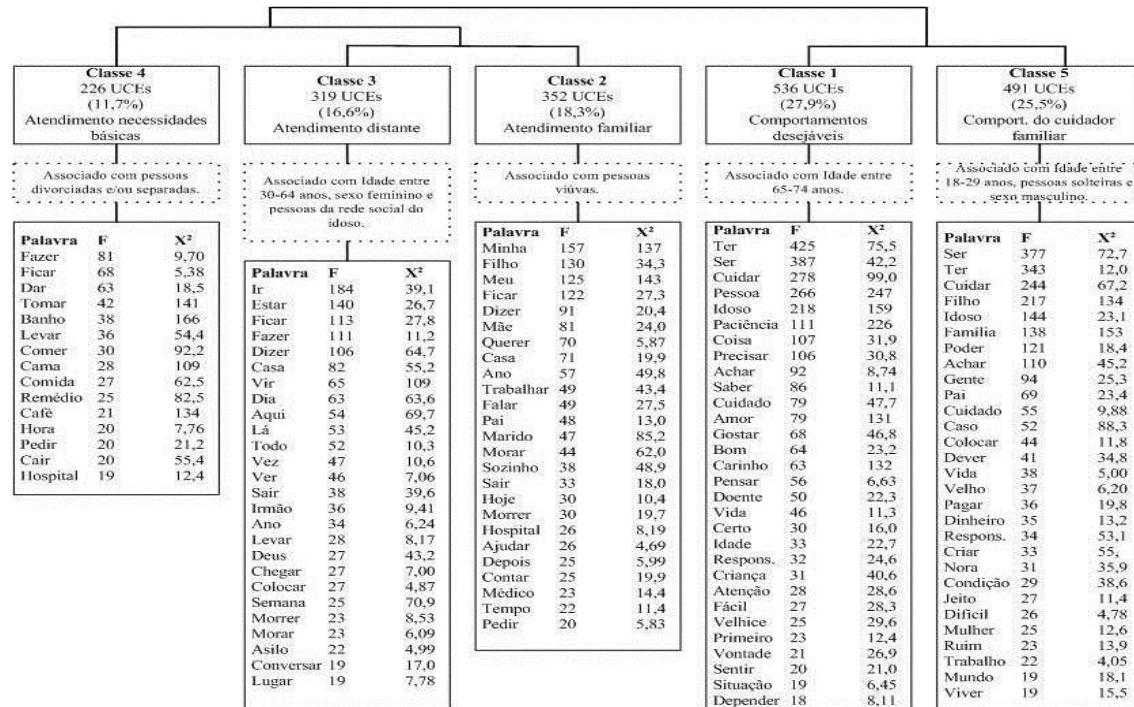
A classe 1 se associou a pessoas do sexo feminino e a pessoas solteiras, traz a relação entre cuidar da pessoa idosa e ter gastos financeiros. Dois sentidos principais são dados a essa questão: o primeiro é o que cuidar da pessoa idosa gera custos, e que a carência do sistema público de saúde maximiza essa problemática, conforme ilustra o segmento de texto: “O dinheiro que tínhamos programado para os móveis já não tinha mais, porque foram gastos que não estavam previstos quando começou a cuidar dela.” (Participante 70, sexo feminino). O segundo sentido, relaciona-se à pessoa que cuida de idosos, ou seja, se a responsabilidade é delegada somente para um membro da rede, é importante que os demais participem financeiramente do cuidado. Os participantes, que mais contribuíram para a classe 1, concordam na existência de uma sobrecarga ao cuidar da pessoa idosa, sendo essa não somente na esfera física e emocional, mas principalmente na esfera econômica. Para tanto, assinalam que é preciso que os membros da rede se mobilizem na ajuda ao idoso, caso não possam efetivamente realizar os cuidados, que o façam com auxílio financeiro.

[...] eu comentei para meu irmão que ninguém aguentava ficar na sobrecarga que estávamos, era necessário serem mais pessoas, porque as pessoas contratadas não aguentavam ficar um mês e junto com isso minha mãe com início de esclerose, era muito dinheiro envolvido e todos precisavam ajudar. (Participante 70, sexo feminino).

#### **4.4.4 Atribuições do Cuidador**

A CHD do corpus referente à questão “O que você acha sobre a pessoa que cuida de idosos?”, obtida a partir da análise das respostas de todos os participantes, foi formada por 80 Textos. O corpus foi dividido em 2214 STs, dos quais 86,9% foram consideradas na CHD. Foram analisadas 5.443 palavras diferentes que tiveram, em média, 14,4 ocorrências. Todas as palavras com frequência inferior à média foram excluídas da análise. O corpus se dividiu em cinco classes de segmentos de texto. O presente corpus foi nomeado “Cuidador”. Na análise do dendograma desse corpus, optou-se por citar a frequência e em seguida o valor do qui-quadrado ( $\chi^2 \geq 3,84$ ), conforme se observa na Figura 12.



Figura 12. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpous Cuidador*

Numa primeira etapa, houve uma 1ª partição que opôs de um lado as classes 4, 3 e 2, e de outro as classes 1 e 5. Num segundo momento (2ª partição), o primeiro subcorpus se dividiu opondo de um lado a classe 4, e de outro, as classes 3 e 2. Numa terceira etapa (3ª partição), o segundo subcorpus foi dividido em dois, opondo de um lado a classe 1 e, do outro, a classe 5. Por fim, numa quarta etapa (4ª partição), houve nova partição opondo de um lado a classe 3 e, de outro a classe 2.

As duas maiores classes desse corpus, classes 1 e 5, abordaram os comportamentos que são esperados por parte dos cuidadores. A classe 1, a maior dentre o corpus, associou-se aos participantes de idade entre 65 e 74 anos. Para essa classe, os participantes consideram que existem comportamentos desejáveis que os cuidadores devam adotar, como: ter responsabilidade, paciência, cuidado, carinho e atenção. Para ter todos estes comportamentos, é preciso gostar de cuidar, ter empatia para compreender quando existe uma situação de dependência, e expressar o apoio à pessoa que está recebendo cuidados, conforme excerto ilustrativo:

Na adversidade a pessoa realmente saber dizer que está ali, que vai ajudar, que pode contar com ela. O cuidador precisa ter o espírito de renúncia naquele momento, porque a pessoa precisa renunciar muita coisa, e não é fácil (Participante 51, sexo masculino).

Ainda na classe 1, a velhice é significada como uma etapa da vida que se assemelha a infância, já que os idosos têm comportamentos semelhantes às crianças. Esta crença acirra a importância de se ter paciência para ser cuidador de pessoas idosas. Outro aspecto que maximiza a importância de se ter paciência, é o fato do cuidador, em geral, lidar com pessoas com algum agravo de saúde, podendo refletir no humor da pessoa que recebe os cuidados, conforme expressa uma das participantes: “A gente fica revoltada, isso altera o humor do idoso, o idoso precisa se segurar para ter paciência, porque seu estado não é fácil, está sempre no mesmo lugar, parado, esperando pelos outros.” (Participante 27, sexo feminino).

Considerando todos os comportamentos desejáveis por parte do cuidador, aliado a aspectos volitivos e motivacionais, é representativo dessa classe a complexidade da presente ocupação, já que as práticas de cuidado irão refletir diretamente no bem-estar da pessoa idosa e

consequentemente na maior ou menor sobrecarga do cuidador ao realizar as práticas de cuidado. Esses aspectos podem ser observados nos seguintes excertos:

O cuidador tem que querer fazer aquilo que está fazendo porque não é um trabalho qualquer de receber um dinheiro numa caixa, mas está tratando de uma vida, é uma vida, uma pessoa que carrega muita coisa com ela, sofrimentos, alegrias, lembranças (Participante 68, sexo feminino).

Se a cuidadora trata bem o idoso este é o menor adjetivo que poderíamos dar a esta cuidadora porque suportar tudo junto com o idoso isso que não te falei da higiene do banho. (Participante 27, sexo feminino).

Para a classe 5 contribuíram predominantemente os participantes com idade entre 18 e 29 anos, pessoas solteiras e pessoas do sexo masculino. Além de tratar dos comportamentos do cuidador, o conteúdo dessa classe demarca também o tipo de cuidador esperado, o familiar.

As pessoas próximas e queridas daquela pessoa que atingiu aquela idade, elas precisam continuar presentes na vida da pessoa até o fim, mesmo que seja, vamos dizer, um tempo parcial, não seja em tempo integral, mas a responsabilidade familiar existe. (Participante 51, sexo masculino)

Os participantes afirmam que mesmo que não haja tempo disponível, existe a responsabilidade e o dever de cuidar “do seu idoso”, e, portanto, é preciso encontrar um “jeito” para que os cuidados à pessoa idosa aconteçam, conforme os excertos ilustrativos:

Claro que hoje em dia a gente tem uma estrutura familiar diferenciada, eu acho que o tempo e o fator financeiro, que as vezes não permite que a pessoa dê conta de manter o idoso, mas precisa encontrar uma maneira. (Participante 82, sexo feminino). Para quem tem família tem que ser ela, agora quem não tem a solução é deixar na mão de estranhos dos hospitais, das casas de repouso,

agora no caso dos idosos que tem família penso que a responsabilidade é dela. (Participante 26, sexo masculino).

Vários comportamentos são abordados, nessa classe, como ter cuidado e responsabilidade. Já referente ao cuidador, os participantes acrescentam que será aquele que dispõe de tempo para realizar o cuidado, podendo ser a nora, a esposa, os filhos, porém, as circunstâncias diferenciadas, como falta de dinheiro ou quadros de dependência e consequente maior dificuldade no cuidado, não eximem a responsabilidade e o dever familiar em cuidar da pessoa idosa. O segmento de texto a seguir expressa o dever do cuidado, e a retribuição como expressão moral: “[...] se o idoso é o pai ou a mãe nada mais justo que ser cuidado, eu acho que é uma questão de retorno [...].” (Participante 82, sexo feminino).

A classe 4, associada à pessoas divorciadas, traz a ideia de que as principais atribuições do cuidador são atender as necessidades básicas da pessoa idosa.

Porque quanta gente que tem família e a gente sabe que faz uma casinha no fundo do quintal e jogam lá igual um animal, que quando você chega lá tem urina, tem fezes, comida estragada [...] É um ser humano, tem fome, tem sede, tem necessidade de limpeza, e tudo, então joga lá num fundo de quintal e tem até vergonha de dizer que é parente. (Participante 81, sexo feminino).

As classes 3 e 2, em comparação à classe 4, possuem maior semelhança semântica entre si, com ambas abordando o atendimento à pessoa idosa. Na classe 3, associada à pessoas do sexo feminino e pessoas com idade entre 30 e 64 anos, obteve uma maior contribuição de membros da rede social do idoso. O cuidador é significado também na figura daquela pessoa que acompanha o idoso quando o mesmo precisa, ou mesmo para averiguar se tudo está transcorrendo bem. Independente da proximidade física é preciso que o cuidador se faça presente, seja por telefone, seja para acompanhar ao médico, para auxiliar nas dificuldades relacionadas às atividades instrumentais da vida diária, com a realização de faxinas, ou ainda, nas atividades avançadas de vida diária, com as atividades dirigir e/ou viajar. Os participantes, que contribuíram com essa classe, apontam que mesmo que um membro da rede social do idoso não seja o cuidador primário, é preciso se fazer presente,

conforme ilustra o segmento de texto: “Ainda mais com gente de idade redobra na parte de carência, eu sofro muito com o esquecimento das minhas irmãs de passar um ano sem vir aqui ver a mãe.” (Participante 59, sexo feminino). Conforme exposto, constata-se diferenciação de comportamento entre os membros da rede social do idoso, com a participação intensiva de uns, e em alguns casos, a ausência de outros, conforme o segmento de texto: “Tenho irmãos que passam até um ano sem vir, e moram na mesma cidade, eu fico abobada, como pode, será que não pensam que a mãe está aqui com noventa anos?” (Participante 59, sexo feminino).

Para a classe 2, o atendimento familiar é citado como imprescindível, apesar de nem sempre acontecer, conforme extratos textuais:

[...] me dava tonturas como tem me dado, é assim eu digo que vou ao médico, que vou fazer exames, mas sempre vou sozinha minha filha da palhoça é doente também [...]. Meu filho eu não posso contar, porque a minha nora não é de cuidar, a mãe dela fica doente e ela mal vai lá ver a mãe, por isso que para alguns idosos é uma maravilha ser idoso, para outros nem tanto [...]. (Participante 67, sexo feminino).

A classe 2 foi produzida por um maior número de respostas de pessoas viúvas. Esses participantes consideraram que além de ser imprescindível o atendimento familiar, é importante para o cuidador familiar “querer” realizar os cuidados, ou seja, o aspecto volitivo será um determinante na definição de quem será o cuidador dentro da família. Esse mesmo aspecto auxiliará também na superação das situações de estresses advindas da prática de cuidado, tais como as circunstâncias que envolvem hospitalização.



## 5. DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou compreender as RS acerca dos cuidados de idosos para dois grupos: idosos e membros de sua rede social; e a relação das RS com as práticas de cuidados de ambos os grupos; para tanto, foram desenvolvidos dois estudos.

No primeiro estudo os objetivos traçados foram: a) identificar a rede social do idoso e o tipo de cuidador (formal/informal, profissional/familiar); b) realizar avaliação funcional para averiguar o grau de dependência; e, por fim, c) identificar os elementos da RS de cuidar da pessoa idosa para os participantes idosos.

No segundo estudo objetivo principal foi descrever tanto as RS, quanto as práticas de cuidados de ambos os grupos (idosos e membros da rede social), para verificar se esses fenômenos se relacionam. Esse estudo foi dividido em duas partes, com 40 participantes cada, sendo 40 pessoas idosas escolhidas dentre os participantes do primeiro estudo (102 participantes), e 40 pessoas que compunham a rede social dos idosos escolhidos.

Para a discussão dos dados, visando facilitar a compreensão, essa sessão foi subdividida em quatro partes e obedeceu a seguinte organização:

- 1) Apresentação da discussão referente à composição e o mapa da rede social e a parte estrutural da RS de cuidar da pessoa idosa. (Primeiro Estudo)
- 2) Discussão sobre as práticas sociais de cuidar da pessoa idosa para ambos os grupos (idosos e membros da rede social do idoso). (Segundo Estudo)
- 3) Discussão sobre as representações sociais (Velhice, Viver bem a Velhice, Cuidar da Pessoa Idosa) e as atribuições do cuidador dos dois grupos já considerados.
- 4) Discussão sobre a relação entre RS e Práticas Sociais. (Segundo Estudo)

## 5.1. DISCUSSÃO ESTUDO 1 – Rede social e Estrutura da RS

### 5.1.1 Composição e Mapa da Rede Social

Os participantes que compuseram o primeiro estudo apresentaram média de aproximadamente 76 anos, sendo esta média similar para ambos os sexos, o que torna o “grupo de idosos” mais homogêneo. Houve predomínio do primeiro grau de dependência, ou seja, ajuda em até 25% das tarefas. Esse resultado é interessante já que as diferenças dadas pelos diferentes graus de dependência assinalam, consequentemente, diferenças nas necessidades de cuidado da pessoa idosa, no tempo dispendido no cuidado, e possivelmente nos significados sociais constituídos. Esse grau de dependência é um indicativo de que a pessoa idosa, mesmo recebendo ajuda em atividades de sua vida diária, possui potencial para gerir sua vida, o que significa ter autonomia. Quando este aspecto é afetado, a dependência se instaura por completo, impossibilitando que essa pessoa faça escolhas ou administre sua vida. Os demais graus de dependência, os quais não prevaleceram entre os participantes dessa pesquisa, possuem um quadro de saúde no qual a autonomia já foi afetada.

Abordar a temática autonomia é extremamente complexo, já que as defasagens que uma pessoa idosa possa desenvolver nesse quesito podem estar atreladas tanto à dependência física, quanto à dependência psicológica, seja ela desenvolvida pelo próprio idoso, seja ela imposta pelo meio no qual o idoso se insere. Essa temática não foi estudada em profundidade nessa pesquisa, porém, está indiretamente relacionada a este estudo e será permeada em vários momentos da discussão.

A autonomia prediz o ser autônomo, ou seja, é a habilidade para pensar, agir e avaliar as situações da vida segundo o seu próprio ponto de vista, implicando em escolhas e decisões. Segundo Battini e cols. (2006) é uma variável que auxilia no processo de envelhecimento. Para a OMS a autonomia se relaciona a modos individuais de agir conforme suas próprias regras (WHO, 2005). Erikson (1987) corrobora com a discussão sobre a autonomia e localiza sua importância desde o início da vida do ser humano. Conforme o referido autor, aproximadamente a partir dos dois anos de vida se inicia a aquisição de um senso de si. Neste momento os pais devem estimular a autonomia, já que esse processo auxilia na aquisição de autocontrole e também no controle do entorno que rodeia aquele indivíduo. Conforme se expõe, a autonomia é



um processo que atua ao largo de toda vida, e como tal, é essencial no processo de envelhecimento.

Ao abordar a dependência de pessoas idosas surge o questionamento de quais doenças ocasionaram os quadros de saúde das pessoas deste estudo. Os principais motivos que ocasionaram situações de dependência aqui foram: o acidente vascular cerebral (AVC), quedas com fraturas do fêmur, enfisema pulmonar, problemas osteo-articulares e baixa visão. O AVC foi predominante para ambos os sexos, porém as quedas e o enfisema pulmonar foram prevalentes para o sexo masculino. Para o sexo feminino, em segundo lugar, os problemas osteo-articulares. Segundo o IBGE (2013), os principais fatores de risco para várias doenças crônicas, ou seja, as doenças circulatórias, diabetes, hipertensão e respiratórias, são: o álcool, a inatividade física, o tabagismo, o consumo excessivo de sal, e a má alimentação em geral. O instituto ainda acrescenta a necessidade do desenvolvimento de hábitos saudáveis quando jovem, com resultados que vão repercutir em adultos e idosos com hábito mais saudáveis, e consequentemente “redução dos índices de incidência e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis” (IBGE, 2013, p. 216). Naturalmente com a adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis os quadros de dependência também se reduzirão ao longo do processo de envelhecimento.

Referente às doenças crônicas, classificadas como não-transmissíveis, o IBGE (2013) ainda acrescenta que atualmente estas doenças se tornaram uma das maiores causas de problema de saúde em todo o mundo, e que como tal, vem exigindo atenção diferenciada, bem como atuação de políticas públicas por ser uma problemática de ordem coletiva. O instituto salienta que a hipertensão e o diabetes têm sido tratados como problemas de ordem macro, com atuações específicas para a população idosa, porém, faltam medidas que abarquem também outras doenças como a artrose e a artrite, e na esfera emocional, a depressão. O que corrobora os resultados encontrados nesta pesquisa referentes à prevalência de homens e mulheres acometidos pela hipertensão.

Outro dado interessante, diferenciador entre os sexos, refere-se ao estado de saúde autodeclarado, enquanto os participantes do sexo masculino declararam que seu estado de saúde é bom, as participantes do sexo feminino o declararam como regular. Além da autodeclaração do estado de saúde, a declaração de doenças também se diferenciou entre os sexos, com predomínio de mulheres respondendo afirmativamente que possuem alguma morbidade. Diversas pesquisas constataram um maior número de relato de morbidades para o sexo

feminino (Brito & Camargo, 2011; Barros, Zanchetta, Moura, & Malta, 2009 & Fonseca, Blank, Barros, & Nahas, 2008). Na comparação de autodeclaração de saúde entre os participantes dependentes *versus* independentes foram encontrados resultados coerentes, com os participantes com algum grau de dependente declarando estados piores em comparação aos participantes independentes. Quando os participantes foram questionados sobre a avaliação da memória não foi encontrada diferença significativa, seja entre os sexos, seja entre os participantes dependentes e independentes.

Referente à situação sócio-econômica e à escolaridade, não foram encontradas diferenças entre os sexos, havendo predomínio para ambos de renda de até três salários mínimos e baixa escolaridade. Apesar da amostra global da pesquisa declarar com primazia um mínimo de escolaridade, preponderância de ensino fundamental incompleto, constata-se que a maioria desses participantes se enquadra como analfabeto funcional, ou seja, são pessoas que apesar de capacitadas para decodificar as letras, frases e pequenos escritos, não consegue interpretar textos e fazer cálculos matemáticos. É interessante salientar que este fato pode ser um limitador para a autonomia desses idosos, que podem, mais facilmente, se tornar dependentes de algum membro familiar por falta de condição de gerir sozinhos suas vidas.

Conforme dados mais recentes do IBGE (2013) dentre os grupos de maior incidência de analfabetismo estão as pessoas acima de 65 anos, ratificando os resultados encontrados nesta pesquisa, por meio do analfabetismo funcional. O IBGE ainda acrescenta o progressivo envelhecimento da população analfabeta, o que dificulta a modificação do quadro devido à dificuldade de acesso ao ensino.

