

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

**RENATO NOVAES CHAVES**

**O CUIDAR EM FAMÍLIA: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES NO  
CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA  
ABRIL DE 2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

**RENATO NOVAES CHAVES**

**O CUIDAR EM FAMÍLIA: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES NO  
CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

ABRIL DE 2019

C438c

Chaves, Renato Novaes.

O cuidar em família: memórias e representações sociais de idosos e seus cuidadores familiares no contexto de dependência funcional. / Renato Novaes Chaves - Vitória da Conquista, 2019.  
141 f.

Orientadora: Luciana Araújo dos Reis.  
Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2019.

Inclui referência F. 102 - 114.

1. Envelhecimento - Cuidadores familiar. 2. Representações sociais - Memória. 3. Assistência domiciliar. 4. Envelhecimento humano. I. Reis, Luciana Araújo. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 305.26

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção - CRB 5/1890

UESB - Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Family caregiving: memories and social representations of seniors and their family caregivers in the context of functional dependency.

Palavras-chaves em inglês: Aging. Memory. Social Representations. Family Caregivers. Home Assistance.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (presidente); Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha (titular); Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva (titular); Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior (titular); Profa. Dra. Raquel Souza (titular).

Data da Defesa: 30 de abril de 2019.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

RENATO NOVAES CHAVES

**O CUIDAR EM FAMÍLIA: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES NO  
CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

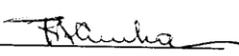
Data da aprovação: 30 de abril de 2019.

**Banca Examinadora:**

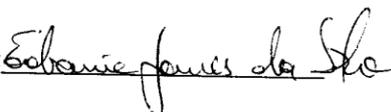
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)  
Instituição: UESB

Ass.: 

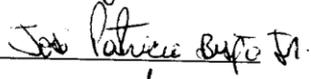
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia Rocha Andrade Cunha  
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edvania Gomes da Silva  
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior  
Instituição: UFBA

Ass.: 

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Raquel Souza  
Instituição: UFBA

Ass.: 

---

Dedico esta tese às famílias que  
compartilharam comigo suas experiências  
de vida e suas memórias.

"É um paradoxo que a ideia de ter vida longa agrade a todos, e a ideia de envelhecer não agrade a ninguém".  
(ANDY ROONEY, 1995)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por todas as bênçãos de todos os dias.

A minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis, pela competência, inteligência, ética e humildade, que me direcionou e orientou da melhor maneira possível, sempre respondendo minhas dúvidas, e-mails e mensagens com muita brevidade, e por quem tenho grande estima e admiração.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha (UESB), Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva (UESB), Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior (UFBA) e Profa. Dra. Raquel Souza (UFBA), por aceitarem compor a banca e por suas valiosas contribuições.

A todos os professores e à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS). Às secretárias do PPGMLS, pela atenção e educação com a qual nos tratam sempre.

A toda minha família, por acreditar em meu potencial e, em especial, a minha mãe Duty, mulher de grande sabedoria que sempre me incentiva a estudar.

Aos amigos do grupo de pesquisa sobre o envelhecimento, do qual faço parte, em especial, a Elaine, Pollyanna, Maykon e Alessandra. Ao meu amigo do peito e irmão para toda a vida, Petronílio (Petrus), pessoa que sempre me incentivou nesta jornada e com o qual posso contar sempre.

Às famílias que me receberam em suas casas e, em especial, aos idosos e seus cuidadores familiares que participaram deste estudo, pela confiança em compartilhar as memórias de uma vida inteira.

A todos vocês o meu singelo agradecimento; muito obrigado!

## RESUMO

O processo de envelhecimento promove diversos tipos de modificações, sejam elas físicas, psicológicas ou comportamentais. Uma das principais alterações que os idosos vivenciam passa pelo campo da dependência funcional. Nesse panorama, quando o idoso necessita de auxílio, quem geralmente assume o cuidado permanente é um membro da família, na forma do cuidador familiar. A família, enquanto grupo social, também colabora para que os indivíduos construam e reproduzam memórias, e estas contribuem para a construção das Representações Sociais (RS). Nessa perspectiva, esta tese tem como objetivos: Compreender as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares sobre o cuidado no contexto da dependência funcional, a partir de suas memórias; Caracterizar os idosos e seus cuidadores familiares quanto aos fatores sociodemográficos, econômicos e de saúde; Desvelar as RS de idosos e seus cuidadores familiares sobre o cuidado ao idoso com dependência funcional; e Analisar as RS do cuidador familiar sobre a prática vivenciada no cuidado ao idoso com dependência funcional. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado no uso da Teoria da Memória Coletiva/Social e das Representações Sociais. O estudo foi realizado no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitações, com 21 idosos e seus cuidadores familiares, escolhidos com base nos critérios de elegibilidade. Foram utilizados três instrumentos para seleção dos participantes: O índice de Katz, a escala de Barthel e o Mine Exame do Estado Mental. E para coleta dos dados, foram usados um questionário sociodemográfico e de condições de saúde e duas entrevistas semiestruturadas para os idosos e outra para os cuidadores familiares. Foi utilizado o método de codificação e categorização temática proposta por Gibbs e o *software* da DSCsoft®, versão 2.0, foi escolhido para auxiliar na análise dos dados qualitativos. Os resultados apontam para perfis nos quais há, entre outros fatores, uma tendência de feminização da velhice, bem como dos familiares que prestam cuidado ao idoso. As RS perpassam por uma dimensão corporal, diária e de cuidados domésticos, envolvidos com visões negativas, reforçadas pela imposição do cuidado, desgaste do cuidador, resignadas, corroboradas pela sensação que os idosos têm de serem cuidados pelo ente querido, e pelo cuidador familiar considerar o idoso ainda forte e com potencial para o autocuidado. Também emergiram RS de que o idoso não pode estar fora do vínculo familiar e social, bem como há a necessidade de políticas públicas que alcancem idosos que são cuidados pela família. Considera-se que valorizar as RS que estão envolvidas no cuidado domiciliar, com o olhar voltado aos cuidadores e idosos, permitiu compreender de forma multidimensional e interdisciplinar a dinâmica das relações familiares no contexto da dependência funcional. Esta Tese está vinculada à área de concentração Multidisciplinaridade da Memória, Linha de Pesquisa “Memória, Discursos e Narrativas” e ao Projeto de Pesquisa “Memória, Envelhecimento e Dependência funcional” do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento. Memória. Representações Sociais. Cuidadores Familiares. Assistência Domiciliar.

## ABSTRACT

The aging process promotes several types of modifications, be they physical, psychological or behavioral. One of the main changes that the elderly experience, goes through the field of functional dependence. In this scenario, when the elderly need help, the one who usually assumes permanent care is a member of the family, in the form of the family caregiver. The family as a social group also collaborates so that the individuals construct and reproduce memories and these contribute to the construction of the Social Representations (RS). In this perspective, this thesis aims to: Understand the SR of the elderly and their family caregivers, about care in the context of functional dependence, from their memories; To characterize the elderly and their family caregivers regarding socio-demographic, economic and health factors; To unveil the RS of the elderly and their family caregivers on care for the elderly with functional dependency; To analyze the SR of the family caregiver on the practice lived in care for the elderly with functional dependence. It is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, based on the use of Collective / Social Memory Theory and Social Representations. The study was carried out in the Municipal Home Care Program for the Elderly with Limitations, with 21 elderly and their family caregivers, chosen based on the eligibility criteria. Three instruments were used to select the participants: The Katz Index, the Barthel Scale and the Mine Mental State Examination. For the data collection, a sociodemographic and health conditions questionnaire and two semi-structured interviews were used for the elderly and another for family caregivers. The thematic coding and categorization method proposed by Gibbs was used. The software of DSCsoft®, version 2.0, was chosen to assist in the analysis of qualitative data. The results point to profiles where, among other factors, there is a trend of feminization of old age, as well as of family members who care for the elderly. The SRs go through a daily and domestic dimension of care, involved with negative visions, reinforced by the imposition of care, wearer of the caregiver, resigned, corroborated by the feeling that the elderly have of being taken care of by the loved one, and by the family caregiver consider the elderly still strong and with potential for self-care. RS also emerged that the elderly cannot be outside the family and social bond, and there is a need for public policies that reach the elderly who are cared for by the family. It is considered that valuing RS that are involved in home care, with a focus on caregivers and elderly, allowed a multidimensional and interdisciplinary understanding of the dynamics of family relationships in the context of functional dependence. This thesis is linked to the Multidisciplinary area of Memory, Research Line "Memory, Speeches and Narratives" and Research Project "Memory, Aging and Functional Dependency" of the Postgraduate Program in Memory: Language and Society of the State University of Southwest of Bahia, under the guidance of Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

**Keywords:** Aging. Memory. Social Representations. Family Caregivers. Home Assistance.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Indicadores de estrutura etária, fecundidade e mortalidade.....	23
Figura 2 – Seleção de idosos e seus cuidadores familiares cadastrados no PAMDIL em Vitória da Conquista – BA, 2017.....	55
Figura 3 – Tela inicial do DSCsoft2.0. ....	63
Figura 4 – Tela do DSCsoft2.0 com uma resposta individual do idoso ID01.....	64
Figura 5 – Tela do DSCsoft2.0 com a Ideia Central do idoso ID01.....	64
Figura 6 – Tela do DSCsoft2.0 com a categorização de uma resposta do idoso ID01.....	65
Figura 7 – Tela do DSCsoft2.0 com as expressões chave de todas as resposta dos idosos.....	65
Figura 8 – Tela do DSCsoft2.0 com um DSC de todas as resposta dos idosos.....	66

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marcos Históricos das políticas públicas relacionadas ao envelhecimento.....	29
Quadro 2 – Determinantes sociais da saúde.....	36
Quadro 3 – Eixos temáticos e suas categorias analíticas.....	68
Quadro 4 – Distribuição numérica do perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos.....	70
Quadro 5 – Distribuição numérica do perfil sociodemográfico e condições de saúde dos cuidadores familiares.....	72

**LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS**

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANG	Associação Nacional de Gerontólogos
AVD	Atividades da Vida Diária
BA	Bahia
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
<i>et al</i>	E outros
FA	Frequência Absoluta
FR	Frequência Relativa
H0	Hipótese nula
H1	Hipótese alternativa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Km	Quilômetro
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MT	Mato Grosso
nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
p.	Página
PAMDIL	Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitações
PNI	Política Nacional do Idoso

PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGMLS	Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
PR	Paraná
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
WHO	<i>World Health Organization</i>
XVIII	Dezoito

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos Específicos.....	18
1.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA TESE.....	19
<b>2. ENVELHECIMENTO HUMANO.....</b>	<b>21</b>
2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	21
2.2 ENVELHECIMENTO HUMANO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
2.3 O ENVELHECIMENTO HUMANO E A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	34
2.4 O CUIDADO EM FAMÍLIA E O ENVELHECIMENTO HUMANO.....	37
<b>3. MEMÓRIA, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>41</b>
3.1 MEMÓRIA COLETIVA.....	41
3.2 MEMÓRIA COLETIVA E ENVELHECIMENTO HUMANO.....	44
3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	47
3.4 MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: Entrelaçar do campos.....	49
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>52</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	52
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	53
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	55
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	57
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	58
4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	61
4.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	67
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS.....	69

5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES.....	71
5.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES SOBRE O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO CUIDADO.....	73
5.3.1 O cuidado entendido como o exercício das atividades diárias.....	73
5.3.2 Concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho.....	76
5.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E SEUS CUIDADORES SOBRE A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	79
5.4.1 Visão resignada dos idosos e negativa dos cuidadores familiares.....	79
5.4.2 Visão negativa dos idosos e resignada dos cuidadores familiares.....	83
5.4.3 Perspectiva social atribuída pelos cuidadores familiares.....	86
5.4.4 A dependência funcional requer políticas públicas específicas.....	88
5.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES SOBRE A PRÁTICA DIÁRIA DO CUIDADO.....	91
5.5.1 Práticas diárias que estimulam a independência funcional.....	92
5.5.2 Práticas diárias que reforçam a dependência funcional.....	95
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>124</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As projeções do IBGE (2013) para o ano de 2025 preveem que o Brasil poderá ter sua população de idosos estimada em 32 milhões de habitantes. É nesse cenário que emergem debates sobre o envelhecimento populacional, que pode ser um grande desafio tanto para a saúde como para a formulação de políticas públicas, principalmente no Brasil, onde há desigualdades sociais, como também para as diferentes áreas do conhecimento (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013).

Esse processo de envelhecimento promove diversos tipos de modificações, sejam elas fisiológicas, físicas, psicológicas ou comportamentais (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). E, uma das principais alterações que os idosos vivenciam passa pelo campo da dependência funcional, entendida aqui como a limitação no desempenho das atividades diárias, quando o idoso passa a depender de cuidados permanentes (LOUREIRO et al., 2014).

Nesse panorama, quando o idoso adquire uma dependência funcional<sup>1</sup>, quem geralmente assume o papel do cuidador permanente é um membro da família, muitas vezes sem a formação específica (OMS, 2015). Dessa forma, o cuidador familiar fica sujeito a uma sobrecarga relacionada ao cuidado prestado, e a qualidade deste, por sua vez, está ligada ao modo como o cuidado é realizado, e à forma como o cuidador enxerga o idoso e a atividade de cuidar.

Entende-se por cuidador aquele que oferece o cuidado, podendo ser um membro da família ou não, com ou sem remuneração e sem formação específica (BRASIL, 2006a; OMS, 2015). No entanto, esta pesquisa tem abordagem voltada ao cuidador familiar, ou seja, aquele que é um membro da família e não recebe remuneração para exercer o cuidado ao idoso.

Destarte, Bosi (1994) entende o envelhecimento como uma categoria social, na qual há uma significativa importância na relação que se estabelece entre o idoso e sua família, principalmente no que tange à construção de representações sociais. A autora afirma que "[...] se, como dizem, a comunidade diferencia o indivíduo, nenhuma comunidade consegue como a família valorizar tanto a diferença de pessoa a pessoa" (BOSI, 1994, p.425).

---

<sup>1</sup> Esta tese usa também sinônimos para dependência funcional, tais como: dependência física e limitação física.

A família, por sua vez, também é considerada como grupo social que influencia e é influenciada por outros indivíduos ou outras esferas sociais. Halbwachs (2006) salienta que a família, enquanto grupo social, também contribui para que os indivíduos construam e reproduzam memórias, que são alicerçadas a partir de um contexto social e da interação dos diversos grupos sociais, tais como a família.

Essas memórias contribuem para a construção das Representações Sociais (RS), entendidas, em Moscovici (2003), como a forma pela qual os indivíduos expressam seus pensamentos e com estes são criados os significados sobre qualquer coisa, fenômeno, acontecimento etc. Logo, é nesse sentido que emerge a pertinência desta pesquisa, que se referenda no panorama de mudanças das dinâmicas familiares com o advento da dependência funcional, uma vez que a família exerce forte influência na formação do indivíduo e nos valores sociais.

Essa configuração permite inferir que o modo como o cuidador familiar enxerga o cuidado e o idoso dependente físico poderá repercutir na forma como o cuidado é executado. Nesse sentido, Jodelet (2009) aponta que as RS contribuem para organizar práticas de cuidado ao idoso, uma vez que os significados dados ao ato de cuidar do idoso podem nortear práticas incorretas, trazendo consequências negativas tanto para o idoso como para o seu cuidador.

Sendo assim, o estudo, ora exposto, ressalta o discurso amparado na memória de idosos dependentes e de seus cuidadores familiares e, ao fazê-lo, levanta a discussão em torno do envelhecimento e do cuidado desenvolvido por entes familiares a partir do objeto de estudo “cuidado familiar à pessoa idosa” com base nas RS.

Sendo assim, propõe-se um diálogo com as ciências sociais, ancoradas principalmente na abordagem cultural e dimensional das RS, propostas respectivamente por Jodelet e Moscovici. Também fazendo uso do campo da memória coletiva a partir dos preceitos de Halbwachs. Dessa forma, a pesquisa traz importantes contribuições para os campos da memória e da saúde, bem como alarga a compreensão do objeto em questão.

Para Halbwachs (2006), o entendimento do que é memória coletiva e individual se baseia nas ideias de que nunca nos lembramos de algo sozinhos, há sempre uma influência coletiva. Para ele, existem dois tipos de memória, individual e coletiva, ambas se complementam, embora a coletiva seja um importante elemento

na construção das memórias individuais e na formação da identidade do ser social. E, de acordo com Pollak (1992), recorrer ao uso da memória constitui um elemento fundamental para entender o sentido de identidade que cada um tem, bem como no sentido coletivo.

Nessa perspectiva, ao recorrer à memória dos idosos e de seus cuidadores familiares para entender o ato de cuidar, a partir dos significados dados por eles, esta pesquisa lança mão de um olhar sobre a reprodução de um cuidado que pode ser desqualificado, uma vez que os cuidadores familiares não exercem uma atividade formal. Assim, emerge uma discussão acerca dos efeitos da sobrecarga, que são danosos para a saúde do cuidador e do idoso. E coloca-se em evidência uma população de idosos e cuidadores familiares que merece destaque especial na sociedade, no campo da ciência, e de sua inserção, como agentes de transformação no processo saúde-doença.

A pretensão dessa abordagem surgiu durante a construção da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGMLS/UESB), intitulada: “Representações e memória social de idosos longevos sobre o processo de envelhecimento e a capacidade funcional”, defendida no ano de 2017.

Naquela oportunidade, foi possível constatar que as RS, edificadas nas memórias coletivas e construídas a partir da vivência nos grupos sociais, interferem no modo como se envelhece. Nesse período, houve a construção de novas questões para a abordagem de outro estudo, a partir da contribuição que as ciências sociais podem dar ao entendimento holístico acerca do envelhecimento, numa perspectiva das RS tanto do idoso dependente como de seus cuidadores.

É oportuno salientar que a aprovação no curso de doutorado (PPGMLS/UESB) colaborou para o aprofundamento dos estudos e da pesquisa acerca do envelhecimento, associado com as práticas do cuidado em família. Esta perspectiva de análise do objeto permite reflexionar e analisar o envelhecimento por uma esfera multimodal<sup>2</sup>.

Dessa forma, percebe-se que o envolvimento do pesquisador com a temática perpassa as questões profissionais, mas também conceitual, por meio das quais é

---

<sup>2</sup> Usa diferentes modos de interpretação para expressar as mais variadas representações de mundo do objeto estudado. Fonte: <http://www.uece.br/posla/dmdocuments/EdinaMariaAra%C3%BAjoVasconcelos.pdf>

possível associar, em uma pesquisa como esta, temáticas teóricas, como é o caso da memória coletiva e RS com o cuidado familiar no contexto da dependência funcional de idosos, que é constituída pela prática diária vivenciada pelas famílias. Sendo assim, o estudo ora exposto pauta-se numa pesquisa com abordagem biopsicossocial.

A outra questão sobre o envolvimento com o objeto de estudo pauta-se na experiência prática profissional, enquanto enfermeiro e docente de curso superior. A vivência como profissional de enfermagem oportunizou o cuidado ao idoso no ambiente hospitalar que, por sua vez, tornou possível aproximar do objeto de estudo, bem como suscitou o interesse em aprofundar os estudos sobre envelhecimento.

Não diferente, a experiência como docente de curso superior nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia, através da qual a oportunidade em ministrar aulas sobre pesquisa científica e processo de envelhecimento, e também de orientar discentes de iniciação científica na produção de monografias e artigos científicos, aumentou o contato com a temática e alavancou o interesse por pesquisar este objeto.

Somado a isso, esta tese apresenta três características relacionadas à justificativa do estudo: primeiro, os resultados advindos deste estudo poderão servir de base para subsidiar a discussão e elaboração de políticas públicas, destinadas não apenas à população idosa como também voltadas à capacitação do cuidador familiar de idosos. E, a partir daí, proporcionar uma assistência humanizada e adequada às necessidades do idoso com limitação funcional.

Em segundo, emerge deste estudo uma discussão de temáticas que exigem conhecimento aprofundado e sistemático, e ao mesmo tempo trata sobre a realidade de uma população, na qual a família e a sociedade não costumam deter-se. Esse fato expõe este estudo como uma temática de grande relevância social.

Terceiro, há uma lacuna do conhecimento, no que tange a estudos que associem envelhecimento, cuidado familiar, memória coletiva e RS de idosos e cuidadores familiares. São raras as abordagens sobre a associação dessas temáticas. Sendo assim, tem-se aqui um estudo de abordagem social, pautada na construção da memória por meio das RS.

Nesse sentido, investigar o cuidado no contexto familiar oportuniza dar voz aos idosos com dependência funcional e seus cuidadores familiares. E o uso da

memória revelará quais são as RS que eles têm sobre o fenômeno estudado e como este contribui para as práticas do cuidado. Entender essa relação é importante, pois perpassa o enfoque holístico desta pesquisa, que faz um diálogo com outras áreas do conhecimento, como as ciências humanas e sociais.

Considerando o exposto, surgiram as questões que norteiam a abordagem da problemática: Quem é o idoso dependente na visão dos seus cuidadores familiares? As RS dos idosos e de seus cuidadores familiares sobre o cuidado à pessoa idosa, no contexto da dependência funcional, orientam as práticas do cuidar? Nesse sentido, o pressuposto que permeia a discussão é que as RS dos cuidadores familiares orientam e organizam as práticas do cuidado ao idoso com dependência funcional, e essas RS podem contribuir para reforçar a limitação funcional do idoso, bem como podem contribuir para o modo como o cuidado é realizado.

Ademais, investigar a relação entre as RS, evidenciadas por meio das memórias dos idosos e seus cuidadores familiares sobre o ato de cuidar do idoso, no contexto da dependência funcional, pode contribuir para implementação de um protocolo de qualificação dos cuidadores familiares, bem como colaborar para a melhoria do cuidado prestado ao idoso e trazer benefícios para a qualidade de vida, tanto do idoso como de seus cuidadores.

Recorrer à memória de idosos e seus cuidadores familiares, no que tange ao envelhecimento, à dependência funcional e à prática do cuidado, envolve entender a relação do que foi privilegiado por eles, contudo, não significa descobrir todas as memórias e RS, mas aquelas que, de forma positiva ou não, contribuem ou não para organizar as práticas do cuidar.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Compreender as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares sobre o cuidado no contexto da dependência funcional, a partir de suas memórias.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos e seus cuidadores familiares quanto aos fatores sociodemográficos, econômicos e de saúde.
- Desvelar as RS de idosos e seus cuidadores familiares sobre o cuidado ao idoso com dependência funcional;
- Analisar as RS do cuidador familiar sobre a prática vivenciada no cuidado ao idoso com dependência funcional.

### 1.3 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA TESE

Esta tese está estruturada em cinco sessões, sendo que a primeira apresenta as considerações iniciais sobre o envelhecimento humano, fundamentado nos aspectos demográficos, nas políticas públicas, na dependência funcional e no cuidado em família.

Em seguida, a segunda seção aborda o referencial teórico sobre a memória coletiva e o envelhecimento humano, para tanto, tem-se as considerações sobre memória coletiva, outra abordagem sobre a memória coletiva e o envelhecimento humano, os conceitos das RS e o entrelaçamento dos campos memória coletiva e RS.

O percurso metodológico se encontra na seção três, com fundamentação sobre a caracterização do estudo, o cenário do estudo, os participantes do estudo, os instrumentos de coleta de dados, a análise e interpretação dos dados e as questões éticas. Todos esses passos configuram o método pelo qual o estudo foi alcançado.

Na quarta seção, têm-se os resultados a partir da interpretação do pesquisador e da literatura referenciada. Estes estão baseados em três eixos temáticos e suas categorias analíticas. O primeiro eixo se refere às RS dos idosos e seus cuidadores familiares sobre o significado atribuído ao cuidado e, para isso, foram criadas duas categorias analíticas, quais sejam: o cuidado entendido como o exercício das atividades diárias e a concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho.

O segundo eixo temático aborda as RS dos idosos e seus cuidadores sobre a dependência funcional, discutidos com base em quatro categorias analíticas: i) Visão resignada dos idosos e negativa dos cuidadores familiares; ii) Visão negativa dos idosos e resignada dos cuidadores familiares; iii) Perspectiva social atribuída pelos

cuidadores familiares; e iv) A dependência funcional requer políticas públicas específicas.

Já o último eixo temático, que trata das RS dos idosos e seus cuidadores familiares sobre a prática diária do cuidado, está dividido em duas categorias analíticas: Práticas diárias que estimulam a independência funcional; e Práticas diárias que reforçam a dependência funcional.

Finalmente, na quinta seção, estão descritas as considerações finais do estudo, nas quais estão apresentadas as principais evidências encontradas, as limitações do estudo e o alcance da pesquisa.

Por fim, estão apresentadas em ordem alfabética as referências, os apêndices e os anexos da pesquisa.

## 2. ENVELHECIMENTO HUMANO

Nesta seção apresenta-se a fundamentação teórica que subsidia o referencial acerca do envelhecimento humano, que, por sua vez, está dividido em quatro tópicos. O primeiro traz uma abordagem sobre os aspectos demográficos do envelhecimento no Brasil, a partir dos dados do IBGE (2010; 2011), bem como contribuições de pesquisas como as de Sobreira, Sarmiento e Oliveira (2011), Reis et al. (2013), entre outros.

O segundo tópico trata sobre as políticas públicas que envolvem o envelhecimento humano, ancorados no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e fundamentado em estudos como os de Camarano e Kanso (2010); Schneider e Irigaray (2008); Bobbio (2004); Zimmerman (2000); Beauvoir (1990), Lima (1999); Sousa e Rodríguez-Miranda (2015); Gomes e Reis (2016), entre outros.

Para abordar o envelhecimento humano e a dependência funcional, o embasamento teórico está pautado nos estudos de Salmazo-Silva et al. (2012); Ferreira et al. (2012); Barbosa et al. (2014); Ramos (2003); Rosa et al. (2003); Geib (2012); Tarlov (1996); Buss e Pellegrini Filho (2007); WHO (2003), entre outros.

Por fim, tem-se uma discussão sobre o cuidado em família e o envelhecimento humano a partir do aporte teórico com as obras de Gratão et al. (2013); Carneiro e Falcone (2013); Nardi, Sawada e Santos (2013); Anjos et al. (2014); Areosa et al. (2014); Bandeira et al. (2014); Souza et al. (2012); Wagner (2011); Brasil (2001), entre outros, que trazem grandes contribuições para a discussão sobre o envelhecimento e a dependência funcional.

### 2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

A sociedade contemporânea vem sendo marcada, nas últimas décadas, pelo crescimento populacional, pela dinâmica da urbanização, dentre outros fatores que contribuem para a mudança no perfil sociodemográfico da população. Esse acontecimento recebe o nome de transição demográfica, que é um termo que indica a relação entre o desenvolvimento socioeconômico de uma nação com o seu crescimento populacional. De acordo com Borges, Campos e Silva (2015), o termo

transição demográfica reflete uma mudança de cenário, em que as altas taxas de mortalidade e fecundidade dão lugar a índices mais baixos, das mesmas taxas, em função de diversos avanços sociais, econômicos, culturais e de saúde.

Somado a isso, as taxas de mortalidade e natalidade, por sua vez, estão diretamente ligadas com as transformações que ocorrem no perfil do processo saúde-doença de uma nação (SOBREIRA; SARMENTO; OLIVEIRA, 2011).

Para se ter uma noção básica de como vem acontecendo esse processo de transição demográfica, é possível comparar, por meio dos dados do IBGE (2011), a década de 1960 e o ano de 2010, analisando que, nesse período, em torno de 50 anos, a população idosa do Brasil saltou de 4,7% (1960) para 10,8%, o que demonstra que o percentual mais que dobrou nesse período.

Ainda de acordo com o IBGE (2011), nesse período, também, observou-se um declínio na taxa de fecundidade, ou seja, o número de idosos cresceu muito mais do que o percentual de pessoas que nasceram. Já para Rodrigues et al. (2007), o fato dos idosos ultrapassarem os 60 anos, também está relacionado ao acesso aos serviços de saúde, que vem incorporando novas práticas tecnológicas e científicas, a fim de melhorar a qualidade de vida da população.