Especula-se que a baixa escolaridade, e como decorrência o analfabetismo funcional, possam ter interferido nos resultados encontrados na categoria “atividades avançadas de vida diária” (AAVD) do instrumento de avaliação empregado nesta etapa. Esta categoria é representada pelas atividades de viajar e dirigir, e os índices de participantes que não realizam essas atividades foram elevados. Além disso, a baixa escolaridade pode ter sido também um fator para o predomínio de participantes com baixa renda. No caso do sexo feminino, outro agravante foi o número de mulheres sem o benefício previdenciário, seja porque no passado eram donas de casa, seja porque trabalhavam sem o devido registro. É preponderante também no sexo feminino o número de pensionistas, ou seja, após o óbito ora do cônjuge, ora do filho, elas conseguiram esse benefício social.

Os resultados do perfil sociodemográfico dos participantes desta tese corroboram com os achados de outra pesquisa (Victor, Ximenes, Almeida e Vasconcelos, 2009). Os referidos autores verificaram que os idosos possuem em geral baixos salários, o que pode ser um fator limitador no acesso a bens de serviço e de consumo, tais como, moradia e alimentação. Quanto à escolaridade, enquanto esses autores encontraram um número elevado de analfabetismo declarado, nesta tese foi inferido o predomínio de analfabetismo funcional. Especula-se que o analfabetismo funcional possa ser um elemento ligado à dependência na velhice. Além das diversas consequências advindas com a sua vivência, uma delas é a experiência de incapacidade. Pavarini e Neri (2000) ligam essa experiência frustrante à dependência, e acrescentam outros elementos que podem acirrar esse quadro, tais como, o aumento na perda física, a imposição de barreiras arquitetônicas, as práticas sociais discriminatórias, como o tratamento infantilizado e a inadequação no tratamento medicamentoso.

Nesse estudo predominaram os participantes que moram com algum membro de sua rede social, com destaque para os cônjuges como principais acompanhantes. Essa condição foi prevalente para os participantes do sexo masculino, o que posiciona os homens em uma condição de menor solidão e aparentemente um maior apoio de membros de sua rede social. O apoio recebido é um indicador de melhor qualidade de vida ao longo do envelhecimento, facilitando o enfrentamento de perdas e a otimização dos ganhos (Battini, Maciel & Finato, 2006). Esses resultados indicam também uma diferenciação na situação conjugal dos participantes quando considerado o sexo, já que prevalecem os homens casados e as mulheres viúvas. A prevalência do número de mulheres viúvas necessita do questionamento do seu motivo. Cogita-se nesse sentido que os homens possuem maior dificuldade em aderir comportamentos de saúde, em contrapartida as mulheres se engajam mais facilmente em comportamentos saudáveis, bem como, evitam comportamentos de riscos, como o hábito de beber. Brito e Camargo (2011) aponta que o consumo de bebidas alcoólicas é prevalente para o sexo masculino. As mulheres adotam mais frequentemente comportamentos saudáveis (Matos e Souza-Albuquerque, 2006).

Enquanto os resultados apontam associação significativa entre sexo e morar com cônjuge, com ênfase para o sexo masculino nesta situação; na associação entre dependente e morar com cônjuge a primazia recai para os participantes independentes, o que seria mais compreensível se fosse para os participantes com algum grau de dependência, visto a

necessidade premente de cuidados. Todavia, nas associações entre dependência e outros membros da rede, como filhos, os resultados são prevalentes para os participantes com algum grau de dependência, indicando que esses recebem apoio de membros familiares. Considerando que os participantes dependentes possuem maior necessidades de cuidados, em especial o cuidado de saúde, a ausência do cônjuge é um fator agravante no processo de cuidado/apoio. É possível que esse resultado tenha suas origens relacionadas também a óbitos, e não somente a separações e ou ausências, o que um próximo estudo sobre a temática poderia examinar em maior profundidade.

Sluzki (1997) estabelece relação entre a rede social e a saúde apontando que existe uma relação bidirecional entre ambas, ou seja, afetam-se reciprocamente. Essa relação ganha relevo no caso dos idosos dependentes, já que em situações de agravo à saúde pode ocorrer o que o autor denomina de deterioração recíproca. Alguns impactos nas redes sociais em decorrência dos processos de adoecimento são: a deterioração da qualidade, a redução do tamanho e a impossibilidade de acesso a membros distantes geograficamente.

Nesse estudo foram pesquisadas três categorias referentes à rede social de apoio ao idoso: “pessoas importantes”, “pessoas com contato frequente” e “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”. Essa divisão decorreu dos pré-testes, pois foram constatadas diferenças impostas pelos próprios participantes nesses quesitos. Porém, apesar de pequena diferença de frequência entre as categorias, o quadrante família predominou, respectivamente com 100, 97 e 86 citações de membros familiares. A maior diferença ocorreu entre as categorias “pessoas importantes” e “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”, com um maior número de citações para a primeira em detrimento à segunda. É possível que esse resultado tenha sua origem relacionada a vários aspectos, e um deles é o critério de avaliação dos membros que entram nessas categorias. Enquanto na primeira categoria a vinculação sanguínea foi um dos principais fatores que justificaram a importância do membro familiar, na segunda categoria foi preciso haver uma relação concreta de apoio, de ajuda e de auxílio para que se configurasse a existência da mesma. Em resumo, a categoria “pessoas importantes” é dada a priori a partir do laço sanguíneo. Outro aspecto relevante e que pode também justificar a diminuição de membros que compõem a categoria das pessoas que ajudam/apoiam/cuidam, é o apontado por Sluzki (1997), ou seja, o fenômeno da deterioração recíproca. Em síntese, esses resultados encontrados são indicativos de que os agravos à saúde podem

ocasionar também diminuição de membros que compõe a rede significativa do idoso, bem como, na diminuição do apoio ofertado.

Sluzki (1997) extrapola a discussão referente à deterioração recíproca, e acrescenta algumas especificidades nas redes sociais das pessoas idosas. A evolução da rede social na velhice prevê uma redução do número de vínculos que são estabelecidos, uma das causas é a morte; ocorre uma diminuição tanto nas oportunidades quanto na motivação para renovar os vínculos; e, devido à falta de energia necessária de investimento nos vínculos existentes, ocorre uma diminuição na manutenção da rede social. A partir dos motivos expostos, especula-se uma tendência de diminuição principalmente nas relações de amizade, já que os laços que explicam estas últimas são diferentes dos laços que justificam as relações familiares, conforme atestam os participantes. Corroborando com a discussão referente à configuração da rede social da pessoa idosa, Erbolato (2006) ratifica os resultados encontrados nesta pesquisa referente ao predomínio dos familiares como principais integrantes da rede social do idoso. Ao se pensar família, entende-se tanto a família nuclear quanto a família ampliada.

Na composição da rede social do idoso, a partir do questionamento “com quem reside”, houve prevalência do cônjuge como o principal acompanhante, porém, quando questionados sobre as pessoas importantes de sua vida, os filhos se destacam em primeiro lugar, e somente em segundo os cônjuges. O mesmo ocorre na categoria referente às “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”, com vantagem dos filhos em detrimento aos cônjuges. Esses resultados indicam que compor a rede social significativa da pessoa idosa não prediz o cuidado dispensado a ela, já que o membro apontado como importante não necessariamente possui proximidade física com a pessoa idosa, e significa ainda menos que cuide do idoso. A categoria “pessoas que ajudam/apoiam/cuidam”, igualmente à categoria “pessoas importantes”, obtiveram os filhos como os membros familiares que participam em maior escala do cuidado a pessoa idosa e, em segundo lugar, o cônjuge. Quanto ao sexo prevalecem tanto as filhas, quanto as esposas como as principais cuidadoras, discussão que será retomada posteriormente.

O objetivo desta parte do estudo foi identificar a rede e o suporte social recebido pelo idoso; e, identificar a existência do cuidador do idoso. Considerando os resultados encontrados torna-se possível realizar algumas considerações parciais dessa parte do estudo:

- 1) Diferenciação entre os sexos no que se refere às declarações de saúde, com as mulheres declarando estados piores.

- 2) Grupo homogêneo no que se refere à renda e à escolaridade, o que contribui para a similaridade de contextos sociais.
- 3) O analfabetismo funcional foi predominante na amostra global. Este aspecto foi detectado durante a assinatura do TCLE.
- 4) O analfabetismo funcional como uma variável interveniente no processo de dependência do idoso, já que o mesmo afeta a autonomia destas pessoas.
- 5) A configuração da rede social do idoso demonstrou vantagens para o sexo masculino, menor ocorrência da condição de solidão, ou seja, em comparação às mulheres os homens vivenciam em menor número o estado de quem está desacompanhado.
- 6) Houve maior número de idosos independentes casados.
- 7) Os idosos dependentes contam prevalentemente com a família, e os filhos são os membros familiares que dispõem maior cuidado.
- 8) Maior número de cuidadores informais, familiares e do sexo feminino.
- 9) Diminuição de membros familiares cuidando/apoiando quando a prática de cuidados se faz necessária.

### **5.1.2 Núcleo central da Representação Social de Cuidar da Pessoa Idosa**

Nesta parte do estudo o objetivo foi descrever as RS dos idosos para consigo e sobre o cuidado para com as pessoas idosas. Considerando que estes resultados são relativos à parte estrutural da representação social, obtida por meio da evocação livre.

As palavras que constituíram os possíveis elementos centrais da representação social de “cuidar da pessoa idosa” foram: “alimentação, carinho, higiene, respeito, atenção, ser cuidado e zelo”. A partir do teste confirmatório realizado após a análise inicial, pode-se sugerir que a exceção do elemento “higiene”, os demais tiveram a centralidade confirmada, com evidência para os dois primeiros elementos, alimentação e carinho, que foram mais prontamente evocados. Observa-se que a representação do objeto estudado possui uma hierarquia na qual o elemento “alimentação” possui maior centralidade em comparação ao elemento “carinho”. A primazia hierárquica do elemento “alimentação” aponta para uma representação de cuidar da pessoa idosa com destaque para aspectos pragmáticos do cuidar em detrimento aos aspectos

afetivos, representado principalmente pelo elemento “carinho”, o segundo em hierarquia, já que foi um dos elementos mais prontamente evocados.

É interessante salientar, conforme afirmam Campos e Rouquette (2000, 2003), que a representação é um tipo de conhecimento estruturado e possui um papel determinante na forma como os indivíduos reagem face à realidade, o que implica afirmar que para os participantes dessa pesquisa a representação de cuidar da pessoa idosa está relacionada com a prática de cuidar da pessoa idosa. Desse modo, o elemento mais central dessa representação traz como característica principal a funcionalidade.

Os demais elementos que compuseram o núcleo central foram representados por: “respeito, atenção, ser cuidado e zelo”. Esses elementos também foram confirmados como centrais da representação social de cuidar da pessoa idosa. Esses elementos possuem aspectos eminentemente afetivos no quesito cuidar da pessoa idosa, porém igualmente vinculados à prática de cuidado, já que ensejam comportamentos desejáveis ao cuidador no momento do cuidado e no processo de relacionamento com a pessoa que se cuida. Além disso, o elemento “ser cuidado” denota que os participantes além de conceberem que a pessoa idosa possui a necessidade de receber cuidados, também demonstra uma tendência em caracterizar a pessoa idosa como passiva nesse processo, desconsiderando o autocuidado como essencial no processo de envelhecimento. Em resumo, os cuidados devem ser dispensados à pessoa idosa, possivelmente por outra pessoa de sua rede social. Segundo Caldas (2006), os comportamentos que se enquadram na categoria autocuidado são essenciais para a independência e a autonomia também no processo de envelhecimento, o que significa cuidar e se responsabilizar pela sua saúde e demais esferas da sua vida.

Em relação ao sexo, os elementos evocados com predomínio pelas mulheres foram “amor e atenção”, o que caracteriza uma representação feminina com predominância de aspectos afetivos, diferentemente dos elementos salientados pela amostra global da pesquisa. Somente o elemento “atenção” apresentou centralidade nessa representação, já o elemento “amor” constituiu a periferia, devido a sua baixa ordem de evocação. É possível que esse resultado tenha sua origem também ao considerar que o cuidado é uma ação tanto designada para o sexo feminino, quanto esperada pelo sexo feminino, ou seja, as normas sociais e os próprios familiares ainda estabelecem o cuidado como um papel feminino, o que torna a ação cuidar como uma prática própria das mulheres, seja o cuidado de si, seja o cuidado do outro (Brito &

Camargo, 2011; Matos & Souza-Albuquerque, 2006; Moura & cols., 2008, Camarano, Pasinato & Lemos, 2007; Ferreira & Wong, 2008; Souza & Menezes, 2009).

Em relação à dependência, os elementos que ganharam destaque para os participantes idosos dependentes foram “ser cuidado e “família”. O primeiro elemento indica uma marca de passividade, como discutido anteriormente; e o segundo, reitera a importância dos membros familiares no processo de cuidado, principalmente quando existe a necessidade de cuidados de saúde. Entretanto, apesar da saliência que o elemento “ser cuidado” ganha para o grupo de pessoa idosa dependentes, ainda assim, esse elemento compôs o núcleo dessa representação para a amostra global de participantes.

Considerando que a temática “cuidado do idoso” remete tanto ao cuidado que é ofertado por outrem, quanto ao autocuidado, pode-se especular que os participantes dessa pesquisa supervalorizaram o primeiro tipo de cuidado em detrimento ao segundo, já que o elemento “ser cuidado” foi designado como central da representação, e o autocuidado constituiu a periferia dessa representação. Entretanto, o autocuidado é um cuidado primário e como tal contribui para o desenvolvimento humano e reforça a participação ativa das pessoas em seu próprio cuidado, auxiliando na dinâmica de vida de cada um. Esse cuidado deve ser incentivado, pois o desenvolvimento do potencial da pessoa irá incentivar na manutenção da saúde funcional e na autonomia da pessoa idosa. (Caldas, 2006).

Os elementos periféricos “medicamento, família e acompanhamento” possuem um papel complementar e específico em relação ao núcleo central, conforme afirma Abric (2003). Os elementos da periferia próxima confirmam a inter-relação com os elementos centrais da representação. Quando o elemento “ser cuidado” ganha relevo no núcleo central, a periferia especifica de que maneira os participantes compreendem esse cuidado, a partir do uso de medicamentos, com o apoio da família ou com algum acompanhante. Aqui novamente se destaca o elemento “ser cuidado” caracterizado como ativo por parte de quem realiza e passivo por parte de quem recebe.

Outros elementos que indicam a periferia e são elementos intermediários estão localizados no quadrante inferior esquerdo, tais como: “amor, ajuda, cuidar da saúde, autocuidado, cuidar das quedas, saúde, paciência e dificuldade”. Esses elementos foram evocados com baixa frequência, porém com grande prontidão, indicando contextos particularizados da representação de cuidar da pessoa idosa. O elemento



“cuidar da saúde” se destaca para os participantes idosos independentes. Especula-se nesse sentido que a ação de cuidar da saúde é ainda eminente para as pessoas que não possuem prejuízo na mesma, já que foi um elemento relevante para um grupo circunscrito. Conforme Abric (1998), o sistema periférico responde por três funções principais, uma delas a concretização, isto é, elementos que auxiliam na materialização e entendimento do significado da representação. Os termos “cuidar das quedas” e “cuidar da saúde” evidenciam essa materialização do cuidado do idoso. O sistema periférico possui também as funções de regulação e de defesa.

Os elementos “assistência, atividade física, educação, apoio e conversar” compuseram o quadrante inferior direito, com evocações menos frequentes e com menor prontidão, ou seja, foram elementos evocados mais tardiamente e demarcaram contextos específicos da presente representação. Esses elementos devido à distância do núcleo central são os menos expressivos para a significação do conhecimento social de “cuidar da pessoa idosa”.

## 5.2 DISCUSSÃO ESTUDO 2 – Práticas Sociais dos Grupos

### 5.2.1 Práticas Sociais dos Idosos versus práticas sociais dos membros da Rede social do Idoso

Parte do objetivo do segundo estudo se referia à caracterização das práticas sociais de cuidados de dois grupos: idosos e membros da rede social do idoso. Enquanto para o primeiro grupo o estudo das práticas sociais relacionou-se com o estudo do autocuidado e da rotina do idoso, para o segundo grupo as práticas de cuidados pesquisadas eram relativas à experiência de cuidar da pessoa idosa. Antes de discutir o objetivo principal são explanadas as características dos dois grupos em questão.

Referente ao primeiro grupo, a média de idade dos 40 participantes idosos foi de aproximadamente 77 anos. Apesar das controvérsias ao precisar a idade em que se inicia a etapa de vida “velhice”, considerando os marcos cronológicos propostos tanto pelo Ministério da Saúde (60 anos), quanto pela OMS (65 anos), os participantes idosos desse estudo poderiam ser enquadrados predominantemente como vivenciando a segunda velhice, conforme estabelecido pela divisão realizada por décadas exposta no método (65-74 anos, 75-84 anos, 85-94 anos, 95 anos e acima).

É importante salientar que as faixas etárias não são processos naturais, considerando que a concepção de velhice é flexível tanto no quesito características quanto nos próprios marcos designadores do seu início. Entretanto, especula-se que a diferença de uma década nessa etapa da vida possa demarcar diferenças no desenvolvimento, bem como, na maneira de viver a velhice.

Referente ao grau de dependência, dentre os participantes com algum prejuízo na saúde, houve predomínio do primeiro grau, com ajuda em até 25% das tarefas. Esse resultado aponta para um predomínio de participantes idosos que conseguem desenvolver grande parcela de atividades do cotidiano, bem como, o potencial para o desenvolvimento de sua autonomia. Esses indicadores demonstram que esses participantes, apesar de possuírem algum grau de dependência, possuem condições de gerir suas vidas, como discutido anteriormente.

Conforme Lima, Silva e Galhardoni (2008) o envelhecimento se constitui de trajetórias individuais e coletivas, a última é marcada por diversas influências, dentre elas as socioculturais, as quais são compostas pelas condições econômicas, as oportunidades de educação, e outras formações que podem se refletir na etapa de vida velhice. Sendo assim, os participantes idosos desse estudo apesar de constituírem um grupo homogêneo no que se refere às influências socioculturais, devido o predomínio de baixa escolaridade e renda salarial, ao mesmo tempo é um grupo que se constituiu num contexto específico e como tal possui os significados de velhice, de cuidar da pessoa idosa, e temáticas atinentes, fundamentadas nesse determinado contexto material. É importante salientar que a presente tese foi desenvolvida privilegiando os usuários do sistema único de saúde (SUS), o que expressa um extrato social relevante da população brasileira.

Entre esses participantes houve prevalência de baixa escolaridade e renda de até 3 salários mínimos. Considerando que esses participantes foram escolhidos dentre os participantes do primeiro estudo, salientou-se também a problemática do analfabetismo funcional, como discutido anteriormente.

Verificou-se diferença na comparação por sexo no que diz respeito ao benefício previdenciário. Enquanto foi majoritário o número de homens aposentados, houve prevalência de mulheres pensionistas. Especula-se nesse sentido, que as pessoas idosas desse estudo ainda compunham as famílias tradicionais, isto é, os homens adotando a postura de provedores financeiros, e as mulheres incumbidas dos cuidados dos filhos e das tarefas domésticas. Ademais, esse resultado pode ter sido influenciado também pela questão trabalhista, na qual

muitas mulheres trabalhavam em serviços domésticos, como exemplo, empregadas, sem o devido registro. Esses fatos expostos podem ter gerado uma parcela da população que na velhice não puderam dispor do benefício da aposentadoria. Dados do IBGE (2013) apontam que o principal rendimento de idosos de 60 anos ou mais é a aposentadoria e a pensão, sendo que a partir dos 65 anos esse rendimento ganha maior importância. Além disso, o IBGE discute o padrão diferenciado dos papéis sociais por sexo, afirmando que os afazeres domésticos compõem um dos tipos de formas de trabalho, repercutindo no modo como as mulheres distribuíam seu tempo. Porém, essa realidade está se modificando.

Tal como no primeiro estudo houve predomínio de homens casados e mulheres viúvas. Esse resultado associou-se à configuração da rede social, quando se verificou predomínio de pessoas idosas que moram com os cônjuges e os filhos, porém com destaque para o sexo masculino na primeira condição e maior destaque para o sexo feminino morando sozinhas. Em síntese, esses resultados encontrados podem ser indicativos de um maior estado de solidão para o sexo feminino. Dados do IBGE (2013) confirmam a tendência do sexo feminino em viverem mais sozinhas em relação ao sexo masculino. Os pesquisadores deste instituto atribuem este fato, em especial na região sul do país, a maior longevidade das mulheres em detrimento aos homens, impactando a proporção de mulheres que residem sozinhas.

No que diz respeito às características do segundo grupo, os membros da rede social do idoso, a média de idade foi de aproximadamente 57 anos. Importante recordar que esses 40 participantes foram, em sua maioria, indicados pelo próprio participante idoso como o membro que mais o auxiliava nas necessidades de sua vida. É importante mencionar que nem todos os participantes que compunham o segundo grupo eram cuidadores, mas também um grupo composto por “potenciais cuidadores”. Todavia, por questões didáticas e considerando que o cuidado como definição e prática do conhecimento reificado extrapola a assistência à saúde, todos esses participantes foram nominados ao longo da discussão como cuidadores.