Em outras palavras, a Figura 1, a seguir, apresenta um panorama do envelhecimento da população brasileira, por meio da estrutura etária ao longo de 60 anos de evolução do Brasil. É possível perceber, na tabela, que a população cresceu mais de 350% de 1960 a 2010. Observa-se também que a idade mediana<sup>3</sup> passou de 18 para 27 anos, ou seja, o país deixou de ser uma nação meramente jovem.

Pode-se analisar, ainda, que a taxa de mortalidade infantil associada com a taxa de fecundidade total teve um declínio, fixando-se em 16,2‰ e 1,9‰, respectivamente, no ano de 2010. Essa característica, associada com o índice de envelhecimento, que foi de 44,8% no mesmo ano, demonstrou claramente o processo de transição demográfica pela qual estamos passando desde 1950 (IBGE, 2010).

---

<sup>3</sup> De acordo com o IBGE, a idade mediana é a que separa os 50% mais jovens dos 50% mais velhos. Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19122001censo2000.shtm>

Figura 1 – Indicadores de estrutura etária, fecundidade e mortalidade. Brasil, 1950 a 2010

Indicador	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
<b>População</b>	<b>51.941.767</b>	<b>70.070.457</b>	<b>93.139.067</b>	<b>119.002.706</b>	<b>146.825.475</b>	<b>169.799.170</b>	<b>190.755.799</b>
<b>Idade mediana</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>27</b>
<15	41,8%	42,6%	41,7%	38,2%	34,8%	29,6%	24,1%
15-59	53,9%	52,6%	53,1%	55,7%	58,0%	61,8%	65,1%
60+	4,3%	4,8%	5,2%	6,1%	7,3%	8,6%	10,8%
<b>Índice de envelhecimento</b>	<b>10,3%</b>	<b>11,2%</b>	<b>12,4%</b>	<b>15,9%</b>	<b>20,9%</b>	<b>28,9%</b>	<b>44,8%</b>
<b>Razão de Dependência (RD)</b>	<b>85,5%</b>	<b>90,0%</b>	<b>88,3%</b>	<b>79,5%</b>	<b>72,5%</b>	<b>61,7%</b>	<b>53,6%</b>
RD <sub>Jovem</sub>	77,6%	81,0%	78,6%	68,6%	60,0%	47,9%	37,0%
RD <sub>idosos</sub>	8,0%	9,0%	9,7%	10,9%	12,5%	13,8%	16,6%
<b>TFT</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>5,8</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>2,4</b>	<b>1,9</b>
<b>TBN</b>	<b>43,5</b>	<b>44,0</b>	<b>37,7</b>	<b>31,8</b>	<b>23,7</b>	<b>21,1</b>	<b>16,0</b>
<b>TBM</b>	<b>19,7</b>	<b>15,0</b>	<b>9,4</b>	<b>8,9</b>	<b>7,3</b>	<b>6,9</b>	<b>6,1</b>
<b>TMI</b>	<b>135,0</b>	<b>124,0</b>	<b>115,0</b>	<b>82,8</b>	<b>45,2</b>	<b>27,4</b>	<b>16,2</b>
<b>e<sub>0</sub></b>	<b>45,5</b>	<b>51,6</b>	<b>53,5</b>	<b>62,8</b>	<b>65,8</b>	<b>70,4</b>	<b>73,5</b>
		<b>1950-1960</b>	<b>1960-1970</b>	<b>1970-1980</b>	<b>1980-1991</b>	<b>1991-2000</b>	<b>2000-2010</b>
<b>Taxa de crescimento anual (%)</b>		<b>3,0</b>	<b>2,9</b>	<b>2,5</b>	<b>1,9</b>	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censos Demográficos de 1950 a 2010. TFT – Taxa de Fecundidade Total; TBN – Taxa Bruta de Natalidade; TBM – Taxa Bruta de Mortalidade; TMI – Taxa de Mortalidade Infantil; e<sub>0</sub> – Esperança de Vida ao Nascer. RD – Razão de Dependência<sup>4</sup>. Índice de envelhecimento<sup>5</sup>.

Ainda acerca da transição demográfica, ao analisar a estrutura etária na década de 60 (FIGURA 1), conclui-se que o país passava por uma fase na qual a idade mediana era de apenas 18 anos, o percentual de indivíduos com mais de 60 anos (idosos) era muito pequena, cerca de pouco menos de 5%. Nesse mesmo período, a razão de dependência<sup>6</sup> foi de 90%, sendo que, desse total, apenas 9% era de idosos e 81% estava centrada na população jovem.

No entanto, foi a partir da década de 1980 que o país começou outra fase de sua transição demográfica, pois o Brasil experimentou verdadeiras quedas nos indicadores de mortalidade infantil (82,8%), ou seja, o número de óbitos infantis era

<sup>4</sup> Razão de Dependência - peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade).

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtml>

<sup>5</sup> Índice de envelhecimento corresponde à população maior de 65 anos dividida pela população de 0 a 14 anos, multiplicado por cem. (Pop65+ / Pop0-14) \* 100.

Fonte: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia\\_demografica/tabela17.shtml](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtml)

<sup>6</sup> Razão de Dependência - peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade).

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtml>

de quase 83 para cada 1000 nascidos vivos, a taxa de fecundidade ficou em 4,4‰ e a de natalidade se estabeleceu em pouco menos de 32‰, e a esperança de vida<sup>7</sup>, pela primeira vez, ultrapassa os 60 anos de idade (FIGURA 1). Dessa forma, essa configuração revelava um cenário até então muito inovador para o perfil epidemiológico da nação, pois o Brasil estava se consolidando como um país em processo de envelhecimento.

Já o ano de 2010 (FIGURA 1) ficou marcado pelo grande número de indivíduos no país, que em 40 anos (1970 – 2010) saltou de pouco mais de 93 milhões para mais de 190 milhões de habitantes; a idade mediana foi de 27 anos e a população com mais de 60 anos correspondia a quase 11% do total, o que em números absolutos equivale a mais de 20 milhões de idosos.

Ainda sobre a Figura 1, observa-se que as taxas de fecundidade e mortalidade infantil registraram o seu menor índice de 1,9‰ e 16,2‰, respectivamente, representados em mais de 60 anos de estudos do IBGE. Todas essas alterações proporcionaram mudanças na estrutura etária da população brasileira que, por consequência, envelheceu ainda mais, ultrapassando os 73 anos à expectativa de vida.

Em outras palavras, há nessa transição demográfica brasileira um maior número de idosos em detrimento do número de jovens. Não obstante, houve um ganho na longevidade, ou seja, as pessoas estão vivendo mais, atingindo idades mais avançadas (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). E é esperado que nas próximas décadas essa realidade se acentue.

No entanto, para entender essa realidade esperada para os próximos anos, é necessário considerar a transição demográfica a partir da influência que a queda nos níveis de fecundidade e redução dos níveis de mortalidade trazem para essa transformação da pirâmide etária. Camarano, Kanso e Fernandes (2014) salientam que as elevadas taxas de mortalidade e natalidade foram experimentadas no Brasil até a metade da década de 1940, quando a população brasileira era meramente jovem.

Mas foi a partir das décadas de 1950 e 1960 que o Brasil começou a passar por mudanças significativas (FIGURA 1) na sua estrutura etária populacional. Nesse

---

<sup>7</sup> Esperança de vida ao nascer - número médio de anos que um recém-nascido esperaria viver se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade.

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtml>

período houve significativa redução da taxa de mortalidade, que ocasionou um aumento da expectativa de vida ao nascer, bem como, houve uma queda nos níveis de fecundidade.

Diversos são os fatores que contribuem para essa mudança. A evolução da ciência e de novas tecnologias, o acesso aos serviços de saúde, a urbanização, a introdução de antibióticos na cura de doenças, as melhores condições sanitárias colaboraram para a queda nas taxas de mortalidade no Brasil (VASCONCELOS; GOMES, 2012; CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). E a incorporação da mulher no mercado de trabalho, aliada às mudanças econômicas e de saúde, como a inserção do planejamento familiar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e o acesso da população a melhores condições de escolarização são fatores que contribuíram para a diminuição dos níveis de natalidade (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

É possível perceber, na Figura 1, que o envelhecimento da população brasileira se deu, de fato, com a sustentada queda da fecundidade e não apenas pela taxa de mortalidade diminuída. Esta, portanto, é a base do envelhecimento populacional no Brasil, ou seja, com a queda da taxa de fecundidade houve uma acelerada diminuição da população de jovens e conseqüente aumento do número de idosos, crescente ao longo dos anos.

Borges, Campos e Silva (2015) ressaltam que, nos países desenvolvidos, como é o caso de algumas nações europeias, as taxas de mortalidade e fecundidade foram caindo ao longo do tempo, de forma lenta e gradual, levando mais de um século para os países envelhecerem. Enquanto que nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, ocorreu o contrário, houve um envelhecimento populacional muito rápido, sofrendo em um curto período de tempo com as transformações na estrutura etária da população.

Dessa forma, pode-se dizer que o processo de transição demográfica brasileiro foi marcado pelo crescente número de idosos em todo o país, em detrimento do número de indivíduos que nasciam no mesmo período analisado. Essa conjuntura, ao passo que representa um avanço na estrutura demográfica do país, é também considerada uma questão que merece preocupação. Nesse sentido, Reis et al. (2013) salientam que

[...] a expectativa de vida é um grande ganho para a humanidade, mas ela também acarreta problemas complexos para áreas sociais e de saúde, pois a sociedade se vê diante de um contingente de pessoas suscetíveis às doenças crônico-degenerativas e problemas socioeconômicos que contribuem para o aumento do risco de dependência física e social a que as pessoas idosas estão sujeitas (REIS et al., 2013, p.86).

Ainda para a autora, é devido essa mudança na estrutura etária da população que há uma necessidade de se pensar e planejar ações nas mais diversas áreas do conhecimento, voltadas para minimizar os problemas que giram em torno do processo de envelhecimento de um povo.

No entanto, a mudança na estrutura etária da população apresenta outra questão, a necessidade de discussão e implementação de políticas públicas efetivas que alcancem a realidade brasileira. Borges, Campos e Silva (2015) chamam a atenção para essa questão e destacam que a necessidade de políticas públicas passa pelo crivo das diferenças econômicas entre os estados. Para eles,

Enquanto os estados da Região Sudeste concentram mais da metade do Produto Interno Bruto - PIB, os 16 estados das Regiões Norte e Nordeste, somados, alcançam menos de 20% do PIB nacional. Tais desigualdades expressam-se em importantes diferenciais regionais demográficos, com as Unidades da Federação atravessando diferentes etapas da transição demográfica (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015, p.142).

Nesse sentido, e entendendo a necessidade de novos planejamentos que aparecem com a mudança do perfil populacional, foi necessário pensar e desenvolver políticas públicas efetivas e que deram suporte ao indivíduo idoso em todo o território nacional. Porém, as políticas públicas voltadas para o envelhecimento exigem um sistema que seja capaz de solucionar problemas que surgem à medida que a população envelhece.

## 2.2 ENVELHECIMENTO HUMANO E POLÍTICAS PÚBLICAS

O processo de envelhecimento é caracterizado por uma série de fatores que vão desde a mudança do corpo, passando pela escassez de empregos para idosos, declínio de funções fisiológicas, hormonais e sensoriais, bem como de mudanças psicológicas relacionadas com autoestima, autonomia, independência, entre outros (CAMARANO; KANSO, 2010).

Nesse sentido, o envelhecimento está frequentemente relacionado com a prevalência de doenças crônicas que interferem diretamente no comprometimento funcional do idoso, que passa a depender de cuidados permanentes (LOUREIRO et al., 2014).

No entanto, é importante ponderar que o envelhecimento se caracteriza por ser um processo complexo, relacionado com aspectos diversos, tais como fisiológico, social etc. Sendo assim, essa temática vem exigindo mais estudos interdisciplinares com um olhar multifocal, voltado para a compreensão dessa etapa natural do desenvolvimento humano.

Dessa forma, este estudo está centrado numa visão holística dessa etapa da vida, levando em consideração que o envelhecimento é um processo que está envolvido por dimensões não apenas de ordem cronológica. O envelhecimento é multimodal e influenciado por questões sociais, psicológicas, físicas, emocionais, históricas, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de gênero (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Sendo assim, excluindo-se o fator cronológico, não há um momento exato para se estabelecer quando uma pessoa se torna idosa. A rigor, demarcar o início do envelhecimento é complexo, pois envolve questões multidimensionais, tais como “[...] processos biológicos, aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros” (CAMARANO, 2008, p.130).

O envelhecimento não é limitado apenas ao aspecto cronológico, ele está relacionado às experiências passadas, ao presente no modo como a vida é administrada, e também ao futuro com as expectativas que o indivíduo tem para a posteridade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Para Norberto Bobbio (2004), a velhice se estabelece a partir de três aspectos, um cronológico, que leva em consideração a idade e não as características dos indivíduos; outro chamado de burocrático, relacionado às conquistas que esta fase da vida proporciona, tais como aposentadoria, benefícios, auxílios sociais, entre outros; e por último um aspecto subjetivo que considera a trajetória de vida de cada indivíduo, suas particularidades e singularidades.

Em outra perspectiva, Zimmerman (2000, p.19) afirma que “velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade”. E corroborando essa consideração,

Beauvoir (1990) acredita que aspectos sociais influenciam no modo como as pessoas envelhecem. Para a autora, não se separa envelhecimento do contexto social no qual se insere o indivíduo, pois existem diversos modos de envelhecer, como envelhecimento de ricos e pobres, homens e mulheres, do intelectual e do trabalhador braçal etc.

Nesse sentido, é importante ressaltar que foi a partir da década de 1960 e com o surgimento da intervenção e dos estudos da gerontologia<sup>8</sup>, que o conceito sobre o envelhecimento sofreu modificações ao longo dos anos (PEIXOTO, 1998). Com o advento da gerontologia emergiu uma nova forma de encarar e classificar a velhice, pois os idosos foram estimulados a manter práticas mais saudáveis, com atividades física e cognitiva, que estimulassem o corpo e a mente. Ainda para o autor, é nesse cenário que emerge a noção de envelhecimento saudável, que se propaga até os dias atuais.

A gerontologia também contribuiu para o processo de socialização do idoso no contexto social, uma vez que o termo “terceira idade” emergiu nos discursos gerontológicos em detrimento da palavra “velho” (LIMA, 1999). E, de acordo com Silva (2008), esse novo rótulo surge como forma de designar o processo de envelhecimento.

O uso do termo “terceira idade” surge como uma necessidade da sociedade contemporânea, de mudar a visão negativa e pejorativa para uma concepção de um período da vida privilegiado, que merece ser vivido com práticas saudáveis e com a implementação de políticas públicas (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002). A velhice passa, então, a incorporar uma imagem de fase da vida resultante de um processo e não apenas demarcada por uma questão cronológica ou fisiológica (SOUSA; RODRÍGUEZ-MIRANDA, 2015).

Nesse sentido, a definição de pessoa idosa passa por questões não apenas físicas ou biológicas, como a diminuição morfofuncional de alguns sistemas fisiológicos, de forma variável. Passa, apesar de ser menos preciso, por parâmetros cronológicos, mas também pode ser entendido a partir do ponto de vista mental, quanto o indivíduo alcança certa sabedoria de vida, experiências e compreensão integral do sentido da vida (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

---

<sup>8</sup> É um campo científico e profissional dedicado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice, e faz estudo do envelhecimento nos aspectos – biológicos, psicológicos, sociais e outros.

O conceito do envelhecimento, baseado na idade cronológica, é limitante, uma vez que não leva em consideração as questões multidimensionais que envolvem o envelhecer, e não considera as trajetórias de vida de cada indivíduo, as condições econômicas, de gênero, raça etc. Sendo assim, numa perspectiva internacional, houve o estabelecimento de uma idade limítrofe que define a fase adulta da fase idosa.

No Brasil, de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003, 2010). Essa classificação é baseada no que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1982), que definiu a idade igual ou superior a 60 anos para os países em desenvolvimento, e naqueles desenvolvidos<sup>9</sup> esta idade sobe para 65 anos. Dessa forma, essa definição de envelhecimento está diretamente ligada às questões econômicas e sociais de uma nação (BRASIL, 2004).

Todavia, a definição cronológica é a mais usual, uma vez que a demarcação de um grupo populacional está relacionada com o fato de facilitar benefícios, de garantir direitos, tais como as aposentadorias por idade. Também se vincula com o advento da melhoria das ações de promoção de saúde, por meio de políticas públicas específicas, e pesquisas que promovem o aumento da expectativa e da qualidade de vida dos idosos (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

São entendidas aqui por políticas públicas as decisões, incentivos, ações e recursos públicos que são usados de forma articulada e que tem como objetivo respostas aos interesses coletivos de transformar a realidade da população (RODRIGUES, 2010).

Nesse sentido, também se faz necessária para a discussão sobre o envelhecimento a necessidade de discutir políticas públicas de saúde<sup>10</sup> voltadas para atender aos idosos. Elas são planejadas no sentido de manter um bom estado geral de saúde, melhorar a qualidade de vida, proporcionar maior autonomia, independência física e psicossocial aos idosos.

---

<sup>9</sup> Países desenvolvidos conseguem um alto índice de industrialização e a maioria da população desfruta de melhores condições de vida. Já aqueles em desenvolvimento têm diversas carências estruturais, e uma parte importante de sua população vive em situação de pobreza, sem acesso a condições mínimas de alimentação, saúde, educação moradia e/ou serviços básicos. Fonte: <http://www.infoescola.com/geografia/paises-desenvolvidos/>

<sup>10</sup> As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento de políticas públicas para idosos é considerado um tema de relevante destaque, uma vez que é necessária a criação de leis e estatutos específicos que alcancem essa população. Conforme apresentado no Quadro 1 a seguir, percebe-se que a criação dessas políticas para a população idosa tem marcos históricos desde a década de 1970.

**Quadro 1** – Marcos Históricos das políticas públicas relacionadas ao envelhecimento

<b>Anos</b>	<b>Marcos Históricos para idosos</b>
1974	Lei nº 6.179 cria a Renda Mensal Vitalícia, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
1977	Sistema Nacional de Previdência e Assistência (SINPAS) (Lei nº 6.439) integra o Instituto Nacional de Previdência social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), entre outras, para unificar a assistência previdenciária.
1982	A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento na ONU, em Viena, que traçou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, e almejou sensibilizar os governos e sociedades do mundo para direcionar políticas públicas voltadas aos idosos.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde que propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa.
1988	Promulgada a Constituição Federal que fez referência ao idoso. Assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania: a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida.
1993	Aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei 8.742/93 que possibilita o reconhecimento de contextos multivariados de riscos à saúde do cidadão idoso.
1994	Aprovada a Lei nº 8.842/1994 sobre a Política Nacional ao Idoso (PNI), posteriormente regulamentada sob Decreto Nº 1.948/96.6, e cria o Conselho nacional do Idoso (CNI).
1999	Foi desenvolvida e implantada a Política Nacional da Saúde do Idoso pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS), que estabelece as diretrizes essenciais que norteiam programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa.
2002	Aconteceu a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid – Plano Internacional do Envelhecimento – que visou fornecer orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI. Esperava-se alto impacto desse plano nas políticas e programas dirigidos aos idosos, principalmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil.
2003	Foi realizada a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, na qual foi recomendado aos países que, de acordo com suas realidades nacionais, propiciassem condições que favorecessem um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade. No Brasil, entra em vigor a Lei nº 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados aos idosos.
2006	Aconteceu a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas várias deliberações que garantiram e ampliaram os direitos das pessoas idosas. Esta conferência teve como tema: “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da pessoa Idosa – RENAD”.
2008	Ocorreu a II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa com o Tema: “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanço e Desafios”.
2011	Realizou a III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa com o tema: “O compromisso de Todos, por um Envelhecimento Digno no Brasil”.
2015	Aconteceu a IV Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa com o Tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa: Por um Brasil de todas as idades”. Neste mesmo ano também ocorreu a conferência estadual no estado da Bahia e se estendeu aos 417 municípios.

Fonte: Adaptado de Gomes (2017).

Outro marco histórico nas políticas públicas no Brasil, não abordado por Gomes (2017), foi o Decreto-lei nº 4.682/23, também conhecido como Lei Eloy Chaves. Esse decreto, por sua vez, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) que não tinha a participação do governo e funcionava como um fundo econômico para garantir as aposentadorias, assistências médicas e pensões de trabalhadores (SANTANA et al., 2017).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (ONU, 1948), também não contemplada pelo Quadro 1, foi um importante marco histórico mundial no que tange à dignidade humana. Ela é composta por 30 artigos e foi importante para a criação da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. No artigo 25 da DUDH é possível ler sobre a dignidade humana no que tange ao envelhecimento:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p.13).

Não menos importante, o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), amparado pela Lei Complementar nº 11 de 25 de maio de 1971 (BRASIL, 1971), não mencionado no Quadro 1, também garante assistência de aposentadoria ao trabalhador rural, contemplando os idosos com 65 anos ou mais de idade. Há que considerar que esta lei é previdenciária, mas não necessita de contribuição ou filiação<sup>11</sup>.

O Quadro 1 apresenta um resumo de alguns marcos históricos nacionais e internacionais que influenciaram a implementação de políticas públicas no Brasil, no tocante ao envelhecimento. Nesse sentido, percebe-se que, em 1974, a Renda Mensal Vitalícia foi criada por meio da Lei nº 6.179/74, no âmbito da previdência social, e que garantia benefício previdenciário aos idosos com 70 anos ou mais, indivíduos inválidos e incapacitados para o trabalho que não tinham renda superior a 60% do salário mínimo (BRASIL, 2015).

---

<sup>11</sup> A lei estabelece normativas para contribuição sobre a comercialização da produção rural, mas cobre apenas uma pequena parte dos benefícios pagos a essa clientela.  
Fonte: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp11.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp11.htm)

Já em 1977 a Lei nº 6.439 instituiu o SINPAS e definiu um novo modelo de assistência previdenciária, no qual o INAMPS ficou responsável pela assistência médica aos segurados, e a concessão de benefícios ficou com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Esse foi considerado um projeto moderno, de cunho racionalizador, com a formatação institucional de políticas públicas (FLEURY; CARVALHO, 2009). No entanto, de todas as entidades que compunham o SINPAS, apenas a DATAPREV está em funcionamento.

Em 1982, no plano internacional, a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Viena, aprovou o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, com 62 recomendações que orientaram a formulação de políticas públicas para idosos em todo o mundo (BRASIL, 2003).

No Brasil, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, sendo considerada um marco histórico sobre a discussão em torno do envelhecimento, pois foi a primeira aberta à sociedade. Naquela ocasião, a conferência estava pautada em torno de três eixos: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e o financiamento do setor (BRASIL, 1987).

Essa discussão foi importante para a criação da Constituição Federal de 1988 que, por sua vez, foi influenciada pela DUDH e pela Assembleia de Viena, e representou um importante passo no tocante às políticas públicas e proteção social dos idosos no Brasil (CAMARANO; PASSINATO, 2004).

No Quadro 1, percebe-se que foi apenas em 2003, 15 anos após a criação da Constituição Federal de 1988, que foi sancionado o Estatuto do Idoso no Brasil, através da Lei 10.741. No Brasil, a questão do envelhecimento da população entrou na agenda pública, enquanto problema político e social carecedora de políticas públicas específicas, a partir da década de 1980.

Fernandes e Soares (2012, p.1498), ao discutir sobre o Estatuto do Idoso e a PNI, salientam que “esses documentos ampliaram os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa e foram fundamentais para a afirmação de ações dinâmicas e consistentes”.

No Brasil o principal programa de assistência destinado aos idosos é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993). Ele garante um auxílio na forma de um salário mínimo por mês para os idosos que tenham 65 anos ou mais e que não tenham condições de prover sua

subsistência. Esse benefício também é concedido aos portadores de deficiência física. E é uma importante política pública na forma da Assistência Social<sup>12</sup> (Quadro 1).

Sobre as aposentadorias, outro ponto importante a ser tratado é sobre as políticas públicas relativas à seguridade social. Como o Brasil é um país que está mudando sua estrutura etária, a população idosa requer benefícios previdenciários e assistenciais próprios da idade.

Nesse sentido, Borges, Campos e Silva (2015) afirmam que a transição demográfica traz consequências muito sérias para o modelo de previdência social vigente no país. Para os pesquisadores, no Brasil, os trabalhadores em atividade financiam os inativos, tais como os aposentados e pensionistas, chamado de regime financeiro de repartição simples.

Dessa forma, discutir sobre a necessidade de reforma previdenciária é uma urgência no Brasil, pois

Com a perspectiva de crescimento da população idosa em um ritmo mais acelerado que o da população em idade ativa, como já vem ocorrendo, é urgente a discussão sobre formas de equalizar receitas e despesas, tendo em vista não só o panorama demográfico atual como também o prospectivo para médio e longo prazos (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015, p.147).

Apesar de o Brasil ter hoje uma legislação voltada à população idosa, o processo de envelhecimento também se apresenta como um desafio para as políticas públicas de saúde, uma vez que estas precisam responder às necessidades dos idosos de modo integral, tratando dos vários aspectos que envolvem o envelhecer.

A esse respeito, Camarano (2014), em sua pesquisa para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), considera que as políticas públicas devem alcançar a valorização do cuidador, seja ele familiar ou formal, pois, ao pensar ações que contemplem os idosos, deve-se levar em consideração o rol de políticas importantes para essa categoria. Para a pesquisadora, diversas são as formas em que as políticas públicas podem atuar, mas, no caso do cuidador familiar:

---

<sup>12</sup> Serviço público que compreende programas que amparam os indivíduos em situação de vulnerabilidade social, que necessitam de benefícios para manutenção de sua vida, seja na forma de auxílios em dinheiro ou prestação de serviços, sem que seja necessária contribuição anterior. Fonte: <http://mds.gov.br/assuntos/brasil-sem-miseria/acesso-a-servicos/assistencia-social>

[...] as medidas para valorizar o seu trabalho devem incluir benefícios monetários, grupos de apoio emocional e espiritual, folga/respiro, capacitação, inclusão no sistema de seguridade social, articulação da função de cuidar de um familiar com um trabalho remunerado fora do domicílio, entre outras (CAMARANO, 2014, p. 618).

A rigor, o fato é que o fenômeno do envelhecimento acarreta uma discussão em diversos níveis da sociedade, seja no âmbito da saúde, político, econômico etc. E toda essa discussão é importante não só para promoção da saúde, mas também em relação à visão que a sociedade tem dos idosos, e no que diz respeito à mudança de imagem sobre o indivíduo idoso.

### 2.3 O ENVELHECIMENTO HUMANO E A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

O envelhecimento humano vem causando em todo o mundo grandes mudanças em diversos seguimentos da sociedade, estando relacionadas com o aumento da qualidade de vida da população, dos avanços tecnológicos, científicos e de saúde, e também da conscientização da população em viver mais e melhor, o envelhecer se tornou pauta de discussões sobre os desafios que este novo panorama traz para as diferentes áreas do conhecimento.

Essa longevidade, a qual experimenta o mundo sob diferentes contextos, é uma fase marcada por mudanças de variadas ordens. No entanto, uma das principais mudanças que o indivíduo experimenta com o envelhecimento passa pelo campo físico relacionado à saúde, como é o caso da preocupação em torno da conservação da capacidade funcional, que é essencial para a manutenção da qualidade de vida e do envelhecimento saudável.

A capacidade funcional de um indivíduo está relacionada com a sua manutenção e independência nas Atividades da Vida Diária (AVD) que, por sua vez, está dividida em duas avaliações, sendo elas as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD estão relacionadas com o autocuidado, e envolvem atividades como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, controle de esfínteres etc. E as AIVD vinculam-se com as atividades de manutenção e administração do ambiente, onde vive dentro e fora do lar (SALMAZO-SILVA et al., 2012; FERREIRA et al., 2012; BARBOSA et al., 2014).

As AVD são definidoras importantes para indicar a dependência funcional de um indivíduo. Nesse panorama, a carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) exerce um protagonismo. A gama de DCNT que muitos idosos experimentam, durante o envelhecimento, é considerada potencialmente incapacitante para as AVD (REBOUÇAS et al., 2017; MATTOS et al., 2014).

Quando se fala em alterações funcionais, estudos salientam que, a partir dos 20 anos de idade, elas se iniciam; aos 30 anos, já é possível perceber alterações funcionais; e a partir dos 40 anos, as perdas são progressivas. Mas também existe uma hierarquia no tipo de dependência, sendo as AIVD as primeiras a serem afetadas (JACOB FILHO, 2000; PEREIRA et al., 2017).

Quando um indivíduo, em qualquer fase da vida, apresenta alguma dificuldade em manter as ABVD e AIVD, surge então uma dependência funcional. No caso dos idosos, os estudos apontam que este quadro é adquirido de modo progressivo (RAMOS, 2003; BARBOSA et al., 2017). Para Salmazo-Silva et al. (2012), a dependência acontece primeiro com base na perda da autonomia, por meio das AIVD, e depois na perda da independência, por meio das ABVD.

A dependência funcional pode ser entendida pela “presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (ROSA et al., 2003, p.41). A rigor, vale salientar que outros termos podem ser utilizados, quando o idoso não tem autonomia nas ABVD e nas AIVD, tais como incapacidade e deficiência. No entanto, neste estudo, optou-se pelo uso do termo dependência funcional.

No campo do envelhecimento, a investigação da capacidade funcional, tanto para ABVD como AIVD, se torna um marcador na avaliação da saúde dos idosos. Estar com a capacidade funcional mantida significa não ter dependência, pois o idoso consegue manter, de forma autônoma, a sua habilidade física e mental para viver independente.

No entanto, quando há uma dependência funcional, esta se relaciona com fatores multidimensionais na vida do idoso. E a sua identificação precoce é um fator que contribui tanto para prevenir como recuperar a autonomia dos idosos (PEREIRA et al., 2017).

Com o surgimento da dependência funcional, os idosos passam a necessitar de cuidados mais complexos e de maior duração, pois as dificuldades em executar as ABVD e AIVD se potencializam. Assim, quando o assunto é dependência

funcional, os idosos representam a parcela da população com maiores chances de serem afetados por comorbidades, doenças crônicas e taxas mais elevadas de declínio funcional (LOURENÇO et al., 2012).

Lisboa e Chianca (2012) salientam que dependência funcional para as AVD está relacionada com diversos fatores, que, por sua vez, tem uma relação de interdependência entre si, de modo direto ou não, isolado ou não, sendo elas o humor, a cognição, a comunicação e a mobilidade. Para eles, quando há algum comprometimento em algum desses fatores, o prejuízo funcional é evidenciado.

O surgimento de uma dependência funcional é multifatorial e está relacionado com os determinantes sociais da saúde, que são variáveis que influenciam na qualidade de como se vive (GEIB, 2012). Essas variáveis, apresentadas no Quadro 2, são amplas e consideradas inerentes ao processo de envelhecimento.

Nesse sentido, e observando o Quadro 2, percebe-se que são vários os fatores que determinam um envelhecimento saudável, que vão desde o nascimento até a morte do indivíduo. No entanto, à medida que se envelhece, mais propenso o indivíduo fica às vulnerabilidades e dependências funcionais que podem surgir.

**Quadro 2** – Determinantes Sociais da Saúde

<b>Determinantes</b>	<b>Variáveis</b>
Relacionados com a saúde e os serviços sociais	Promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo aos serviços de saúde.
Comportamentais	Atividade física, estilo de vida, hábitos, alimentação saudável etc.
Relacionados com fatores pessoais	Aspectos genéticos, fatores psicológicos, biológicos.
Relacionados com o ambiente físico	Segurança em casa, água, comida e ar saudáveis, condições geográficas.
Relacionados com o ambiente social	Suporte social (rede protetiva), violências e abusos, educação.
Econômicos	Finanças, trabalho executado, planejamento para o futuro, etc.

Fonte: Adaptado de Geib (2012); Tarlov (1996); Buss e Pellegrini Filho (2007); WHO (2003).

Quando o idoso perde sua autonomia e autocuidado, este fica sob a responsabilidade de algum membro da família, na figura de um cuidador familiar, que, mais por obrigação do que por escolha, tem o dever de desempenhar atividades de cuidado permanente (LOUREIRO et al., 2014).

Este cuidador, por sua vez, se vê desafiado pela tarefa de cuidar sem o devido preparo, com dúvidas quanto ao conhecimento da garantia e manutenção das AVD, o que pode implicar tanto em prejuízos na forma como o cuidado é dispensado, quanto na sobrecarga relacionada ao ato de cuidar (GONÇALVES et al., 2011).

O cuidado ao idoso com dependência funcional “inclui uma rede social, infraestrutura, recursos materiais apropriados, pessoal qualificado, apoio social, entre outras” (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013, p.723). Dessa forma, deve-se pensar no cuidado ao idoso com dependência funcional a partir de uma visão holística, não apenas centrado na limitação, mas no cuidado oferecido, na relação com sua rede social, principalmente com o seu cuidador familiar.

## 2.4 O CUIDADO EM FAMÍLIA E O ENVELHECIMENTO HUMANO

Ao abordar a sobrevivência do idoso no contexto da dependência funcional, o cuidador familiar é quem lhe garante suporte necessário para suas AVD. Sendo assim, este deve ter, entre suas funções, o acompanhamento do idoso na realização de suas AVD ou, a depender do grau de dependência, é o próprio cuidador quem deve garantir a sua execução (GRATÃO et al., 2013).

Essa configuração, no seio familiar, torna-se uma tarefa árdua para o cuidador, pois este passa a realizar funções que antes eram feitas pelo idoso, tais como ajudar nas ABVD e nas AIVD. Estas vão desde tarefas simples, como se vestir, alimentar-se, até as que exigem maior grau de conhecimento e habilidade, a depender da necessidade do idoso.

De acordo com Pedreira e Oliveira (2012), essa é uma atividade cansativa, diária, muitas vezes sem revezamento entre familiares, solitária, de longa duração, deixando o cuidador propenso ao isolamento social e predisposto a alterações do estado de saúde, em virtude do desgaste do ato de cuidar. Essa condição requer políticas públicas, no que tange à promoção e proteção da saúde tanto para os idosos, como para seus cuidadores familiares.

A rigor, de acordo com a literatura pesquisada, o perfil geral de cuidadores de idosos, no contexto brasileiro, demonstra que são em sua maioria mulheres, esposas, companheiras ou filhas que residem com o idoso e cuidam dele em tempo integral, tem média de idade de 56,6 anos, com grau de escolaridade e de renda

baixos (GRATÃO et al., 2013; CARNEIRO; FALCONE, 2013; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; ANJOS et al.; 2014).

Pesquisas chamam a atenção para o tempo médio de horas gastas pelo cuidador familiar com o idoso dependente, que vão de 5 a 8 horas por dia (AREOSA et al., 2014; BANDEIRA et al., 2014). Os autores salientam que esse tempo vai depender, também, do apoio que é recebido pela família por parte dos serviços formais, de programas de atenção domiciliar ou informais, como membros da família, amigos, entre outros.

A família é compreendida por um grupo de indivíduos, com vínculos afetivos, consanguíneos ou não, agrupados sob um conjunto de valores e crenças. Constitui o primeiro núcleo de socialização, onde a vida passa a ter sentido para os seus integrantes e onde cada um constrói sua identidade (FONSECA, 2004; WAGNER, 2011; BRASIL, 2001).

É nesse cenário de dependência e necessidade de que um ente familiar assuma o cuidado ao idoso que um novo arranjo familiar é formado. Este, entendido como as configurações familiares onde o vínculo afetivo se torna a principal característica, não necessariamente formada por laços consanguíneos, mas que dividem o mesmo espaço físico. O arranjo familiar se configura a partir da disponibilidade dos membros da família em se reorganizarem, assumindo papéis e funções específicas dentro daquele núcleo (SOUZA et al., 2012; WAGNER, 2011).

No entanto, há que considerar que, no Brasil, a relação que existe entre envelhecimento e família assume uma natureza bidimensional. Há certa naturalidade no que diz respeito à dependência do idoso para sua família, pois algumas pesquisas salientam que são os próprios idosos com limitação funcional que se tornam os provedores de suas famílias, ou contribuem com boa parte de seus benefícios previdenciários (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Além do mais, a família também possui um papel importante no que diz respeito à formulação de políticas públicas. É partir dela que planos de cuidados e de intervenção são planejados dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois é através da família que se pode entender as formas de desenvolvimento dos agravos de saúde (SILVA et al., 2012).

Quando se pensa em envelhecimento, por exemplo, a família passa a ter grande destaque, pois com a dinâmica da intergeracionalidade, entende-se que as

famílias também envelhecem junto com seus idosos, requerendo estratégias de organização dentro e fora do lar para alcançar as demandas que emergem com o envelhecimento (SILVA et al., 2015).

No cenário brasileiro, a maioria das famílias assume o cuidado dos seus idosos dependentes. No entanto, há que se considerar que a gradativa diminuição da capacidade das famílias em cuidar dos idosos dependentes faz com que haja um aumento pela procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)<sup>13</sup> (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Deve-se considerar também que os idosos com melhores condições financeiras nem sempre representam preocupação para sociedade e para a família. Eles são os mantenedores do lar, consomem bens e serviços e têm dinheiro para pagar cuidadores, quando se veem em condição de dependência funcional.

Mas, independentemente da condição financeira, ou da delegação do cuidado à família ou a outra pessoa, o fato é que a vida humana é permeada pelo cuidado. O cuidado é mediação, é afeto, envolvimento, emoção, é o que caracteriza o indivíduo enquanto ser humano.

Nesse sentido, Waldow (2004, p.176) afirma que o cuidado é uma espécie de filosofia de vida, por meio da qual se pode ser e se expressar. Para ele “É uma postura ética e estética frente ao mundo. É contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade”.

É nesse sentido que Heidegger (2006) teoriza sobre o cuidado e a existência humana. Para ele, a palavra cuidado ganha significado quando se conhece sua representação, quando se estabelece uma relação entre indivíduos, logo, o cuidado é uma condição da natureza humana.

Boff (2017) também compactua com esse entendimento sobre cuidado, e diz que há uma dimensão ontológica, quando se pensa em cuidado, pois este faz parte da vida humana, sem ele não se pode ser considerado um ser humano. O autor enfatiza ainda que é na relação mútua entre os indivíduos que o cuidado se

---

<sup>13</sup> De acordo com a Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, são ILPI - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. Fonte: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/rdc-283-2005.pdf>.

estabelece. Há uma necessidade do outro para que as pessoas exerçam o cuidar, pois as pessoas se constituem mediante a interação com o outro (BOFF, 2017).

Mas, ainda que Waldow (2004) e Heidegger (2006) teorizem sobre a condição humana relacionada ao cuidado, Boff (2017) chama a atenção de que a falta de cuidado também faz parte da dimensão humana. E, para ele, é por isso que existe no cuidado uma ética que se relaciona com o respeito, atenção, afeto e compromisso que um indivíduo tem em cuidar do outro.

Assim, o cuidado está presente na vida humana desde o nascimento até a morte. Ele pode se manifestar no abraço de um amigo, numa ajuda, numa palavra, bem como, quando uma família assume realizar as tarefas diárias de um idoso que já não consegue executá-las.

### 3. MEMÓRIA, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste tópico, apresenta-se o embasamento conceitual com a finalidade de subsidiar o referencial teórico que ancora este estudo sobre a memória coletiva, principalmente com base na teoria de Halbwachs (1990; 2004; 2006), dentre outros, que discutem a memória coletiva e sua influência a partir dos grupos sociais dos quais fazem parte os indivíduos.

Também há uma discussão no que tange à memória coletiva e ao envelhecimento, embasado no aporte teórico das obras de Halbwachs (2006), Bosi (1988), Esposito e Gonçalves (2015), Beauvoir (1990), Marinho e Reis (2016), Lima, Valença e Reis (2017), Santana et al. (2017), Gomes e Reis (2016), Valença et al. (2017), entre outros, que tratam em suas pesquisas sobre a memória coletiva e o envelhecimento.

Para discutir as RS, a presente tese aborda os conceitos que envolvem a teoria, a partir do embasamento teórico das obras de Durkheim (1970; 2003), Nobrega (2003), Moscovici (2003), Jodelet (1985, 1989, 2001, 2009), Sá (1998, 2002, 2004), Abric (2000), entre outros autores que tratam as RS como formas por meio das quais os indivíduos expressam seus pensamentos e como estes criam os significados sobre qualquer coisa ou fenômeno.

Por fim, apresenta-se uma discussão acerca do entrelaçamento de dois campos teóricos, a memória coletiva e as RS. Para isso, este tópico fundamenta-se nas obras de Halbwachs (2006), Lavabre (1998), Peralta (2007), Jodelet (2001), entre outros, que discorrem sobre a memória coletiva, bem como daqueles que discutem sobre as RS.

#### 3.1 MEMÓRIA COLETIVA

A memória coletiva, como objeto de estudo, emergiu com força a partir dos estudos do sociólogo francês Maurice Halbwachs (1877-1975), que evidenciou o conceito de memória nas ciências sociais. Em 1925, ele escreveu a obra *Los marcos sociales de la memoria* na qual apresentou o conceito de memória social. A partir daí, o autor apresenta uma “Sociologia da Memória”, estabelecendo um diálogo com a psicologia freudiana, com a filosofia bergsoniana e construindo sua abordagem ancorada na sociologia durkheimiana (HALBWACHS, 2004).

Com essa obra, a memória foi analisada de forma sistemática a partir do seu caráter social. Em Halbwachs (1990), a memória é entendida como coletiva, pois foi analisada sob as experiências dos indivíduos nos seus grupos sociais.

O ato de lembrar é individual, mas que “só temos capacidade de nos lembrar quando nos colocamos no ponto de vista de um ou mais grupos e de nos situar novamente em uma ou mais corrente do pensamento coletivo” (HALBWACHS, 1990, p.36).

Halbwachs (2004) mostra que há a memória coletiva e há “quadros sociais da memória”. Este termo é apresentado em seu livro e se refere a um diálogo que o autor estabelece com a psicologia de Freud, com a filosofia de Bergson, e com a sociologia de Durkheim. A obra leva em consideração o caráter social da memória, pois, para ele, a memória individual sempre é exibida a partir de um quadro social.

Halbwachs (2004) defende que as memórias são pensadas a partir de convenções sociais, que são chamadas por ele de quadros sociais da memória. Nesse sentido, o autor reforça a ideia de que a memória coletiva existe a partir dos grupos sociais, tais como família, trabalho, igreja, classes sociais etc.

Assim, a memória individual existe, mas está vinculada com a coletiva por meio das memórias compartilhadas pelos grupos<sup>14</sup> de que os indivíduos fazem parte. A memória coletiva é a memória de um passado compartilhado, que se mantém através dos grupos sociais, mas “é necessário que esta reconstrução se opere a partir de dados ou de noções comuns que se encontram tanto no nosso espírito como no dos outros, por que elas passam incessantemente desses para aqueles e reciprocamente [...]” (HALBWACHS, 1990, p. 34).

Dessa forma, essa teoria de Halbwachs foi escolhida para este estudo, pois, para aquele Durkheimiano, a memória é um fenômeno social, uma vez que há um caráter social na sua construção e manutenção. Ela não é simplesmente a reprodução do passado, mas a construção no presente, a partir desse passado.

A rigor, Halbwachs entendeu a dimensão social que a memória tem, pois a memória individual está ancorada por quadros sociais que, por sua vez, estão vinculados com as representações coletivas constituídas nos grupos sociais

---

<sup>14</sup> Entende-se por grupo, neste contexto, um conjunto de indivíduos que fazem parte de um mesmo vínculo, seja ele por afetividade ou identificação, não sendo necessário que este grupo se faça presente fisicamente, mas que ele possa influenciar o indivíduo onde quer que ele esteja a partir de suas recordações.

(HALBWACHS, 2004). O conceito de Memória Social foi constituído por Halbwachs (1990) a fim de estabelecer uma relação entre memória coletiva e individual. Ele traçou um panorama em que a memória individual está vinculada aos quadros sociais que compõem a memória coletiva.

Para Halbwachs (2004, p.375), o quadro social da memória é a “estrutura que unifica o pensamento de um grupo ou de uma classe social, portanto, se caracteriza por um sistema de representações de valores e necessidades centrais”. Dessa forma, quando o indivíduo lembra-se de algo do passado, ele se ancora em quadros sociais que ajudam a representar o passado, mas tem como referência a cultura e estruturas simbólicas do grupo no qual está inserido.

Assim, em Halbwachs (2004), o lembrar é atribuir significados aos quadros sociais, uma vez que estes são os pontos de referência para as lembranças. Para ele, a memória não está separada de seus condicionamentos sociais, uma vez que os indivíduos articulam sua memória em função de seu pertencimento a uma família, religião ou uma classe social determinada.

Indivíduos não se lembram por eles mesmos, isto é, para lembrarem, eles necessitam da lembrança de outros indivíduos para confirmar ou negar suas lembranças, que, por sua vez, estão localizadas em algum lugar específico no tempo e no espaço. Halbwachs enfatiza tanto o caráter social quanto interativo da memória, uma vez que, para ele, todas as nossas lembranças relacionam-se com a vida material e moral das sociedades.

A memória não é e não pode ser considerada o ponto de partida, porque ela nunca parte do vazio; a memória é adquirida à medida que o indivíduo toma como sua as lembranças do grupo com o qual se relaciona. Nesse sentido, há um processo de apropriação de representações coletivas por parte do indivíduo em interação com outros indivíduos.

Se a memória de um indivíduo é diferente da memória de seu irmão, de seu amigo, isso ocorre porque cada indivíduo se confronta, durante seu percurso de vida, com uma complexidade única de situações (HALBWACHS, 1990).

Indivíduos apresentam, portanto, diferentes comportamentos, não porque tenham “personalidades” ou “naturezas” próprias, independentes do social, mas devido às experiências diversas porque passaram (no sentido de construir e incorporar) ao longo de suas vidas. Não se pode eliminar a importância do ator que reconstrói seu passado, nem considerar construções coletivas como autônomas,

mas sim, negar ao indivíduo, ao inconsciente ou à natureza humana independência em relação à sociedade.

É dele a afirmativa de que os quadros sociais da memória não são construídos pela combinação de lembranças individuais, nem mesmo de formas vazias, mas, ao contrário, são os instrumentos de que a memória coletiva se serve para recompor uma imagem do passado que se combina, a cada época, com os pensamentos dominantes da sociedade (HALBWACHS, 2004).

Podemos compreender, portanto, que indivíduos se relacionam com diferentes quadros sociais da memória durante suas vidas, na medida em que vão para escolas, lugares de trabalho, grupos religiosos, espaços de lazer, ou mesmo quando permanecem com suas famílias.

Halbwachs (1990) reconstruiu a relação entre tempo e memória a partir da afirmação de que a memória coletiva se constrói através das representações coletivas do passado. Os indivíduos perceberiam o tempo à medida que o percebessem espacialmente, isto é, eles traduziriam experiências diretas em segmentos homogêneos do tempo e os alocariam em uma linha contínua para poderem localizá-los mais tarde. A sensação de temporalidade em todos nós derivaria do fato de que diversos momentos fariam parte de um conjunto de pensamentos comuns a um determinado grupo, de um quadro social da memória.

### 3.2 MEMÓRIA COLETIVA E ENVELHECIMENTO HUMANO

A priori, para discutir e entrelaçar os campos memória e envelhecimento, é necessário recorrer ao teórico Maurice Halbwachs, que estabeleceu, dentro das Ciências Sociais, o conceito de memória na perspectiva da diferença entre individual e coletiva. É dele o entendimento de que a construção da memória está vinculada às experiências passadas, apesar de serem evocadas no presente (HALBWACHS, 2006).

Halbwachs (2006) discorre sobre a importância que os grupos sociais têm na construção das memórias, como se pode notar a seguir:

Nossas lembranças permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos. Isto acontece porque jamais estamos sós. Não é preciso que outros estejam presentes, materialmente distintos de nós,

porque sempre levamos conosco e em nós certa quantidade de pessoas que não se confundem (HALBWACHS, 2006, p.30).

Nesse sentido, a memória é entendida como uma construção social. Ela é produzida durante as experiências de vida de cada indivíduo, por meio de seus valores, crenças, relações e interações sociais. A memória se refere ao ato de registrar, conservar e de lembrar daquilo que ocorre durante toda a vida (GORODSCY; ZAGO; GAVA, 2014).

Sendo assim, é vasto o campo das pesquisas que entrelaçam a memória com o envelhecimento, tanto na saúde como nas ciências sociais (MARINHO; REIS 2016; LIMA; VALENÇA; REIS, 2017; SANTANA et al., 2017; GOMES; REIS, 2016; VALENÇA et al., 2017). Essas pesquisas, que estão ancoradas nos preceitos de Halbwachs (2006), buscam compreender o processo de envelhecimento, por meio das lembranças de idosos, recorrendo ao seu passado através da memória.

Dessa forma, os campos da memória e envelhecimento se casam, dentro da perspectiva social, pois ao recorrer às lembranças do idoso, eles se projetam no passado a partir do presente em que estão inseridos, estabelecendo, assim, uma relação direta entre o passado e o presente. Dessa maneira, as experiências do presente determinam a forma com que se recordam de algo, pois, como postula Halbwachs (2006), o contexto social, no qual está inserido o indivíduo, influencia o seu discurso que é verbalizado a partir do ato de recordar.

O passado, para o idoso, tem um peso diferente, seja pelo hábito ou interesse ideológico. Nesse caminho, Beauvoir (1990) afirma que 'o velho'<sup>15</sup> personifica as lembranças, seja no passado, pela experiência vivida, ou pelo presente, pelo corpo já envelhecido. Assim, ela afirma:

Eu conservo, do passado, os mecanismos que se montaram no meu corpo, os instrumentos culturais de que me sirvo, meu saber e minhas ignorâncias, minhas relações com outrem, minhas ocupações, minhas obrigações [...]. Tudo o que fiz me foi retomado por ele e coisificou-se nele, sob a forma do prático-inerte (prático-inerte é o conjunto de livros que eu escrevi, que constituem agora, fora de mim, minha obra, e que me definem como sua autora) (BEAUVOIR, 1990, p.459).

Desse modo, tanto as experiências vivenciadas pelo idoso, como a aprendizagem, adquiridas durante a vida, não desaparecem com o envelhecimento.

---

<sup>15</sup> Assim a autora chama os idosos em seu livro "A Velhice".

Ao contrário, elas estão corporificadas no indivíduo e podem ser utilizadas por ele, a partir da memória, para novas configurações (GORODSCY; ZAGO; GAVA, 2014).

Nesse sentido, abre-se a perspectiva de que é possível resgatar o passado vivido a partir da memória, uma vez que é por meio da verbalização daquilo que foi preservado, que as memórias do passado criam significados a partir de um contexto social. Assim, Esposito e Gonçalves (2015), em seu trabalho com os residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), evidenciaram a importância da memória, que deve ser valorizada, pois quando os idosos recorrem ao seu passado, usam as suas histórias de vida, desvendando as experiências mais significativas.

É importante salientar que o uso da memória para os idosos apresenta um caráter de seleção e reconstrução. O indivíduo se ancora em suas experiências para recompor passado, dando, assim, à lembrança uma função social. Nessa perspectiva, ao recorrer ao trabalho de Bosi (1998), intitulado “Memória e sociedade: lembrança de velhos”. é possível entender o uso da memória para recompor as experiências dos idosos a partir da sua história oral.

Bosi (1998, p.18) chama a atenção de que o passado se mantém vivo, no idoso, por meio das lembranças, uma vez que “a função social do velho é lembrar e aconselhar [...]”. Bobbio (1997), filósofo italiano, constatou que os idosos mantêm sua função social a partir das lembranças do passado. Assim, tanto Bosi como Bobbio compartilham o mesmo pensamento de que para os idosos a lembrança do passado é um lugar de segurança, conforto e refúgio.

Nesse sentido, o envelhecimento entendido como uma construção social sofre influências sociais e coletivas. Esta construção permite inferir que a dependência funcional não está vinculada apenas ao processo de envelhecimento ou ao aspecto físico, mas é multifatorial, adquirido a partir do estilo de vida adotado e da interação do indivíduo no meio social (BARBOSA et al., 2017).

De acordo com Martins (2013, p. 219), o envelhecimento está associado a uma perspectiva histórica e cultural, pois “entende-se que o envelhecimento constitui-se em categoria elaborada diferentemente e simbolicamente por cada pessoa em desenvolvimento e em cada momento histórico diferente”. A partir daí a família, enquanto grupo socialmente constituído, exerce influência na vida do idoso e na construção social do envelhecer, pois, conforme salienta Nardi e Oliveira (2008),

é a família quem dá o suporte social necessário para que o idoso mantenha sua sobrevivência.

Assim, entende-se que a construção social do indivíduo está relacionada à sua conjuntura histórica, e estas, verbalizadas a partir de suas lembranças, ajudam a entender não apenas a sua identidade, mas também as representações que são dadas a elas.

### 3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de Representações Sociais (RS) tem sua origem a partir da obra “As formas elementares da vida religiosa”, datada de 1912, do sociólogo francês Durkheim (1858-1917), que naquela ocasião usava o termo “representação coletiva”. Ele defendeu uma tese em que pregava que a natureza do ser humano está na religião. Para tanto, Durkheim (1970) estudou, dentro de tribos primitivas da Austrália, como se davam as suas práticas religiosas. Ele apontou que a reprodução de representações coletivas se dava por meio das práticas sociais religiosas e que estas eram capazes de manter laços entre os indivíduos daquela sociedade e com isso a perpetuação através das gerações (NOBREGA, 2003).

Durkheim (2003) defendia que existem duas representações, sendo uma coletiva e outra individual. A coletiva estava relacionada com um aspecto mais geral, com crenças, costumes, religião, entre outros, e que fazem parte do objeto da sociologia. E a individual estaria voltada ao campo da psicologia, uma vez que é fruto da consciência própria de cada indivíduo.

No entanto, foi o psicólogo romeno Serge Moscovici (1928-2014) quem difundiu a Teoria das Representações Sociais (TRS) a partir de uma configuração distinta daquela apresentada por Durkheim. Apesar de ter buscado aprimorar a TRS a partir dos ensinamentos Durkheimiano, Moscovici (2003) se separou da filosofia positivista ao questionar a visão daquele sociólogo francês. Para ele, não existia uma visão dicotômica das representações em coletiva e individual, mas sim representações sociais que são frutos de interações sociais, uma vez que não há separação do indivíduo com o social.

Dessa forma, Moscovici (2015, p. 49) priorizou o uso do termo RS em detrimento de representações coletivas, pois, para ele, as RS “são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e

comunicar, que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que uso o termo social em vez de coletivo”.

A rigor, foi a partir da contribuição de Moscovici que outros autores utilizaram a TRS em suas pesquisas, guiando vários trabalhos nas diversas áreas do conhecimento, tais como Jodelet (1985, 1989, 2001, 2009), Sá (1998, 2002, 2004), Abric (2000), Santos (2005), entre outros.

Destarte, Denise Jodelet (2001), também influenciada pelas obras de Moscovici, é citada por ele em seus estudos. Para ela, as RS se referem a "uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (JODELET, 2001, p.22).

Não obstante, a fim de evitar uma simplificação do conceito, Jodelet (2001) explica o que é a representação, pois é composto de significado, e é social, uma vez que emerge das relações sociais. Sendo assim, para a autora, RS é o significado atribuído a um determinado objeto social por um grupo de pessoas.

Coadunam nesse entendimento, Santos (2005, p.21), quando diz que as RS “são uma forma de conhecimento compartilhado, articulado, que se constitui em uma teoria leiga a respeito de determinados objetos sociais”. E Sá (1998, p.21), ao afirmar que “os fenômenos das representações sociais estão “espalhados por aí”, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa como pensamentos individuais, estão presentes em constante movimentos”.