As definições de cuidador variam na literatura, abarcando desde definições com um cunho mais prático, até definições que envolvem um cunho moral. As autoras Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) contribuem com o primeiro caso ao afirmarem que a pessoa que presta auxílio na realização das atividades cotidianas, independentemente da frequência, é considerada um cuidador. No segundo caso, o ministério da saúde (2008) aponta que o conceito de cuidador extrapola o

acompanhamento nas atividades de vida diária, e atinge o respeito pela pessoa que se cuida. Esse respeito se manifesta em incentivar o autocuidado, e realizar para a pessoa idosa somente as atividades que a mesma não consegue concretizar. Essa última definição implica em respeitar o ritmo da pessoa idosa, deixando-a efetivar atividades que estão ao seu alcance, independentemente do tempo dispendido. Esse último aspecto deve ser considerado como fator preponderante na manutenção da autonomia da pessoa idosa, o contrário pode ser desencadeador de alguns problemas, conforme elencados:

- 1) Desenvolvimento de dependência por conveniência – na busca por carinho e atenção, a pessoa idosa pode desenvolver este tipo de dependência (Caldas, 2006);
- 2) Dependência comportamental – na qual uma crença negativa de autoeficácia pode ser geradora de uma capacidade insuficiente. Essa dependência pode ser motivada pela prática dos membros da rede social do idoso, os quais reforçam o quadro ao atribuírem uma maior dependência à requerida na situação (Neri, 2010).

Os membros responsáveis pelo cuidado ao idoso foram predominantemente cuidadores informais, membros familiares, com o vínculo de cônjuge ou filho. Referente ao sexo, majoritariamente mulheres. Houve predomínio de cuidadores casados. Diferentemente dos participantes idosos, esses participantes detinham um maior nível de escolaridade. O que é um indicativo de maiores possibilidades de aquisição de conhecimento nas diversas esferas da vida, dentre elas, as questões que envolvem o cuidado da pessoa idosa. Esses resultados corroboraram demais pesquisas que citam a predominância do cônjuge como o cuidador mais frequente, e a prevalência das mulheres como cuidadoras (Leal, 2000; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; Gonçalves & cols., 2006; Inouye, 2008; Israel, Andrade & Teixeira, 2011)

Referente às práticas sociais, para facilitar o entendimento primeiramente serão discutidos os resultados referentes ao primeiro grupo (idosos), em seguida os resultados relativos ao segundo grupo (membros da rede social do idoso).

Visando acessar as práticas sociais de cuidado e de vida dos idosos, foram elaboradas duas questões, a primeira relativa aos cuidados que as pessoas idosas devem adotar – autocuidado; e, a segunda referente à rotina da pessoa idosa. Ambas foram analisadas por meio da classificação hierárquica descendente. O corpus “autocuidado” obteve cinco classes de segmentos de texto, e o corpus “rotina do idoso” obteve

seis classes. Esses dois *corpus* foram compostos somente com a participação dos idosos.

No primeiro *corpus*, destacaram-se dois subcorpus de práticas com significados diferentes no que se referem ao autocuidado da pessoa idosa. Um primeiro bloco referente aos tipos de cuidados dispendidos consigo, relacionada a uma prática individual, específica e concreta de cuidados, as quais podem ser de cunho fisiológico, preventivo ou curativo. Já o segundo concernente aos estilos de vida e às condições de saúde, com característica mais subjetiva e com os participantes alegando que é necessária a contribuição da rede social da pessoa idosa para que o idoso se cuide. A relação entre o autocuidado e os estilos de vida é discutida por Caldas (2006). A referida autora afirma que apesar das pesquisas sobre autocuidado serem ainda incipientes, ao mesmo tempo são indispensáveis, já que ao incentivá-lo estará concomitantemente incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis, o que repercutirá na qualidade de vida, em menores índices de dependência e no aumento da autonomia dos indivíduos.

Os aspectos salientados no primeiro subcorpus se caracterizaram do seguinte modo: cuidado fisiológico, a partir da necessidade de se cuidar contra as quedas e cuidar com as mudanças abruptas de temperatura; o cuidado preventivo por meio da busca de alimentação saudável, respeitando os horários das refeições e do tipo de comida ingerida em função do horário, o que pode beneficiar o sono; e, no cuidado curativo, o cumprimento das orientações médicas, e o papel da esposa como conselheira de práticas saudáveis.

No segundo subcorpus, as condições de saúde e o estilo de vida ganharam relevo. No primeiro aspecto, condição de saúde, é subjacente a compreensão de que a velhice é heterogênea e que, portanto os cuidados dependem das necessidades individuais. Além disso, outro aspecto que foi saliente neste bloco se relaciona aos estilos de vida, com os participantes alegando que os membros de sua rede social devem compreender as necessidades da pessoa idosa, pois a autonomia é um fator preponderante para se viver bem a velhice. Os participantes afirmam também que algumas mudanças advindas no ritmo das atividades não são inviabilizadoras na administração da vida, portanto membros da rede e principalmente o idoso deve ter consciência de seu processo de vida. O autocuidado principalmente na velhice vem fundamentado pelas concepções pessoais e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Essas aquisições correspondem às crenças e ao conhecimento social adquiridos, o que é influenciado pelo contexto imediato, como também o contexto cultural. Quando Jodelet (2009)

caracteriza a velhice como um fenômeno polissêmico, está abordando as especificidades no processo de envelhecer, que são demarcadas por diversos aspectos, com cunho individual, por meio da história de vida; e, cunho sociocultural, que se relaciona às questões econômicas, educacionais e condições de vida em geral.

É interessante salientar que as práticas de cuidados se diferenciaram entre os sexos e também pelas faixas etárias. Enquanto para as mulheres destacaram-se os cuidados fisiológicos e os preventivos, para os homens houve evidência para os cuidados curativos, ou seja, as mulheres demonstraram acreditar numa prática que antecipa os cuidados, já os homens em uma prática de cuidados atrelada aos agravos à saúde. Os homens salientaram também a importância de saber viver essa etapa da vida, aspecto componente do segundo bloco de práticas de cuidados para as pessoas idosas. Em síntese, as mulheres evidenciaram os aspectos concretos do autocuidado. Esses resultados podem ser indicativos de uma maior adoção de comportamentos saudáveis por parte das mulheres em comparação aos homens, além de ratificarem outros resultados de pesquisas (Brito & Camargo, 2011, Moura & cols., 2008).

Ao observar a diferença por faixas etárias, verificou-se que para a primeira velhice destacou-se a importância do cuidado curativo, para a segunda velhice foram mais relevantes às condições de saúde e os estilos de vida, e para a terceira velhice o cuidado preventivo foi privilegiado. É importante mencionar que os participantes que estavam vivenciando a segunda velhice foram os maiores responsáveis pelos contextos semânticos que apontam o autocuidado com características subjetivas, ou seja, associado às condições de saúde e também aos estilos de vida adotados. Nessa pesquisa, o mesmo grupo etário também se destacou entre as pessoas que vivenciam algum grau de dependência. Esses resultados são indicativos da influência do contexto social na significação dada a um determinado objeto ou prática social, ou seja, a vivência atual da necessidade de assistência de saúde pode ter sido determinante para o significado construído.

Caldas (2006) destaca que o autocuidado é condição essencial para a independência da pessoa idosa, já que a perda da condição de se autocuidar implica na perda da autonomia e num quadro de dependência. O autocuidado é considerado um cuidado primário, ou ainda denominado cuidado basilar. O mesmo contribui para o desenvolvimento humano e reforça a participação ativa de cada indivíduo no seu próprio cuidado. O indivíduo que cuida de si se responsabiliza pelas suas condições e escolhas de vida.

Algumas práticas que se incluem no autocuidado são de alimentação, locomoção e higiene pessoal. E como essas atividades são as primárias no quesito cuidado, a dependência nesse nível necessariamente impõe a necessidade de assistência à saúde e como consequência a necessidade de um cuidador. Além disso, esse nível de dependência reduz o nível de autonomia do idoso, podendo impactar a autoestima e a sociabilidade (Gontijo, 2005; Brasil, 2006c; Neri, 2010).

O corpus referente à rotina do idoso foi subdividido em um maior número de classes, o que é indicativo de maior heterogeneidade de contextos semânticos. Foram produzidos dois subcorpus, um primeiro relacionando à rotina da pessoa idosa à questão temporal; e um segundo subcorpus associando a rotina ao binômio: manutenção *versus* redução das atividades realizadas. Enquanto no primeiro subcorpus a disponibilidade de tempo evidencia tanto uma maior liberdade, quanto a necessidade de escolhas adequadas a sua fase de vida; no segundo subcorpus às práticas de vida estão associadas desde a um novo ritmo de desempenho das atividades, até mesmo a impossibilidade de realização das mesmas devido a um quadro de dependência. Outra característica deste subcorpus é uma rotina focada em aspectos domésticos e com pouca diversidade de atividades. Este último aspecto pode estar relacionado à baixa renda dos participantes, pois diversas alternativas, como exemplo na esfera do entretenimento, estão vinculadas à questão financeira. É notório que as influências socioculturais, representadas pelas condições econômicas, entre outras, são variáveis componentes do plano coletivo que refletem na etapa da velhice (Lima, Silva e Galhardoni, 2008).

Enquanto no primeiro subcorpus não houve associação com o sexo, no segundo ocorreu essa associação. O sexo feminino se associou ao contexto semântico atividades domésticas, ou seja, demarcando atividades que são predominantes das mulheres. Já o sexo masculino associou-se ao usufruto de uma rotina doméstica, geralmente organizada pela esposa. Ainda se salienta os afazeres domésticos como uma atividade eminentemente feminina, porém o IBGE (2013) constatou, em pesquisa recente, breve redução da jornada de trabalho feminina, o que pode ser um indício de mudanças ainda prematuras sobre as configurações dos papéis sociais de homens e mulheres.

No que diz respeito às faixas etárias, destacou-se a segunda velhice salientando a liberdade, devido o tempo disponível; a terceira velhice alegando uma redução das atividades realizadas, e a quarta velhice afirmando que sua rotina se relaciona a um quadro de dependência, no qual a cuidadora realiza as atividades necessárias. Constata-se que o

processo de dependência ganhou maior destaque com o aumento da idade dos participantes. Conforme atestam Rabelo e Neri (2006), ainda que a velhice não seja sinônimo de doença, é correto afirmar que com o avanço da idade certas condições incapacitantes se tornam mais significativas.

Com o objetivo de acessar as práticas sociais de cuidado dos membros da rede social do idoso foi solicitado que contassem a experiência de cuidados com as pessoas idosas. A presente questão foi analisada por meio da classificação hierárquica descendente. O corpus “práticas da rede” obteve um maior número de classes em comparação aos dois *corpus* obtidos com os participantes idosos. Esse resultado é indicativo de maior heterogeneidade de contextos semânticos no corpus práticas da rede.

O *corpus* “práticas da rede” obteve cinco aspectos concernentes aos cuidados: rotina de cuidados, motivos para cuidar, o cuidado hospitalar, a aprendizagem do cuidado e o tempo dedicado. O primeiro aspecto, rotina de cuidados relacionou-se desde ao atendimento medicamentoso até questões alimentares e de entretenimento da pessoa a qual se cuida. Para o segundo aspecto, motivos para cuidar, os participantes que contribuíram para esse contexto semântico alegaram a questão da retribuição e da necessidade premente de cuidados. O cuidado hospitalar entra como um aspecto em que os participantes expõem especificidades deste tipo de cuidado, ou ainda do cuidado a uma pessoa idosa que se recupera de um processo de hospitalização. A questão da aprendizagem é expressa pelos participantes como obtida com a experiência familiar, a partir do cuidado de membros que por vezes já faleceram, como os pais. E o último aspecto, o tempo dedicado ao cuidado, diferenciou-se na necessidade de ter disponibilidade para o cuidado e na necessidade do atendimento diário, com uma dedicação que pode ser entendida como mais exclusiva.

Os contextos semânticos referentes à experiência familiar e a necessidade de cuidados associaram-se respectivamente aos sexos feminino e masculino. Enquanto o primeiro demonstra maior vinculação das mulheres com a prática, já que a realização da mesma deriva-se de práticas mais antigas; o segundo demonstra possivelmente uma preocupação masculina entre a necessidade do cuidado e quem o realizará.

Considerando os objetivos propostos para esta parte do estudo, torna-se possível sintetizar algumas considerações sobre os resultados encontrados relativos às práticas de cuidados e de vida das pessoas idosas e as práticas de cuidados dos membros da rede social:



- 1) Os participantes discernem práticas que possuem cunho eminentemente individual, a partir de tipos de cuidados adotados consigo.
- 2) Os participantes associam o autocuidado às condições de saúde, o que modifica tanto as necessidades quanto os cuidados que se fazem necessários. Indicativo da heterogeneidade no processo de envelhecimento.
- 3) Os participantes associam o autocuidado com os estilos de vida adotados.
- 4) Os participantes apontam que a rede social contribui com os estilos de vida, ou seja, inclui no cuidado de si o outro, representado pela rede social.
- 5) As práticas de cuidados dos idosos se diferenciaram entre os sexos e as faixas etárias, o que pode indicar necessidades distintas entre os grupos.
- 6) Os participantes assinalam a disponibilidade de tempo, porém com um limitador que são as possibilidades atuais.
- 7) A rotina de vida sofre uma adequação no ritmo ditado pelas condições de saúde. Indicativo de uma adequação dos cuidados às necessidades reais de cada um.
- 8) Rotina com predomínio de atividades no lar. São expressas poucas atividades de entretenimento, como a participação em grupos, danças, etc.
- 9) A experiência da rede social do idoso no cuidado aponta o cuidado eminentemente como assistência à saúde.

### 5.3 DISCUSSÃO ESTUDO 2 – RS e Atribuições do Cuidador

#### 5.3.1 Representação Social da Velhice

No conhecimento leigo sobre envelhecimento e velhice é comum encontrar esses dois fenômenos conceituadas como sinônimos, porém, a velhice é uma etapa do desenvolvimento em que ocorre o avanço da idade cronológica, o qual desencadeia um processo de maturação biológica e natural do curso de vida. Conforme Beauvoir (1990), a velhice deve ser compreendida também como um fator cultural, afetada por processos psicológicos, para tanto deve ser entendida como um todo, sem desconsiderar suas especificidades, já que quem vive essa etapa da vida a assimila de modo peculiar.

Nessa pesquisa foi subjacente ao pensamento social de velhice duas dicotomias, a primeira é expressa pelo binômio “atividade *versus* inatividade”, e a outra, “valorização *versus* desvalorização”. A primeira dicotomia foi um conhecimento social forjado predominantemente pelos participantes idosos, e a segunda foi construída prioritariamente pelos membros da rede social do idoso. O conhecimento social construído pelos participantes idosos demonstra maior proximidade do objeto representado, ou seja, é um conhecimento exposto, em vários momentos, em primeira pessoa. Denota-se esse aspecto por meio dos verbos em primeira pessoa, como exemplo, “gosto”; e, de pronomes possessivos, como “meu e minha”. Os participantes idosos ao mesmo tempo em que aprendem e observam o entorno referente à velhice, concomitante estão vivendo esta etapa de vida, o que os aproxima do objeto social representado.

A primeira dicotomia, “atividade *versus* inatividade”, apresenta-se com primazia no primeiro subcorpus, o qual foi subdividido em três classes: 1) classe 3 - atividade; 2) classe 2 - família; e, 3) classe 5 - perdas físicas. A classe 3 obteve conteúdos relacionados a necessidade de atividades, com privilégios para o lazer, a conversa com amigos, o grupo de idosos e as atividades no lar. Apesar de ter sido uma classe menor dentre as demais, seu conteúdo demarcou conotação positiva sobre a velhice. O conteúdo dessa classe agrupou ideias dos participantes com idade entre 85-94 anos (3ª velhice), ou seja, os participantes mais longevos e pessoas viúvas. Essa classe sugere propósito de vida, e segundo Battini e cols. (2006), este fator pode auxiliar na adaptação ao envelhecimento. Além disso, este conteúdo expressou o oitavo estágio de Erikson (1987), integridade *versus* desesperança. A vivência positiva deste estágio salienta o sentimento que o dever foi cumprido, e assim, o indivíduo consegue partilhar os sentimentos e as coisas que aprendeu ao longo da vida.

Os conteúdos da classe 2 indicam tanto a importância dos membros familiares de sua rede, quanto a questão da reciprocidade no apoio e na ajuda, o que se reflete em valorização da pessoa idosa. Em resumo, essa classe denota que as pessoas idosas acreditam que a família é importante para vivenciar a etapa velhice, porém, para além de valorizar o apoio recebido, os participantes expressam que se sentem valorizados quando os membros de sua rede os requisitam para ajudar/apoiar/cuidar de algum membro da rede, como exemplo, os netos. Em resumo, constata-se que os idosos reconhecem a família como um novo espaço para experiências positivas e a possibilidade de ajudar e se dedicar a outras pessoas.

Battini, Maciel e Finato (2006) apontam que o apoio ofertado pela família é um dos componentes que propicia melhor qualidade de vida, e também melhor enfrentamento das perdas e otimização dos ganhos advindos com a velhice. Esse aspecto da representação de velhice relacionou-se aos participantes com idade entre 75 e 84 anos (2ª velhice), faixa etária que obteve maior número de representantes com quadro de dependência, e ao sexo feminino. Apesar do conteúdo eminente dessa classe ser a importância da rede social, com evidência para os membros familiares, ainda assim, está implícita a dicotomia apontada inicialmente. É possível inferir que o conteúdo dessa classe permeou a dicotomia “atividade *versus* inatividade”, já que seu contexto semântico associou-se predominantemente aos participantes cuja faixa etária foi prevalente na vivência da dependência.

O terceiro aspecto, as perdas físicas, recai para o pólo da inatividade. Prioritariamente constituída por participantes idosos que representam a velhice a partir da decrepitude física, com a necessidade do tratamento medicamentoso, o dispêndio econômico devido esse quadro de saúde e a precisão de ajuda. Essa classe se associou predominantemente às pessoas com idade entre 65 e 74 anos (1ª velhice), porém, por meio da caracterização dos participantes, constatou-se que os quadros de dependência foram prevalentes para os participantes com idade entre 75 e 84 anos, ou acima desta idade. Considerando esses resultados, especula-se que os participantes que apontaram a velhice como perdas físicas, expressaram o medo de vivenciar a etapa velhice, o que não significa necessariamente uma realidade vivida. Especula-se, nesse ponto, uma desvinculação entre a prática social de vida e esse aspecto da representação social. Em síntese, os participantes que cronologicamente iniciam essa etapa, a partir do marco cronológico proposto pela OMS (65 anos), expressam o receio e o medo de vivenciarem um ciclo da vida com sequelas advindas de doenças e inatividade física.

Pode-se inferir que a representação social de velhice para os participantes idosos perpassou aspectos positivos e negativos. Esse último aspecto centrou-se na inatividade derivada das perdas físicas ou do receio da incapacidade funcional. Ainda que sejam falsas crenças, constata-se que ainda o pensamento social de velhice é permeado pela perspectiva de inatividade. Os aspectos positivos evidenciam-se com os idosos expressando a possibilidade de realização de diversas atividades, dentre elas de lazer; e, além disso, a possibilidade de serem fonte de apoio para seus familiares.

Nos achados de Torres (2010) é possível identificar algumas semelhanças nos resultados encontrados. Em seu estudo sobre a representação social de envelhecimento para adolescentes, adultos e idosos, a referida autora identificou que a inatividade compõe a representação deste processo de vida. Em estudo anterior, desenvolvido por Coudin e Beaufile (1997), a inatividade é exposta como dimensão fundamental da representação social de idoso. A partir das pesquisas mencionadas, aliado aos resultados da presente pesquisa, é possível inferir que a dimensão inatividade é recorrente nas representações sociais de velhice, envelhecimento e idoso.

Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) sobre a representação de envelhecimento para participantes idosos também encontraram a noção de atividade. Esta foi evidenciada pelos participantes do sexo masculino, com conotação negativa derivada da perda do ritmo de trabalho. Essa pesquisa ainda salientou que os pensamentos sociais de envelhecimento se diferenciaram entre os sexos, o que ratifica a variável sexo como preditora dos conhecimentos criados pelo senso comum no que se refere a este objeto social.

Apesar das representações serem de objetos distintos, respectivamente sobre velhice, envelhecimento e idoso, os objetos sociais em questão se entrelaçam. Além de haver relação entre esses objetos, os resultados do presente estudo somam-se as pesquisas mencionadas, nas quais são atribuídos significados negativos a esses objetos. O envelhecimento é um processo natural, que em desenvolvimento saudável não provoca nenhuma patologia (Brasil, 2006a; Palácios, 2004; Lima, Silva e Galhardoni, 2008). Apesar de não ser sinônimo de velhice, o processo de envelhecimento conduz para esta etapa da vida. O idoso é o indivíduo que vivência a velhice.

As proposições do modelo *Lifespan* discutem as perdas e ganhos do processo de envelhecimento. As contribuições deste modelo salientam que mesmo que existam limitações de ordem biológica, os processos psicológicos permanecem atuantes. Este equilíbrio ocorre devido a um processo compensatório. E para tanto, é preciso que se alie ao processo compensatório, ambientes culturais e sociais favoráveis, o que proporcione o desenvolvimento durante a velhice. Em síntese, é preciso que haja compensação das perdas e a exploração das reservas durante a velhice (Moraes & Souza, 2005). Essa perspectiva dá grande relevo as influências socioculturais. A proposição de Baltes (1987) acrescenta que o desenvolvimento não é composto por simples crescimento e declínio, mas por um processo multidirecional de desenvolvimento.