Ainda para o psicólogo brasileiro Celso Pereira de Sá (1998, p.75), há o que ele chama de “Ancoragem”, quando se trata de RS, posto que ela “se dá em relação a um sistema de pensamento preexistente”. Para ele, os indivíduos têm um determinado interesse por algum grupo social, e essa seria a base para estabelecer uma relação entre uma RS e a classe social na qual a representação é gerada, pois “trata-se sempre de um sistema que se constituiu e opera no âmbito de uma determinada posição no campo social” (SÁ, 1998, p.75).

Nessa linha de pensamento, Jean-Claude Abric (2000), psicólogo francês e estudioso do campo das RS, entende que várias são as interferências que as representações recebem para seus significados, tais como o contexto social, a posição do indivíduo na sociedade, os determinantes sociais, os valores e crenças, a história de vida de cada pessoa, bem como do grupo.

Também Jodelet (2001, p.21) afirma que as RS estão organizadas a partir de um estado de realidade e que se vinculam a diversos elementos, tais como, “informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc.[...]”. Para ela, há uma relação entre o indivíduo que produz a RS e o objeto representado, pois a representação é sempre de alguém sobre alguma coisa, e que esta relação abre a possibilidade para diversas interpretações.

Sintetizando, evidencia-se que as RS refletem o modo como os indivíduos e grupos sociais enxergam e interpretam a realidade à sua volta. Pois, nas palavras de Jodelet (1989, p.36), as RS se referem a “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Assim, é com base nas RS que se pode entender como o senso comum atribui significados às coisas, situações, pessoas, eventos etc., e como as RS estão inseridas no meio social, pois estão em contínuo processo de criação e perpetuação na sociedade.

É nesse caminho que se pode afirmar que as RS são elaboradas por indivíduos ou grupos, dentro do momento presente, mas que estão relacionados a um curso histórico. E assim, é importante ressaltar que se deve levar em consideração a RS criada e partilhada, mas também entender que esta faz parte de um elemento histórico, no qual a memória pode ser usada para compreender a representação de um passado.

### 3.4 MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: Entrelaçar dos campos

O campo interdisciplinar em que estão inseridos os estudos de memória tem suscitado discussões tanto no âmbito das ciências sociais como em outros, abrindo, dessa forma, um vasto caminho para entrelaçamento com o estudo das RS.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que vários saberes se coadunam para o estudo das RS e, a partir do campo da memória, este entrelaçamento se pauta em entender os meandros de sua construção social. E é nesse contexto que entra a abordagem cultural das RS proposta por Jodelet (2001), que a entende como uma forma de conhecimento corrente, o chamado “senso comum”.

Ainda para a autora, as RS são caracterizadas por três propriedades: conhecimento construído e compartilhado no meio social; tem uma orientação

prática na construção social e de comunicação; e participação na organização e estabelecimento de uma realidade comum.

Sendo assim, ao estabelecer um diálogo com o campo da memória, será possível perceber que, ao recorrer ao passado, os indivíduos são convidados a reconstruir suas vidas por meio de suas lembranças e, a partir delas, estabelecem relações com o presente no contexto social em que vivem. Conforme Halbwachs (2006), o modo como nos recordamos de algo está vinculado com as experiências do presente, pois o discurso baseado no ato de recordar está condicionado a um contexto social.

Ainda em Halbwachs (2006) fica evidenciado que a forma como se pensa em algo e o modo como o descreve é a base para entender a RS. Para ele, há uma relação de causa e efeito na criação de uma RS, e assim ele apresenta a noção de que o indivíduo sempre tem um planejamento prévio para uma ação e que nunca é por acaso. Por esse motivo, há sempre uma relação entre uma ação (causa) e o efeito desta.

Em Halbwachs (2006, p.91), é possível perceber que o autor trata, mesmo que brevemente, sobre o campo das RS, uma vez que, para ele, “[...] podemos chamar de lembranças muitas representações que, pelo menos parcialmente, se baseiam em testemunhos e deduções – mas, então, a parte do social [...] é bem maior do que podemos imaginar”.

Dessa maneira, entende-se que as RS são criadas por indivíduos a partir de suas posturas ideológicas, políticas, das classes sociais a que pertencem, de gênero etc. A partir das relações sociais que são estabelecidas ao longo da vida, as RS são criadas e socializadas por meio dos recursos da linguagem, e, por conseguinte, transmitidas entre as gerações, é nesse sentido que as diversas realidades vão dando sentido às RS.

Sendo assim, desperta-se o interesse em compreender, através da memória, como as RS são partilhadas ao longo da vida dos indivíduos e grupos sociais, pois elas estão inseridas no curso da história, assim como a memória. Essa concepção é possível, pois o ato de lembrar de algo se traduz em uma ação, ainda que individual, que usa as imagens ou ideias do presente, a partir dos grupos sociais, para a reconstrução de um passado. Para Halbwachs (2006), este é o exemplo pelo qual se diferencia a memória individual da coletiva, pois ambas se complementam, já que uma dá sentido à outra, e juntas ganham significado para o indivíduo.

Marie-Claire Lavabre (1998), estudiosa da sociologia da memória, e também discípula halbwachiana, afirma que a recordação do passado se dá no presente a partir de uma reconstrução, pois os grupos sociais, dos quais os indivíduos fizeram ou fazem parte, o ajudam a recompor o passado, fornecendo recursos do presente que legitimam suas memórias individuais.

É nesse entendimento que Halbwachs (2006) diz que

Em pouco tempo, imaginamos que nada mudou porque reatamos o fio da continuidade. Esta ilusão, da qual logo nos livraremos pelo menos terá permitido que passemos de uma etapa a outra, sem que em momento algum a memória coletiva tenha sentido qualquer interrupção (HALBWACHS, 2006, p.104).

O autor chama de “fio da continuidade” a característica da memória que permite aos indivíduos transmitir as RS a partir das suas conjunturas históricas. Para Halbwachs (2006), esse fio que conduz as RS ao longo do tempo é possível por meio da memória. Corroborando Halbwachs, Peralta (2007, p.16) entende que a memória é um “sistema de representação [...] que permite criar uma imagem do passado que corresponde a quadros de significação do presente”, logo, ela pode ser usada como um recurso não apenas para entender o passado, mas também para representá-lo.

Nesse sentido, e conforme todos os autores referenciados, é possível reconstruir o passado no presente, bem como é tangível o uso da memória para entender as RS. Estas, apesar de serem evocadas num tempo presente, são construídas no passado e transmitidas ao longo do tempo, estando aí a sua característica também histórica. Por isso, no intuito de entender e alcançar o que foi proposto, esta tese traça, a seguir, um percurso metodológico centrado na busca das RS de idosos e de seus cuidadores familiares a partir da memória.

#### 4. PERCURSO METODOLÓGICO

Por todo o exposto até aqui, surgiu a necessidade de uma abordagem voltada ao cuidado ao idoso no contexto da dependência funcional, mas a partir das RS do idoso e de seu cuidador familiar. Este estudo, centrado no envelhecimento e na dependência funcional, a partir deste enfoque familiar, configura-se como uma investigação de grande importância para compreensão do fenômeno e como este influencia o cuidado ao idoso.

Partindo dessa premissa, e por se tratar de um estudo interdisciplinar, ancorado na teoria das RS, esta tese lança mão deste percurso metodológico que apresenta os elementos que permitem entender o processo de envelhecimento, a dependência funcional dos idosos, bem como recorrer à memória, a fim de entender os significados atribuídos ao ato de cuidar, a partir das RS do idoso e de seu cuidador familiar.

O percurso metodológico que subsidia esta tese está dividido em sete tópicos, sendo eles: caracterização do estudo, cenário do estudo, participantes do estudo, instrumentos de coleta de dados, procedimentos para coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e questões éticas.

##### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e fundamentada na teoria das RS. A pesquisa exploratória, de acordo com Marconi e Lakatos (2010), tem o intuito de levar o pesquisador a se aprofundar no estudo do tema escolhido. E, para Gil (2010), essa modalidade aproxima o pesquisador do seu problema de investigação, tornando-o mais explícito e permitindo a construção de hipóteses.

Já o descritivo tem a finalidade de apresentar características da população ou de um grupo, e identifica relações entre as variáveis. Ainda para o autor, “são incluídas neste grupo as pesquisas que tem por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2010, p.28). São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Na abordagem metodológica qualitativa, “verifica-se a realidade em seu contexto natural, tal como ocorre na vida real, procurando dar sentido aos fenômenos ou interpretá-los, de acordo com os significados que possuem para as pessoas implicadas nesse contexto” (MICHEL, 2015, p.45). Esse tipo de abordagem é muito usado nas ciências sociais e se preocupa com o que está subjetivo não quantificável, e requer a utilização de interpretação dos fenômenos, atribuindo, assim, significado aos mesmos (MINAYO, 1994).

Tem-se como aporte teórico-metodológico o uso da Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais. Para Jodelet (2001, p.17), é por meio das RS que “tratamos de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico”. Assim, o campo da TRS tem sido tomado como campo conceitual e metodológico na construção de pesquisas.

Diversos estudos têm usado a associação entre memória e a TRS como aporte teórico-metodológico para condução de pesquisas de cunho científico (MARINHO; REIS 2016; LIMA; VALENÇA; REIS, 2017; SANTANA et al., 2017; GOMES; REIS, 2016; VALENÇA et al., 2017). Nesse sentido, esta tese se ancora na memória coletiva, a partir dos preceitos halbwachianos, e a TRS, a partir da abordagem cultural de Jodelet (1985, 1989, 2001, 2009), para alcançar as RS de idosos e seus cuidadores sobre o cuidado no contexto da dependência funcional.

Recorrer a TRS se justifica por esta ser uma importante estratégia, também metodológica, para o estudo com pessoas idosas e seus cuidadores familiares, pois permite compreender, dentro do grupo familiar, como são construídas e partilhadas as RS sobre o cuidado ao idoso no contexto da dependência funcional. Assim, conforme afirma Jodelet (2001), a construção de uma dada realidade está pautada nas experiências que são construídas socialmente.

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Vitória da Conquista – BA, que está situada na região Sudoeste do estado, cerca de 510 km da capital da Bahia. Sua população foi calculada em 306.866 habitantes em 2010, com uma estimativa para 2018 de 338.885 habitantes, o que faz dela a terceira maior cidade do estado, ficando atrás apenas da capital, Salvador, e de Feira de Santana. A cidade contava

em 2010 com 30.528 idosos, representado um percentual de aproximadamente 10% da população conquistense (IBGE, 2016).

No município há um total de 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 22 unidades estão na zona urbana, e 20 na zona rural. Dentre estas, as unidades Policlínica de Atenção Básica Dr. Ademário Silva Santos; Centro de Saúde Dr. João Melo Filho; Centro de Saúde Dr. Hugo de Castro Lima; Centro de Saúde Régis Pacheco; Policlínica de Atenção Básica São Vicente – CAE II; Policlínica de Atenção Básica Panorama e Unidade de Saúde Vila América são contempladas com o Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitações (PAMDIL), *locus* do estudo, em funcionamento desde 2009 na cidade e atende idosos cadastrados nas UBS e que, por alguma limitação, não tem condições físicas de se deslocar para a UBS.

O Programa funciona da seguinte forma: primeiramente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) identifica os idosos que precisam do atendimento do PAMDIL. Em seguida, é feito o cadastro do mesmo no programa e este passa a receber o atendimento em domicílio. No momento das visitas, os idosos são atendidos pelo médico do programa e, se houver necessidade, são solicitados exames e também o encaminhamento dele para outras especialidades. A equipe do PAMDIL é composta por um médico, uma técnica de enfermagem e um motorista. As visitas são realizadas a cada 15 dias no domicílio do idoso.

A escolha do PAMDIL se deu por este ser considerado o único programa que atende idosos com dependência funcional, de abrangência municipal e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é destinado ao atendimento desses idosos com limitações, e que possuam dificuldades de locomoção e deslocamento para atendimento nas UBS.

No decorrer da coleta, que aconteceu entre maio, junho e julho de 2018, não foi possível acompanhar uma visita da equipe do PAMDIL, uma vez que o programa estava desativado. Naquela ocasião, havia apenas o registro dos idosos feito em um caderno simples, com anotações feitas a lápis e caneta, com informações desatualizadas e, por vezes, desconhecidas, repetidas e incompletas. No caderno constavam apenas o nome e a idade do idoso, o responsável por ele, o endereço e o nome do ACS responsável pela área.

Nesse sentido, foi feito um levantamento preliminar dos endereços dos idosos contidos no PAMDIL para saber a que UBS pertenciam. Como os dados do

programa estavam desatualizados, antes de iniciar a coleta, foi feita uma visita nas UBS para confrontar com os ACS de cada idoso cadastrado, a fim de compor os participantes do estudo.

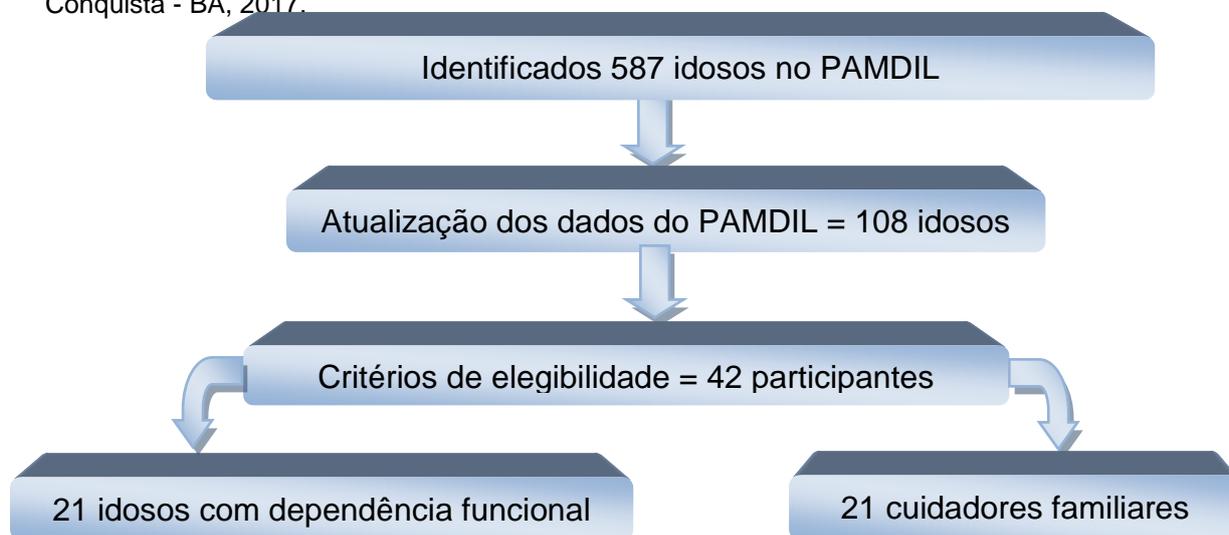
#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo os idosos com dependência funcional e seus cuidadores familiares, que foram escolhidos por critérios de elegibilidade. Para os cuidadores familiares, a inclusão se deu por ter algum grau de parentesco com o idoso, ter mais de 18 anos de idade, sem restrição quanto ao gênero ou estado civil, e que fosse o principal responsável pelo cuidado ao idoso e não recebesse remuneração para o cuidado.

Para os idosos, objetos do cuidado, o critério para inclusão foi ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos; residir na mesma casa do cuidador; apresentar algum grau de dependência nas ABVD ou AIVD, conforme o índice de Katz e de Lawton-Brody; e ter estado cognitivo preservado para a entrevista, conforme o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os instrumentos Katz, Lawton-Brody e MEEM foram usados para a seleção dos participantes e serão descritos no próximo tópico.

Nesse sentido, a amostra foi selecionada e, para melhor ilustração, apresenta-se abaixo a Figura 2, que contém o fluxograma com as etapas de seleção dos participantes.

Figura 2 - Seleção de Idosos e seus cuidadores familiares, cadastrados no PAMDIL em Vitória da Conquista - BA, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme exposto na Figura 2, no caderno do PAMDIL, tinha um cadastro de 587 idosos e seus respectivos endereços domiciliares, com dados desde o ano de 2009. No entanto, muitas foram as dificuldades para encontrar os endereços, pois havia idosos já falecidos, que tinham mudado de domicílio, com endereço incorreto, e que o programa não atendia mais.

Nesse cenário, após identificar os idosos dependentes e os respectivos endereços, foi criado um banco de dados com o nome dos idosos, endereço, divididos em grupos de acordo com a localização das residências dos idosos dependentes. Sendo assim, foi feita uma visita para cada UBS, que contemplava as residências dos idosos dependentes. Nesse momento, as enfermeiras responsáveis por cada unidade foram explicadas sobre os objetivos do estudo.

Posteriormente, foi feito um encontro com os ACS de cada UBS para explicar os propósitos do estudo e solicitar ajuda para identificar os endereços e realizar o primeiro contato com os participantes. Com isso, os ACS sinalizaram os endereços dos idosos cadastrados no programa e que estavam falecidos, mudaram de residência ou que deixaram de ser assistidos pelo programa.

Dessa forma, foram incluídos apenas os endereços corretos de idosos vivos com cadastro ativo no PAMDIL, que totalizam 108 idosos. A partir deste total, foram aplicados os critérios de inclusão para este estudo, restando uma amostra de 21 participantes, sendo idosos e seus respectivos cuidadores familiares.

Assim, foi iniciada a coleta nos domicílios dos idosos. No entanto, é importante salientar que se os idosos estivessem aptos para a coleta, após os critérios, e o cuidador não, eles eram excluídos da pesquisa. Como este estudo tem foco nas RS do idoso e de seu cuidador familiar sobre o cuidado no contexto da dependência funcional, foram incluídos no estudo apenas os idosos e seus respectivos cuidadores familiares.

Do total de 108 idosos, foram excluídos 87, pois 18 tinham doença de Alzheimer; 12 apresentaram distúrbios de fala, o que inviabilizou a condução da coleta dos dados; 16 com cuidadores formais, ou seja, aqueles que recebiam pelo cuidado; 11 idosos tinham cuidadores que não eram familiares; 12 não estavam presentes ou não atenderam a visita; 08 se recusaram a participar da pesquisa; e 10 não eram lúcidos e orientados. Assim, foi com essa amostra que foram aplicados os instrumentos de coleta de dados.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Antes de iniciar a coleta dos dados, foram tomados como base todos os procedimentos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, que serão descritos no tópico “Questões éticas” desta seção. Dessa forma, primeiramente foi realizado um contato com a coordenadora da Atenção à Saúde do Idoso, na Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista, onde nos foram apresentadas as autorizações para coleta e, na oportunidade, houve a explicação dos objetivos do estudo. A coordenadora passou a descrever o PAMDIL como a melhor opção para realizar a coleta, uma vez que o programa atendia o público alvo da pesquisa.

Ainda de acordo com a coordenadora, o PAMDIL estava sendo reformulado, e estava temporariamente com os atendimentos desativados, mas havia um registro das fichas de todos os idosos dependentes cadastrados no programa desde o ano de 2009. De posse desses dados, durante duas semanas foram feitas as organizações dos nomes e endereços residenciais dos idosos em uma planilha Excel® 2017, o que permitiu alcançar o total de idosos cadastrados no programa.

Após esse período, foram feitas visitas às UBS, às quais os idosos estavam vinculados, para contato com os enfermeiros e os ACS para explicar a pesquisa e solicitar colaboração dos mesmos. No entanto, como havia ACS de férias, afastados, em licenças, houve muita dificuldade em encontrar os domicílios dos idosos, e quando encontrava, o primeiro contato ficava prejudicado. Para minimizar essa situação, foram confeccionadas fardas e crachás para cada pesquisador envolvido no estudo, a fim de facilitar a identificação no momento da abordagem.

No período compreendido entre os meses de fevereiro a julho do ano de 2017, foi realizada a coleta dos dados, sendo composta por dois momentos: a primeira visita, quando foi feito o contato inicial, a fim de levantar os dados sociodemográficos e condições de saúde dos participantes; e de posse desses dados, selecionar os idosos e cuidadores que se encaixassem nos critérios de elegibilidade.

Nesse momento, os idosos e seus cuidadores foram convidados a participar da pesquisa, de modo voluntário, sendo explicado a eles os objetivos, riscos, procedimentos e desenvolvimento do estudo, e os mesmos assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O TCLE foi elaborado

em duas vias, sendo uma entregue aos cuidadores participantes da pesquisa e uma arquivada pelos pesquisadores.

A segunda visita foi feita direcionada aos participantes deste estudo. Essas visitas foram conduzidas por dois pesquisadores, dos quais um entrevistava o idoso dependente em um cômodo da casa e o outro entrevistava o cuidador familiar em outro ambiente do domicílio. Esse cuidado foi tomado para que a presença de uma terceira pessoa não intimidasse os participantes.

Desse modo, tanto os idosos como seus cuidadores estavam em condições adequadas de comodidade e privacidade, com a espontaneidade necessária para a entrevista que, por sua vez, foi conduzida em um ambiente de confiança e descontração, mantida com um diálogo entre pesquisador e participante para que este tivesse a liberdade necessária para se expressar livremente. Assim sendo, foram aplicados os instrumentos de coleta dos dados descritos a seguir.

#### 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram usados três instrumentos para seleção dos participantes, o índice de Katz (ANEXO C), a escala de Lawton-Brody (ANEXO D) e o MEEM (ANEXO E). E para a coleta dos dados, foram usadas duas entrevistas, uma para o idoso (APÊNDICE B) e outra para o cuidador familiar (APÊNDICE C), e um questionário sociodemográfico e de condições de saúde para ambos (APÊNDICE D). Todos serão descritos a seguir, por ordem de aplicação.

O MEEM – É um teste rápido, composto por 11 itens de fácil aplicação que avalia as funções cognitivas do indivíduo. Está dividido em duas seções, a primeira requer respostas verbais a questões de orientação, atenção e memória. A segunda seção inclui leitura, escrita, habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos).

As questões são efetuadas na ordem descrita e recebem um escore imediato, que vai de 0 a 5 pontos, de acordo com os acertos atribuídos a cada tarefa realizada com sucesso (BRASIL, 2007).

A primeira versão do MEEM foi elaborada em 1975, nos Estados Unidos, por Folstein e colaboradores, sendo traduzido e validado no Brasil em 1994, por Bertolucci e colaboradores (OLIVEIRA et al., 2016b). Em 2003, uma equipe de pesquisadores realizou modificações no MEEM, a fim de uniformizá-lo para o uso na

cultura brasileira, adequando-o para ser aplicado em ambientes hospitalares, ambulatoriais e para estudos populacionais (BRUCKI et al., 2003).

É um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo, podendo ser utilizado na detecção de perdas cognitivas. Tem como objetivo rastrear alterações precoces, auxiliando as extensões das limitações para o planejamento terapêutico (SANTOS et al., 2010). Apesar de ser um dos poucos testes validados para a população idosa brasileira, este não serve como diagnóstico, mas como alerta para possíveis encaminhamentos de avaliação neuropsicológica (BRASIL, 2007).

Para avaliação dos resultados, a versão do Ministério da Saúde propõe o seguinte escore de cognição: Normal, para aqueles que atingem acima de 27 pontos; e Demência, para quem obtiver 24 pontos ou menos. Porém, é salientado pelo Ministério da Saúde que se deve levar em consideração a escolaridade do indivíduo, pois, para aqueles que têm menos de quatro anos de estudos, o ponto de corte passa a ser de 17 pontos (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, foram seguidos os critérios sugeridos pela versão brasileira (BRASIL, 2007, p. 138): “Resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19. De 1 a 3 anos de escolaridade = 23. De 4 a 7 anos de escolaridade = 24. E > 7 anos de escolaridade = 28”. A partir daí, foram selecionados os idosos com a classificação do MEEM como normal, respeitando a pontuação para os idosos não alfabetizados.

O Índice de Katz – avalia a dependência funcional para as ABVD. É composto por seis categorias, consideradas as mais básicas, tais como banhar-se, vestir-se, ir ao banho, transferência, continência e alimentação. De acordo com Apóstolo (2012), Katz e seus colaboradores demonstraram que as atividades básicas e cotidianas da vida de idosos incapacitados nas seis categorias eram muito parecidas com a sequência de desenvolvimento da criança e de indivíduos em sociedades primitivas. Esse fato pode colocar essas categorias como primárias e básicas, tanto biológica como psicossocial.

O Índice de Katz propõe, para cada uma de suas seis categorias, apenas duas classificações: Independência – sem supervisão, orientação ou assistência pessoal; e Dependência – com supervisão, orientação, assistência pessoal ou cuidado integral. A primeira classificação recebe (1) um ponto e a segunda (0) nenhum ponto, portanto, a somatória pode variar de (0) zero a (6) seis pontos. A classificação está baseada em: 5 a 6 pontos são considerados independentes; de 3

a 4 pontos tem dependência moderada; e 2 ou menos pontos indica que os idosos é muito dependente (APÓSTOLO, 2012).

A escala de Lawton-Brody – que busca identificar o nível de condição funcional do indivíduo a partir das AIVD, tais como cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho e recreação, compras e dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais.

Em 1969, Michael Lawton e Elaine Brody testaram a sua escala para avaliar pessoas idosas a partir da manutenção das AIVD. Para tanto, foram selecionadas 265 idosos, sendo 97 do sexo masculino, 168 do sexo feminino, na cidade de Filadélfia, estado da Pensilvânia – Estados Unidos. Lawton e Brody (1969) levaram em consideração as tarefas que eram realizadas por mulheres e por homens e criaram a sua escala que pode ser usada para ambos.

No entanto, Santos e Virtuoso Júnior (2008) analisaram a confiabilidade da escala original de Lawton-Brody e a adaptaram para o contexto da cultura brasileira, pois “a análise dos dados permite afirmar que a escala de AIVD apresenta índices psicométricos satisfatórios. No entanto, a validade concorrente demonstrou que a escala apresenta concordância somente em relação à força de membros superiores” (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008, p. 290).

Assim, para este estudo, optou-se pela escala adaptada para a cultura brasileira. A mesma contém sete (7) perguntas, e cada uma tem três alternativas, e estas recebem uma pontuação de um (1) a três (3), conforme as respostas do idoso. O resultado se dá através da somatória das respostas e a classificação é da seguinte maneira: Dependência total com sete (7) pontos, dependência parcial entre  $>7 < 21$  pontos e independência com 21 pontos.

Tanto o índice de Katz como a escala de Lawton-Brody são avaliações de simples aplicação e podem ser feitas de três formas: por observação, por registros clínicos ou auto aplicado, e tem a finalidade de avaliar se o idoso tem condições de realizar tarefas para manutenção do autocuidado relacionadas com as AVD, de modo independente. Nos participantes deste estudo, esses instrumentos foram feitos por observação e questionamentos.

O Questionário para caracterização sociodemográfica e condições de saúde – composto por 13 questões para estabelecer o perfil econômico, demográfico e problemas de saúde dos participantes. As perguntas eram objetivas e foram direcionadas tanto para os idosos como para seus cuidadores, tais como:

escolaridade, profissão, renda, idade, gênero e estado civil, patologias, sequelas, entre outras. Esse instrumento foi elaborado pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Entrevista – foram elaboradas duas, sendo uma para o idoso e outra para o cuidador familiar, e eram compostas por seis perguntas. As entrevistas centraram-se nos aspectos do cuidado, tanto para o idoso, objeto do cuidado, como para o cuidador familiar, quem executava este cuidado.

Nessa etapa, ambos foram convidados a responder às perguntas, a fim de que pudessem apreender as dimensões dos significados dados por eles no tocante ao cuidado. Dessa forma, a entrevista lançou mão de investigar as RS dos idosos e seus cuidadores familiares sobre o cuidado no contexto da dependência funcional, recorrendo às memórias desses participantes.

Vale ressaltar que a entrevista foi conduzida de forma ética, respeitando a diversidade cultural de cada indivíduo. Naquele momento foi usado um gravador de áudio, com o conhecimento e autorização do cuidador familiar idoso, que auxiliou para que não fosse perdida nenhuma resposta, bem como para garantir que a transcrição fiel da entrevista fosse literal, tal qual como o idoso e o seu cuidador familiar relataram.