Ao considerar a importância que as influências socioculturais possuem no desenvolvimento na velhice, por meio do processo compensatório e na proposição do equilíbrio entre perdas e ganhos, especula-se que os participantes idosos desta pesquisa estejam em desvantagem, já que compõem uma parcela da população que não conta com um contexto econômico e cultural favorável.

O segundo binômio, valorização *versus* desvalorização, evidenciou-se para os membros da rede social do idoso e foi subdividido em duas classes: 1) desvalorização; e, 2) experiência. Enquanto o primeiro aspecto exprime conotação negativa da velhice, o segundo salienta aspectos positivos na vivência dessa fase. A desvalorização expressa pelos participantes dessa pesquisa e predominantemente por pessoas com idade entre 30 e 64 anos, demonstra que a velhice é uma etapa da vida desvalorizada socialmente, pois o que se valoriza é a juventude e tudo que a compõe. Para os participantes a desvalorização se manifesta na esfera pessoal, por meio do desrespeito à pessoa idosa; e na esfera social, por desrespeito aos direitos das pessoas idosas. Constata-se, por meio desse aspecto representacional, um pensamento social constituído predominantemente por participantes que estão distantes da etapa velhice, ou se posicionam com distanciamento. Elementos como “idoso, outro e pessoa,” expressam essa característica.

Eiras (2002) em estudo sobre a representação de velhice para dois grupos distintos, idosos e profissionais de saúde, também encontrou a evidência de aspectos positivos e negativos. Foi semelhante entre os estudos, que o grupo de não idosos, salientou que a velhice perpassa pelo aspecto da experiência. Em diversos estudos os autores também identificaram o elemento “experiência” como componente da representação social de envelhecimento (Torres, 2010; Martins, Camargo e Biasus, 2009; Wachelke e cols., 2008; Martins, 2002), corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa.

Observa-se uma maior complexidade no pensamento social dos participantes idosos em relação ao pensamento dos membros da rede social do idoso. Em síntese, os pensamentos sociais sobre velhice para os dois grupos mais se diferenciam do que se assemelham. Além da contraposição entre os pensamentos sociais dos dois grupos (idosos e membros da rede social do idoso), houve também diferenciação por faixas de idade. Entretanto, salienta-se que a diferenciação entre os grupos (idosos e membros da rede social do idoso), destacou-se de modo mais evidente, se comparado com diferenciação entre faixas etárias. Na 1ª velhice os participantes salientaram o receio das perdas físicas, na 2ª houve um privilégio da questão familiar, com a

reciprocidade no apoio e o sentimento de valorização e, na 3ª velhice, a primazia da busca por atividades diversas para significar essa etapa da vida. Esse resultado evidencia uma possível diferença nos modos de vida, demonstrando que o pensamento social da velhice para idosos também se diferencia por faixas etárias. Especificamente à terceira velhice (85 e 94 anos), demonstrou um aprendizado na vivência da velhice, evidenciando o processo compensatório proposto por Baltes (1987).

Como mencionado no método, a adoção de recortes etários visou averiguar possíveis diferenciações no pensamento social dos objetos estudados para os idosos destas quatro faixas etárias. Por questões didáticas esses recortes etários foram denominados respectivamente de 1ª velhice, e assim sucessivamente. Porém, é sabido que a velhice não é determinada por apenas um fator, e seria limitador defini-la somente pelo aspecto cronológico, portanto esse quesito ainda é definido de modo arbitrário. Não existe um consenso referente o início da velhice, e tão pouco de cortes cronológicos. Existem algumas definições que são adotadas como oficiais, tais como: a OMS, iniciando esta etapa a partir dos 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos (Mendes, Gusmão, Faro & Leite, 2005); e, o Ministério da Saúde, a partir do estatuto do idoso (Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003), que estabelece a idade igual ou superior a 60 anos como um marco cronológico para início da velhice. Em todo caso, é importante considerar que as faixas etárias, ou as grades de idade não são um processo naturalmente dado.

No que se refere ao sexo, pode-se caracterizar como aspectos da representação feminina de velhice, os conteúdos atrelados à experiência e a família. Os conteúdos relativos à desvalorização da etapa velhice foram expressos predominantemente pelo sexo masculino. Estudos em psicologia social apontam o sexo como uma variável diferenciadora da compreensão do que é o envelhecimento e a velhice (Moraes, & Souza, 2005; Andrieu, 2006; Torres, 2010). Outra variável diferenciadora dos conteúdos representacionais destes objetos é a faixa etária (Torres, 2010), o que é corroborado pelos resultados encontrados nesse estudo.

É pertinente destacar que, apesar dos aspectos negativos serem ainda predominantes nas concepções sobre velhice, os aspectos positivos fizeram parte do pensamento social sobre o referido objeto.

### 5.3.2 Representação Social sobre Viver bem a Velhice

Diferentemente da representação social de velhice, a representação social de viver bem a velhice não se organizou a partir da contraposição dos grupos (idosos *versus* membros de sua rede). O conhecimento social formulado sobre viver bem a velhice foi constituído por três dimensões: 1) econômica; 2) familiar; e, 3) comportamental.

As duas primeiras dimensões fizeram parte do primeiro subcorpus, e possuem como característica principal serem elementos de ordem externa à pessoa idosa. Já a terceira dimensão, comportamental, compôs o segundo subcorpus, com característica mais individualizante e pessoal.

Referente à dimensão econômica, para os participantes que predominantemente produziram esse contexto, a questão financeira é essencial para se viver bem a velhice devido a dois motivos principais: a velhice exige cuidados de saúde e a carência do sistema de saúde não supre as demandas. Os dois motivos elencados pelos participantes indicam relação entre si. Na dimensão familiar, são citados dois aspectos para se viver bem a velhice, estrutura familiar e apoio da rede social. Tal qual no pensamento social sobre a velhice, na representação de viver bem a velhice a família também é estimada como importante, sendo que o sexo feminino e as pessoas com idade entre 85 e 94 anos (3ª velhice) se destacam nessa valorização. A dimensão familiar obteve um maior número de segmentos de texto, indicativo da importância desta para os participantes da pesquisa, em especial aos participantes que mais contribuíram.

No segundo subcorpus, a dimensão comportamental ganha relevo, e denota-se dela uma característica mais individual. São destacados dois aspectos desta dimensão: saber viver e buscar ânimo para viver. Os participantes que contribuíram para a classe saber viver afirmam que a velhice é um reflexo do passado, e que, portanto, é possível que as pessoas se preparem para essa fase. Já na classe buscar ânimo, os próprios membros da rede social do idoso reconhecem a importância do apoio familiar das pessoas significativas no processo de envelhecimento.

Erikson (1998), em sua Teoria Psicossocial, discute o desenvolvimento, e avança em relação às teorias clássicas quando insere a velhice como parte do desenvolvimento. O autor classifica a velhice como a oitava fase do ciclo vital, na qual o indivíduo passa a refletir sobre suas experiências passadas. Esse aspecto elencado pelo autor é ratificado pelos participantes na dimensão familiar do pensamento social

do objeto social em questão, quando relacionam a velhice a um reflexo do passado, o que denota reflexão do processo de vida.

Caldas (2006) discute o envelhecimento saudável afirmando que a capacidade de buscar respostas adequadas às necessidades cotidianas é uma variável importante para se viver bem a velhice. E para tanto é preciso um processo de reconhecimento das necessidades que dizem respeito a si, o que tem ligação direta com o autoconhecimento e consequentemente com o autocuidado. Existem algumas variáveis que são preditoras de um desenvolvimento bem sucedido durante a velhice, conforme atesta Moraes e Souza (2005). Conforme os autores referidos, a autonomia, a manutenção das atividades de vida diária e também a satisfação com sua rede social, representada por familiares e amigos, auxiliam na vivência de uma boa velhice. É possível coadunar a variável família, citada pelos autores, à dimensão familiar apontada pelos participantes.

Apesar de não ter constituído dimensão representacional de viver bem a velhice, a capacidade funcional é citada por Rabelo e Neri (2006) como variável importante na vivência de uma boa velhice. Outra discussão travada por alguns autores é a adaptação ao envelhecimento, conforme propõem Battini e cols. (2006). Seguindo a lógica da proposição de variáveis que auxiliam no processo, esses autores apontam que a autonomia, as redes de apoio, a autoaceitação, os propósitos de vida e a crença religiosa, são elementos que contribuem para a adaptação ao envelhecimento.

Não obstante as discussões ora abordarem as variáveis preditoras do envelhecimento saudável, ora elementos que auxiliam na adaptação do processo de envelhecer, é possível localizar convergências em vários aspectos, tais como, as redes de apoio e a autonomia.

Importante salientar que houve diferenciação entre faixas etárias nas dimensões que constituíram o pensamento social de viver bem a velhice. Enquanto para as duas primeiras velhices destacaram-se principalmente os aspectos internos, a partir da dimensão comportamental; para a terceira velhice a dimensão familiar preponderou. Esse resultado pode ser um indicativo de que a família torna-se mais importante com o passar dos anos. Essa mesma dimensão se destacou para as pessoas viúvas, e para o sexo feminino. É possível que os participantes viúvos valorizem a rede social, acirrado pelo processo de viuvez e uma maior aproximação da vivência de solidão.

O processo de viver bem a velhice é compreendido de modo diferenciado nas perspectivas teóricas e conceituais sobre a velhice e o envelhecimento. No modelo de envelhecimento ativo, a pessoa idosa é



considerada agente ativa do seu processo. Independente de existir um quadro de dependência, é possível que idoso contribua para seu envelhecer. Serão premissas relevantes nesse modelo a solidariedade, e o tipo de interação que o idoso estabelece com seus pares e também com sua rede social (WHO, 2005). Este último aspecto é mencionado pelos participantes no pensamento social de viver bem a velhice por meio da dimensão familiar.

No pensamento social de viver bem a velhice, o modelo teórico adotado nessa tese, proposto por Baltes & Baltes (1990), não encontrou respaldo. Esse modelo compreende o desenvolvimento humano ao longo da vida, corroborando a teoria proposta por Erikson. Ao contrário, o modelo adotado pela OMS, envelhecimento ativo, parece possuir mais pontos de convergências com o saber social dos participantes dessa pesquisa, referente aos pensamentos partilhados sobre viver bem a velhice. Possivelmente por ser um modelo mais frequentemente divulgado, e como tal, influenciando o pensamento social de determinado grupos.

### **5.3.3 Representação Social de Cuidar da Pessoa Idosa**

Antes de iniciar a discussão proposta, convém explicar que o objeto social foco dessa tese foi “cuidar da pessoa idosa”, porém, ao longo da discussão, considerando que não foram encontrados estudos com a mesma proposta de trabalho, a representação estudada foi comparada às representações dos seguintes objetos: velhice, envelhecimento e idoso. É importante salientar que essa comparação ocorre também, já que se especula que existam convergências entre os significados de ser idoso, da etapa velhice e do processo de envelhecimento, com o cuidado do idoso.

Nesta representação houve predomínio dos aspectos negativos em detrimentos aos positivos, o que sugere que os cuidados aos idosos é uma prática com elevado grau de dificuldades para os membros da rede social da pessoa idosa. A dificuldade é expressa principalmente pelo cuidador familiar, já que para a amostra global dos participantes o cuidado da pessoa idosa é delegado majoritariamente ao membro familiar. Lemos e Medeiros (2006) confirmam a predominância do cuidador informal nas tarefas de cuidado ao idoso, representado principalmente pela família, vizinho e amigos do idoso, como prevalente no mundo todo e também no Brasil.

As cinco classes oriundas da CHD, obtida a partir de 80 entrevistas com idosos e membros de sua rede social, parecem exprimir dimensões de uma mesma representação: “satisfação das necessidades básicas, sobrecarga, gastos financeiros, obrigação e retribuição”, três delas apresentaram conotação negativa. Além desse predomínio, as maiores classes do *corpus* obtiveram contextos semânticos em que os participantes expressam as diversas facetas negativas no que tange o cuidado do idoso. Por sua vez, a classe com aspectos positivos, obteve o menor número de segmentos de texto. Outra característica do objeto social estudado foi à predominância de aspectos pragmáticos em detrimento aos aspectos afetivos e atitudinais da representação de cuidar da pessoa idosa.

É importante enfatizar que não houve distinção nítida no conteúdo representacional entre os dois grupos, e este resultado provavelmente é explicado pelo compartilhamento de um mesmo *ethos* sociocultural, isto é, estes participantes dividem um mesmo contexto social, cultural e relacional, no qual o cuidado do idoso está começando a se inscrever como objeto social estruturado. Todas as características gerais apresentadas podem ser encontradas nas classes obtidas por meio da CHD.

As classes 4 e 3 possuem em comum a expressão de uma necessidade moral na prática do cuidado à pessoa idosa, o que as distingue é o motivo, na primeira devido uma obrigação e, na segunda, devido uma retribuição. Ambas as classes expressam posicionamentos favoráveis frente ao cuidado da pessoa idosa, independente do motivo a prática de cuidados à pessoa idosa deve ser realizada. Conforme Campos e Rouquette (2000, 2003) a representação é um tipo de conhecimento estruturado que tem um papel determinante na forma como os indivíduos reagem face à realidade, e por isso é dotado de um componente afetivo, isto, é composto por elementos que são atitudinais.

Na classe 4, a maior do *corpus*, os participantes que contribuíram para esse contexto semântico acreditam que a velhice exige cuidados, ou seja, os participantes acreditam que é intrínseco da velhice a necessidade de cuidados. É implícito que esses participantes associam esta etapa da vida com agravos à saúde. Os participantes que contribuíram para essa classe acrescentam que apesar da pessoa idosa adotar comportamentos infantis, o desenvolvimento da mesma caminha em direção contrária ao desenvolvimento infantil, ou seja, ocorre uma involução, uma piora no quadro de saúde física e mental da pessoa idosa. Ainda na classe 4 são salientados os seguintes aspectos comportamentais no cuidado ao idoso, a atenção e a paciência; e, ambos

estão associados à compreensão tácita que os participantes adotam referente ao desenvolvimento da pessoa idosa.

Apesar da classe 3 indicar predominantemente um contexto semântico positivo relativo aos cuidados do idoso, compreende o desenvolvimento da pessoa idosa igualmente à classe 4, ou seja, as pessoas idosas iniciaram um processo de involução. Além disso, os participantes acreditam que a pessoa idosa é carente, e, portanto necessita de atenção. A carência apontada pelos participantes possui cunho emocional e afetivo. Conforme aponta Jodelet (2009), as definições e significações que são adotadas por uma determinada população circulam nesse meio e constituem representações e crenças, e estas, por sua vez, podem ser norteadoras de práticas sociais. Assim, quando os participantes salientam que o desenvolvimento da pessoa idosa involui, a priori já esclarecem possíveis condutas adotadas com a pessoa idosa devido às crenças que possuem. Na comparação entre os desenvolvimentos da criança e do idoso, é possível inferir que medidas educacionais que são adotadas com os primeiros também podem ser realizadas com as pessoas idosas. Todavia, esta crença errônea referente ao desenvolvimento e comportamento do idoso pode incorrer em prejuízo para sua autonomia, já que essa concepção pode levar o cuidador a tomar para si todas as decisões relativas à vida do idoso, o que pode predispor ou reforçar o idoso a um quadro de dependência. Em síntese, crenças falsas podem legitimar práticas sociais compostas por credences e, por vezes irrefletidas.

Ainda na classe 3 são salientados aspectos comportamentais que devem ser adotados na prática de cuidado ao idoso, e também, relativos a sentimentos. O amor é apontado como um sentimento norteador do processo de cuidado da pessoa idosa. Cabe mencionar que, ainda que minoritário, o conteúdo semântico dessa não se associou a nenhuma variável específica, como sexo e faixa etária, o que indica uma dispersão dessas ideias pela amostra global de participantes. De acordo com Boff (2003) é por meio do amor que se concretiza a expressão mais alta de cuidado. Mesmo profissionalmente, quando o cuidado é realizado por um cuidador formal e/ou profissional, é possível essa expressão elevada do cuidado por meio do comportamento amoroso, praticado no ato de cuidar. Algumas maneiras da manifestação comportamental amorosa se expressa por meio da gentileza, da honestidade e do respeito.

O pensamento social sobre cuidar da pessoa idosa perpassou os significados da velhice, no que tange o desenvolvimento da pessoa idosa. O conhecimento reificado, por meio de pesquisas, entende a velhice como uma etapa do desenvolvimento humano, no qual existe

uma totalidade em questão, porém assinalada por especificidades, o que a torna única. Não obstante atualmente a ciência compreender que a velhice é uma etapa do desenvolvimento humano, é importante mencionar que até meados do século XIX a compreensão de desenvolvimento se restringia à infância e à adolescência. Dados de pesquisa datados desta época disseminavam a incompatibilidade entre desenvolvimento e envelhecimento. Pode-se afirmar que as mudanças dos paradigmas científicos referentes ao desenvolvimento da pessoa idosa são recentes.

Considerando que o desenvolvimento humano conta com um processo multidimensional, igualmente o envelhecimento como parte do curso evolutivo possui múltiplos determinantes e com características que são específicas (Haydu, 2003). Neri (2003) acrescenta que as dimensões temporal e contextual também são relevantes para a compreensão do envelhecimento humano. Essa característica plural também dá outra característica ao fenômeno envelhecimento e conseqüentemente à etapa velhice, isto é, uma marca eminentemente heterogênea (Jodelet, 1999). Referente à velhice, Beauvoir (1990) contribui afirmando que esta etapa extrapola o processo biológico, já que é repleto de conseqüências psicológicas. E, portanto, deve ser compreendida em sua totalidade.

Existem demandas específicas que são requeridas nessa fase da vida, e o mesmo ocorre na infância e na idade adulta. Segundo Neri (2006) durante a velhice o foco primordial é a regulação e a manutenção das perdas, as quais podem ser vivenciadas mais acintosamente nessa etapa do desenvolvimento. Algumas mudanças de ordem biológica que podem ser assinaladas ao longo do desenvolvimento são a puberdade e o climatério. Existem as mudanças psicossociais decorrentes do processo de socialização, tais como o casamento, e as influências denominadas não-normativas, as quais são imprevisíveis, como exemplo, acidentes e desemprego. Assim, é possível assinalar perdas e ganhos em todos os períodos da vida, e não somente na velhice, como ainda é acentuado por meio dos valores sociais. É preciso considerar que o processo de envelhecer, e a velhice estão contidos no desenvolvimento humano. (Neri, 2006; Schulz & Heckhausen, 1996; Baltes, 1987).

Retomando a concepção do cuidado ao idoso, as demais dimensões da representação deste objeto social, indicadas por outras 3 classes, foram compostas por conteúdos semânticos mais funcionais. A classe 5, com o conteúdo eminentemente prático, aponta o cuidado ao idoso como satisfação das necessidades. As necessidades, apontadas pelos participantes, são as básicas. Na classe 2 a sobrecarga é expressa a

partir de dois significados. Para os participantes há a sobrecarga devido ao acúmulo de atividades, já que a prática de cuidados, por vezes, se instaura de modo repentino e inesperado. Além disso, os participantes mencionam que a sobrecarga ocorre devido à própria natureza da prática de cuidar, o que se expressa como um “problema”. Os gastos financeiros ganham destaque na classe 1, também expresso como uma sobrecarga, todavia, de cunho econômico.

A dimensão sobrecarga, apontada pelos participantes, é coincidente com a pesquisa de Volpato e Santos (2007). As autoras afirmam que existe um processo de abdicação no cuidado ao outro, com repercussões que podem ser tanto na esfera física, emocional e social do cuidador. Ademais, é coincidente também o modo como se elege o cuidador, o que é ratificado pela pesquisa de Gonçalves e cols. (2006). Mendonça, Garanhani, & Martins (2008) ratificam que as práticas de cuidados por vezes se inicia de modo inesperado pelo impositivo da premência de cuidados. Nestas condições, o tornar-se cuidador não passa por escolha e comumente vem acompanhado pela falta de preparo. Assumir a responsabilidade do cuidado sem preparo básico pode incorrer em diversos prejuízos tanto para quem recebe o cuidado, quanto para o cuidador. Luzardo, Gorini e Silva (2006) acrescentam que especialmente o cuidador familiar pode apresentar maiores níveis de ansiedade, decorrentes da sobrecarga e também em função da reestruturação familiar ocasionada pelas modificações de papéis sociais. Além da pessoa que cuida se tornar cuidadora de modo inesperado, não tem garantias de retribuição e é invadida por uma carga emocional geradora de sentimentos ambivalentes em relação a si e ao idoso.