As entrevistas tiveram um período de tempo em média de 45 a 50 minutos por entrevistado. E depois de transcritas, procedeu-se a análise e interpretação dos dados, conforme descritos a seguir.

#### 4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A estratégia metodológica para a análise das entrevistas foi feita com base no método de codificação e categorização temática proposta por Gibbs (2009). Essa é uma forma de indexar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação ao conteúdo estudado. Também fez uso do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que “é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social” (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 129).

O DSC foi desenvolvido por Lefevre e Lefevre (2003) e tem como base formar um discurso-síntese a partir dos vários discursos em uma entrevista, desde que estes tenham sentido e se assemelhem. Ainda para Figueiredo, Chiari e Goulart

(2013, p. 130), essa técnica permite alcançar as RS dos indivíduos através de técnicas sistemáticas e padronizadas, uma vez que o DSC “permite que se conheçam os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema, utilizando-se de métodos científicos”.

A análise junto ao DSC só é possível a partir do uso do *software* DSCsoft 2.0, que se trata de um programa criado para auxiliar os pesquisadores que usam a técnica do DSC em seus estudos qualitativos. É um recurso informatizado, que serve de instrumento para organizar, tabular e analisar uma grande massa de depoimentos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

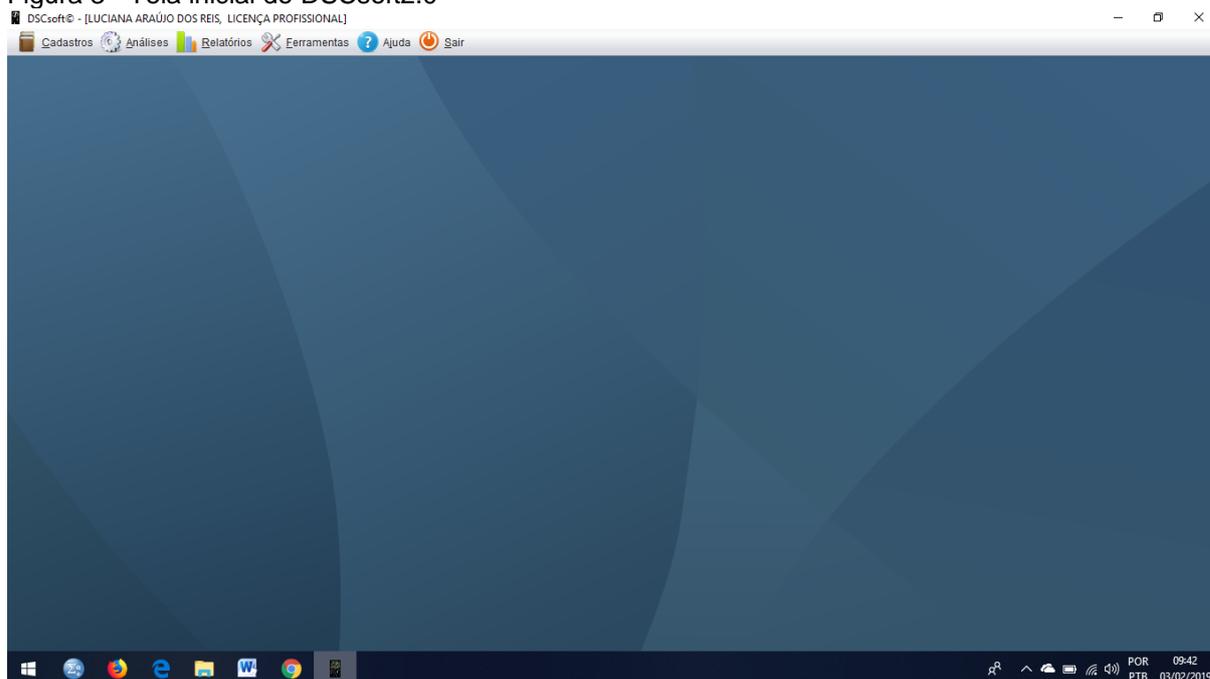
O DSCsoft2.0, portanto, é um recurso facilitador, não realiza análises sozinho, ao contrário, ele não substitui a função analítica que o pesquisador precisa para suas pesquisas. Esse *software* ajuda na tabulação dos depoimentos de forma simples e organizada, permitindo a criação de um discurso síntese, bem como facilitando a interpretação dos resultados qualitativos.

Lefevre e Lefevre (2003) esclarecem que a técnica do DSC permite criar um discurso único em primeira pessoa a partir de uma determinada coletividade, ou seja, o discurso separado de todos os entrevistados se torna um só. É com base no DSC que se pode entender de forma mais direta como os indivíduos pensam sobre determinado assunto, pois o discurso coletivo será elaborado a partir da soma de fragmentos diferentes de vários discursos individuais, sempre a partir da análise do pesquisador.

Desse modo, antes de utilizar o DSCsoft2.0, foi preciso que, primeiramente, cada entrevista gravada fosse transcrita para um processador de texto no formato da *Microsoft Word*. Em seguida, as transcrições foram transferidas para uma planilha *Excel*, por meio da qual foi feita a leitura textual e a análise das falas mais representativas, permitindo, nesse momento, a criação das categorias analíticas.

O DSCsoft2.0 possui na sua interface inicial (FIGURA 3) as seguintes abas: cadastro, que permite a inserção de pesquisa, perguntas, entrevistados, grupos de entrevistados, faixa etária, faixa de renda e escolaridade; Análise, com a qual é possível realizar a construção dos DSC; Relatórios, que permite a impressão de categorias por respostas, entrevistados, síntese de respostas e categorias; Ferramentas, com as quais é possível importar ou exportar pesquisas e apagar todas as pesquisas; Ajuda, que tem um tutorial sobre o programa; e Sair, com o qual é permitido se desconectar do programa.

Figura 3 - Tela inicial do DSCsoft2.0



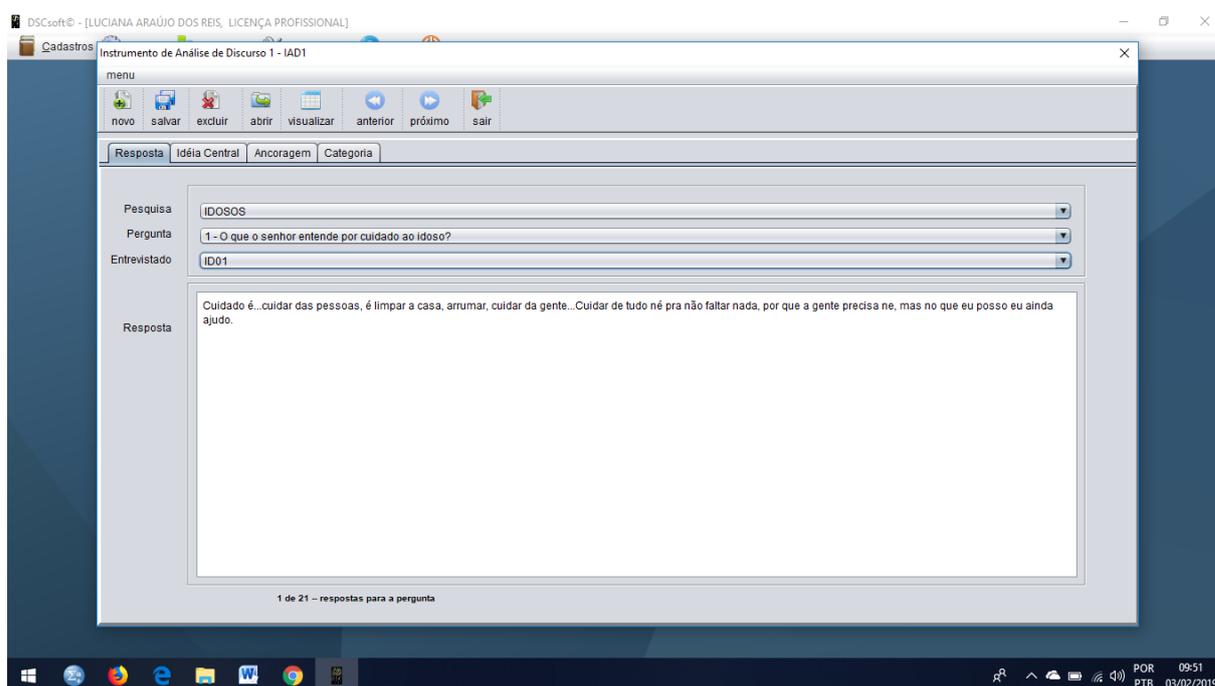
Fonte: dados da pesquisa

Desse modo, foi feita a importação dessas fontes para o *software*. E procedeu-se a inserção das respostas a partir do cadastro de perguntas já realizado, conforme se observa na Figura 4.

Nesse momento, além de cadastrar as respostas dos idosos e de seus cuidadores familiares para cada pergunta, o pesquisador, ao clicar na aba Ideia Central, pode estabelecer as expressões-chave que darão subsídios para compor os DSC (FIGURA 5).

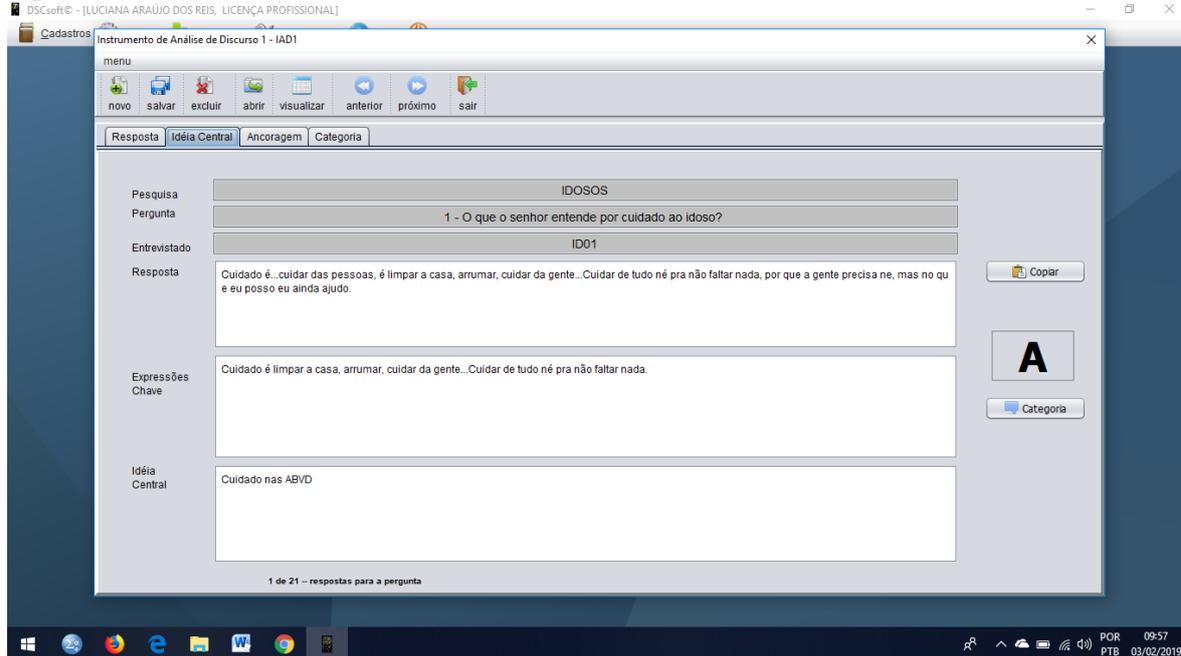
É importante salientar que, durante o cadastro dos idosos com dependência funcional, foi estabelecido um código para cada um (ID01, ID02, ID03...) e para com os seus cuidadores familiares também se procedeu da mesma forma (CF01, CF02, CF03...). Essa tarefa, como todas as outras que serão descritas, são feitas pelo pesquisador. O programa não efetua nenhuma leitura ou interpretação, ele apenas facilita o processo de categorização.

Figura 4 – Tela do DSCsoft2.0 com uma resposta individual do idoso ID01



Fonte: Dados da pesquisa.

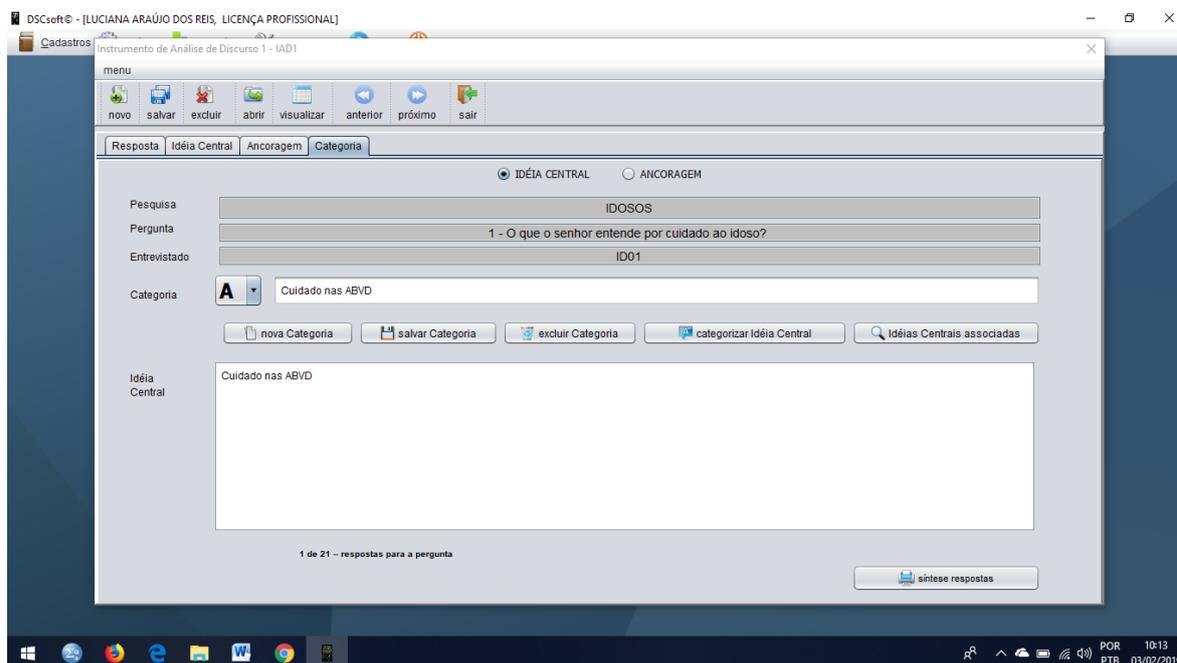
Figura 5 – Tela do DSCsoft2.0 com a Ideia Central do idoso ID01



Fonte: Dados da pesquisa.

Para categorizar, o pesquisador clica na aba categoria e uma nova interface se abre (FIGURA 6), permitindo que o mesmo estabeleça a criação de uma categoria para cada resposta dada, a partir da Ideia Central realizada na aba anterior, procedendo-se, assim, em todas as perguntas, tanto para com os idosos como para seus cuidadores familiares.

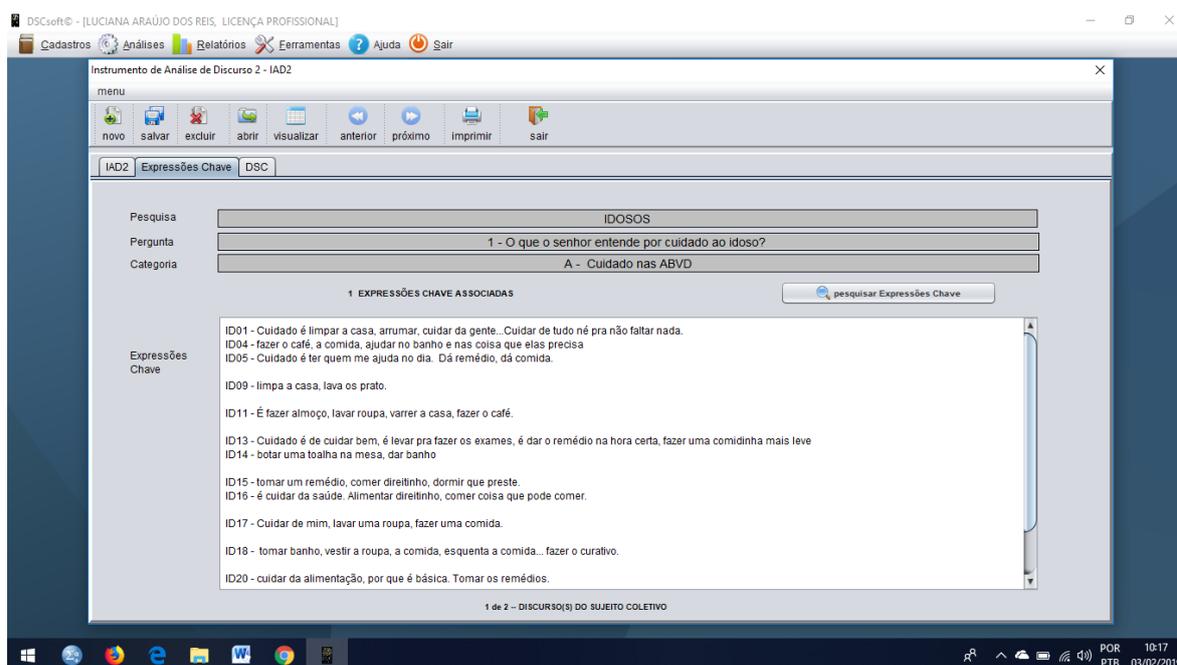
Figura 6 – Tela do DSCsoft2.0 com a categorização de uma resposta do idoso ID01



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao final desse processo, o pesquisador volta à aba Análise, da tela inicial, e passa a analisar as expressões-chave de cada resposta (FIGURA 7). Nessa aba, procede-se a importação de todas as expressões-chave que foram dadas para todas as perguntas cadastradas.

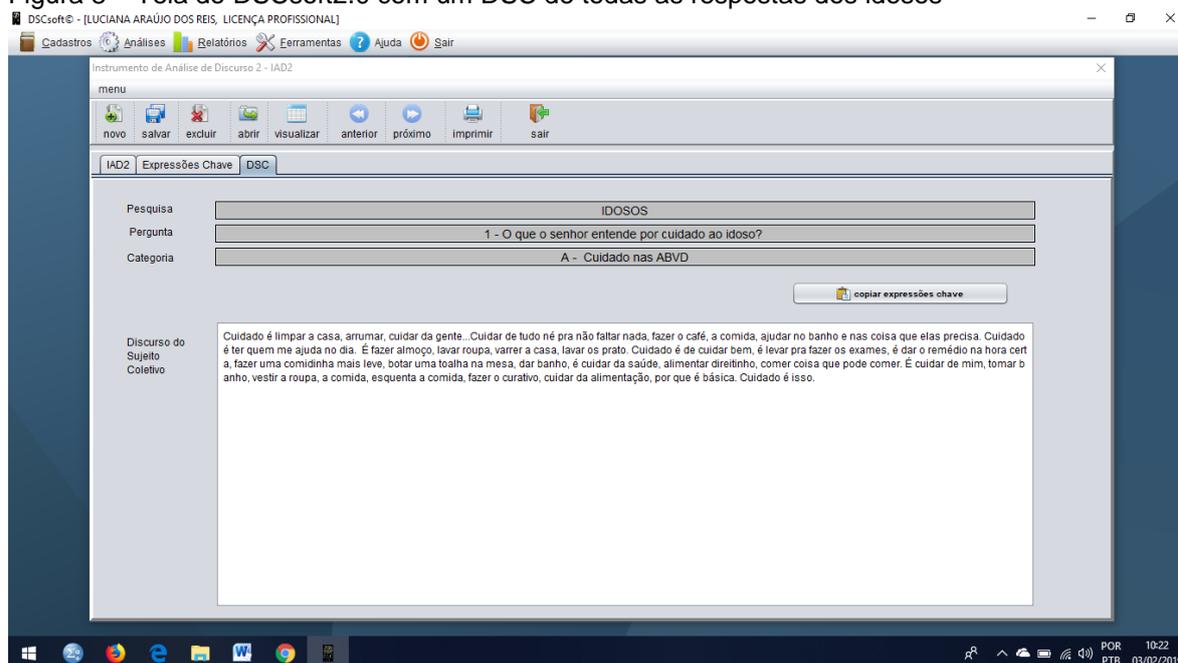
Figura 7 – Tela do DSCsoft2.0 com as expressões-chave de todas as respostas dos idosos



Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, observa-se na Figura 8 que o DSC é criado pelo pesquisador com base nas expressões-chave já destacadas por ele, na aba anterior. Vale ressaltar que, para a criação do DSC, o pesquisador usa apenas os discursos verbalizados pelos participantes. Não foi criada nenhuma palavra, conectivo, artigo ou preposição para junção das narrativas. Cada discurso foi criado com base no que foi narrado e para sua junção foram usadas apenas vírgulas ou pontos continuativos.

Figura 8 – Tela do DSCsoft2.0 com um DSC de todas as respostas dos idosos



Fonte: Dados da pesquisa.

Nesse sentido, deu-se prosseguimento para todas as respostas dos idosos e de seus cuidadores e, no final o programa, gerou uma base de dados qualitativos que correspondeu ao *corpus* da pesquisa, conforme se observa nas figuras anteriores. A partir desse *corpus* foram extraídas as expressões-chave mais representativas de cada participante e, com isso, foram criados os discursos coletivos para cada categoria analítica.

Ademais, é possível conferir as sínteses das respostas dos idosos e dos cuidadores (APÊNDICE E), bem como as categorias analíticas criadas para ambos (APÊNDICE F), que foram elaboradas pelo pesquisador com base em cada DSC, para cada pergunta e resposta que foram dadas pelos participantes.

Ressalta-se aqui a importância do DSCsoft2.0 como ferramenta facilitadora, para organizar respostas e categorizá-las. Fato que contribuiu significativamente nesse processo para se alcançar as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares.

#### 4.7 QUESTÕES ÉTICAS

A rigor, foram respeitados os princípios éticos que constam na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitada a permissão do Núcleo de Educação Permanente por meio de Autorização Institucional para Coleta de Dados (ANEXO A).

Foi feito o cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, sendo autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), por meio do Parecer Consubstanciado (CAAE nº 58813116.3.0000.0055) (ANEXO B), cuja aprovação pelo CEP da UESB se deu no dia 20 de dezembro de 2016, sob o parecer nº 1.875.418.

Vale salientar que esta tese faz parte do projeto de produtividade em pesquisa de acesso ao nível PQ-2 para o período 2017 a 2019, intitulado “Qualificação dos cuidadores e aspectos relacionados à qualidade de vida dos idosos dependentes na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo”.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção reúne os resultados da presente pesquisa, os quais foram discutidos e analisados com base em toda a literatura referenciada. Dessa forma, foi de suma importância analisar as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares, sobre o cuidado no contexto da dependência funcional, a partir da rememoração desses participantes, pois as práticas do cuidado são mediadas pela forma como se enxerga o ser que recebe o cuidado.

Primeiro, partindo da premissa de que para melhor compreender as RS é necessário conhecer quem o representa, serão apresentados os resultados do perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos e de seus cuidadores familiares. Logo em seguida, têm-se os resultados e discussão das RS desses participantes no tocante ao cuidado ao idoso no contexto da dependência funcional.

O Quadro 3, a seguir, norteia a apresentação e organização dos resultados a partir de três eixos temáticos, tanto para os idosos como para seus cuidadores familiares, bem como suas respectivas categorias analíticas.

**Quadro 3** – Eixos temáticos e suas categorias analíticas

<b>EIXO TEMÁTICO</b>	<b>CATEGORIA ANALÍTICA</b>
RS dos idosos e seus CF sobre o significado atribuído ao cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O cuidado entendido como o exercício das atividades diárias.</li> <li>• Concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho.</li> </ul>
RS dos idosos e seus CF sobre a dependência funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão resignada dos idosos e negativa dos cuidadores familiares;</li> <li>• Visão negativa dos idosos e resignada dos cuidadores familiares;</li> <li>• Perspectiva social atribuída pelos cuidadores familiares;</li> <li>• A dependência funcional requer políticas públicas específicas.</li> </ul>
RS dos idosos e seus CF sobre a prática diária do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práticas diárias que estimulam a independência funcional;</li> <li>• Práticas diárias que reforçam a dependência funcional.</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa.

Sendo assim, os discursos, ora apresentados, estão ancorados em representações pautadas numa prática do cuidado informal, na qual o modo como se percebe o outro pode influenciar o cuidado e reforçar a RS. A rememoração, utilizada para alcançar as RS dos participantes, está centrada nos acontecimentos diários, na sua rotina do dia a dia, tanto para o idoso como para o seu cuidador familiar.

Nesse sentido, os resultados apresentados a seguir corroboram as ideias de Jodelet (2001), ao afirmar que as RS são construções sociais partilhadas e elaboradas socialmente, a partir da interação social que os indivíduos estabelecem.

## 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS

O Quadro 4, abaixo, apresenta a distribuição do perfil sociodemográfico dos idosos, no qual é possível averiguar que há predomínio de idosos longevos (n=11), do gênero feminino (n=17), viúvos (as) (n=10), alfabetizados corresponderam (n=16), com mais de 5 filhos (n=11) e católicos (n=14).

Também foi possível averiguar que há predomínio de renda familiar entre um a dois salários mínimos (n=18), sendo a principal fonte de renda a aposentadoria (n=18). Em relação à moradia, a maior parte dos idosos corresidem com 1 a 3 pessoas (n=12). No tocante à saúde, todos (n=21) relataram ter algum problema. E desse total, têm Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=10).

Na análise dos resultados sociodemográficos dos idosos pesquisados (Quadro 4), os dados corroboram as estatísticas nacionais frente ao envelhecimento populacional. Os estudos de Rosset et al. (2011), Silva et al. (2012), Moliterno et al. (2012), Mirandola e Bós (2015) e Loureiro (2014) apontam que o sexo feminino predomina entre os idosos pesquisados e sobre a idade, os longevos são maioria, evidenciando o aumento do número de mulheres e de indivíduos que ultrapassam os 80 anos nessas pesquisas.

Os dados desses estudos consultados evidenciam que há uma tendência de feminização no envelhecimento, ou seja, há mais mulheres idosas do que homens. Por outro lado, não se pode inferir que as mulheres idosas vivem mais e com melhor qualidade de vida. Na realidade brasileira, as mulheres envelhecem mais, no entanto, com piores condições de saúde, com mais incapacidades (ROSSET et al., 2011; MIRANDOLA; BÓS, 2015; LOUREIRO, 2014).

**Quadro 4** – Distribuição numérica do perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Nº</b>
<b>Faixa etária</b>	Idosos (de 60 até 79 anos)	10
	Longevos (80 anos ou mais)	11
<b>Gênero</b>	Masculino	4
	Feminino	17
<b>Estado Civil</b>	Solteiro (a)	2
	Casado/união estável (a)	7
	Divorciado/separado (a)	2
	Viúvo (a)	10
<b>Escolaridade</b>	Não alfabetizados	5
	Alfabetizados	16
<b>Número de filhos</b>	1 a 2 filhos	3
	3 a 4 filhos	6
	Mais de 5 filhos	11
	Nenhum	1
<b>Religião</b>	Católico	14
	Evangélico	6
	Não tem	1
<b>Renda Familiar</b>	1 a 2 salários mínimos	18
	3 a 4 salários mínimos	3
<b>Fonte de Renda</b>	Aposentadoria	18
	Pensão	3
<b>Corresidem</b>	1 a 3 pessoas	12
	4 a 6 pessoas	8
	Mais de 6 pessoas	1
<b>Problema de saúde</b>	Hipertensão	10
	Diabetes	6
	Coluna e articulações	1
	Hipertensão e Diabetes	4

Fonte: Dados da Pesquisa, Vitória da Conquista – BA, 2018.

A maior proporção de mulheres idosas em relação ao número de homens é outro fenômeno demográfico comum no Brasil, no processo de envelhecimento (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015). Para os pesquisadores, há uma maior proporção de mulheres do que homens idosos, sendo que “existem 80 homens para cada 100 mulheres, resultado dos diferenciais de mortalidade entre os sexos, cujas taxas para a população masculina são sempre maiores do que aquelas observadas entre as mulheres” (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015, p.147).

A feminização da velhice é uma realidade nas pesquisas brasileiras sobre envelhecimento, que ressaltam que elas vivem em média sete anos a mais que os homens (LINS; ANDRADE, 2018; BITTENCOURT; DALTO, 2019). Fora do Brasil, a ONU (2017) destaca que, no mundo, a proporção de mulheres idosas é maior do que dos homens, sendo que, no ano de 2015, as idosas eram mais da metade (54%) da população mundial de pessoas com 60 anos ou mais.

Outro dado que chama a atenção é o número de idosos longevos que está em franca expansão mundial, ultrapassando o percentual de idosos em geral, pois eles representavam 61% das pessoas acima de 80 anos (ONU, 2017).

Sobre o nível de escolaridade, este representa um dos indicadores mais importantes das condições de saúde e está relacionado à idade no Brasil, posto que muitos idosos deste século não tiveram oportunidades de estudo, quando jovens, logo, tem-se uma velhice menos escolarizada e mais pobre (BARROS et al., 2011).

## 5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES

No Quadro 5, abaixo, está apresentada a distribuição percentual do perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares dos idosos, podendo-se observar um predomínio de adultos (n=12), do gênero feminino (n=19), casados ou com união estável (n=10), com ensino fundamental (n=11), profissão referente a serviços domésticos (n=10) e religião evangélica (n=11). Sobre o vínculo familiar com o idoso, a maioria é filho (a) (n=9) e relatou ter a HAS, como problema de saúde (=10), seguido de DM (n=8).

Esses resultados também refletem o cenário nacional, pois corroboram as pesquisas nacionais sobre cuidadores familiares de idosos. Os estudos apontam que o perfil dos cuidadores familiares de idosos é, em sua maioria, representado por mulheres adultas, com baixa escolaridade, geralmente filhas e com problemas de saúde (ARAÚJO et al., 2013; FACHINELLO, SANTOS, FARLER, 2011; ANJOS et al., 2014; ALMEIDA et al., 2018).

Também é importante ponderar que houve um número expressivo de cuidadores idosos (n=9). Essa realidade reflete outro problema, um idoso que presta cuidado diário a outro idoso com dependência funcional. O estudo de Almeida et al. (2018), sobre o perfil sociodemográfico de idosos cuidadores e os motivos que

levam ao cuidado, revelou que os idosos cuidadores eram em sua maioria mulheres, esposas, de baixo nível de escolaridade e renda. E que eram cuidadoras por não ter outra opção e pelo vínculo que tinham com o idoso dependente.

**Quadro 5** – Distribuição numérica do perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Nº</b>
<b>Faixa etária</b>	Adultos (de 18 até 59 anos)	12
	Idosos (60 anos ou mais)	9
<b>Gênero</b>	Masculino	2
	Feminino	19
<b>Estado Civil</b>	Solteiro (a)	6
	Casado/união estável (a)	10
	Divorciado/separado (a)	1
	Viúvo (a)	4
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental	11
	Ensino Médio (antigo 2º grau)	7
	Ensino Superior	2
	Não estudou	1
<b>Profissão</b>	Serviços domésticos	10
	Funcionário público	2
	Aposentada	5
	Estudante	4
<b>Religião</b>	Católico	6
	Evangélico	11
	Espírita	3
	Não tem	1
<b>Vínculo Familiar</b>	Filho (a)	9
	Irmão (a)	3
	Cônjuge	6
	Neto (a)	3
<b>Problemas de saúde</b>	Hipertensão	10
	Diabetes	8
	Nenhum	3
	<b>Total</b>	<b>21</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, Vitória da Conquista – BA, 2018.

Esse perfil, apresentado no Quadro 5, somado aos resultados de pesquisas descritos acima, permite inferir que a família precisa se reorganizar para prestar o cuidado a um idoso dependente. As famílias assumem o cuidado de seus idosos dependentes para as atividades mais rotineiras. Sendo assim, observa-se que tanto

na constituição federal, no estatuto do idoso, bem como na América latina, em geral, quem assume o papel de cuidar do idoso é a família.

Todavia, deve-se levar em consideração que as famílias estão menores, as pessoas trabalham fora, os casais têm menos filhos, assim, o arranjo familiar para cuidar do idoso é uma realidade brasileira. Então, independentemente do tipo de arranjo familiar, a ajuda fornecida pela família e pela aposentadoria desses idosos, em muitos casos, não supera os 50% das necessidades que eles precisam.

Frente a essa realidade, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – BA, seguindo o exemplo de outras cidades brasileiras, criou o PAMDIL, programa destinado a atender os idosos mais vulneráveis e dependentes funcionais nos seus domicílios. No entanto, pondera-se que essa ação precisa e merece ser ampliada, tanto para melhorar a qualidade da assistência ao idoso, mas também no sentido de fornecer também aos cuidadores familiares o suporte necessário para que eles não venham a sofrer com sobrecargas do cuidar.

### 5.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES SOBRE O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO CUIDADO

Neste eixo temático são apresentadas as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares sobre os significados que eles atribuem ao cuidado, que foram alcançadas por meio de suas narrativas. Eles foram convidados a responder o que entendiam sobre cuidado ao idoso. Nesse sentido, foram criadas duas categorias analíticas que amparam as RS, quais sejam: o cuidado entendido como o exercício das atividades diárias; e concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho. Para cada categoria analítica, foi extraído, a partir das narrativas, um DSC que exemplifica a RS, tanto dos idosos como de seus cuidadores.

#### 5.3.1 O cuidado entendido como o exercício das atividades diárias

Nessa categoria analítica, fica evidenciado que os idosos e seus cuidadores familiares têm suas narrativas pautadas na experiência da dependência funcional para expor o seu entendimento sobre o cuidado. O significado atribuído ao cuidado está focado nas ABVD, reforçando a dependência funcional do idoso. O cuidado que

os idosos recebem do seu cuidador, diariamente, evidenciam que muitas das atividades diárias eles não mais executam ou têm limitações.

Os cuidados dispensados aos idosos estão classificados em dois planos, básicos e instrumentais. Os primeiros estão relacionados aos cuidados dentro do lar e se referem àquelas ações que garantem assistência à saúde, aos cuidados pessoais, à alimentação e manutenção da casa. Os instrumentais são os cuidados mais externos, como participação em ações sociais, recreativas, transporte, apoio psicológico e espiritual, questões burocráticas e financeiras, entre outras (FERREIRA et al., 2012; BARBOSA et al., 2014).

No entanto, apresenta-se abaixo o DSC dos participantes extraído das suas narrativas, demonstrando que os mesmos têm uma percepção de que o significado que se atribui ao cuidado está relacionado às ABVD, que estão no plano primário.

#### DSC IDOSOS:

*Cuidado é limpar a casa, arrumar, cuidar da gente...Cuidar de tudo né pra não faltar nada, fazer o café, a comida, ajudar no banho e nas coisa que elas precisa. Cuidado é ter quem me ajuda no dia. É fazer almoço, lavar roupa, varrer a casa, lavar os prato. Cuidado é de cuidar bem, é levar pra fazer os exames, é dar o remédio na hora certa, fazer uma comidinha mais leve, botar uma toalha na mesa, dar banho, é cuidar da saúde, alimentar direitinho, comer coisa que pode comer. É cuidar de mim, tomar banho, vestir a roupa, a comida, esquenta a comida, fazer o curativo, cuidar da alimentação, por que é básica. Cuidado é isso.*

#### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Cuidado é quando a gente cuida da outra pessoa. É zelar para ela ter tudo o que precisa. É fazer tudo, quando a gente tem que fazer as coisas por essa pessoa, por que ela não faz. Saúde, higiene, alimentação, o horário de remédios, cuidar da casa toda, cuidar pra não faltar nada. Dar comida na hora certa, é dar um remédio, se tiver doente, não deixar sozinha, não deixar ela sem comer, cortar as unhas dela. Isso aí para mim é cuidado. É dar assistência do inicio ao fim, por que ele não pode fazer. É você fazer tudo o que puder, porque idoso também é igual criança. Ela é muito dependente, precisa de mim pra tudo então cuidado neste caso é muito amplo. É dedicar a ela vinte e quatro horas. Então o cuidado que eu tenho pra ela é fazer tudo. Não é tão difícil assim não.*

A partir desses DSC, pode-se inferir que o cuidado para esses idosos dependentes não tem outra explicação senão a atribuição de um significado

construído diariamente, a partir da sua dependência e de sua relação com o cuidado que recebem de seu cuidador familiar. Já o cuidador entende que o cuidado é realizar as atividades que o idoso não consegue, ou seja, não há um entendimento de que cuidado é estímulo.

No estudo de Mazza e Lefèvre (2005), que analisou o cuidado em família, também usando a análise do DSC, ficou evidenciado que os cuidadores familiares atribuem o significado do cuidado a partir da prática de uma assistência baseada na manutenção das ABVD do idoso. Nesse sentido, parece produtivo afirmar que a noção de cuidado perpassa a prática diária, em função da construção de RS pautadas nas práticas de saúde voltadas para a independência.

Os significados atribuídos pelos idosos e seus cuidadores familiares sobre o cuidado aproximam-se de uma perspectiva basicamente rotineira, fruto de uma interação entre esses sujeitos, buscando um bem-estar comum. Essa relação que se percebe agora diante da dependência funcional não se configura apenas no momento atual. O cuidado é fruto da condição humana e é através dele que as pessoas mantêm relações afetivas e constroem as suas RS.

O homem, desde que nasce, necessita de cuidados para sobreviver, bem como precisa estabelecer outras formas de cuidado durante o curso de sua vida, seja com plantas, animais, trabalho, relações sociais. O caso é que a vida é permeada de cuidado, ora se cuida, ora se é cuidado. E a visão dos idosos e de seus cuidadores familiares permite inferir que, para eles, o significado atribuído ao ato de cuidar está vinculado a sua atitude pragmática vivenciada no cotidiano.

Recorrendo ao filósofo Martin Heidegger (2006), que propôs um conceito de cuidado a partir da existência do ser, é possível entender que o homem tem uma relação profícua com o mundo. Em seu livro “Ser e tempo” ele conduz um pensamento de que o ser humano não é um objeto do mundo, mas um ser que se relaciona por meio do cuidado o tempo todo.

O conceito heideggeliano de cuidado, numa perspectiva filosófica, foi pioneiro e responsável por discursos em saúde e também sobre o cuidado humano. De acordo com Ayres (2004, p.78), as características estabelecidas por Heidegger de “movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade” são elementos que o homem usa no e pelo ato de viver, e se constituem subsídios na discussão do cuidado sob a ótica das práticas de saúde.

Não obstante, Boff (2017) e Waldow (2004) também afirmam que o cuidado é anterior ao homem. É através dessa prática que os indivíduos se constituem enquanto seres humanos e sociedade. Nesse sentido, quando há a RS de que o cuidado é o exercício das atividades diárias, os idosos e seus cuidadores não fogem das teorias do cuidar, pelo contrario, eles confirmam que a condição humana é permeada pelo cuidado.

Recorrendo à Halbwachs (2004), é possível inferir que as atividades diárias são os quadros sociais dos quais os idosos e seus cuidadores se amparam para representar o cuidado. Para ele, as representações coletivas são construções a partir dos grupos sociais vinculadas às memórias que, por sua vez, se ancoram em quadros sociais.

Halbwachs (2004) entende que o ato de lembrar se constitui a partir do que ele chama de “quadros sociais da memória”, que são elementos fornecidos pelos grupos sociais, dos quais os indivíduos fazem parte, e funcionam como ponto de referência para que cada um construa lembranças de modo subjetivo. No caso dos idosos e seus cuidadores, a lembrança do ato de cuidar como uma prática diária lhes garante os meios pelos quais eles o representam dessa maneira.

### **5.3.2 Concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho**

Essa categoria analítica se baseia numa outra perspectiva sobre o entendimento do ato de cuidar. Conforme exposto abaixo nos DSC, eles entendem o cuidado num plano mais psicológico, que remete a uma carência efetiva da parte do idoso e da necessidade de suplantar essa carência pela parte do cuidador familiar. As falas que compõem os DSC permeiam narrativas nas quais há necessidade de carinho, atenção, ajuda, verbalizada em alguns momentos no diminutivo pelo idoso, e reforçada pelo seu cuidador familiar.

Os DSC, apresentados abaixo, se destacam pelo tratamento que é atribuído ao cuidado, que está voltado a uma perspectiva afetiva. Os destaques são para expressões que os idosos usam como “*ser bem tratadinho*”, “*perguntar como é que tá*”, “*não deixar sozinha*”, “*carinho e atenção*”, “*ter amor*”, “*fazendo as coisas tudo direitinho*”. Esses fragmentos que foram verbalizados destacam a importância que o idoso atribui à atenção dispensada pelo outro, neste caso, o seu cuidador familiar.

Para eles, mais que apenas fazer as tarefas diárias, o cuidado passa por esse campo afetivo. A forma como o idoso e seu cuidador familiar percebem o cuidado neste plano de atenção nos permite ponderar que há uma necessidade de interação com o outro, bem como de vigiar e ser vigiado, conforme os DSC a seguir:

DSC IDOSOS:

*Cuidado é ser bem tratadinho, ter uma pessoa que olha. É perguntar como é que tá, como é que passou a noite, como é que passou os tempo. É não deixar sozinha, conversar, dormir comigo. Para mim cuidado é tratar bem, com carinho e atenção, é zelar as coisa, é olhar, é cuidar dos veio direito, dar atenção. Cuidado é bom quando tem quem cuida né...pra ter cuidado tem que ter outra pessoa né. É zelar, ter amor, atenção, carinho, tratar bem, é ir fazendo as coisas tudo direitinho, com amor e carinho. Cuidado é quando alguém ajuda a gente. Eles aqui me ajuda em tudo. Eles me ajuda.*

DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Cuidar não é só físico, é mental também, é passar confiança a ela, que ela vai ficar bem, que eu tenho que cuidar dela. Cuidado é zelo. Mas também o cuidado de você dar atenção, de você conversar, de você tá presente. Não só tá o físico aqui do lado, mas tá presente com a pessoa. É a gente proteger, né? E ter a precaução né? Cuidado quer dizer precaução, prevenir, dando bastante carinho e ajudando ela. Não deixar correr um risco de ficar só né, por que ela pode engasgar e morrer. É não é deixar o idoso de lado, tem que dar atenção e carinho para ter cuidado. Cuidar no sentido geral mesmo, não só aqui em casa, mas saber fazer o cuidado fora.*

Como há uma relação familiar entre os idosos e seus cuidadores, ressalta-se aqui a existência de uma proximidade e afetividade entre eles. Esse fato contribui para que ambos atribuam, ao cuidado recebido, sentimentos como carinho, afeto, retribuição que, por sua vez, estão associados aos laços afetivos que se estabelecem entre si ao longo da convivência familiar, e que estão relacionados com a prática diária do cuidar.

Entretanto, é possível afirmar que o ato de cuidar está envolvido com práticas de atenção, amor, carinho, ajuda, afeto etc. E, para Boff (2017), é o sentimento de amor que permeia as práticas do cuidar, pois o cuidado ao outro permite exercer esse sentimento, bem como poder senti-lo para quem é cuidado. O autor salienta

ainda que o amor, no caso de quem cuida, é expresso pelo ato, pelo comportamento, e para quem o recebe o cuidado é a via que conduz essa prática.

Em uma pesquisa realizada por Maldonado et al. (2017) acerca das RS de idosos sobre cuidados e redes sociais ficou evidenciado também que esses elementos formaram o núcleo central das RS dos idosos. Para os autores, “os demais elementos que compuseram o núcleo central (respeito, atenção, ser cuidado e zelo) ressaltam aspectos afetivos no quesito cuidar, porém, igualmente vinculados à prática de cuidado” (MALDONADO et al., 2017, p.19).

Sendo assim, nota-se que esses elementos verbalizados ensejam o desejo desse comportamento no relacionamento dos idosos com seus cuidadores familiares. Dessa forma, salientam Cherix e Coelho Júnior (2017, p.581) que “a partir dessa experiência de dependência e cuidado vital, uma das maiores ameaças que pode atingir o ser humano é a fragilidade dos vínculos e o medo de perder o amor do outro, o qual, de certa maneira, o protege diante de perigos e sofrimento”.

De fato, é nesse sentido que está a base para a arte do cuidar, pois, conforme afirma Collière (2003, p.1), o cuidado é a “arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os acontecimentos e na matriz de todas as culturas”. Entende-se, com isso, que o cuidado é amplo, pois se refere à saúde, doença e a todos os acontecimentos da vida.

Dessa forma, é possível inferir que existe entre o idoso e o seu cuidador familiar uma relação de cuidado que faz parte do vínculo afetivo que os liga, no qual as práticas de cuidado permeiam sentimentos como atenção, carinho etc. Conforme salientam Mazza e Lefèvre (2005), essa relação que se estabelece demonstra que,

[...] a atenção ao idoso está intimamente relacionada à presença do cuidador, ou melhor, da pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda o idoso a realizar suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência (MAZZA; LEFÈVRE, 2005, p.03).

É nessa perspectiva de interação familiar que também se constroem as RS. A família, como grupo social, exerce influência na formação e valores dos membros daquele grupo. Conforme salienta Jodelet (2001), as RS são construídas e compartilhadas a partir da interação social e contribuem para a elaboração de um significado comum dentro de um conjunto social.

Dessa forma, observa-se que essas RS foram construídas a partir de um objetivo prático e são compartilhadas pelos indivíduos. Essa configuração nos faz remeter a Halbwachs (2006), quando afirma que a memória, mesmo que individual, recorre ao grupo social do qual faz parte, a partir de quadros sociais da memória e assim constroem as memórias coletivas.

Também Bosi (1998), a partir da perspectiva da psicologia social, entende que há na memória dos indivíduos uma qualidade íntima que se vincula com o relacionamento que eles têm com a família, escola, igreja, profissão, grupos sociais, entre outros. Para ela, lembrar é atribuir significado, e este pode vir carregado de sentimentos, fato que reforça o caráter íntimo da memória com o ambiente em que se vive.

Nesse sentido, é factível afirmar que, quando os idosos e seus cuidadores familiares atribuem ao cuidado um caráter sentimental, eles estão ancorados em quadros sociais da memória que foram construídos diariamente na relação íntima que se estabelece entre si durante o ato de cuidar. Logo, evidencia-se que o cuidado, baseado no carinho, atenção, afeto, é um quadro de referência no qual eles se ancoram para construir suas representações.

#### 5.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E SEUS CUIDADORES SOBRE A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Este segundo eixo temático aborda as RS sobre a dependência funcional e, para alcançá-las, os idosos e seus cuidadores familiares responderam sobre como enxergam o idoso com limitação funcional. Quatro categorias analíticas foram estabelecidas, são elas: Visão resignada dos idosos e negativa dos cuidadores familiares; Visão negativa dos idosos e resignada dos cuidadores familiares; Perspectiva social atribuída pelos cuidadores familiares; A dependência funcional requer políticas públicas específicas.

As duas primeiras categorias apresentam DSC tanto do idoso como de seu cuidador familiar. As duas últimas contêm apenas DSC dos cuidadores, pois as narrativas dos idosos não contemplaram o mesmo significado. As categorias analíticas a seguir apresentam RS simbólicas, positivas e negativas que estão relacionadas com o modo como eles vivem, com suas histórias de vida, seu contexto

histórico e cultural, e da relação que se estabelece entre os idosos e seus cuidadores familiares.

#### 5.4.1 Visão resignada dos idosos e negativa dos cuidadores familiares

Nessa categoria analítica, o DSC dos idosos remete a uma representação de que a limitação que eles têm é algo bom porque eles têm um cuidador que faz as atividades que eles não conseguem. Já o DSC dos cuidadores familiares tem uma visão negativa sobre o idoso com dependência funcional.

Ressalta-se que ambos os DSC têm singularidades, uma vez que os idosos se veem com dependência funcional, mas não consideram isso um pesar, pelo contrário, há certa resignação nas suas narrativas, pois eles aceitam bem a limitação, porque têm quem cuida, e isso para eles é bom.

Já os cuidadores familiares têm uma visão negativa do idoso com dependência funcional e os colocam na categoria de criança, o que demonstra uma infantilização do idoso no processo de cuidar. Também emerge a RS de que os cuidadores familiares têm medo dessa fase e não querem passar pelo mesmo que seu ente está passando, conforme mostram os testemunhos a seguir:

##### DSC IDOSOS:

*Eu acho que é bom, por que eu tenho quem cuida. Eu tenho minha filha que cuida de mim então não tenho do que reclamar. Me trata muito bem. Trata a mim como um neném (risos). Aqui eu sou bem cuidado, porque ela faz tudo. Eu acho que se a gente tá precisando tem que aceitar né. Eu aceito bem, e graças a Deus tem eles que cuida de mim. Então eu acho bom né....porque não tá desprezada, e eu não posso queixar nada, fico alegre, me sinto feliz. Peço muito a Deus por ela. Então ter quem cuida é muito bom, os outros faz para mim.*

##### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Idoso com dependência para mim é tipo uma criança. Que quando envelhece volta a ser criança, né? Por isso ela precisa de cuidado por que criança também precisa. Uma fase que todo mundo vai chegar né... Eu não faço distinção entre ele e uma criança. Para mim é a mesma coisa. É uma pessoa como outra qualquer, mas precisa de cuidado igual criança. Então idoso dependente funcional é muito ruim por que sobrecarrega né. Eu acho que o idoso quando vai ficando doente vai ficando mais nervoso né. Tem dias que fica triste, nervosa porque ela*

*fazia tudo e agora e não consegue mais. É como se não fosse um idoso. Faz parte da família, a gente adota como se fosse uma criança, faz todos os cuidados, porque a idade é o nosso fim. Eu peço a Deus todo dia pra não ficar assim. Porque eu um tenho medo de passar pelo que minha mãe tá passando. Eu penso que a idade não é coisa boa não, ainda mais se ficar doente. Tenho medo de ficar assim. Eu não quero perder a minha mãe! Mas se fosse eu, tem hora que eu sou a favor da eutanásia.*

É possível ponderar que há uma relação muito singular entre os discursos dos idosos e de seus cuidadores. O exemplo disso destaca-se na infantilização do idoso, visto em ambos os DSC. A situação de dependência que o idoso se encontra é diferente daquela experimentada pela criança, uma vez que o idoso é um ser que já se constituiu no âmbito biopsicossocial e sabe reconhecer e atribuir significado a sua dependência funcional.

Dessa forma, quando o cuidador atribui ao idoso com limitação funcional uma vivência infantil, o colocando como criança, ele está privando o idoso de ser um sujeito ativo e consciencioso de sua limitação e de sua reabilitação. Esta RS, além de ser uma visão negativa do idoso dependente físico, também reforça as práticas de cuidar, dando ênfase para a permanência da dependência funcional do idoso.

O cuidador, ao colocar o idoso numa posição subjetivada através desse lugar infantilizado, o tira da sua autonomia, impedindo-o de tomar decisões sobre seu estado de saúde e seu próprio cuidado. Quando o idoso se coloca numa posição infantilizada diante da sua limitação e o seu cuidador reforça essa visão, o idoso deixa de exercer a sua autonomia.

Também recorrendo a Boff (2017), ao tratar sobre a ética do cuidar, enfatiza que o ser humano, por vezes, durante o cuidado centra em si uma espécie de dominação sobre o outro que é cuidado e faz deste e da natureza meros objetos em seu poder. Para ele, quando o ser humano perde a sensibilidade necessária para o cuidar, ele se lança numa esfera de objetividade, que é prejudicial para o cuidado e para as relações humanas.

Por outro lado, os cuidadores de idosos com dependência física usam diversas estratégias para se defenderem psicologicamente da tarefa árdua do cuidar, conforme afirmam Cherix e Coelho Júnior (2017), pois, para eles,

Um desses mecanismos parece ser a infantilização do idoso, que permite, ao cuidador, reduzir a situação de cuidado à situação familiar e agradável de cuidado de uma criança, protegendo-se do fato de que aquele idoso é um adulto, com uma história subjetiva singular, e que a situação de dependência na qual se encontra pode estar no horizonte de qualquer um de nós (CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p.581).

Nesse sentido, os DSC dos idosos e de seus cuidadores, apesar de distintos, guardam narrativas muito próximas. O significado foi construído pela relação social que se estabeleceu entre eles, e que demonstra que as RS são as formas pelas quais os indivíduos enxergam os fenômenos, e que são elaboradas e compartilhadas entre si. No entanto, é pertinente a observação de que parece haver uma relação de autoridade sobre o outro. O idoso atribui ao seu cuidador o saber fazer, e este, por sua vez, se investe de autoridade, porque ele é o executor da ação.

Numa outra perspectiva, o cuidador familiar, ao tomar para si o cuidado ao idoso, decidindo sobre suas atividades rotineiras e executando toda a ação, reafirma o estado de dependência funcional em que se encontra o idoso. E este como ser passivo, na tarefa do cuidar, atribui ao seu cuidador familiar um lugar de destaque nas atividades do cuidado. Assim sendo, Oliveira e Caldana (2012) constatam que o cuidador familiar, ao tomar para si toda a responsabilidade pelo cuidado ao idoso, está muito mais propenso à exaustão, tensão e estresse.

O estudo de Oliveira et al. (2016a), que abordou as RS de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio de pacientes terminais, em Santa Maria – RS, destacou que, quando o cuidador familiar assume a tarefa do cuidar, o idoso se torna submisso a ele, pois há, muitas vezes, uma inversão de papéis, quando o idoso deixa de realizar as atividades do cuidado, deixando essa função para o seu cuidador.

Santos et al. (2016) afirmam que o ato de infantilizar o idoso é resultado de uma comparação errada que se faz da parte de quem cuida, pois é natural e esperado que se trate uma criança com afeto, amor, respeito. E ao atribuir esses sentimentos ao cuidado com o idoso, é comum julgá-los como criança. Os autores reforçam ainda que é um desrespeito ao idoso o ato de infantilizá-lo, pois priva-o de ser capaz de ter autonomia e do poder de decisão do que é melhor para si.

Parece crucial afirmar, a partir das considerações de Jodelet (2009), que o estudo das RS deve levar em consideração os estereótipos que são atribuídos ao processo de envelhecimento e que atravessam o espaço e as relações sociais.

Neste estudo, por exemplo, os significados atribuídos ao idoso com dependência funcional, tanto por idosos como seus cuidadores familiares, estão ancorados em estereótipos que reforçam a limitação física do idoso.

Em Halbwachs (2004), esses estereótipos são entendidos como os quadros sociais. Para ele, os quadros são referências da memória, são os referenciais de constituição da memória e não a memória em si. A memória está dentro desse processo, é por meio dela que se recupera essas ancoragens.

Há que considerar, também, a RS sendo resultado de uma construção social partilhada, pode estar vinculada com estereótipos. Assim afirma Daniel et al. (2016), ao analisar as representações sociais do envelhecimento ativo com 123 pessoas idosas, que os estereótipos idadistas negativos, não levam em consideração a heterogeneidade do envelhecer e se vinculam com uma perspectiva de envelhecimento associada a dependência funcional, perda de autonomia, patologias, etc.

#### **5.4.2 Visão negativa dos idosos e resignada dos cuidadores familiares**

Nessa categoria analítica pode-se perceber que há nos idosos um inconformismo com a limitação física, ressaltando o desejo de independência funcional para realização de suas atividades diárias. Em análise ao discurso dos cuidadores familiares, observa-se que eles têm uma visão resignada do idoso mesmo diante da limitação funcional.

Em oposição à categoria analisada no tópico anterior, aqui os idosos e seus cuidadores têm suas narrativas pautadas no significado atribuído à limitação física do idoso, mas vê-se que o cuidador enxerga o idoso de modo resignado e o idoso guarda uma visão negativa sobre seu estado de dependência.