Dentre as cinco classes, duas delas se associaram ao sexo feminino e uma com o sexo masculino. As dimensões concernentes à satisfação das necessidades básicas, com a higiene e alimentação, e aos gastos financeiros envolvidos na prática de cuidar, compuseram a representação feminina de cuidar da pessoa idosa. Para o sexo masculino, o aspecto que se salientou foi à obrigação de cuidar da pessoa idosa. Notório constatar que as dimensões mais pragmáticas da representação de cuidar da pessoa idosa associaram-se ao sexo feminino. É possível que esse resultado tenha suas origens relacionadas aos valores sociais disseminados, o que naturaliza a mulher como cuidadora, conseqüentemente as aproxima dessa realidade, tornando a representação mais prática.

Verificam-se pontos de conexão entre as representações de cuidar da pessoa idosa e de velhice. O pensamento social de velhice foi constituído permeado pela compreensão de que esta etapa da vida

demarca perdas físicas e involução no desenvolvimento, o que insinua correspondência entre velhice e doença. Essa concepção se estendeu ao objeto social “cuidar da pessoa idosa”, demarcando que na velhice os cuidados são obrigatórios, pois velhice e doença possuem relação diretamente proporcional. Apesar da representação de velhice ter sido constituída tanto por aspectos positivos, quanto negativos, para no pensamento desses participantes que a velhice possui uma dimensão relacionada à inatividade, o que é coincidente com demais estudos sobre envelhecimento e idoso respectivamente (Coudin & Beaufils, 1997; Torres, 2010). A família foi apontada como suporte importante e necessário, já que os participantes acreditam que é intrínseco da velhice ocorrer perdas físicas. Em síntese, quando se pensa que é próprio da velhice a inatividade, será igualmente coerente pensar que as pessoas idosas necessitam de cuidados de saúde, independente do estado real de saúde, e das necessidades específicas de cada pessoa. Agrega-se a esse pensamento social a falsa crença sobre o desenvolvimento na velhice, o que contribui para invalidar a característica de heterogeneidade própria do processo de envelhecer e de vivenciar a etapa velhice.

A etapa velhice é atingida a partir de um processo inexorável e natural, denominado envelhecimento. Esse é marcado por ser heterogêneo entre indivíduos, pois existem diversos fatores tanto individuais quanto sociais que são atuantes, tais como fatores genéticos, ambientais, psicológicos e socioculturais. O envelhecimento, a partir de um transcurso saudável, não provoca necessariamente patologias ou morbidades, somente ocorrendo quando existem sobrecargas do organismo, como as doenças. (Brasil, 2006a). Pode-se deduzir assim que envelhecer não significa adoecer. A crença de que envelhecer, ou viver a velhice possui relação direta com o adoecimento acirra sentimentos de medo, bem como práticas que podem antecipar a vivência de perdas, já que sem necessidade, cuidadores em geral, podem interferir na autonomia do idoso, o que conseqüentemente irá desencadear um processo de dependência da pessoa idosa.

O cuidado extrapola a esfera de assistência à saúde e expressa uma condição humana, isto é, o cuidado é necessário para o desenvolvimento da espécie, constituindo preceito fundamental para a existência humana. Em Leininger (1999) o cuidado possui uma base cultural que deve ser compreendida para auxiliar no resgate a formas de cuidados que sejam adequadas as necessidades específicas, ou seja, é preciso compreender as necessidades e respeitar a polissemia do processo de envelhecer. A referida autora acrescenta que conhecer os fundamentos do cuidado é acessar os valores, as crenças e as práticas de cuidados, o que propicia

um cuidado tanto mais efetivo, quanto eficaz. Watson (2010) corrobora com a discussão sobre a concepção de cuidado afirmando que o mesmo é idealizado por meio da intersubjetividade, por meio de “esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade” (p. 25). O aprendizado de cuidar ocorre ao longo do processo e, portanto, é importante saber que esse processo envolve vários aspectos, tais como: “existenciais, fenomenológicos e espirituais” (Watson, 2010, p. 24).

Nesta tese a representação social de cuidar da pessoa idosa foi estudada por meio de duas abordagens da teoria das representações sociais: a dimensional e a estrutural. A primeira apresenta o campo representacional, atitudes, informações, e para acessá-la foram utilizados materiais oriundos de entrevistas, por meio da classificação hierárquica descendente (CHD). A segunda abordagem apresenta a estrutura da representação social, indicando o núcleo e a periferia da representação a partir de uma análise lexicográfica derivada de evocações de palavras.

De modo geral, é possível constatar maior complexidade nos resultados encontrados a partir da CHD, possivelmente este fato ocorreu já que a própria análise propicia acessar o conteúdo da representação, diferentemente do resultado encontrado com a abordagem estrutural. Apesar dessa diferença qualitativa, e a maior profundidade dos resultados encontrados com a CHD, ambos os resultados acessaram conteúdos pragmáticos, afetivos e atitudinais em relação ao cuidado da pessoa idosa. Desse modo, verificaram-se convergências e divergências na comparação entre resultados.

A partir da análise estrutural, realizada com a amostra global de participantes (102), os elementos que foram confirmados como centrais da representação foram: “alimentação, carinho, respeito, atenção, ser cuidado e zelo”. Ao associar os elementos obtidos às classes geradas com a CHD, realizada com 80 participantes (40 idosos e 40 componentes da rede social), constata-se que esses elementos se encontram dispersos entre as classes. O elemento “alimentação” situa-se na classe que aborda o cuidado como a satisfação das necessidades básicas. Os elementos “carinho, respeito, atenção e zelo”, por sua vez, situaram-se na classe que indica o contexto semântico retribuição, isto é, cuidar é retribuir uma prática que já foi realizada pela própria pessoa idosa em outra fase de sua vida. Por fim, o elemento “ser cuidado” marca presença em duas classes, já que seu conteúdo antevê que a pessoa idosa necessita de cuidados. É possível que esse resultado tenha suas origens relacionadas à compreensão que os participantes têm

referente ao comportamento da pessoa idosa, e a desvinculação do processo de envelhecer do “contínuo” do desenvolvimento humano, o que também é encontrado de modo mais explícito nos resultados obtidos com a CHD.

Nas análises derivadas das diferentes abordagens, as divergências existiram quando se comparou o que foi priorizado pelos sexos. Enquanto na análise estrutural os elementos afetivos foram predominantes para o sexo feminino; na CHD as mulheres evidenciaram os aspectos pragmáticos da representação de cuidar da pessoa idosa. Essa diferença possivelmente possa ser atribuída ao fato de que não existia uma equiparação entre o número de participantes dos dois estudos, sendo o primeiro composto pela amostra global de participantes e o segundo com 40 participantes escolhidos dentre o número total. Para uma comparação entre análises metodológicas seria necessária essa igualdade no número de participantes, possibilitando uma análise com maior profundidade e fidedignidade.

Considerando que um dos objetivos do estudo era descrever as RS de idosos e de membros da rede social do idoso, referente ao objeto “cuidar da pessoa idosa”, é possível fazer algumas inferências parciais:

- 1) A representação social de cuidar da pessoa idosa para idosos e membros da rede do idoso ainda está se definindo, e como tal demonstra um conteúdo composto por algumas dimensões.
- 2) Não houve uma clara divisão das dimensões da representação social entre os dois grupos.
- 3) Exacerbam-se os aspectos negativos, possivelmente pela maneira em que o cuidado se instaura, o que reflete em falta de condições de quem cuida e consequências para quem recebe o cuidado.
- 4) A sobrecarga financeira apontada está diretamente relacionada com a condição sócio-econômica dos participantes (principalmente dos participantes idosos), o que implicou na representação social de cuidar da pessoa idosa.
- 5) De modo geral a representação do objeto social foco caracterizou-se como pragmática, afetiva/atitudinal.
- 6) Os participantes privilegiam o cuidado familiar, demonstrando com esse aspecto que o cuidador formal e/ou profissional é ainda novidade nessa relação de cuidado.
- 7) Ainda ocorre um predomínio de estereótipos para definir o que é a velhice, além dos participantes deterem pouco ou nenhum conhecimento sobre o desenvolvimento da pessoa idosa.



- 8) A heterogeneidade do envelhecer é desconsiderada, a regra é para uma velhice pautada por perdas e com a necessidade quase que obrigatória de um cuidador, de preferência familiar, para dar assistência à saúde da pessoa idosa.

#### 5.3.4 Atribuições do Cuidador

O objetivo desta subseção foi identificar a percepção das atribuições desejáveis para ser cuidador segundo os participantes desta pesquisa. O pensamento social sobre as atribuições desejáveis do cuidador se diferenciou entre o tipo de assistência que deve ser prestada à pessoa idosa *versus* os comportamentos esperados por parte do cuidador. Foi subjacente a esta oposição, a responsabilização do membro familiar como o cuidador da pessoa idosa, ou seja, os participantes compreendem que o cuidado ao idoso deve ser delegado a um membro familiar. Ao observar os contextos semânticos das classes com as diversas citações de membros familiares foi possível constatar esse aspecto.

As duas maiores classes foram apresentaram contextos semânticos que abordaram os comportamentos desejáveis do cuidador e o comportamento do cuidador familiar. Essas classes foram formadas de mais da metade dos segmentos de textos da CHD, o que demonstra a relevância dada às características comportamentais esperadas por parte de quem cuida. Neste subcorpus os comportamentos desejáveis que se destacaram foram paciência, atenção e responsabilidade. Os participantes afirmam que para cuidar é condição ter esses comportamentos, já que a pessoa idosa se comporta igual a uma criança. Essa concepção do idoso com comportamento infantil também foi encontrada no pensamento social de cuidado do idoso. Além disso, os participantes acrescentam que quanto maior o grau de dependência da pessoa idosa, maiores são as exigências do cuidador, e, portanto, a paciência é também um quesito superestimado. O amor foi citado como sentimento norteador dos cuidados prestados.

Ainda no mesmo subcorpus, a importância do cuidador familiar é ratificada pelos participantes, que o apontam como o cuidador esperado, já que é um dever e responsabilidade do membro familiar “cuidar do seu idoso”. Independente de ter tempo, das dificuldades, os participantes compreendem a responsabilidade como sendo sempre do membro familiar. Esses significados atribuídos ao cuidador coadunam com duas

dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa, quais sejam, a obrigação e a retribuição. Deste modo, é possível identificar pontos de convergência entre os significados de cuidar da pessoa idosa e as atribuições esperadas pelo cuidador.

Alvarez e Gonçalves (2001) apontam os principais motivos elencados para que um indivíduo se torne cuidador. A obrigação moral foi um dos motivos elencados, os demais são: o fato de ser cônjuge, a ausência de demais pessoas que possam se responsabilizar e condições financeiras precárias, o que inviabiliza a destinação do cuidado a um profissional. Bocchi e Angelo (2005) esclarecem que o cuidado por obrigação pode ocasionar consequências tanto para o cuidador quanto para quem recebe o cuidado. Uma possível consequência para o cuidador é o adoecimento, já para o idoso é o não incentivo ao autocuidado, o que pode torná-lo ainda mais dependente ao longo do tempo (Caldas, 2006).

Para a eleição do membro que se responsabilizará pelos cuidados primários, a disponibilidade de tempo é adotada como critério, podendo ser a nora, a esposa ou os filhos. Os participantes privilegiam o sexo feminino quando se referem diretamente ao cuidador. Em resumo, incumbe-se o membro familiar do cuidado ao idoso, também denominado de cuidador informal. De acordo com Erbolato (2006) o suporte relativo à provisão de cuidados de saúde aos idosos é delegado à família. Predominantemente um cuidado atribuído ao integrante do sexo feminino. Esse contexto semântico foi produzido predominantemente pelo sexo masculino, isto é, o próprio homem avalia que o cuidar é uma atribuição feminina, o que em partes o exime desta responsabilidade. Outros estudos também encontraram predominantemente as mulheres como cuidadoras (Neri & Sommerhalder, 2002; Karsch, 2003; Garrido & Menezes, 2004; Shyu, Chen & Lee, 2004; Erbolato, 2006; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; Gonçalves & cols., 2006; Inouye, 2008; Israel, Andrade & Teixeira, 2011).

É possível inferir que os elementos comportamentais ganharam relevo em detrimento aos elementos cognitivos, ou seja, os elementos relativos ao processo de aquisição de conhecimento sobre o cuidado da pessoa idosa. A situação de cuidado exposta pelos participantes aponta que na maioria dos casos, a prática de cuidados não é uma escolha. Ainda assim, os participantes mencionam que gostar de cuidar, ter empatia e compreender a situação de dependência, facilitará o cuidado prestado, como pode ser observado na classe 1. Os aspectos volitivos e motivacionais também ganharam relevo em comparação aos aspectos cognitivos.

A ocupação cuidador, conforme reconhece a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, aponta algumas competências requeridas ao cuidador, tais como: preparo físico, capacidade de acolhimento e adaptação, empatia, paciência e capacidade de escuta, capacidade de percepção, calma em situações críticas, capacidade de discrição, capacidade de criatividade e iniciativa e preparo emocional. Majoritariamente as competências requeridas tem cunho comportamental e algumas delas se assemelham aos comportamentos desejáveis elencados pelos participantes. Apesar de algumas semelhantes entre o requerido pela ocupação e o pensamento social dos participantes, as atribuições demandadas por um cuidador exigem preparo e clareza da ocupação que desempenha, o que não ocorre na prática social. Outro ponto coincidente com demais pesquisas (WHO, 2005; Mendonça, Garanhan & Martins, 2008) é que a prática de cuidados é realizada predominantemente por cuidadores informais, o que significa pessoas que são leigas no assunto. Todavia, as competências exigidas requerem preparo por parte do cuidador, o que na prática de cuidados é adquirida a partir da experiência com a família, conforme aspecto encontrado nos resultados referentes à prática da rede social. Bicardo, Lacerda e Catafesta (2005) afirmam que de fato o cuidador familiar geralmente desconhece os procedimentos e as dimensões envolvidas no cuidado a pessoa idosa. Os autores acrescentam que o desconhecimento das dimensões envolvidas, quais sejam: afetiva, financeira e também de reestruturação familiar, impossibilita uma preparação para melhor enfrentamento da situação de cuidado.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) aponta a existência do cuidador formal e do informal. No primeiro caso o cuidador geralmente se compõe da rede social do idoso (família, amigos e ou vizinhos), e não recebe auxílio remunerado. O cuidador formal recebe remuneração pelos cuidados prestados, ou seja, ambos não possuem conhecimento especializado e são denominados leigos.

Mesmo que exigindo preparo do cuidador informal, o ministério da saúde afirma que não cabe a este praticar cuidados especializados, pois são cuidados estabelecidos por profissões reconhecidas, como a enfermagem (Brasil, 2008). São listadas algumas tarefas que compõem a rotina do cuidador informal, tais como: administrar medicação a partir das orientações médicas ou da equipe; auxiliar nos cuidados da higiene e alimentação; realizar o decúbito; efetuar massagens de conforto; auxiliar nas atividades físicas como andar; escutar e ser elo na relação idoso-família-equipe de saúde e comunicar à equipe mudanças adversas no

estado de saúde do idoso. Além de todas essas tarefas, o cuidador informal tem o papel de ser motivador em tarefas que possuam este dispositivo, como exemplo, alimentação e o incentivo para que o idoso realize o que está dentro de sua capacidade (Brasil, 2008). Como a prática social prevê o cuidador é escolhido pelo tempo disponível, e deste modo, nem sempre o eleito possui motivação para o cuidado, o que repercute no modo como essas tarefas são desempenhadas, e consequentemente na saúde e bem-estar da pessoa idosa.

Ao priorizar as competências comportamentais, verifica-se que para os participantes a busca por conhecimento ou o próprio conhecimento sobre cuidar não são relevantes. Esses resultados contrariam os achados de Colomé e cols. (2011) em que os cuidadores afirmam que o conhecimento e o preparo por meio de treinamentos específicos são imprescindíveis para exercer o cuidado. O estudo referido foi desenvolvido com cuidadores de idosos institucionalizados, com um maior número de idosos acamados, o que se diferenciou dessa pesquisa que teve a maioria dos idosos com menor grau de dependência (até 25% de ajuda). É possível inferir que quanto maior o grau de dependência da pessoa cuidada, proporcionalmente a demanda por preparo específico aumenta.

O subcorpus opositor dos comportamentos se referiu ao tipo de assistência prestada ao idoso e apontou o pensamento dos participantes referente às diferentes tipologias sobre os cuidados prestados. Foram gerados três contextos semânticos distintos, com o atendimento das necessidades básicas, o atendimento distante e o atendimento familiar. Nesse subcorpus a maior classe se relacionou ao atendimento prestado por membros familiares, demonstrando que independente do tipo de cuidado prestado os participantes atribuem papel central ao cuidador familiar. As configurações existentes para o cuidado e o cuidar são variadas, e neste universo é possível incluir os domicílios, os hospitais, as instituições, as comunidades, etc. (Whitlatch & Noelker, 2007).

O atendimento às necessidades básicas demonstrou um contexto relacionado à rotina de cuidados, questões alimentares e de higiene. Esse contexto também se relacionou a uma das dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa, enunciando ligação entre os conhecimentos do senso comum sobre cuidar da pessoa idosa e o conhecimento social referente àquele que realiza o cuidado: o cuidador.

Na classe que aborda o atendimento distante, o acompanhamento à pessoa idosa, segundo os participantes, deve ser realizado de acordo com as necessidades e independente da proximidade física. Esse contexto semântico foi produzido predominantemente pelos membros da

rede social do idoso, e parece indicar que o não compartilhamento de residência não é um empecilho para a realização de cuidados à pessoa idosa. Neste contexto as tarefas que os participantes indicam como incumbências dos cuidadores são: acompanhar em visitas ao médico, realizar atividades que são inacessíveis ao idoso, tais como faxinas, acompanhar em viagens, dentre outras. A partir das tarefas elencadas, infere-se que os participantes indicam um cuidador secundário ao invés de um cuidador primário, o que pode estar relacionado ao grau de dependência do idoso cuidado.

Os participantes frisam a responsabilidade do membro familiar nos cuidados, mesmo que este não seja o cuidador primário do idoso. Além da tipologia, cuidadores formal e informal, os cuidadores podem ser classificados também como primários e secundários. O primário é o cuidador principal, quem acompanha frequentemente a rotina do idoso e é incumbido dos cuidados relacionados às atividades básicas de vida diária, como higiene e cuidados corporais, alimentação, manutenção da limpeza e ambiente físico. As atividades atribuídas ao cuidador secundário são complementares e relacionadas às atividades instrumentais, como acompanhamento em viagens e execução de tarefas externas ao lar (Secretaria de saúde, 2006). Frente a esta diferenciação, a Portaria Ministerial 1.395 de 1999 regulamenta a política nacional de saúde do idoso. Esta portaria apoia o desenvolvimento da prática do cuidado informal, por meio do cuidador familiar, porém, indica que a prática precisa receber o apoio de profissionais de saúde para ensinar o manejo no cuidado da pessoa idosa, a fim de suprir com qualidade as demandas que geradas (Diogo & Duarte, 2006).

Na classe que o contexto semântico central é o atendimento familiar, os participantes que contribuíram para ela frisam o papel imprescindível da família na prática de cuidados, salientando que o membro familiar que se responsabiliza precisa ter motivação para cuidar. Este mesmo aspecto é ratificado pelo papel do cuidador informal proposto pelo ministério da saúde (Brasil, 2008), citado anteriormente. O aspecto volitivo ganhou relevo nessa classe, com os participantes afirmando que a presença da motivação auxiliará na busca por estratégias de enfrentamento que sejam adequadas à situação.

Ratificando os resultados desta pesquisa, Mendonça, Garanhan e Martins (2008) afirmam que a prática de cuidados ocorre de modo inesperado, devido à necessidade de algum membro da família, o que acompanha a falta de preparo. Outras pesquisas identificaram que os cuidados de saúde geralmente são efetuados por pessoas com tempo

disponível para cuidar. (Alvarez & Gonçalves, 2001; Secretaria de saúde, 2006; Bicalho, Lacerda, & Catafesta, 2008).

Os resultados referentes ao pensamento social do cuidador, relativo às atribuições desejadas, demonstra um conhecimento prático sobre a questão. Ao mesmo tempo em que os participantes acreditam que quem deve cuidar é o membro familiar, seja por necessidade de retribuição ou por obrigação moral, constata-se que o próprio modo de escolha deste cuidador, geralmente impõe um cuidador despreparado e por vezes desmotivado para realizar os cuidados. Outro achado importante, é que ao elencar principalmente questões comportamentais como atribuições desejáveis do cuidador, desvincula a prática de cuidar de um saber específico, acirrando a responsabilidade do cuidador. O pensamento social é de que cuidar depende somente de atribuições comportamentais. Além disso, os participantes ao delegarem o cuidado estritamente à rede social do idoso retiraram a parcela de responsabilidade do estado, atribuindo ao fenômeno “cuidado do idoso” uma responsabilização unicamente familiar. Porém, essas demandas não são somente de ordem individual/familiar, mas sim atinentes ao processo de envelhecimento, que constitui parte de um processo social mais amplo. O pensamento social partilhado parece indicar que o estado não possui nenhuma responsabilidade neste processo.

A Europa defende um modelo de envelhecimento em domicílio (Arca, 2007), o que delegará a responsabilidade primária ou principal (tal qual o conceito de cuidador primário), às famílias. Todavia, antes de adotarmos uma política desenvolvida por outro país, como atesta a autora referida, é preciso analisar a estrutura social do país em questão, além disso, independente da política adotada, o fato das famílias assumirem a responsabilidade não exime a parcela que cabe ao estado.

#### **5.4 DISCUSSÃO ESTUDO 2 - Representações e práticas sociais de cuidar da pessoa idosa**

Nesta subseção discutir-se-á sobre as possíveis relações entre práticas e representações sociais do objeto social em questão. O objetivo desta parte do estudo foi comparar as representações sociais de cuidar da pessoa idosa com as práticas sociais de cuidado de dois grupos, idosos e membros da rede social do idoso.

Para Jodelet (2009) essa relação foi apontada como as representações sociais organizando práticas de cuidados à pessoa idosa.

A referida autora acrescenta que os significados construídos podem nortear práticas errôneas, as quais por sua vez podem eclodir com consequências negativas para o idoso, como práticas que geram limitações ou ainda reforçam as já existentes. Apesar de esta autora estabelecer uma relação entre esses fenômenos, Rouquette (1998), Abric (2003) e Campos (2003) afirmam a complexidade desta relação. Os mesmos autores acrescentam que os estudos na área ainda são incipientes. Campos (2003) indica que esta relação seja estudada considerando as especificidades dos objetos implicados, tal como foi realizado nesta tese.

Referente ao objeto social “cuidar da pessoa idosa”, não foi possível afirmar a existência de uma ou mais representações sociais, mas foram identificadas algumas dimensões representacionais deste objeto, quais sejam: “satisfação das necessidades básicas, sobrecarga, gastos financeiros *versus* obrigação e retribuição”. Conforme discutido anteriormente os aspectos negativos preponderaram. Ao observar o contexto semântico das práticas dos idosos, por meio do autocuidado, não se constatou explicitamente a preponderância de aspectos negativos. O mesmo ocorreu no resultado encontrado com as práticas de cuidados da rede, todavia foi notória para os membros da rede social do idoso, a compreensão tácita do cuidado somente na esfera da saúde, o que pode ser constatado como predominante nos contextos semânticos evidenciados pelas classes.

Apesar da predominância de aspectos negativos, dois aspectos com características positivas constituíram as dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa: a retribuição e a satisfação das necessidades básicas. A retribuição foi a menor dimensão da representação e assinalou enfaticamente aspectos afetivos do cuidar, com o amor como sentimento maior. Já na dimensão satisfação das necessidades básicas, não houve prevalência somente de aspectos positivos, mas o contexto semântico da classe em questão também apontou a existência de dificuldades em satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa. Ambas as dimensões representacionais compuseram as práticas sociais de cuidado da rede do idoso: a retribuição foi um dos motivos elencados pelos participantes como fundamento da prática de cuidados e ancorou-se na ideia de devolução de algo que se ganhou, porém não houve saliência de aspectos comportamentais ou afetivos (como a dimensão do pensamento social salientou); e a dimensão representacional satisfação das necessidades básicas foi evidenciada na prática social de cuidado por meio da rotina de cuidados para com a pessoa idosa.

Houve primazia de aspectos pragmáticos do pensamento social de cuidar em detrimento aos afetivos, isto é, a todo o momento a significação de cuidar da pessoa idosa estava permeada pela prática. Nos resultados referentes à prática da rede social, observa-se de fato que os elementos afetivos não são salientados. Infere-se que uma concepção de cuidar mais pragmática pode interferir na prática de cuidados elaborada e executada com a pessoa idosa, desconsiderando que a tarefa de cuidar da pessoa idosa possui também cunho afetivo. Conforme Boff (2003), no cuidado está implicado a missão de dar carinho, ajudar e amar. Mesmo na prática profissional de cuidado é possível exteriorizar o amor, por meio do respeito, da gentileza e da honestidade. Watson (2010) afirma que o aprendizado de cuidar envolve aspectos existenciais, espirituais e fenomenológicos. Além disso, o caracteriza como um aprendizado processual que ocorre ao longo da prática. Na prática de autocuidados dos idosos, houve um destaque para os aspectos pragmáticos do cuidar, porém, foram mencionados também aspectos com cunho afetivo. Constata-se maior interferência das dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa, na prática da rede em comparação a prática de cuidados das pessoas idosas.

Dentre as dimensões da representação foi tácita à significação de igualdade entre os comportamentos infantil e do idoso. Esta falsa crença pode repercutir nas práticas de cuidados adotadas com os idosos. Uma hipótese da interferência negativa desta crença poderia ocorrer com os cuidadores tolhendo a liberdade da pessoa idosa ou impedindo que o idoso realize determinadas atividades, o que com o tempo poderia repercutir na autonomia desta pessoa. Apesar desta hipotetização, não houve relação evidente desta dimensão e os aspectos práticos mencionados pelos participantes.

Nas dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa também foi implícita a compreensão de que o cuidado deve ser delegado a um membro familiar. Ainda que nas práticas a delegação do cuidado não tenha sido explícita à família, a retribuição foi um dos motivos elencados pelos participantes para fundamentar a existência do cuidado. Ao considerar que retribuir se relaciona ao reconhecimento de algo que foi auferido precedentemente, constata-se que os participantes antecipam um possível vínculo entre cuidador-pessoa cuidada. Novamente encontra-se relação entre pensamento social e concepção prática do cuidar.

Ao considerar que o cuidador familiar é quem assume o conjunto total da prática de cuidados com os idosos, mesmo sendo um cuidador informal e não tendo a obrigação de deter conhecimento



referente à prática de cuidados, o contexto situacional o impele na busca por preparo. Geralmente o cuidador assume a tarefa e somente se conscientiza do seu papel com o tempo, já que a instauração do cuidado ocorre devido a uma necessidade premente. Em consequência deste processo abrupto e sem escolhas, o cuidador informal não detém nenhum conhecimento sobre o cuidar. Apesar da relevância deste aspecto, a variável conhecimento não constituiu dimensão representacional do pensamento social de cuidar da pessoa idosa.

Apesar da desvinculação da dimensão “conhecimento” tanto do pensamento social quanto da prática de cuidados à pessoa idosa, é possível constatar que a ausência de conhecimento específico do cuidar pode incorrer em prejuízo à pessoa cuidada. Um exemplo do benefício do conhecimento à prática de cuidados pode ser obtido pela assistência domiciliar, conforme atestam Diogo e Duarte (2006). Essa modalidade de assistência à pessoa idosa, com dependência de grau variado, destina-se a reforçar as capacidades funcionais, o aumento da autonomia, reforçar vínculos familiares e de amizades, aprimorar hábitos saudáveis e manter a individualidade do idoso. Para tanto, é preciso haver uma união entre o idoso, a família, o contexto domiciliar, a equipe interprofissional e o cuidador. Para o desenvolvimento desta assistência, é necessário que a equipe detenha conhecimento, e que os transmita, na medida da necessidade, a todos que compõem esse contexto de auxílio. O tipo de conhecimento detido pelos membros familiares será diferente do conhecimento que a equipe profissional detém, porém, a prática de cuidados será subsidiada por um conhecimento do fenômeno em questão.

A assistência domiciliar especializada se ancora em várias premissas, tais como a consideração da exclusividade do contexto familiar da pessoa cuidada, a não imposição de valores pessoais, a consideração de todas as partes envolvida no processo, a não verticalização dos saberes da equipe profissional em detrimento do grupo familiar (Diogo & Duarte, 2006). Este é um exemplo da necessidade e dos benefícios do conhecimento no cuidado à pessoa idosa. E mesmo que o tipo de cuidado se diferencie, constata-se que a detenção de algum tipo de conhecimento contribui para minimizar o estresse do cuidador.

O ministério da saúde afirma que as práticas de cuidados especializadas não são incumbências do cuidador informal, e aponta algumas tarefas que podem ser realizadas por este tipo de cuidador, como exemplo: auxiliar nos cuidados da higiene e alimentação, administrar medicação conforme orientação médica, realizar mudanças de posição na cama, realizar massagens de conforto, ser motivador em

tarefas que podem ser influenciadas por este quesito (Brasil, 2008). Apesar da desincumbência do cuidador informal em buscar conhecimento, a configuração de cuidado encontrada hoje na prática social demanda preparo.

As dimensões representacionais salientadas entre os sexos foram: para o sexo feminino a satisfação das necessidades básicas e gastos financeiros; e, para o sexo masculino, a obrigação. No que se refere à prática de cuidados, para o sexo feminino salientou-se a experiência familiar como o local de aprendizado das questões relativas ao cuidado; e, para o sexo masculino a necessidade premente de cuidar, independente da motivação, mas dependente do contexto que impede escolhas.

A prática de cuidados expressa pela rede salienta somente aspectos referentes à assistência à saúde, ou seja, o cuidado compreendido como o ato de prestar assistência a um cliente, amigo ou familiar, o qual possui uma doença (Whitlatch & Noelker, 2007). Em resumo, é ausente da prática da rede o aspecto do cuidar como o cuidado amoroso (Boff, 2003), ou ainda do cuidado como essencial para subsistência, ou seja, o cuidado como manutenção da vida, sustento da vida, permanência e estabilidade (Lemos & Medeiros, 2006).

A prática de autocuidado do idoso passa pela prevenção e se comparado com a rede demonstra tacitamente uma compreensão da heterogeneidade da velhice, quando citam que o autocuidado depende das condições de saúde. Outra característica é que extrapola a prática focada nos cuidados à saúde, e aponta a necessidade de saber viver, por meio da adoção de diferentes estilos de vida. Destas diferenças, deduz-se que os idosos abarcam maior compreensão do processo de envelhecimento em comparação aos membros componentes de sua rede social.

Referente às práticas de vida, por meio da rotina do idoso é possível constatar maior vinculação ao pensamento social de velhice à uma vinculação ao conhecimento social de cuidar da pessoa idosa. A rotina do idoso foi expressa pelos participantes como estritamente doméstica, com pouca diversidade nas atividades realizadas. Especula-se que as práticas de vida podem ter sido influenciadas pelo pensamento social de que velhice se vincula a inatividade. Esta dimensão compôs a dicotomia “atividade versus inatividade” da representação social de velhice e foi prioritariamente constituída por participantes idosos.

É importante salientar que é intrínseco ao objeto social “cuidar da pessoa idosa” uma finalidade mais pragmática. Apesar desta característica própria, ao salientar que se trata do cuidado humano, é

imprescindível dar relevância também a esfera afetiva do cuidado. De fato os padrões de cuidar se diferenciam, e como tal incluem ações como facilitar, ajudar, assistir, apoiar, mas também capacitar quem está na prática de cuidados. Ao evidenciar que a prática de cuidados envolve diversas dimensões, conscientiza-se o cuidador de que sua prática influencia no bem-estar individual, e até mesmo grupal. Ou seja, as práticas de cuidados podem impactar tanto grupos, quanto estilos individuais de vida.

Para Abric (1998) as RS têm um papel preponderante nas práticas e relações sociais. Esse papel se ancora em funções que são essenciais, quais sejam: função de saber prático, o que possibilita explicar a realidade; função de identificação, o que permite a manutenção da coesão grupal; função de orientação, norteando as práticas e os comportamentos dentro de um contexto social; função de justificativa e avaliação, admitindo explicar e justificar as condutas. A partir destas funções é possível explicar comportamentos que são norteado pelas RS, todavia, nem todos os comportamentos são baseados numa representação. Deste modo, Rouquette (1998) afirma que a relação existente entre RS e prática não ocorre de modo direto e recíproco, conforme se constatou com os resultados discutidos.

Da relação entre RS e práticas é possível sintetizar algumas considerações que vão ao encontro da discussão realizada. De fato, foram localizadas algumas influências do pensamento social nas práticas de cuidar da pessoa idosa, porém, nem todas as dimensões da representação geraram comportamentos correspondentes. Foi possível perceber maior influência das dimensões representacionais nas práticas da rede social dos idosos. As diferenças de práticas entre os grupos indicam necessidades distintas no que tange os esclarecimentos, a informação e o suporte necessário para a vivência do processo de cuidados.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo principal compreender as representações sociais de idosos acerca dos cuidados para consigo, para com outros idosos e relativas a sua rede social (cuidadores ou não), relacionando-as com práticas de autocuidado e dos cuidados dispensados pela rede social. Para tanto foi feito o seguinte questionamento central: Existem representações sociais (RS) que alicercem práticas de cuidados ao idoso?

Esta tese originou-se de uma das linhas de pesquisa do LACCOS/UFSC, a saber: “Representações sociais do envelhecimento, relações intergeracionais, atenção e cuidado com a saúde”. Aliado a isso, algumas discussões aqui realizadas foram travadas numa parceria que envolveu um acordo de cooperação entre a Psicologia da UFSC e da UNIPD-Itália, com a colaboração da professora Alberta Contarello.

Visando compreender alguns aspectos centrais do fenômeno estudado, a presente tese percorreu o seguinte caminho: inicialmente identificou a rede social do idoso, por meio da configuração e do mapa de redes. Após, descreveu as representações de cuidar da pessoa idosa e as práticas sociais de cuidados de ambos os grupos. Por fim, relacionou as representações às práticas com o intuito de responder a questão central desta tese. Além disso, hipotetizou a existência de relação entre representações, em especial entre as representações de velhice e de cuidar da pessoa idosa.

A composição da rede social do idoso apontou que tanto os homens quanto os idosos independentes vivenciam uma menor condição de solidão. Apesar dos idosos dependentes contarem prevalentemente com a família, quando o quesito é o cuidado, constatou-se uma diminuição de membros que participam da configuração da rede social do idoso quando há alguma condição de dependência. Este fato pode ser indicativo de uma leve deterioração da rede social dos idosos dependentes, todavia este resultado não pode ser claramente confirmado já que a presente tese não teve por objetivo se deter em profundidade no estudo do mapa de redes.

Quando se questiona quem é o cuidador de idosos na prática social, a resposta indubitável é que na prática social o maior número de cuidadores é informal, familiar e ainda predominantemente do sexo feminino. A instauração do processo de cuidado da pessoa idosa ocorre de modo inesperado, e a pessoa eleita para tal papel é aquela que possui

maior disponibilidade de tempo e por isso geralmente não detêm nenhuma conhecimento do processo de cuidar. Além disso, por vezes falta motivação para se inteirar sobre o papel do cuidador e questões relativas aos cuidados. Deste modo, o cuidador se conscientiza de seu papel tardiamente e o aprendizado sobre questões tanto técnicas do cuidar quanto das implicações do cuidar, ocorrem na prática do cuidado e de acordo com a experiência vivida, o que pode ocasionar carências não resolvidas ao longo deste processo.

O cuidadores familiares que se destacam são os filhos e os cônjuges. Com esta configuração, constata-se a importância da família nuclear para o cuidado da pessoa idosa. Mesmo que havendo uma diminuição do número de membros da rede social do idoso quando existe algum quadro de dependência, ainda assim a família se destaca no papel de cuidadora. Na perspectiva da pessoa idosa, o cuidador também deve ser o familiar, seja devido ao laço sanguíneo, seja por ter maior grau de intimidade e conhecimento da pessoa cuidada.

As atribuições do cuidador para estes participantes apontam qualidades eminentemente comportamentais, e desconsideram a busca por preparo técnico no cuidar. As principais características apontadas dizem respeito majoritariamente ao membro familiar, que tenha disponibilidade e paciência na prática social do cuidado. O aprendizado de como cuidar se dará na prática a partir da tentativa e do erro.

Conforme sugere Baltes o desenvolvimento ocorre durante toda a vida do indivíduo e os novos aprendizados se efetivam quando existe um contexto sociocultural favorável. O envelhecimento é explicado por um modelo de interação entre biologia e ambiente, no qual interagem cultura, comportamento e pessoa. A teoria referida aborda que é necessário uma adaptação as perdas e uma maximização dos ganhos advindos com a velhice, ou seja, é preciso que os indivíduos empreguem seus recursos internos e externos para equilibrar a balança entre perdas e ganhos durante todo o desenvolvimento. Apesar desta compreensão proposta pela teoria *Lifespan*, adotada como fundamento nesta tese, os participantes desta pesquisa não parecem coadunar com este pensamento.

As representações sociais de velhice constituíram-se ancoradas na crença de que o desenvolvimento nesta fase da vida atingiu seu auge, e a partir de então iniciou um processo de involução e de regressão, o que para os participantes influencia a pessoa idosa na adoção de comportamentos infantis e também a ter sentimentos de carência. Além dessas crenças errôneas referentes ao desenvolvimento e a velhice, o contexto socioeconômico dos participantes não se mostra favorável ao

processo compensatório para equilibrar perdas e ganhos, visto que a baixa renda dificulta o investimento em aspectos que seriam subalternos às demandas básicas, como os aspectos concernentes ao lazer. Outros resultados referentes ao pensamento social de velhice apontaram esse conhecimento constituído por aspectos positivos e negativos e obteve uma clara separação do conteúdo representacional entre os grupos. Enquanto para os idosos o conhecimento social sobre a velhice ancorou-se entre os pólos da atividade *versus* inatividade, o conhecimento social dos membros da rede social do idoso oscilou entre valorização *versus* desvalorização. No grupo de idosos foi evidente a aproximação do objeto social representado e uma maior profundidade no conhecimento social elaborado, enquanto o contrário ocorreu para os membros da rede social do idoso. Os aspectos positivos, que se destacaram principalmente para os participantes idosos, centraram-se na possibilidade de realização de diversas atividades, dentre elas a de lazer; e, também com a possibilidade de serem fonte de apoio para seus familiares. Ainda no conhecimento social da velhice foram encontradas diferenças entre as faixas etárias e o sexo, porém, não houve diferença entre os idosos dependentes e independentes, fato notório e que merece investimento em novos estudos, já que a vivência da velhice para idosos com algum grau de dependência é distinta dos idosos independentes e, portanto, seria um fator provável de diferenciação entre os conhecimentos sociais.

Para fazer um contraponto referente à representação social da velhice, foi investigada também a representação social de viver bem a velhice para ambos os grupos. Diferentemente do pensamento social da velhice, não houve uma separação nítida entre grupos, tampouco uma polarização do conteúdo representacional. O pensamento social de viver bem a velhice constituiu-se pelas seguintes dimensões representacionais: econômica, familiar e comportamental, com as duas primeiras dimensões relacionadas diretamente aos aspectos negativos da representação social de velhice. Considerando que a concepção desta fase da vida, dos mesmos participantes, contém a dimensão inatividade, derivada também das perdas físicas, para uma boa velhice indicaram elementos, tais como, o dinheiro e a família, como suportes para essas perdas. Outra relação entre essas representações foi encontrada com o elemento família, que constituiu os pensamentos sociais tanto de velhice quanto de viver bem a velhice.

A compreensão referente à ruptura no *continuum* do desenvolvimento evidenciada no pensamento social de velhice possivelmente influenciou o conteúdo das dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa, evidenciando uma provável relação entre os

pensamentos sociais destes dois objetos, conforme hipotetizou-se inicialmente nesta tese. O pensamento social sobre o cuidar da pessoa idosa remeteu-se a algumas dimensões e demonstrou que ainda está se organizando como conhecimento social estruturado. Houve predomínio de aspectos negativos, com a saliência de diversos elementos que apontam a dificuldade do cuidado da pessoa idosa. Com a análise proposta pela abordagem dimensional da TRS, apesar de ter evidenciado elementos afetivos e atitudinais, predominou com os elementos pragmáticos. Além disso, o cuidado ao idoso foi representado com um elemento de passividade e feminilização, no qual o cuidar é destinado principalmente ao outro e designado majoritariamente ao feminino. Importante salientar que o elemento passivo da RS do cuidado, pode impedir uma efetiva representação do cuidado como autocuidado, o que naturaliza a velhice como inativa e passiva, até mesmo no que tange os cuidados de si. Este elemento representacional participa de um “ciclo vicioso e negativo” em que o resultado é a reprodução e ampliação da dependência e da falta de autonomia da pessoa idosa.

Ainda no pensamento social sobre o cuidar da pessoa idosa, destacou-se a semelhança entre os pensamentos do cuidador e do idoso, possivelmente devido ao pertencimento a um mesmo contexto relacional e da história de convívio. O convívio entre idoso e cuidador, por sua vez, remete às práticas sociais, as quais foram descritas neste estudo. No que tange as práticas de cuidado das pessoas idosas, buscou-se caracterizar o autocuidado. Os resultados indicaram diferenciação entre os sexos e as faixas etárias, demonstrando necessidades distintas no que diz respeito a essas variáveis. Apesar dos participantes idosos terem caracterizado o autocuidado com práticas eminentemente individuais, também incluíram o outro como responsável no cuidado de si, salientando na prática social do cuidado de si um elemento passivo. Os membros da rede social do idoso, por sua vez, caracterizaram o cuidado na velhice como assistência à saúde, indicando que a prática de cuidado existe quando há uma carência, em particular na saúde.

Da relação entre representação social e práticas de cuidados dos idosos, remete-se ao questionamento central desta tese: existem representações sociais que alicercem práticas de cuidados ao idoso? Como a representação social de cuidar da pessoa idosa ainda se constitui por dimensões e como tal não se consolidou por um conhecimento social estruturado, somente é possível afirmar que houve a influência de algumas dimensões representacionais nas práticas de ambos os grupos, em especial na rede social do idoso. Já as dimensões representacionais de cuidar da pessoa idosa foram perpassadas pela prática de cuidar e



este fato pode ser aferido por um pensamento social eminentemente pragmático e funcional. Dentre as dimensões representacionais, as dimensões “retribuição e satisfação das necessidades básicas” compuseram as práticas de cuidado, com destaque para os membros da rede social do idoso.