O idoso deseja a autonomia, verbalizada pelo sentimento de inconformidade com a realidade vivida, e o cuidador, mesmo executando o cuidado, ainda mantém uma representação de que o idoso pode ajudar na prática diária do cuidar, conforme visto a seguir:

#### **DSC IDOSOS:**

*Ah é horrível depender. Eu não gosto depender de ninguém, por que eu queria era fazer tudo só. A gente sofre...Depende dos outros. A gente fica aí sem poder fazer as coisas, a gente*

*que fazia de tudo, era acostumado a trabalhar. Porque para depender dos outros para tudo é sofrimento. É porque depois de vei a gente fica só para sofrer né? Então, depender não é bom não. Acontece que eu não posso fazer as coisa né. Eu acho que é difícil, né? Me incomoda, por que eu tenho medo, por que não posso fazer tudo só. Pra mim é isso...Eu queria era sair da cama e fazer tudo. Depender dos outros pra tudo não é bom não....agora tá pra mim como tá, tá muito apertado viu? A pior coisa que já me aconteceu....toda hora precisar dos outros é só tristeza mesmo. É horrível você depender dos outros porque eu não gosto de depender de ninguém. E eu não acho legal não. Eu não gosto, mas não tenho o que fazer. É ir pegando com Deus e pronto.*

#### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Ela sempre foi uma mulher forte, guerreira...isso que eu vejo. Ela depende pra quase tudo, mas ainda é muito forte. Ah ela é minha mãe, vejo ela bem forte ainda. Apesar de precisar muito de mim, eu vejo ela super forte mesmo. Acho que ser idoso é um privilégio. Deus que dá uma benção de chegar a idade que a pessoa chegou. Penso desse jeito. Tem coisas que não aguenta fazer mais, mas é assim mesmo por causa da idade. Ela ainda ajuda muito no que ela pode.*

A partir dos DSC acima, evidencia-se que tanto o desejo de independência funcional do idoso, visível na sua percepção negativa da limitação, bem como a visão resignada do seu cuidador familiar, contribuem para o processo de cuidado. A necessidade de autonomia, quando ansiada e verbalizada pelo idoso, deve ser estimulada pelo seu cuidador.

Para Maldonado et al. (2017, p.20), o estímulo ao autocuidado contribui para o desenvolvimento do idoso e permite sua participação de forma ativa no processo de cuidar, “pois o desenvolvimento do potencial da pessoa irá incentivar na manutenção da saúde funcional e na autonomia do idoso”.

É importante incentivar que o idoso com limitação física possa participar ativamente do seu cuidado, permitindo que ele possa tomar decisões sobre seu estado de saúde e autocuidado, vivendo com mais autonomia e independência.

Em um estudo realizado por Almeida et al. (2012), sobre a maneira como os cuidadores familiares realizam o cuidado aos idosos em condição de dependência, no município de Cuiabá – MT, evidenciou-se que é necessário que o cuidador familiar faça estímulos aos idosos, de modo que estes possam realizar atividades de autocuidado de acordo com a sua condição física. Para os autores, essa prática

evita que o idoso com dependência funcional transforme sua condição em uma incapacidade geral.

A partir dos significados atribuídos pelos idosos e seus cuidadores familiares sobre a dependência funcional, é possível afirmar que as RS são formadas a partir da realidade em que vivem e possuem um papel importante no modo como os indivíduos se constituem dentro de um grupo social (CAMPOS; ROUQUETTE, 2003). Nesse sentido, pode-se dizer que, com base nos DSC dos idosos e seus cuidadores familiares, as RS construídas por eles orientam as práticas do cuidar.

Quando os participantes narram sobre os significados que atribuem à dependência funcional do idoso, eles estão se ancorando em quadros sociais da memória para compor a representação social. Assim, atribuir significado à dependência funcional é possível, pois, segundo Halbwachs (2004), o indivíduo reconhece e reconstrói representações com base nos quadros sociais nos quais as lembranças articulam entre si.

A rigor, as RS negativas e resignadas dos idosos e seus cuidadores familiares, respectivamente, refletem o modo como eles percebem o cuidado a partir da prática rotineira, da sua conjuntura social, do modo como eles vivem e também da forma como eles estão hoje. Jodelet (2009) salienta que as RS dão a oportunidade de entender as circunstâncias nas quais foram concebidas, pois elas estão vinculadas não apenas aos conhecimentos práticos, mas também ao contexto social em que vivem.

Em um estudo realizado por Brito, Oliveira e Eulalio (2015) sobre as RS de idosos acerca da deficiência física, também emergiram representações negativas dos participantes sobre a sua limitação. Assim, ao observar o DSC dos idosos, a visão negativa está relacionada à vontade de realizar as atividades diárias, pois, a partir do momento em que a dependência se instala, eles passam a viver com a incapacidade, que vai de encontro ao padrão de produtividade que é estabelecido socialmente.

Sobre o DSC dos cuidadores familiares, a visão resignada está pautada numa narrativa, há o reconhecimento da dependência funcional, mas este se vincula com sentimentos positivos. Nesse sentido, Camargo et al. (2014), ao realizarem uma pesquisa multicêntrica no Brasil e Itália, comparando as representações do envelhecimento nos dois países, constataram que, entre os brasileiros e italianos, também há uma perspectiva idealizada, bem como realista sobre o envelhecimento.

Em ambos os países, eles evidenciaram que, como visão positiva, o envelhecimento está vinculado à experiência de vida, sabedoria e êxito. E, como perspectiva negativa, o declínio, as doenças, inatividade e incapacidades.

Ainda para Camargo et al. (2014), há diferenças sobre as representações de brasileiros e italianos acerca do envelhecimento. O elemento mais importante para os brasileiros foi a família e, para os italianos, foi o surgimento da doença, da incapacidade e da necessidade de recursos para enfrentá-la. Nesse sentido, Araújo et al. (2013) enfatizam que entender os significados atribuídos ao envelhecimento e sobre o cuidado ao idosos contribui para o enfrentamento pessoal sobre o processo de envelhecer, mas também para a qualificação das práticas do cuidado.

#### **5.4.3 Perspectiva social atribuída pelos cuidadores familiares**

Essa categoria foi criada apenas com base nas narrativas dos cuidadores familiares, uma vez que os discursos dos idosos não alcançaram essa classificação. Os cuidadores familiares têm uma visão de que o idoso com limitação funcional não deixa de ser sujeito social, que faz parte da família e da sociedade, e que merece mais atenção e sensibilidade por parte de todos.

Os cuidadores familiares veem o idoso como um ser humano igual aos outros, e essa visão coloca o idoso num patamar de igualdade. Nesse caso, há a possibilidade do idoso expressar sua subjetividade, autonomia e influência dentro do lar, porque o seu cuidador o vê como ser social, conforme descrito abaixo no DSC.

##### **DSC CUIDADORES FAMILIARES:**

*O idoso não é um ser excluído da sociedade nem da família. Ele faz parte da família, ele simplesmente é um ser humano mais velho, mais maduro. Então para mim o idoso é um ser essencial de toda e qualquer sociedade, de toda e qualquer família, merecendo uma atenção maior tanto por parte da família quanto da atenção básica. As pessoas deveriam ter um pouco mais de sensibilidade a respeito do idoso né, por que ele é um ser humano também. Ele é igual a nós. Eu já vi casos, de família ter condições e pegar e jogar no asilo, ou deixar pra lá como se fosse um trapo velho, uma coisa que não presta mais. Encostar lá no canto, como se não fosse da família. Mesmo ela precisando de mim, eu acho que ela não é um ser excluído da sociedade nem da família. Ela faz parte da família, ela só é uma pessoa mais velha que precisa de nós.*

É importante ressaltar que existem fatores que contribuem para reforçar a anulação do idoso como um ser social. A sociedade hodierna agrega valores capitalistas, dos quais a produtividade, a juventude, a força de trabalho, o poder de compra e a beleza predominam como forma de reconhecimento social simbólico. E a visão dos cuidadores familiares vai na contramão desse paradigma, pois eles reconhecem o idoso que está sob seu cuidado como ser socialmente constituído.

No imaginário social, o envelhecimento está atrelado a concepções negativas, que envolvem perdas, estagnação, improdutividade, isolamento, exclusão, doenças e incapacidades (RODRIGUES; SOARES, 2006; BRITO et al., 2018; CAMARGO et al. 2014). No entanto, Santos et al. (2016) salientam que a visão preconceituosa e gerontofóbica que predomina na sociedade considera a velhice um empecilho social, pois os idosos já não têm as capacidades produtivas e físicas que dos jovens.

A partir do DSC dos cuidadores familiares, percebe-se que eles reconhecem que o idoso é um pilar para a família. Ressalta-se que esta visão contribui para o processo de reabilitação do idoso. Para Souza et al (2016) este é um dos ganhos que o envelhecimento traz, a concepção de que o idoso é parte essencial da família e da sociedade.

Esse reconhecimento como ser social atribuído aos idosos revela um protagonismo, ou pelo menos um desejo dos seus cuidadores familiares, de que o idoso possa estar mais inserido no meio social. A esse respeito, Justo, Rozendo e Correa (2010) consideram que

A visibilidade e o envelhecimento da população abrem possibilidades para que os idosos não sejam vistos e tratados como personagens secundários, necessitados de apoio, ajuda e complacência, mas para que se insurjam como protagonistas, como personagens capazes de exercer autonomamente papéis no cenário social e nos enredos que aí se desenrolam (JUSTO; ROZENDO; CORREA, 2010, p.45).

Nesse sentido, afirma-se que é de extrema importância, tanto para a sociedade em geral, quanto para família e cuidadores, que o protagonismo social possa ser exercido e atribuído aos idosos, mesmo diante de uma dependência funcional. Vivemos em uma sociedade que nos impele a alcançar independências, seja física, econômica, afetiva etc., e assim vamos construindo e atribuindo significado à existência humana.

No entanto, quando alguém envelhece e perde sua autonomia física, por exemplo, a família, na figura do cuidador familiar, é obrigada a assumir o cuidado com o idoso. E quando este cuidador familiar guarda representações de que o idoso é um ser que não está excluído do meio social, ele está devolvendo ao idoso o seu protagonismo social, a possibilidade dele próprio ser consciencioso de seu papel na sociedade e na família.

Wanderbroocke, Wiedemann e Bussolin (2015), ao avaliarem a participação social de idosas de um centro de convivência em Curitiba – PR, destacam que é importante para a saúde física e mental do idoso que ele permaneça e participe da rotina familiar e da vida na comunidade.

#### **5.4.4 A dependência funcional requer políticas públicas específicas**

Nessa categoria analítica discute-se a dependência funcional sob a ótica dos cuidadores familiares, a partir da noção de que o idoso com limitação funcional requer uma atenção maior por parte dos governantes. Essa percepção conscienciosa e politizada dos cuidadores familiares reflete a noção de que eles pleiteiam ajuda e suporte na forma de políticas públicas. Em sua perspectiva, o idoso não pode ficar apenas sendo cuidado pela família, o poder público precisa intervir com políticas públicas efetivas que alcancem o idoso com dependência funcional, conforme visto abaixo no DSC.

##### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Eu acho que os governantes deveria olhar mais pro idoso, especialmente aqui em Vitória da Conquista. Por que eles precisam demais, eles são dependente de tudo, se não é nós da família pra estar na frente, ninguém olha por eles. Mas ela cuidou de mim, eu cuido dela agora. O idoso já vem mau tratado pelo poder público. Pelo governo que paga um salário mínimo de miséria, que não dá nem para uma pessoa se alimentar direito. Então não tem nem que tá questionando como é que vive o idoso, nem como deixa de viver, por conta do salário que ele paga que não dá nem pro idoso comer uma fruta. Não dá nem pro idoso ter um lazer...Num dá por conta do salário mínimo miserável que eles pagam.*

Justo, Rozendo e Correa (2010) ressaltam, em seu estudo sobre o idoso como protagonista social, que as políticas públicas e os programas destinados à

população idosa demonstram que este público vem adquirindo conquistas importantes. Uma delas é o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 2003, que representa um importante passo para o reconhecimento social dos idosos (BRASIL, 2003).

No entanto, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2000, p.61) salienta que os governos devem se preocupar com a formulação de políticas públicas que alcancem também as famílias que prestam cuidado em casa ao idoso, pois *“como la atención dispensada por la familia es el elemento básico del cuidado de las personas de edad cuya salud es frágil, los gobiernos se verán obligados a formular programas de respaldo a las familias en su función de prestadoras de cuidados”*.

Para exemplificar, a OPAS (2000) cita o caso do Japão e Estados Unidos, onde no caso do Japão, o rápido envelhecimento populacional fez com que muitas pessoas deixassem o trabalho formal para se dedicar apenas ao cuidado em família. E nos Estados Unidos em apenas 14 anos (1980 a 1994) houve um aumento de 80 milhões de dólares nos investimentos de assistência à saúde dos idosos.

Também é corroborado pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que atribui primeiramente à família a responsabilidade pelo cuidado integral ao idoso, conforme descrito no artigo 3º das disposições preliminares.

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

No entanto, essa disposição não exime o poder público pela efetivação dos programas e ações destinados a essa população. E quando a não efetivação acontece, as famílias são as primeiras a sentirem o impacto. É nesse sentido que emerge esse DSC dos cuidadores familiares, pois, em suas narrativas, há uma reivindicação por mais políticas públicas aos idosos com dependência funcional.

Um bom exemplo sobre políticas públicas é o programa PAMDIL, com ação de saúde voltada aos idosos com dependência funcional; é uma importante iniciativa do município para a recuperação de indivíduos idosos com limitação. No entanto, há que considerar que, durante as coletas, os idosos e seus cuidadores fizeram críticas

ao programa. Eles relatam que a periodicidade não é rigorosa como descrito e que as visitas médicas precisam ser ampliadas.

Dessa forma, vale ressaltar que, apesar de estarem vinculados a uma UBS e dos idosos estarem cadastrados no PAMDIL, os cuidadores familiares ainda veem lacunas, no que tange à assistência de saúde aos idosos com limitação funcional. Nesse sentido, eles têm uma narrativa pautada na necessidade de intensificação e ampliação do suporte que é dado aos idosos por parte do poder público, na forma de políticas públicas.

A partir das narrativas é possível considerar outro aspecto, que no Brasil a contratação de um cuidador formal está longe dos recursos financeiros da maior parte da população. Esse fato faz recair sobre a família a obrigação pelo cuidado ao idoso com limitação. E, nesse sentido, os cuidadores familiares percebem que há ausências de políticas públicas para os idosos dependentes funcionais, fato este observado no DSC. Assim, o estímulo à autonomia dos idosos deveriam ser estimuladas no Brasil, por meio das ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde, bem como das políticas públicas voltadas à acessibilidade dessa população.

Brito et al (2018), no estudo que fizeram com idosos do Brasil e Itália, destacaram que, na Europa, as políticas públicas estão voltadas para incentivar que o idoso dependente permaneça no domicílio. Este modelo de cuidado voltado à atenção domiciliar vai à contramão da residência em ILPI.

Os autores citam o caso da Bélgica, onde o governo incentiva que os idosos com limitação funcional permaneçam em seus lares e, para isso, há o pagamento de benefícios financeiros, para aqueles que fazem a opção de moradia junto da família. Essa ação social tem o intuito de diminuir as taxas de pobreza no país, bem como de atenuar os impactos negativos da dependência e da necessidade de cuidados.

No caso do Brasil, a realidade é diferente, pois quando o idoso não dispõe de laços protetivos, tais como suporte familiar, vínculos sociais, ou quando não consegue mais se manter sozinho cuidando de si, surge a necessidade de residir em uma ILPI. Esse fato reflete a carência de políticas públicas de atenção ao idoso dependente no país para dar conta de garantir sua autonomia. Sendo assim, as ILPI assumem o cuidado ao idoso, fornecendo o suporte necessário as suas necessidades básicas, tais como moradia, alimentação e serviços de saúde (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013).

A rigor, é nesse cenário de dependência funcional que se percebe a necessidade de discussão e implementação de políticas públicas destinadas à população que envelhece com limitações. No Brasil, cerca de 40% dos idosos sobrevivem com renda de apenas um salário mínimo mensal (IBGE, 2015). Assim, essa realidade os limita a garantir o básico de sobrevivência, e reforça a limitação ao acesso de bens e serviços que poderiam minimizar os efeitos deletérios de uma dependência funcional.

É nesse sentido que a implementação de ações de suporte aos idosos dependentes e de seus cuidadores torna-se cada vez mais pertinente. É por meio da inserção de políticas públicas que se poderá garantir um envelhecimento digno, levando-se em consideração a dependência funcional e a complexidade dos arranjos familiares que advém dessa realidade, a exemplo dos cuidadores familiares que assumem as práticas do cuidado ao idoso com limitação.

## 5.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES SOBRE A PRÁTICA DIÁRIA DO CUIDADO

Neste último eixo temático, os idosos foram questionados sobre como se sentiam diante da rotina de cuidados diários e seus cuidadores familiares responderam sobre a rotina diária da prática do cuidado e, a partir de suas narrativas, foram criadas duas categorias analíticas: Práticas diárias que estimulam a independência funcional e Práticas diárias que reforçam a dependência funcional.

Nesse sentido, percebe-se que os idosos e seus cuidadores guardam singularidades acerca das RS que atribuem à prática do cuidar. Esse cenário demonstra que, em ambas as categorias, as práticas do cuidado estão sendo orientadas pelas RS, ou seja, o significado que é atribuído ao ato de cuidar pelo idoso é corroborado pelo seu cuidador familiar.

É importante considerar que as RS, dos idosos e seus cuidadores familiares sobre o cuidado, revelam uma relação mútua entre eles, não apenas pautadas no vínculo familiar, mas por onde as RS emergem e ganham força. Assim, desvelar que significados são atribuídos à prática do cuidar, nessa relação, ajuda a entender a compreensão de cuidado a partir de uma construção social.

Ferreira (2016), ao estudar as contribuições das RS para as pesquisas de cuidado em saúde e enfermagem, afirma que essa teoria, quando aplicada aos

estudos sobre cuidado, oportuniza interpretar que representações são atribuídas a essa categoria, pois as narrativas nos conduzem para entender os comportamentos que são escolhidos por esses indivíduos no processo de cuidar.

[...] a aplicação da TRS nos estudos sobre o cuidado permite ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir frente ao mundo, nos ajudando a melhor conduzir o cuidado num plano terapêutico mais bem assentado na lógica do “outro”, que é para quem o cuidado se destina (FERREIRA, 2016, p.214).

Assim sendo, estão expostas a seguir duas categorias analíticas que permitirão subsidiar a discussão sobre as práticas diárias do cuidar a partir da perspectiva de quem executa o cuidado, o cuidador familiar, e de quem é objeto do cuidado, o idoso com dependência funcional.

### **5.5.1 Práticas diárias que estimulam a independência funcional**

Nessa categoria analítica, é possível perceber no DSC dos idosos que eles têm um desejo de independência funcional, que foi verbalizada quando questionados sobre como se sentem recebendo o cuidado diário. Já os cuidadores familiares mantêm uma singularidade com essa narrativa, uma vez que em seu DSC sobressai a noção de que as práticas diárias do cuidar, que eles executam, estimulam a independência funcional do idoso.

Essa prática do cuidar, realizada pelo cuidador familiar e percebida pelo idoso com dependência funcional, revela que o ato de cuidar está sendo orientado pela RS que é atribuído a ele. Nesse sentido, percebe-se que o idoso, ao verbalizar sobre como se sente diante da prática do cuidar, anseia pela independência funcional, e o seu cuidador familiar, ao executar a ação, dá ao idoso a possibilidade de autonomia funcional, conforme visto a seguir:

#### DSC IDOSOS:

*A família cuida bem sim, dá tudo o que eu preciso. Mas era melhor se eu dependesse só de mim mesmo. Eu não gosto de tá toda hora dando trabalho não. Eu queria ter força e saúde pra levantar e ir fazer minhas coisas só. Eles faz tudo aqui, eu sinto as vezes meio triste né? Por que eu queria mesmo era fazer tudo sozinha, eu gostaria de não precisar, de eu mesma fazer. Hoje tudo é diferente né. Preciso da ajuda pra quase tudo, porque tem hora que eu quero fazer as coisas e não posso. Ai eu chamo ela e ela vem e faz.*

### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Eu ajudo ela em tudo dentro de casa, por que algumas ela consegue fazer e outras eu só ajudo mesmo. Ela tem discernimento de tudo, mas precisa de ajuda mesmo assim. A parte de higiene dela, de vestir, de ir no banheiro, eu só ajudo, e mesmo assim quando ela pede. Ajudo no banho, os remédios ele também sabe qual que ele necessita. O café ela toma só, aí eu faço almoço, e ela almoça, ela come só. Mas assim, ela lúcida né, graças a Deus. Falo com ele pra ir para sala, depois peço pra ir lá pra fora, para tomar um sol. Mas ele tem muita resistência em manter a rotina diária, mas eu fico chamando pra tudo e mandando ele fazer. Eu preciso estar perto pra ir mandando ela fazer. Eu observo tudo para vê se tá sentindo alguma coisa. A parte financeira ela não cuida por que não sai mais. Mas fora de casa eu faço tudo, faço compras, pago conta, vou na farmácia, marco exame, levo no médico. Eu que vou no banco, pego a aposentadoria dela, vou no mercado.*

O cuidador familiar é peça fundamental na execução do cuidado ao idoso com dependência funcional. Este desempenha um papel importante para a reabilitação do idoso diante de suas necessidades físicas cotidianas. É ele quem deve orientar, executar, observar, proporcionar bem-estar e ficar atento à saúde do idoso. Contudo, salienta-se que, para a independência física do idoso, é primordial que o cuidador estimule e incentive a sua autonomia.

E é nessa abordagem que essa categoria analítica está pautada, pois o DSC dos cuidadores familiares revela que há um estímulo para a independência funcional do idoso nas práticas diárias do cuidado. E esse estímulo contribui para que o idoso tenha desejo por uma autonomia funcional, visto no DSC dos idosos. Essas representações revelam o quão relevantes são as relações que se estabelecem entre o cuidador familiar e o idoso, pois o cuidado praticado diariamente contribui para a melhora do estado de saúde do idoso e minimiza a sobrecarga do cuidador familiar.

As RS, vistas nos DSC dos idosos e seus cuidadores familiares, reforçam a teoria de Moscovici (2009) de que este é um saber do senso comum, elaborado por cada indivíduo nos bastidores de sua mente. Essas RS formulam as práticas dos indivíduos e grupos sociais, por meio da fala, da comunicação, dos gestos, dos conhecimentos partilhados e contribuem para reforçar as relações sociais, bem como criar novos saberes que orientam a prática diária do cuidado.

Entender a teia que constrói os DSC, nessa relação da prática do cuidado, é a condição para se alcançar as RS. Estas, por sua vez, alimentam as práticas que, por consequência, conduzem à produção de outras RS, como um ciclo. A esse respeito, Ferreira (2016) afirma que,

As Representações Sociais unem o sujeito ao objeto, o pensamento à ação, a razão à emoção, o individual ao coletivo; logo, estudar o cuidado pela via das representações sociais abre inúmeras possibilidades de compreensão não somente das ações dos sujeitos no âmbito da saúde, mas dos sentidos que eles atribuem a essas ações em face dos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que se lhes apresentam (FERREIRA, 2016, p.214).

A rigor, ao analisar os DSC desses indivíduos, é pertinente salientar que o cuidado recebido pelos idosos é considerado por eles como algo bom, mas, mesmo assim, há o desejo pela independência funcional. E, analisando o DSC dos cuidadores familiares, observa-se que emerge a palavra “ajudo” em detrimento da palavra “faço”, assim, percebe-se que a prática do cuidado realizado é feito na perspectiva de estimular a autonomia funcional do idoso.

Nessa relação familiar de compartilhamento de RS sobre as práticas diárias do cuidado, o processo rotineiro pelo qual o cuidar se constitui é a base em que essas representações são construídas, tanto pelos idosos como pelos seus cuidadores familiares, conforme já descrito por Moscovici (2009) e Jodelet (2009).

No entanto, essa relação de cuidado, produtora de significados e RS, está ancorada numa prática informal, não remunerada e despreparada, que se torna um desafio para o cuidador familiar, e também para o idoso. Conforme Oliveira et al (2016a, p.367), “o cuidado no domicílio traz à família e ao paciente alguns desafios psicológicos e adaptação ambiental”. Essa realidade pode gerar, para o cuidador familiar, estresse e sobrecarga física e emocional; e, para o idoso, um sentimento de culpa e pesar por não conseguir ajudá-lo nesse processo.

Por outro lado, na contramão dessa realidade, com base nos DSC dos idosos e seus cuidadores familiares, observa-se que eles têm RS sobre o processo de cuidar em que há o respeito à limitação do idoso e o estímulo a sua autonomia. O anseio pelo desejo de autonomia é verbalizado pelo idoso e o estímulo à independência é entendido a partir das narrativas dos seus cuidadores.

Dessa forma, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006b) determinam que o cuidado ao

idoso deve ser orientado e realizado de modo a garantir a autonomia do idoso, estimulando o autocuidado e sua independência, com respeito e preservação da integridade física, moral e mental.

No entanto, vale salientar que o cuidado realizado por entes familiares assume um caráter interpessoal, no qual os laços sanguíneos ditam o relacionamento entre eles. Dessa forma, se por um lado as RS dos cuidadores familiares e dos idosos atribuídos à prática do cuidar pautam-se nos significados da independência funcional, por outro é possível dizer que este vínculo existe pelos seus contextos de vida.

Foi pensando assim que Leininger (2002, p.48) desenvolveu sua teoria de que o cuidado está vinculado à diversidade e universalidade cultural, pois “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo”.

De acordo com a autora, as práticas do cuidado estão relacionadas com diversos fatores que influenciam o modo como o cuidado é praticado pelo ser humano. Para ela, a cultura de cada lugar, bem como a política, religião, ambiente, gênero, visão de mundo, economia, entre outros, também são elementos que podem interferir na prática do cuidado.

### **5.5.2 Práticas diárias que reforçam a dependência funcional**

Em oposição à categoria discutida no tópico anterior, nessa categoria o DSC dos idosos e de seus cuidadores são compostos por um discurso no qual a prática do cuidar reforça a dependência funcional. Para os idosos, o cuidado recebido é tido como uma forma de retribuição, e para os cuidadores familiares a prática diária do cuidar é executada de modo a garantir todos os cuidados necessários para o idoso, ou seja, é um exercício rotineiro de cuidado em que não há estímulo para a independência funcional do idoso.

As RS que compõem o DSC dos idosos demonstram um sentido de continuidade da dependência física, pois eles sentem que o cuidado que recebem diariamente é visto como uma obrigação ou retribuição que o cuidador tem, uma vez que este já foi cuidado por ele quando criança, logo, agora é sua vez de retribuir ao cuidado recebido.

E o DSC dos cuidadores familiares reforça essa RS sobre as práticas do cuidar, pois eles dizem que realizam todas as atividades que os idosos não conseguem mais fazer, e há uma espécie de conformismo nessa situação, bem como se evidencia uma possível sobrecarga para o cuidador, conforme se observa a seguir.