Os elementos afetivos do cuidado foram pouco salientados pelos participantes membros da rede social da pessoa idosa, o que ocorreu em menor proporção para os participantes idosos. O conhecimento reificado referente ao cuidado em geral, convergindo para o cuidado da pessoa idosa, evidencia o cuidado como um fenômeno que extrapola a esfera da assistência à saúde e possui um cunho eminentemente afetivo, porém no conhecimento social houve uma inversão de valor, com os membros da rede social do idoso privilegiando a assistência à saúde.

Nas práticas de vida das pessoas idosas houve pouca saliência do lazer e do entretenimento, com uma rotina eminentemente doméstica, por parte das mulheres investida nas atividades do lar, e dos homens, em uma rotina doméstica. Esse aspecto demonstrou maior interferência do pensamento social da velhice em detrimento ao pensamento social de cuidar da pessoa idosa, já que o primeiro foi constituído pela dimensão inatividade, a qual pode ter contribuído por constituir estes estilos de vida. Ademais, a própria condição socioeconômica destes participantes pode ser uma variável interveniente importante para uma rotina com menor diversificação de atividades.

No que se refere à relação entre representações e práticas sociais, conforme a literatura aponta, de fato não foi encontrada uma relação direta e linear, já que nem todas as dimensões da representação geraram comportamentos correspondentes. Ainda assim, constatou-se maior influência das dimensões representacionais nas práticas dos membros da rede social dos idosos, o que não significou a não influência nas práticas dos idosos. As diferenças de práticas entre os grupos indicam necessidades distintas no que tange os esclarecimentos, a informação e o suporte necessário para a vivência do processo de cuidados. O fato da representação social do objeto em questão ainda estar se estruturando é um fato que pode ter interferido nos resultados e é merecedor de novos estudos.

Algumas limitações deste estudo são apontadas até mesmo para dar indicações para estudos futuros. A presente tese utilizou como variáveis o “sexo” e o “grau de dependência”, porém não foi possível controlar a última variável, o que pode ter influenciado os conteúdos representacionais. A literatura aponta que o grau de dependência é diferenciador do tipo de cuidado dispendido, do tempo investido, das

demandas requeridas, e do desgaste do cuidador; sendo assim, hipotetiza-se que as representações sociais de idosos com grau de dependência maior se diferenciarão de idosos sem nenhum ou pequeno grau de dependência. Para buscar confirmar esse questionamento é necessário um estudo que controle com rigor esta variável e aumente o número da população alvo do estudo. É importante salientar duas questões importantes: a não distinção entre as representações sociais de velhice entre idosos independentes e dependentes, e a indiferenciação entre os pensamentos sociais de cuidar da pessoa idosa de cuidadores e idosos. Tal fato pode ser proveniente das limitações apontadas e indicativo para novos rumos de pesquisa.

O cuidado ao idoso envolve um esforço cooperativo, pois implica no envolvimento do próprio idoso, na reestruturação da rede social, que na figura de um cuidador primário assume novas funções que anteriormente não eram desempenhadas por aquele membro. Requer uma cooperação total da rede, e, portanto, como mencionado, a conscientização tardia do papel do cuidador interfere no processo de conhecimento das variáveis envolvidas, e conseqüentemente no bem-estar de ambos, idoso e cuidador. Respeitando e considerando a heterogeneidade da velhice, ter-se-á conhecimento de que não existirão soluções únicas para a vivência de uma boa velhice, já que as possíveis soluções devem ser conectadas a realidade material e subjetiva das pessoas envolvidas. Porém, considerando as dificuldades específicas de cada grupo, sejam idosos, sejam membros da rede social do idoso; após localizadas as carências no conhecimento social na esfera da saúde e do envelhecimento, tal qual foi demarcado nesta tese, torna-se necessário a implementação de políticas de educação para a saúde e o envelhecimento, que levem em consideração as nuances e as diferenças das populações alvo. É preciso considerar a existência de carência econômica, e por isso a dificuldade de acesso à informação; considerar que existem diferenças também no que diz respeito ao sexo, às faixas etárias e a baixa escolarização. Por fim, é necessário formular políticas públicas que acessem não somente as pessoas idosas, mas as pessoas que se aproximam da vivência da velhice, em especial aquelas que compõem a rede social do idoso e que como constatado são destinadas socialmente ao cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1994). *Pratiques e representations sociales*. Paris: PUF.
- Abric, J.C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em: A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2001). A abordagem estrutural das representações sociais. (P. H. F. Campos, Trad.). Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: Desenvolvimentos recentes. Em P. H. S. Campos & N. C. S. Loureiro (Orgs.). *Representações sociais e práticas educativas*, (pp. 37-57). Goiânia: Ed. UCG.
- Alexandre, M. (2000). *O saber popular*. *Comum*. Rio de Janeiro, 5 (15):161-171.
- Alvarez, A.M. & Gonçalves, L.H.T. (2001). Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. *Texto Contexto Enfermagem*, 10 (2):205-7.
- Andrieu, B. (2006). *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*. Paris: CNRS editions.
- Arca, B.R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. Em: A.R.Osório & F.C.Pinto (Orgs.). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. (pp. 269-280) Instituto Piaget.
- Asch, S.E. (1971). *Psicologia social*. (pp. 147-158). Tradução Dante Moreira Leite e Miriam Moreira Leite. 3ª ed. São Paulo: Cia Editora Nacional.
- ATLAS.ti (1993) *Software*. Disponível em: <http://www.atlasti.com/es/productintro.html>. [Acesso em 20 de maio de 2011].

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. Em: P.B. Baltes e M.M. Baltes. *Successful aging perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of lifespan developmental psychology on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.

Bardin, L.(1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Battini, E.; Maciel, E.M. & Finato, M.S.S. (2006). Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estud. psicol.* (Campinas), 23 (4): 455-462.

Beauvoir, S. (1990) *A velhice*. M<sup>a</sup> Helena Franco Martins (Trad.). Rio de Janeiro: Nova fronteira.

Brasil, Ministério da Saúde. (2008). Guia prático do cuidador. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília/DF. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf). [Acesso em 02 de junho de 2011]

Brasil, Ministério da Saúde (2006a). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção à saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Cadernos de atenção básica, n. 19, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006b). *O estatuto do idoso*. 2<sup>a</sup>ed.rev. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf). [Acesso em 07 de março de 2011].

Brasil, Ministério da Saúde (2006c). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília/DF:MS.

Bicalho, C.S.; Lacerda, M.R. & Catafesta, F. (2008). Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, 13 (1): 118:23.

Bocchi, S.C.M. & Angelo, M. (2005). Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3). pp. 729-738.

Boff, L.(2003). Ética e moral: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes.

Brito, A. M. M. & Camargo, B.V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, 19 (01). pp. 283-303.

Caldas, C.P. (2006). O autocuidado na velhice. Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1430-34.

Camarano, A.A. (2006). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. (pp. 88-105). Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Camarano, A.A.; Pasinato, M.T & Lemos, V.R. (2007). Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero. (pp. 127-149). Em: A. L. Neri (Org.). *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea.

Camargo, B.V. (2005). Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. da Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Camargo, B. V. ; Justo, A. M. (2013) . IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, p. 513-518.

Campos, P.H.F. (2003). O estudo das relações entre práticas sociais e representações. *Estudos Goiânia*, 30 (1), 51-59

Campos, P. H. F., & Rouquette, M.-L. (2003). Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 435-445.

Carter, B.; McGoldrick, M. (Col.). (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. Em: B. Carter; M. McGoldrick. (Orgs.). As mudanças no ciclo de vida familiar. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p.7-29.

Carvalho, H.B.C; Rocha, S.M. & Leite, M.L.C. (2006). A interação do idoso à prática de saúde. (pp. 1430- 1435) Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública*, 31, 184-200.

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002. *Ministério de Trabalho e emprego. Portal do trabalho e do emprego*. Disponível em: <http://www.mtecho.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf>. [Acesso em 27 de março de 2011].

Colomé, I.C.S.; Marqui, A.B.T.; Jahn, A.C., Resta, D.G.; Carli, R.; Winck, M.T. & Nora, T.T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. abr/jun;13(2):306-12.

Coudin, G. & Beaufils, B. (1997). Les représentations relatives aux personnes âgées. *Vieillesse, âge, santé*, 21, 58-63.

Cress, C. (2001). *The handbook of geriatric care management*. Gaithersburg: Aspen Publisher, 2001.

Dantas, C. R. & Jablonski, B. (2003). O exercício da paternidade após a separação: um estudo sobre a construção e a manutenção do vínculo afetivo entre pais e filhos na família contemporânea. *Dissertação de Mestrado*. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Database (2009). *US Census Bureau International*. Disponível em: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/index/php>. [Acesso em 14 de maio de 2011].

Dessen, M. A.; Braz, M. P. (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. Em: M. A. Dessen; Á. L Costa Jr. (Orgs.). A ciência do desenvolvimento humano:tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, p.113-131.

Diogo, M.J.D & Duarte, Y.A.O. (2006). Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1430-34.

Duarte, Y.A.O. & Lebrão, M.L. (2008). Repensando o cuidado frente uma sociedade que envelhece. *Ensaio em saúde coletiva*. 5(20):38.

Duarte, Y.A.O. & Lebrão, M.L. (2006). O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência aos idosos. *O mundo da saúde*. 29: 566-574.

Eiras, N. (2002). Representações sociais da velhice em instituições públicas de saúde. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, especial temática, 105-116.

Erbolato, R.M.P.L. (2006). Relações sociais na velhice. Em: V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1324-31.

Erikson, E. H.(1987). *Infância e Sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores.

Erikson, E. H. & Erikson, J.(1998) *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Farinatti, P.T.V. (2008). *Envelhecimento: promoção da saúde e exercício, bases teóricas e metodológicas*. Barueri/ SP: Manole.

Farr, R.M. (1998). *As raízes da psicologia social moderna*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ferrari, M.; Kaloustian, S. M. Introdução. In: S. M. Kaloustian. (Org.) (2004). *Família brasileira, a base de tudo* (p.11-5), 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, Unicef, p.11-5.

Ferreira, O.G.L.; Maciel, S.C.; Silva, A.O.; Santos, W.S. & Moreira, M.A.S. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Escola Enfermagem/USP*; 44(4):1065-9.

Ferreira, A. R. S. & Wong, L. R. (2008). *Perspectiva da oferta de cuidadores informais da população idosa: uma análise comparativa entre Brasil e México, 2000-2015*. Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALA. Córdoba, Argentina. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1642.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1642.pdf)[Acesso em 26 de março de 2011].

Ferreira, M. A. & Cruz, R. C. (2011). Imagens da velhice e a decisão pelo acolhimento e o cuidado do idoso. [Resumo] Em: Anais do VII Jornada Internacional e V Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, JIRS. Teoria das representações sociais 50 anos: programa e resumos. Vitória: GM.

Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em: D. Jodelet (Ed.). *As representações sociais*. (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.

Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman.

Fonseca, S.A.; Blank, V.L.G.; Barros, M.V.G & Nahas, M.V. (2008). Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (3), 567-576.

Fonseca, F.B. & Rizzotto, M.L.F. (2008). Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*. 17 (2): 365-373.

Freire, S.A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em: A.L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp.21-30). Campinas: Papirus.

Freitas, M.C.; Queiroz, T.A. & Souza, J.A.V. (2010) O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Esc. Enfermagem*, USP; 44(2):407-12.



- Gallucci Neto, J.; Tamelini, M.G. & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. psiquiatr. Clín.*, 32(3):119-130.
- Garcia-Roza, L.A. (1974). *Psicologia Estrutural em Kurt Lewin*. (pp. 19-27). 2ª Ed. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes.
- Garrido, R. & Menezes, P.R. (2004). Impacto de cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 38 (6):835-841.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. (pp. 64-89) Em: W. Bauer & G. Gaskell. (Orgs.). (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- George, J. B. (Org.) (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). Como inquirir? As entrevistas. Em: R. Ghiglione & B. Matalon. *O inquérito: Teoria e prática* (69-113). Oeiras: Celta Editora.
- Giacomin, K.C.; Uchoa, E. & Lima-Costa, M.F.F. (2005). Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (5), pp. 1509-1518.
- Gil, A.C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (pp. 49-60). 6º Ed. São Paulo: Ed. Atlas S.A.
- Giorgis, J. C. T. (2002). A relação homoerótica e a partilha de bens. *Revista Brasileira de Direito de Família* (RBDF3) [versão eletrônica].
- Gontijo, S. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília/DF: OPAS.
- Gonçalves, LHT. & Alvarez, A.M. (2006). O cuidado na enfermagem gerontogeriátrica: conceito e prática. Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1110-16.

Gonçalves, L.H.T.; Alvarez, A.M.; Sena, E.L.S.; Santana, L.W.S. & Vicente, F.R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (4): 570-7.

Gonçalves, L.H.T., Costa, M.A.M., Martins, M.M., Nassar, S.M., Zunino, R. (2011). The family dynamics of the elderly in the context of the Porto, Portugal. *Rev latino-am enfermagem*, 19(3):458-66.

Gratao, A.C.M.; Vale, F.A.C.V.; Roris-Cruz, M.; Haas, V.L.; Lange, C.; Talmelli, L.F.S. & Rodrigues, R.A.P. (2010). Demanda do cuidado familiar com idoso demenciado. *Revista Escola Enfermagem/USP*; 44(4):873-80.

Guimarães, M.C.T.V. (1997). Velhice: perda ou ganho? Florianópolis, *Dissertação* (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Haydu, V.B. (2003). Aprendizagem: desenvolvimento e adaptação. Em: M.A.T. Zamberlan (Org.), *Psicologia e prevenção: modelos de intervenção na infância e adolescência* (pp.103-139). Londrina: Eduel.

Hébert, R. (2003). La perte d'autonomie. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 3:33-40.

Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 32. 261-274.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE) (2008). Projeção da população do Brasil. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresso.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresso.php?id_noticia=1272). [Acesso em 21 de abril de 2011].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE) (2013). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2013/SIS\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf)

Iezzoni, L. (2002). Using administrative data to study persons with disabilities. *The Milbank Quarterly*, 80 (2): 347-379.

Ignacio, M.G.; Storti, D. C.; Bennute, G.R.G.; Lucia, M. C.S. (2011). Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura. *Psicol. hosp.* (São Paulo) [online]. 9(1):24-46.

Inouye, K. (2008). Educação, qualidade de vida e doença de Alzheimer: visões de idosos e seus familiares. *Dissertação de mestrado*, UFSCar, São Carlos, São Paulo.

Israel, N.E.N; Andrade, O.G. & Teixeira, J.J.V. (2011). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência Saúde Coletiva* [online], 16 (1): 1349-1356.

Jesuino, J. C. (2006). A psicologia social europeia. Em: J. Vala & M. B. Monteiro. *Psicologia Social*. (pp. 49-54). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Jodelet, D. (2001). As representações sociais: um domínio em expansão. Em: D. Jodelet (Org). *As representações sociais*. (pp. 17-41). Rio de Janeiro: Ed. UDUERJ.

Jodelet, D. (2009). Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. Em: M. Lopes, F. Mendes & A. Moreira (Coord.). *Saúde, educação e representações sociais*. (pp. 71-149). Coimbra: Formasau.

Karsch, U.M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3): 861-866.

Lane, S. T. M. (1998). O poder em pequenos grupos [Resumo]. Em: *Anais do VII Encontro Regional da ABRAPSO-SP* (pp. 50-51). Bauru, SP: Universidade Estadual Paulista.

Leal, M.G.S. (2000). O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Revista da Terceira Idade*. São Paulo. 11 (20): 19-29.

- Leininger, M. (1999). *What is transcultural nursing and culturally competent care?* Journal of Transcultural Nursing, Michigan (USA), v. 10, n. 1, p. 9.
- Leme, M.D. (2006). Treinamento de cuidadores de idosos: impacto na sua qualidade de vida e saúde. *Dissertação*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Lemos, N. & Medeiros, S.L. (2006). Suporte social ao idoso dependente. Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1227-33.
- Lewin, K. (1965). *Teoria de Campo em Ciência Social*. Tradução Carolina Martuscelli Bori. (pp. 49-69). São Paulo: Pioneira.
- Lima, C.F.M. (2002) O Cuidado domiciliar ao idoso com doença de Alzheimer: representações de familiares cuidadores. *Dissertação* (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Lima, A.M.M.; Silva, H.S. & Galhardoni, R. (2008) Envelhecimento bem-sucedido: Trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27):795-807.
- Luzardo, A.R.; Gorini, M.I.P.C; Silva, A.P.S.S. (2006). Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto contexto Enfermagem*, Florianópolis, 15 (4): 587-594.
- Martins, C.R.M. (2002). O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais. *Dissertação de Mestrado não-publicada*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Martins, C.R.M., Camargo, B.V. & Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice para diferentes faixas etárias. *Univ. Psychol. Bogotá*, Colômbia, 8(3): 831-847.
- Matos, A. P. S. & Souza-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários

portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 647-663.

Mendes, M.R.S.S.B.; Gusmão, J. L.; Faro, A.C.M. & Leite, R.C.B.O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*; 18(4), 422-426.

Mendonça, F.F.; Garanhani, M.L. e Martins, V.L. (2008). Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significados e implicações. *Physis* [online], 18 (1), 143-158.

Mendoza-Sassi, R.; Béria, J. U.; Fiori, N. & Bortolotto, A. (2006). Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev. Panam Salud. Publica*; 20 (1), 22-28.

Moraes, J.F.D. & Souza, V.B.A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 27 (4), 302-308.

Moreira, R.S. & Nico, L.S. (2010). Epidemiologia do Idoso no Brasil. (pp. 13-30). Em: M.E. Guariento & A.L.Neri, (Orgs). *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas, SP: Ed. Alínea.

Moreira, A.S.P. & Jesuino, J.C. (2003) (Orgs.) *As Representações Sociais: Teoria e Prática*. João Pessoa: Ed. Universitária.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France.

Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

Moscovici, S. (1981). On social representation. Em: J.P. Forgas (Ed.). *Social Cognition* (pp. 181-209). London: European Association of Experimental Social Psychology/ Academic Press.

Moscovici, S. (1986). *Pensamiento y vida social*. Barcelona/Buenos Aires/Mexico: Paidós, *Psicologia Social*, Vol. 2.

Moscovici, S. (2001). Das Representações coletivas às Representações Sociais: Elementos para uma história. Em: J. Denise (Org). *As representações Sociais: um domínio em expansão*. Rio de Janeiro: UERJ.

Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais*. Investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes.

Moscovici, S. (2011). *La psicoanalisi la sua imagine e il suo pubblico*. Unicopli.

Moura, E.C.; Neto, O.L.M.; Malta, D.C.; Moura, L.; Silva, N.N.; Bernal, R.; Claro, R. M. & Monteiro, C.A. (2008). Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Revista Brasileira Epidemiologia*, 11 (supl 1): 20-37.

Muhr, T. (1991) ATLAS/ti: a prototype for the support of text interpretation. *Qualitative Sociology*, 14 (4), 349-71.

Nascimento-Schulze, C.M., & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia*, 8(3), 287-299.

Neri, A.L. (Org). (1995) Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente. Em: A.L. Neri. *Psicologia do envelhecimento* (pp. 13-40). Campinas: Papyrus, 276p.

Neri, A.L. (Org.). (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas/SP: Papyrus.

Neri, A.L. & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e o do bem-estar do cuidador. Em: A.L. Neri (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Alínea, pp. 9-63.

Neri, A.L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 17 (1): 17-34.

Neri, A.L. (2010). Dependência e Autonomia. (pp. 31-56). Em: M.E. Guariento & A.L. Neri, (Orgs). *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas, SP: Ed. Alínea.

Oliveira, D.C.; Marques, S.C.; Gomes, A.M.T. & Teixeira, M.C.T.V. (2005). Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. (pp. 573-603). Em: A.S.P.M. Moreira. (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Universitária/UFPB.

Oliveira, J.M.; Amâncio, L. (2006) Teorias feministas e representações sociais: desafios dos conhecimentos situados para a psicologia social. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 14 (3): 597-615.

Palácios, J. (2004). Mudança e desenvolvimento durante a idade Adulta e a velhice. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. *Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva*, Vol.1, 2ª.Ed., Porto Alegre: Artmed.

Pavarini, S.C.I. & Neri, A.L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes, comportamentos. (pp. 7-10). Em: Y.A.O Duarte & M.J.D. Diogo. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.

Pereira, F. J. C. (2005). Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. Em: A. S. P. Moreira; B. V. Camargo; J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 25-60). João Pessoa: Universitária/UFPB

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2009). Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/blog/pnad-2009-mostranivelhecimento-da-populacao-brasileira> [Acesso em 26 de maio 2001].  
Pinheiro, R. S.; Viacava, F.; Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4): 687-707.

Reinert, M. (1998). Alceste: Analyse de données textuelles. *Manuel d'utilisateur*. Toulouse: Image.

Rabelo, D. F & Neri, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: Uma revisão. *Estudos de Psicologia*. 11 (2), p. 169-117.

Rodrigues, A. ; Assmar, E.M.L. & Jablonski. (2003). *Psicologia Social*. (pp. 245-289). 18° ed. Petrópolis, RJ : Vozes

Rouquette, M.-L. (1998). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. Em: A.S.P. Moreira & D.C.Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 39-46). Goiânia: AB.

Sá, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.

Santos, I.C.B. (2007). As práticas e representações sociais acerca da velhice e do cuidar entre cuidadores de idosos dependentes residentes na zona rural do município de Santa Rita de Minas Gerais (MG). *Dissertação de mestrado*. Centro Universitário de Caratinga.

Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A Life Span model of successful aging. *American Psychologist*, 51 (7): 702-714.

Secretaria de Saúde. (2006). *Protocolo de atenção à saúde do idoso*. Envelhecimento saudável em Florianópolis. Prefeitura de Florianópolis. Departamento de saúde Pública. Assessoria de vigilância a saúde. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.52.34.1cfd215bb83495c0982194cf15b5f683.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.52.34.1cfd215bb83495c0982194cf15b5f683.pdf). [Acesso em 28 maio de 2011].

Serbena, C.A. & Raffaelli, R. (2003). Psicologia como disciplina científica e discurso sobre a alma: problemas epistemológicos e ideológicos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8(1):31-37.

Shyu, Y-I.; Chen, M-C. & Lee, H-C. (2004). Caregivers's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 58: 1395-1403.



Silveira, T.M.; Caldas, C.P. & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (8): 1629-1638.

Siqueira, R.L.; Botelho, M.I.V. & Coelho, F.M.G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4): 899-906.

Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, A.S. & Menezes, M.R. (2009). Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 12(1): 87-102.

Teixeira, M.C.T.V., Nascimento-Schulze, C.M. & Camargo, B.V. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos psicologia (Natal)*, Jul, 7 (2): 351-359.

Telles, J.L. (2009). Os desafios para a atenção à saúde da população idosa no Brasil. Em: M. Lopes; F. Mendes & A. Moreira. Saúde, educação e representações sociais. (pp. 105-118). Coimbra: Formasau.

Trentini, C.M. & Gonçalves, M.T.A. (2009). Os métodos de investigação na pesquisa junto a cuidadores de idosos com a Doença de Alzheimer. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS 40(3): 308-318.

Torres, T.C. (2010). Pensamento Social sobre envelhecimento, idoso e rejuvenescimento para diferentes grupos etários. Florianópolis, *Tese* (Doutorado em Psicologia). Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Torres, T. L.; Camargo, B.V. (2012). Aspectos metodológicos na pesquisa com idosos em ciências humanas e sociais. Em: L.F. R. Tura; A. O. Silva. (Org.). Envelhecimento e Representações sociais (pp. 89-113). 1ª ed., Rio de Janeiro: Faperj.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia do conhecimento. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp. 335-384), 4ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em: J. Vala & M.B. Monteiro. *Psicologia social*. 6 ed. (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veloz, M.C.T., Nascimento-Schulze, C.M. & Camargo, B.V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicol. Reflex. Crit.*, 12 (2):479-501.

Verbrugge, L.M & Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Soc. Sci. Med.*, 38:1-14.

Vergès, P. (2002). L'analyse de similitude de questionnaires et de donnees numeriques, SIMI2000. Aix em Provence: *Manuel d'utilisateur*, juillet.

Vèrges, P. (1999). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel version 2*. Aix-en-Provence:LAMES.

Vèrges, P. (1997). *SIMI – analyse de similitude de questionnaires et de données numériques: manuel version 1.2*. Aix-en-Provence: LAMES.

Victor, J. F.; Ximenes, L.B.; Almeida, P. C; Vasconcelos, F.F. (2009) Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta paul. enferm.* [online]. 22 (1): 49-54.

Volpato, F.S. & Santos, G.R.S. (2007). Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Revista Imaginário*, 13(4), 511-544.

Wachelke, J.F.R., Camargo, B.V., Hazan, J.V., Soares, D.R., Oliveira, L.T.P., Reynaud, P.D. (2008). Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia* (Natal), 13(2): 107-116.

Wagner, W. (2007). Conhecimento vernacular da ciência na vida quotidiano: por que razão as pessoas querem saber algo sobre a ciência. Em: A. S. P. Moreira & B. V. Camargo.(Orgs.). *Contribuições para a*

*teoria eo método de estudo das representações sociais.* (pp. 131-152). João Pessoa: Editora Universitária.

Wagner, W. (1994). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. Em: P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.). *Textos em representações sociais.* (pp. 149-186). Petrópolis: Vozes.

Waldow, V. R. (2010). Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

WHO (2005). Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p.

Whitlatch, C.J. & Noelker, L.S. (2007). Caregiving and Caring. (Abstract) (p. 240). The Margaret Blenkner Research Institute, *Encyclopedia of Gerontology.* Cleveland, USA.



## APÊNDICE A

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), está desenvolvendo a pesquisa: **O cuidado do idoso: Representações e práticas sociais.**

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o pensamento e o comportamento das pessoas quanto ao cuidado do idoso. Sua participação é muito importante, pois os resultados da pesquisa serão utilizados por outros pesquisadores e profissionais especializados no idoso com a intenção de melhorar as condições de vida e de saúde dos mesmos.

A presente pesquisa utilizará um questionário que será respondido com o auxílio do pesquisador. Depois desta etapa, alguns participantes serão convidados para a segunda fase da pesquisa, na qual será realizada uma entrevista sobre o mesmo tema (cuidado do idoso). Ambas as etapas serão gravadas a fim de transcrever seus conteúdos.

Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas para os fins de pesquisa já descritos. Mas se você apresentar alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 3721-9067 ou pelo email: [mehesm@yahoo.com.br](mailto:mehesm@yahoo.com.br).

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo

Pesquisadora principal: Annie Mehes Maldonado Brito (Doutoranda/UFSC)

.....  
Eu,           ( nome completo)          , fui esclarecido(a) sobre a referida pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

(  ) Aceito participar das outras fases da pesquisa.

(  ) Não aceito participar das outras fases da pesquisa.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2011.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE B - ENTREVISTA COM OS IDOSOS**

**Estamos fazendo uma pesquisa que deseja conhecer o que o (a) senhor (a) pensa sobre CUIDAR DA PESSOA IDOSA. Pedimos sua contribuição respondendo as questões abaixo. Sua participação é voluntária e suas respostas são anônimas, jamais elas serão divulgadas individualmente. Não existe resposta certa ou errada, por isso é importante que o senhor (a)/você realmente diga o que pensa sobre o assunto.**

*Antes de começarmos, eu tenho aqui o TCLE que por questões éticas deve ser preenchido pelo (a) senhor (a), me autorizando a utilizar as suas respostas apenas e exclusivamente para fins de pesquisa.*

*(Nas 5 primeiras questões utiliza-se das técnicas não diretivas. As perguntas complementares são apenas indicações, caso a técnica não diretiva não traga naturalmente aquelas informações).*

Vamos iniciar.

3. Para o (a) senhor (a)/você o que é velhice?  
Em sua opinião o que faz uma pessoa se sentir velha?
4. Em sua opinião, o que é importante para se viver bem a velhice?
5. O que é cuidar da pessoa idosa para o (a) senhor (a)/você?  
O que as pessoas da idade do senhor (a) pensam sobre cuidar da pessoa idosa?
6. O que significa para o (a) senhor (a) ser um cuidador de idosos?  
O que é necessário (treinamento, comportamento, qualidades) para ser cuidador de idosos?  
Poderia falar mais sobre isso?
7. Para o (a) senhor (a), quais são os cuidados que as pessoas idosas devem ter?

Destes cuidados que me falou, quais são aqueles que o (a) senhor (a) toma?

Em relação a estes cuidados que o (a) senhor (a) citou, quais foram as mudanças decorrentes do envelhecimento?

Se compararmos o cuidado da criança e o cuidado da pessoa idosa, o que o (a) senhor (a) acha que é diferente e o que é parecido?

8. O (a) senhor (a) poderia me falar um pouco sobre a sua rotina, o que costuma fazer no seu dia a dia?
9. O (A) senhor (a) já viveu a experiência de ser cuidado por alguém? Poderia me contar esta experiência?  
Quem deveria ser responsável por cuidar da pessoa idosa para o senhor?  
Porquê? Quem é capaz de assumir a responsabilidade?
10. O que o (a) senhor (a) gostaria de acrescentar que acha importante sobre este assunto?

*Terminando, vou conferir se falta alguma coisa que não perguntei.*

1. Iniciais: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masculino      ( ) Feminino
3. Quantos anos o (a) senhor (a) tem? \_\_\_\_\_

Agradecimentos.



## APÊNDICE C

### ENTREVISTA MEMBROS DA REDE SOCIAL DO IDOSO

**Eu estou lhe entrevistando porque o senhor (a)/você tem uma relação próxima com uma pessoa idosa que a gente está pesquisando e queremos ver a experiência da parte de quem ajuda, auxilia e apoio este idoso. Eu gostaria de saber umas opiniões suas, da maneira mais detalhada possível sobre o que a senhor (a)/você pensa sobre a velhice, o que é a velhice e os cuidados necessários na velhice.**

1. Para o (a) senhor (a)/você o que é velhice?  
Em sua opinião o que faz uma pessoa se sentir velha?
2. Em sua opinião, o que é importante para se viver bem a velhice?
3. O que é cuidar da pessoa idosa para o (a) senhor (a)/você?
4. O (A) senhor (a) já viveu a experiência de cuidar de idosos?  
Poderia me contar em detalhes esta experiência? (qual é o cuidado dispensado ao idoso?)  
Quem deveria ser responsável por cuidar da pessoa idosa para o senhor?  
Porquê? Quem é capaz de assumir a responsabilidade?
5. O que você acha sobre a pessoa que cuida de idosos?  
O que é necessário (treinamento, comportamento, qualidades, ajuda) para ser cuidador de idosos?  
Poderia falar mais sobre isso?
6. O que o (a) senhor (a) gostaria de acrescentar que acha importante sobre este assunto?

Agora vou te fazer algumas questões um pouco diferente, referente a dados pessoais.

1. Iniciais: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masc ( ) Fem ( )
3. Idade: \_\_\_\_\_
4. Escolaridade: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil:  
Solteiro(a) ( ) Casado(a)/juntado(a) ( ) Divorciado(a) ( )  
Viúvo(a) ( )
6. Com quem mora:  
Sozinho(a) ( ) Com conjugue/companheiro(a) ( )  
Com filhos ( ) Com amigos e/ ou parentes ( ) Outros ( )  
Qual? \_\_\_\_\_
7. Trabalha: Sim ( ) Não ( ) Se sim.  
Em que? \_\_\_\_\_
8. É aposentado? Sim ( ) Não ( )
9. Renda mensal:  
Até 1 salário mínimo ( ) De 1 a 2 salários ( ) De 2 a 3 salários ( )  
De 3 a 4 salários ( ) De 4 a 5 salários ( ) + de 5 salários ( )
10. Você diria que o estado de saúde do idoso que você cuida é?  
Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Mal ( )  
Não sabe informar ( )





## **ANEXO A** **QUESTIONÁRIO**

**O Laboratório de Psicologia da Comunicação (LACCOS) da UFSC deseja conhecer o que você pensa sobre CUIDAR DA PESSOA IDOSA. Pedimos sua contribuição respondendo as questões abaixo. Sua participação é voluntária e suas respostas são anônimas, jamais elas serão divulgadas individualmente. Não existe resposta certa ou errada, por isso é importante que você realmente diga o que pensa sobre o assunto. Sua participação é muito importante e sua opinião irá nos ajudar a entender as necessidades das pessoas com mais idade.**

Agora vamos iniciar.

1. Gostaria que o (a) senhor (a) me dissesse 5 palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça ao ouvir as seguintes palavras:  
CUIDAR DA PESSOA IDOSA:

1. \_\_\_\_\_ ( )

2. \_\_\_\_\_ ( )

3. \_\_\_\_\_ ( )

4. \_\_\_\_\_ ( )

5. \_\_\_\_\_ ( )

2. Destas palavras que o (a) senhor (a) escolheu quais são as 2 que considera as mais importantes.

Agora gostaria que o (a) senhor (a) justificasse suas respostas

Senhor (a) respondeu \_\_\_\_\_ no espaço 1 por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

Senhor (a) respondeu \_\_\_\_\_ no espaço 2 por quê?

---

---

---

---

---

---

Senhor (a) respondeu \_\_\_\_\_ no espaço 3 por quê?

---

---

---

---

---

---

Senhor (a) respondeu \_\_\_\_\_ no espaço 4 por quê?

---

---

---

---

---

---

Senhor (a) respondeu \_\_\_\_\_ no espaço 5 por quê?

---

---

---

---

---

Continuando nossa conversa, farei mais algumas perguntas sobre sua rotina. Peço que responda com a maior sinceridade, pois é muito importante para nós.

**As perguntas de número 03 a 27 se referem às atividades básicas e instrumentais da vida diária, as quais são subdivididas em categorias. O ENTREVISTADOR deve assinalar no parêntesis a pontuação de acordo com o que segue:**

**Necessita de ajuda total para realizar a atividade = 1**

**Ajuda máxima (indivíduo realiza até 25% da atividade sozinho) = 2**

**Ajuda moderada (ind. realiza até 50% da atividade sozinho) = 3**

**Ajuda mínima (o ind. realiza até 75% da atividade sozinho) = 4**

**Só precisa de supervisão para realizar a atividade = 5**

**Realiza a atividade com independência modificada = 6**

**Realiza a atividade com independência completa = 7**

**A frente das questões consta em parêntesis o detalhamento da atividade a que se relaciona. Importante detalhar ao entrevistado as atividades.**

**Estas questões referentes ao Autocuidado podem variar de 8 a 56**

3. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para realizar sua alimentação? (utilização dos utensílios para levar o alimento a boca, mastigação e deglutição do alimento) ( )
4. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para preparar o seu alimento? (escolha do alimento, utilização dos utensílios para o preparo) ( )
5. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para realizar a sua higiene matinal? (escovar os dentes, pentear o cabelo) ( )
6. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para tomar banho? (obtem água e utensílios para o banho, desnudação, lavagem e secagem do corpo) ( )
7. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para se vestir acima da cintura? (escolha, colocação e abotoamento das roupas) ( )
8. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para se vestir abaixo da cintura? (escolha, colocação das roupas, incluindo as meias, sapatos) ( )
9. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para cortar as unhas dos pés? ( )
10. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para tomar medicamentos? (medicamento, dose e hora certa) ( )

**Estas questões referentes ao Controle de esfíncteres podem variar de 2 a 14.**

11. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para usar o banheiro? (Controle da urina - incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ( )
12. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para usar o banheiro? (Controle das fezes - incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ( )

**Estas questões referentes a Transferências podem variar de 3 a 21 pontos.**

13. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para se mover na cama e fora dela? ( )
14. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para se deslocar ao vaso sanitário? (deslocamento) ( )
15. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para o uso do chuveiro? (deslocamento e utilização) ( )

**Estas questões referentes a Locomoção podem variar de 3 a 21 pontos.**

16. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para se locomover? (caminhar na parte interna e externa da casa) ( )
17. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para usar o transporte coletivo? ( )
18. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para subir escadas? (sobe e desce escadas) ( )

**Estas questões referentes ao Equilíbrio podem variar de 4 a 28 pontos.**

19. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para passar da posição sentada para posição de pé? ( )
20. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para passar da posição de pé para posição sentada? ( )
21. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para permanecer de pé sem apoio? ( )
22. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para pegar objetos do chão a partir da posição de pé ( )

**Estas questões referentes as Atividades Instrumentais podem variar de 5 a 35 pontos.**

23. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para limpeza doméstica leve? (lavar louça, arrumar cama) ( )
24. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para limpeza doméstica pesada? (carregar peso, lavar roupa, varrer casa) ( )
25. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para administrar suas finanças? (administrar o dinheiro) ( )
26. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para realizar compras (fazer compras em lugares perto de casa) ( )
27. O (a) senhor (a) necessita de alguma ajuda para utilizar o telefone? (utiliza, marca números) ( )

**As perguntas de número 28 a 33 se referem às atividades avançadas da vida diária. De acordo com a resposta do entrevistado, assinalar sim ou não nos itens que seguem.**

28. O (a) senhor (a) realiza viagem sozinho? Sim ( ) Não ( )

29. O (a) senhor (a) dirige automóvel? Sim ( ) Não ( )

30. O (a) senhor (a) realiza atividade física? Sim ( ) Não ( )

31. Se sim quais:

---



---



---



---

32. O (a) senhor (a) realiza atividades manuais? (pintar, instrumento musical) Sim ( ) Não ( )

33. Se sim, quais:

---



---

**O próximo item é utilizado apenas pelo entrevistador.**

Diagnóstico em relação ao grau de dependência:

---



---

Nesta parte da nossa conversa faremos uma atividade um pouco diferente. Gostaria que o (a) senhor (a) me falasse sobre as pessoas que fazem parte da sua vida e após vamos localizá-las num desenho.

**Identificar juntamente com o entrevistado as pessoas mais importantes e presentes para a vida de cada um e após separar estas mesmas pessoas por grupos (família; amigos – inclui vizinho; e comunidade – inclui profissional de saúde).**

1. Neste momento da sua vida quais são as pessoas mais importantes para o (a) senhor (a)? Justifique sua resposta.

---



---



---



---



---



---

---

---

2. Hoje quais são as pessoas que o senhor tem contato mais frequente?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Quais as pessoas que atualmente ajudam o senhor em suas necessidades do cotidiano? (todos os setores da sua vida, saúde, etc.)?

---

---

---

---

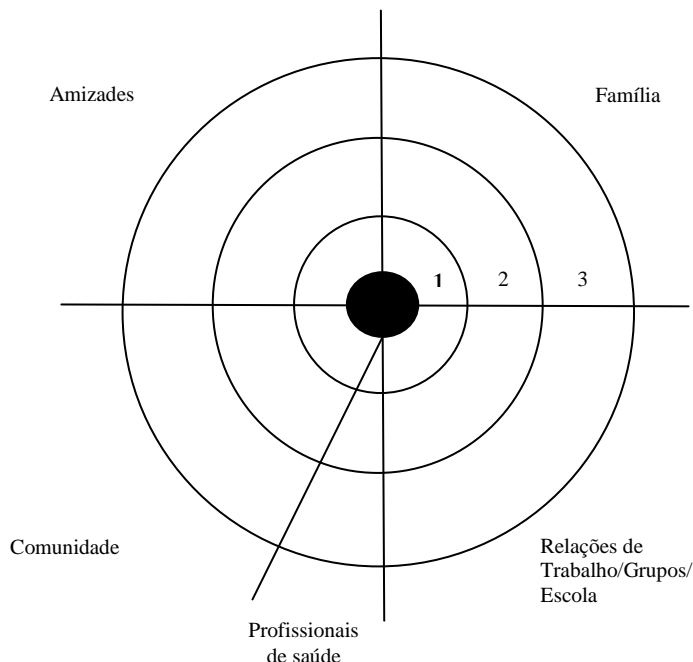
---

---

---

---

4. Agora vou lhe mostrar um desenho e juntos vamos localizar onde estão inseridas estas pessoas as quais o (a) senhor (a) falou.



Já estamos chegando ao final da nossa conversa. Vou conferir se falta alguma coisa que não perguntei.

**Dê uma pausa para preencher o formulário e a seguir pergunte o que ficou faltando e preencha.**

1. Iniciais: \_\_\_\_\_
2. Contato (Fone): \_\_\_\_\_
3. Sexo: Masc ( ) Fem ( )
4. Idade: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade: Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) Grau de instrução: \_\_\_\_\_
6. Estado Civil: Solteiro(a) ( ) Casado(a)/juntado(a) ( )  
Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( )
7. Com quem o (a) senhor (a) mora (Assinalar apenas 1 alternativa):  
Sozinho (a) ( ) Com cônjuge/companheiro(a) ( )  
Com filhos ( ) Com netos ( ) Com amigos e/ ou parentes ( )

Outros ( ) Quem? \_\_\_\_\_

8. O (a) senhor (a) trabalha: Sim ( ) Não ( )  
9. É aposentado (a)? Sim ( ) Não ( )  
10. É pensionista? Sim ( ) Não ( )  
11. Renda mensal familiar: Até 1 salário mínimo\* ( ) De 1 a 2 salários ( ) De 2 a 3 salários ( ) De 3 a 4 salários ( ) De 4 a 5 salários ( ) + de 5 salários ( )

\*1 salário mínimo = R\$622,00

12. O (a) senhor possui religião: Sim ( ) Não ( )  
13. O (a) senhor (a) pratica religião: Sim ( ) Não ( )  
14. O (a) senhor (a) diria que sua saúde é?  
Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Não sabe informar ( )  
15. O (a) senhor (a) possui alguma doença? Sim ( ) Não ( )  
16. Como o (a) senhor (a) avalia sua memória atualmente?  
Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( )  
17. Que dia da semana é hoje. Resposta correta ( ) incorreta ( )

Agradecimentos.