#### DSC IDOSOS:

*Eu me sinto orgulhoso né, por que eu tenho minha filha que cuida de mim. Eu criei, dei de tudo, foi eu que cuidei deles tudo, dei educação e ensinamento pra isso, pra eles me ajudar no que eu preciso hoje. E é ela quem olha, quem toma conta de mim. Mas tem que cuidar mesmo né, eu cuidei deles tudo quando era nova. Eu lutei pra todo mundo chegar onde chegou, isso aí que entra na minha memória e não sai nunca! Então eles têm que cuidar. Quando você cai numa certa idade e aí você fica ruim de saúde, aí o que acontece é esse tipo de coisa.*

#### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Minha rotina tipo é muito puxada. Os cuidados pessoais dela eu que faço, por que ela não consegue mais. Eu acordo e já vou tirar a fralda dela, levar para o banho, lá no banheiro ela senta e eu ajudo a lavar tudo, passo hidratante e ajudo a vestir. Cuido dela da hora de acordar ate a hora de dormir, faço tudo. Não consegue mais pentear o cabelo, nem escovar dente, nem comer, ela antes fazia, mas depois foi decaindo e parou. É uma tarefa diária e intensa. E na cama quando ela senta, tem que botar os pés dela em cima da cama. A comida eu que dou também. Passar creme nas pernas. A questão toda de mãe é questão de ficar só, ela não gosta de ficar sozinha. Sento um pouquinho, converso com ela. A rotina é pesada, o dia todo cuidando dela, dando atenção, e limpando, dando banho, dando almoço e janta. Fico o dia todo cuidando mais dela, pra ver se precisa trocar, dar banho, essas coisas. Eu cuido da hora do café até a hora de dormir eu faço tudo aqui pra ele. O que ela precisa a gente faz a responsabilidade mesmo é minha.*

Diante desses dois DSC apresentados acima, percebe-se que o idoso e seu cuidador familiar guardam RS que se completam nos discursos. Mais uma vez, têm-se aqui RS que orientam as práticas do cuidar, pois os idosos delegam todo o cuidado ao seu cuidador familiar, e ainda consideram isso uma obrigação. E os cuidadores familiares garantem que todo o cuidado seja realizado, pois absorvem esse sentimento de retribuição do cuidar.

Sendo assim, o fato de ter recebido cuidados no passado faz com que o cuidador se comprometa, no presente e para o futuro, com a retribuição do cuidar, como obrigação ou forma de pagamento pelo que recebeu outrora. Mazza e Lefevre (2005) salientam que o ato de cuidar requer do cuidador resiliência, boa vontade e a necessidade de olhar o outro no sentido de conhecê-lo, mas também de conhecer a si mesmo enquanto agente da ação.

Para Waldow (2004), é preciso conhecer como a família exerce as práticas do cuidar ao idoso com dependência, pois o cuidado é oferecido de acordo com as experiências de cada indivíduo. Nesse sentido, há no cuidado familiar uma espécie de relação de dependência, na qual o ente familiar cuida do mesmo modo como foi cuidado, e o idoso espera receber o mesmo cuidado que fora dispensado por ele em outros tempos.

Essa relação de dependência, expressada pelo idoso e corroborada pelo seu cuidador, pode trazer várias consequências para ambos. Ao idoso é prejudicial para a sua independência e autonomia na realização de seu próprio cuidado, bem como para a sua tomada de decisão frente às atividades diárias. O cuidador, por sua vez, tem maior desgaste físico, psíquico e emocional, maior sobrecarga, pois redobram sua atenção com relação ao outro, pois estão sempre além de suas capacidades para realizar o cuidado.

Nesse sentido, Araújo et al. (2011) salientam que o cuidado nessas condições pode resultar em uma situação de prejuízos que vem acompanhados por resultados insatisfatórios tanto na vida do cuidador como na condução da prática do cuidar.

Resultados de pesquisas sobre a saúde do cuidador familiar refletem essa realidade árdua e desgastante do cuidado integral a idosos com dependência funcional e sua relação com a sobrecarga biopsicossocial vivenciada pelo cuidador (GONÇALVES et al., 2011; GRATÃO et al., 2013; ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013; LOUREIRO et al., 2014; SANTANA et al., 2018; BLANCO et al., 2019).

Como exemplo, ressalta-se aqui duas pesquisas recentes, uma realizada na cidade de Caculé – BA (SANTANA et al., 2018) e a outra na comunidade autónoma de Galícia – Espanha (BLANCO et al., 2019). Ambas avaliaram a sobrecarga que os cuidadores familiares estão expostos frente ao cuidado com idosos dependentes funcionais. Apesar de serem pesquisas feitas em países diferentes, elas demonstram que a prática diária do cuidar é uma tarefa que gera desgastes para o familiar que assume a responsabilidade do cuidado.

Numa outra perspectiva, o estudo de Hedler et al. (2016) a respeito das RS de cuidadores familiares de idosos sobre o cuidado revelou que a sobrecarga física e emocional vivenciada pelo cuidador está relacionada com o significado social atribuído ao cuidado.

Além de ser uma tarefa motivada por normas sociais, o cuidador se sente cumpridor de uma obrigação social e moral em que predomina um dever de reciprocidade, necessidade de evitar o sentimento de culpa e uma relação empática e afetiva entre o cuidador e o idoso (HEDLER et al., 2016, p.144).

Mais que uma simples tarefa diária, cansativa e desgastante, o ato de cuidar também assume uma função social, uma vez que extrapola a extensão dos cuidados corporais. O cuidado também está pautado numa construção cotidiana, mediante relações afetivas entre os entes familiares, bem como da relação com a sociedade e os contextos históricos, por exemplo (HEDLER et al., 2016).

É nesse sentido que a memória também se insere, pois ela pode conduzir lembranças baseadas na família, enquanto grupo social. Nesse caso, o cuidado é tido como uma tradição, uma vez que os mais jovens foram cuidados pelos mais velhos. Halbwachs (2004) aponta que as lembranças podem ser reconstruídas a partir das vivências nos grupos sociais. Para o sociólogo francês, é possível que um indivíduo crie representações do passado em função das percepções de outras pessoas.

Nessa pesquisa, é possível perceber que os mais jovens (cuidadores familiares) têm na construção de suas narrativas um sentimento de dever para com os mais velhos (idosos dependentes funcionais). É dessa forma que estes últimos repassam para os cuidadores a perpetuação de uma representação, cujo cuidado recebido por eles deve ser *a posteriori* dispensado aos mais velhos.

No entanto, é preciso considerar que a tarefa do cuidar não pode ser vista apenas do ponto de vista da obrigação. É preciso que haja um compromisso com o familiar que é cuidado, mas também consigo mesmo. Caso contrário, a tarefa ficará desgastante para o cuidador e não estimulará a autonomia do idoso, perpetuando, assim, a dependência funcional em detrimento da independência.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todo o exposto, a composição sociodemográfica e as condições de saúde dos idosos dependentes funcionais permitem dizer que há predominância de mulheres, longevas, viúvas, alfabetizadas, com mais de cinco filhos, católicas, vivendo com renda familiar de um a dois salários mínimos, fruto da aposentadoria, que corresidem com uma a três pessoas na mesma casa e apresentam HAS como principal problema de saúde.

No tocante aos cuidadores familiares, o perfil sociodemográfico e as condições de saúde apontaram para predomínio de mulheres, adultas, casadas ou com união estável, com ensino fundamental, realizando serviços domésticos como profissão, de religião evangélica, sendo filhas dos idosos dependentes, e a HAS foi o problema de saúde mais assinalada por eles.

Com relação ao significado atribuído ao cuidado, os resultados apontaram que as RS perpassam por uma dimensão corporal diária e de cuidados domésticos. Já a dependência funcional está envolvida de sentimentos positivos, relacionados com a consideração de seu ente em seu meio familiar, como retribuição, ajuda e desvelo; e negativos, reforçados pela imposição do cuidado e desgaste do cuidador. Resignados, corroborado pela sensação que os idosos têm de que são cuidados pelo ente querido, e pelo cuidador familiar considerar o idoso ainda forte e com potencial para o autocuidado.

Ainda sobre a dependência funcional, as RS dos cuidadores familiares reforçam que o idoso não pode estar fora do vínculo familiar e social, bem como há a necessidade de políticas públicas que alcancem idosos que são cuidados pela família. Nesse sentido, percebeu-se que o cuidado ao idoso no âmbito familiar reivindica o desenvolvimento de políticas públicas integrais que permitam não apenas a equipe de saúde desenvolver suas ações, mas que proporcionem à família condições mínimas de manter o cuidado ao idoso no contexto familiar.

Em Vitória da Conquista, uma importante ação do governo local é o PAMDIL que, como política pública de atenção aos idosos com limitação, desenvolve um trabalho de rastreio e acompanhamento desses idosos, no plano da atenção básica. No entanto, mais ações como esta devem ser discutidas e viabilizadas para o Brasil, bem como para a realidade local, uma vez que o Vitória da Conquista apresenta um número considerável de idosos em sua população.

Nessa configuração de cuidado domiciliar, a atenção da saúde pública é de fundamental importância, devendo-se levar em consideração diversos aspectos que implicam no processo de cuidar em família, tais como: econômicos, culturais, sociais, afetivos, entre outros. Essa compreensão deve prezar pela unidade familiar, no sentido de entender os arranjos que dela advém em função da dependência funcional dos idosos, pois, assim, será possível alcançar as várias formas de cuidado executado pela família e suas necessidades.

Destarte, valorizar as RS que estão envolvidas no cuidado domiciliar, com o olhar voltado aos cuidadores e idosos, permitiu compreender de forma multidimensional e interdisciplinar a dinâmica das relações familiares no contexto da dependência funcional. Nessa perspectiva, as RS se configuram como um legítimo objeto de estudo, pois englobam as histórias de vida num contexto social. Como discutido anteriormente, elas são formas de conhecimento prático, construídas com a interação social a partir dos grupos sociais dos quais os indivíduos se constituem.

Sendo assim, com base nos estudos de Moscovici (2003) e Jodelet (1985, 1989, 2001, 2009), entre outros, foi possível entender as RS dos idosos e seus cuidadores familiares, pois elas foram construídas socialmente com base na relação que existe no grupo familiar. Não obstante, o campo da memória, a partir dos estudos de Halbwachs (1990; 2004; 2006) entre outros, serviu como aporte teórico e metodológico importante para tratar da construção da memória coletiva também baseada nos grupos sociais.

Sendo assim, complementa-se que a construção desta tese possibilitou ampliar o conhecimento e visão de pesquisa acerca do envelhecimento, da dependência funcional e do cuidado domiciliar, a partir de um estudo holístico em que associa essas temáticas com o campo da memória e das RS. Ao findar esta pesquisa, fica a certeza de que pode-se tomar os estudos sobre envelhecimento a partir de uma visão multimodal.

Assegura-se também que os campos da memória e das RS, tomadas como distintas e complementares uma a outra, constituíram-se neste estudo como importantes métodos de compreensão das representações do presente com base nas narrativas passadas. Os diálogos apresentados entre memória e RS auxiliaram na compreensão do cuidado familiar no contexto da dependência funcional, a partir do entendimento de que são também fenômenos sociais construídos por indivíduos

em diferentes momentos de vida, baseados nos grupos sociais dos quais fazem parte.

Com relação às limitações ou dificuldades encontradas durante a condução do estudo, não houve grandes problemas. No entanto, a limitação principal foi para compor um número de entrevistados que fosse significativo, uma vez que, no primeiro momento de seleção dos participantes, o PAMDIL estava desatualizado e com informações desencontradas dos idosos. Esse fato fez com que muitos idosos não fossem alcançados com esta pesquisa, além de ter dificultado a coleta dos dados. Contudo, vale ressaltar que a recepção das famílias, em sua maioria, foi positiva e os participantes se sentiram à vontade durante as entrevistas.

Destarte, enfatiza-se a importância da continuidade da pesquisa envolvendo tanto o envelhecimento, a dependência funcional e o cuidado familiar, associados com a memória e as RS. Nessas configurações, emergem diversos aspectos tanto físicos, biológicos, como sociais, que servem para entender o envelhecimento e afastar a visão estigmatizada que envolve a rotina dos idosos com limitação funcional, e que se perpetua no senso comum.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. de (Orgs.). Estudos interdisciplinares de representação social. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38
- ALMEIDA, L. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 21(3): 543-548, Sept, 2012.
- ALMEIDA, L.P.B. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. **REME – Rev Min Enferm.**; 22:e-1074, 2018.
- ANJOS, K.F. et al. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** Jequié, v.6, n.2, p.450-461, 2014.
- APÓSTOLO, J.L.A. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Maio de 2012. Disponível em: [http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697509](http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509). Acesso em: 22.06. 2018.
- ARAÚJO, J. S et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. vol.16, n.1, pp.149-158, 2013
- ARAUJO, J.S. et al. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Enfermagem em Foco**, 2(4):235-238; 2011.
- ARAÚJO, J.S. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 16(1):149-158, 2013.
- AREOSA, S.V.C. et al. Taking care of oneself and another: A study of caregivers of the elderly. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.15, n.2, p.482-494, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 8(14): 73-92, fev.2004.
- BANDEIRA, M.et al. Burden among family caregivers of psychiatric patients: Relation with assertive behavior. **Rev. Psico.** Itatiba, 19(3): 399-409, 2014.
- BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 19(8): 3317-3325, 2014.

BARBOSA, K.T.F. et al. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto contexto enferm.** 26(2):e2700015; 2017.

BARROS, M.B.A. et al. Social inequalities in health among the elderly. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 27(2): 198-208, 2011.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BITENCOURT, R.O.M.; DALTO, F.A.S. Envelhecimento populacional e o impacto da Previdência Social e do Benefício de Prestação Continuada nos municípios do Conselho Regional de Desenvolvimento do Litoral (RS). **COLÓQUIO – Revista do Desenvolvimento Regional - FACCAT** - Taquara/RS - Edição Especial II SNDR, jan. 2019. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/article/view/1219/796>. Acesso em: 17.03.2019.

BLANCO, V. et al. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares galegos. **Rev Esp Geriatr Gerontol.** 54(1):19–26; 2019.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, N. **O tempo da memória** – de senectute e outros escritos autobiográficos. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B. de; SILVA, L. G. de C.. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. d. P. (Ed.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI subsídios para as projeções da população.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> . Acesso em: 10.03.2019

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 5. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Renda Mensal Vitalícia.** Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. 2015. <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/renda-mensal-vitalicia>. Acesso em 08.03.2019

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento.** Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em:

[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf). Acesso em 08 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 1º de outubro 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19 - **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde Brasília: MS; 1987.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 08.03.2019.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Estatuto do idoso. Lei 10.741**. 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Complementar nº 11 de 25 de maio de 1971**. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. 1971. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp11.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp11.htm). Acesso em 08.03.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993**. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm). Acesso em 08.03.2019.

BRITO, A.M.M. et al. Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 34(e):3455. June, 2018.

BRITO, R.D.Q.; OLIVEIRA, A.R.; EULALIO, M.C. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá, 33(1): 121-133, jan. 2015.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões Para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 61(3-B): 777-781, 2003.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis - Rev Saude Coletiva**, 17(1):77-93; 2007.

CAMARANO, A. A. A demografia e o envelhecimento populacional. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2008. p.111-134. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_577264946.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_577264946.pdf) >. Acesso em: 25.01.2019.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. O. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século xx. In: CAMARANO, A. A. (org). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2014. Cap. 2, p. 587-604. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2397](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2397). Acesso em: 10.03.2019.

CAMARANO, A.A. Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isto? In: CAMARANO, A.A. (org.) **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro : Ipea, 2014.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, 27(1): 232-235, 2010.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. **Repositório do conhecimento do IPEA**. Nota Técnica mercado de trabalho (54).fev. 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11058/3841>. Acesso em: 09.09.2016.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos**, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_16\\_Cap\\_08.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf). Acesso em: 08.03.2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu et al . Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, 8(2): 179-188, dez, 2014.

CAMPOS, P.H.F.; ROUQUETTE, M.L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(3): 435-445, 2003.

CARNEIRO, R.S.; FALCONE, E.M.O. Development of social skills among the elderly and its relationship with life satisfaction. **Estudos de Psicologia**. Natal, 18(3): 518-526, 2013.

CHERIX, K.; COELHO JÚNIOR, N.E. The care of elderly as a field of inter-subjective relations: ethic reflections. **Interface (Botucatu)**. 21(62): 579-88; 2017.

COLLIÈRE, M-F. **Cuidar... a primeira arte da vida**: um guia prático para profissionais de saúde. 2ª ed. Loures (Portugal): Lusodidacta, 2003.

DANIEL, Fernanda et al . Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 34, n. 4, p. 353-364, dez. 2016 .

DURKHEIM, É. **As formas elementares da vida religiosa**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.609 p.

DURKHEIM, É. **Sociologia e Filosofia**. Rio de Janeiro: Cia. Editora Forense, 1970.

ESPOSITO, G.L.; GONÇALVES, A.K. Histórias Vividas e Memórias. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, 20(2): 567-582; Porto Alegre, 2015.

FACHINELLO, A.C.; SANTOS, M.F.; FARLER, J.W. **Perfil dos cuidadores domiciliares e de idosos assistidos na atenção básica no município de Foz do Iguaçu**. VIII Encontro Internacional de Produção Científica. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. Maringá, 2011. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/marieta\\_fernandes\\_santos.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/marieta_fernandes_santos.pdf)> Acesso em: 21.01.2019.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O Desenvolvimento de Políticas Públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 46(6): 1494-1502, 2012.

FERREIRA, M.A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, 20(2): 214-219; 2016.

FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 21(3): 513-8, 2012.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comum**; São Paulo, 25(1): 129-136, 2013.

FLEURY, S.; CARVALHO, A.I. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **FGV – Fundação Getúlio Vargas**. 2009. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em 08.03.2019.

FONSECA, C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: ALTHOFF, R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianopolis: Papa-livro Editora. 2004.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Cien Saude Colet**, 17(1):123-133; 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, J. B. **Representações sociais sobre suporte familiar: memória de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência**. Dissertação (mestrado) –

Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Vitória da Conquista, 2017.

GOMES, J.B.; REIS, L. A. Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, 19(1): 175-191, 2016.

GONÇALVES, L.H.T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev Latinoam Enferm**. Santa Catarina, 19(3): 458-66, 2011.

GORODSCY, R.C.; ZAGO, D.C; GAVA, P.M. **Memória, corpo e envelhecimento**. Portal do envelhecimento, 2014. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/memorias/item/2117-mem%C3%B3ria-corpo-e-envelhecimento>. Acesso em 08.11.2018.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm**. USP, 47(1): 137-44; 2013.

HALBWACHS, M. **A Memória Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Edições Vértice, 1990.

HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Caracas, Anthropos Editorial, 2004

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

HEDLER, H.C. et al . Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Rev. katálysis**, Florianópolis, 19(1): 143-153, 2016.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200025). Acesso em: 01.03.2019.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: sinopse**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>. Acesso em 21.10.2018.

IBGE. **Evolução demográfica 1950 a 2010**. Brasília: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000403.pdf>. Acesso em 11.01.2019.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf). Acesso em: 10.10.2016.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm). Acesso em 11.07.2018.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em 22.03.2019.

JACOB FILHO W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: Duarte Y.A.O.; Diogo, M.J.D.E. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

JODELET, D. **La representación social: Fenómenos, concepto y teoría**. In: Psicología Social (MOSCOVICI, S. org.), p. 469-494, Barcelona: Paídos, 1985.

JODELET, D. **Representations sociales: un domaine en expansion**. In: Jodelet, D. (Org.) Les Representations Sociales. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. UFRJ – Faculdade de Educação. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JODELET, D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: M. Lopes, F. Mendes & A. Moreira (Coord.). **Saúde, educação e representações sociais**. Coimbra: Formasau, 2009.

JUSTO, J.S.; ROZENDO, A.S.; CORREA, M.R. O idoso como protagonista social. **A terceira idade: estudos sobre o envelhecimento**. São Paulo, 21(48): 39-53. jul. 2010.

LAVABRE, M.C. **Maurice Halbwachs y la sociología de la memoria**. En Anne Pérotin-Dumon (dir.). Historizar el pasado vivo en América Latina. Publicado en Raison Présente, 128, octubre de 1998, pp. 47-56. Disponível em: [http://etica.uahurtado.cl/historizarelpasadovivo/es\\_contenido.php](http://etica.uahurtado.cl/historizarelpasadovivo/es_contenido.php). Acesso em: 02.11.2018.

LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Avaliação de pessoas idosas: atividades de manutenção e instrumentais da vida diária. **The Gerontologist**, 9(3, Pt 1): 179-186; 1969.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs; 2003.

LEININGER, M. Teoria do cuidado cultural: uma grande contribuição para o avanço dos conhecimentos e práticas em enfermagem transcultural. **Journal of Transcultural Nursing**, 13(3):189-192; 2002.

LIMA, M.A. **A Gestão da Experiência de Envelhecer em um Programa para a Terceira Idade: a UNATI/UERJ**. Rio de Janeiro, Campinas: UnATI/UERJ, [5. n.], 1999. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000168461>. Acesso em 22.01.2019.

LIMA, P.V.; VALENÇA, T.D.C.; REIS, L.A. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento/Aging with functional dependence: building strategies for coping. **Revista de Pesquisa em Saúde**, 17(2); 2017.

LINS, I.L.; ANDRADE, L.V.R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações**. Londrina, 23(3): 436-465, Dez. 2018.

LISBOA, C.R.; CHIANCA, T.C.M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, 65(3):482-488, June, 2012.

LOUREIRO, L.S.N.; FERNANDES, M.G.M.; NÓBREGA, M.M.L.; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev Bras Enferm.** 67(2): 227-32, 2014.

LOURENÇO, T.M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 33(2):176-185. Jun, 2012.

MALDONADO, A. et al. Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. **Liberabit. Jornal de Psicologia.** 23 (1): 9-22, 2017.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, M.S.; REIS, L.A. Reconstruindo o passado: memórias e identidades de idosos longevos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, 21(2): 243-264, 2016.

MARTINS, E. Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**; 13(1): 215-236. Rio de Janeiro, 2013.

MATTOS, I.E et al. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Geriatric.**18;14:47; 2014.

MAZZA, M.M.P.; LEFÊVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Cresc Desenv Hum.** 15(1): 01-10; 2005.

MICHEL, M.H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais.** 3ª edição. Atlas, 2015.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. Ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

MIRANDOLA, A. R; BÓS, A.J.G. Relação entre capacidade funcional e capacidade de tomada de decisão em longevos. **Pajar.** 3(2): 53-59; 2015.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 20(2): 179-184, 2012.

MONTEIRO, E.A.; MAZIN, S.C.; DANTAS, R.A.S. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. **Rev Bras Enferm.** 68(3):364-70; 2015.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, 20(1): 67-73, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**. Psicologia Social. 4ª ed. Editora: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 404p.

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm**; 29(1):47-53. Porto Alegre, 2008.

NARDI, E.F.R.; SAWADA, N.O.; SANTOS, J.L.F. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 21(5): 1096-1103, 2013.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais In: MOREIRA, A.P.; JESUÍNO, J.C. **Representações Sociais – Teoria e Prática**. João Pessoa: EDUPB, 2003. p.136-56.

OLIVEIRA, A.; CALDANA, R. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude Soc.**; 21(3):675-85; 2012

OLIVEIRA, M.P. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality in patients on peritoneal dialysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 24:e2794. 2016b.

OLIVEIRA, S.G. et al. Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. **Aquichan**. 16(3): 359-369; 2016a.

OMS. **Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15.10.2016.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em 29.11.2018.

ONU. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2017 – Highlights**, New York, 2017. Disponível em:

[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf). Acesso em: 17.03.2019.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 7(1), 2000. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2000.v7n1/60-67/es/>. Acesso em: 28.01.2019.

PEDREIRA, L.C.; OLIVEIRA, M.A.S. In-home caregivers of dependent elderly: Changes in family relationships. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 65(5): 730-736, 2012.

PEIXOTO, C. Entre o Estigma e a Compaixão e os Termos Classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, M. M. L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 69-84.

PERALTA, E. Abordagens teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. **Arquivos da Memória. Antropologia, Escala e Memória**, Nº 2 (nova serie). Centro de Estudos de Etnologia Portuguesa, 2007.

PEREIRA, Livia Carvalho et al . Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 70(1):112-118; 2017.

POLLACK, M. **Memória e identidade social**. In: Estudos históricos, Rio de Janeiro, 5(10): 1992, p. 200-215.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. **Cad. Saúde Pública.**; 19(3): 793-8; 2003.

REBOUCAS, Monica et al . Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo 51(84); 2017.

REIS, L.A. et al. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma abordagem social. In: REIS, L.A. et al. **Ensaio sobre o envelhecimento**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

ROCHA, L.S.; SOUZA, E.M.S.; ROZENDO, C.A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, 15(3): 722-730, 2013.

RODRIGUES, L.S.; SOARES, G.A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, 4: 1-29, fev. 2006.

RODRIGUES, M.M.A. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm. [online]**, 16(3): 536-545. 2007.

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 37(1): 40-48, 2003.

ROSSET, I. et al. Diferenciais sócio-econômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, 45(2): 391-400, 2011

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In. SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense. 2004. p. 19-45.

SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, 15(6): 97-116, 2012.

SANTANA, E.S. et al. Percepção de idosos com dependência funcional no interior da bahia: limites do envelhecer. **Revista UNIABEU**, 10(24): 206-219; 2017.

SANTANA, M.S. et al. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. **Revista Kairós - Gerontologia**, 21(1): 337-353; 2018.

SANTOS, C. S. et al. Avaliação da confiabilidade do mini-exame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **CogitareEnfermagem**. Curitiba, 15(3): 406-412, jul./dez. 2010.

SANTOS, M.S. **Memória coletiva e teoria social**. São Paulo: Annablume, 2005.

SANTOS, R.A.A.S. et al. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. **Rev Pesq Saúde**, 17(3): 179-183, set-dez, 2016.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS** 21 (4): 290-296; 2008.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARA, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. 25(4): 585-593. Campinas, 2008.

SILVA, D.M. et al. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(e): 2183-2191, 2015.

SILVA, L. A. A. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 15(3): 481-492, 2012.

SILVA, L.R.F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? **Physis.**, 18(4) Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, L.W.S. et al. Teoria das Representações Sociais e estudos em família: um diálogo de abordagens teóricas para situar os significados coletivos. In: Silva LWS, (Org.) **Família em contexto**: multiversas abordagens e, investigação qualitativa. Salvador: Arcádia, 2012.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência Saúde Coletiva**, 7(4): 899-906, 2002.

SOBREIRA, F.M.M.; SARMENTO, W.E.; OLIVEIRA, A.M.B. Perfil Epidemiológico e sócio-demográfico de idosos frequentadores de grupo de convivência e satisfação quanto a participação no mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 15(4): 429-438, 2011.

SOUSA, C.M. et al. Representações sociais sobre o envelhecer e os direitos sociais dos idosos. O caso do programa municipal da terceira idade, Viçosa – Minas Gerais. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, 27(1): 135-156, 2016.

SOUSA, C.S.; RODRÍGUEZ-MIRANDA, F. P. Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. **Rev. Educação & Realidade**. Porto Alegre, 40(1): 33-51, jan./mar. 2015.

SOUZA, A.B.L.S.; BELEZA, M.C.M.; ANDRADE, R.F.C. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. **Revista eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, 1(5): 105-119, dez. 2012.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKSINSON, R. (editors). **Health and social organization**. London: Routledge; p.71-93; 1996.

VALENCA, Tatiane Dias Casimiro et al . Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 21(1): e20170008, 2017.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

WAGNER, A. **Desafios psicossociais da família contemporânea**: pesquisas e reflexões. Adriana Wagner e colaboradores. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WALDOW. V.L. As relações de cuidado: O cuidado com o meio que nos cerca. In **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WANDERBROOKE, A.C.N.S.; WIEDEMANN, A.M.V.; BUSSOLIN, C. Participação social e familiar de idosas vinculadas a um grupo de convivência de uma comunidade de baixa renda em Curitiba-PR. **Salud & Sociedad**, 6(3): 212-222, 2015.

WHO. **Social determinants of health: the solid facts**. 2nd edition / edited by Marmot M, Wilkinson RG. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2003.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde  
www.pmvc.ba.gov.br

01 de Agosto de 2016

CI nº 152/2016

**Para: Coordenação da Atenção à Saúde do Idoso**  
**Att, Suzana Maria Santos Pimenta**

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer referente ao projeto de pesquisa: "Qualificação dos cuidadores e aspectos relacionados à qualidade de vida dos idosos dependentes na atenção primária e terciária: Proposição, implementação e avaliação do protocolo" do pesquisador Maycon dos Santos Marinho.

A pesquisa foi deferida e a coleta de dados deverá ser efetuada após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Atenciosamente,

*Michela Macedo Lima Costa*

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

Coordenação do Polo de Educação  
Permanente em Saúde

Rua Olívia Flores, 3000, Bairro Universidade (Estrada para UESB)  
Fone: (77) 3429-3473  
CEP 45031-000 - Vitória da Conquista - Bahia  
Escola de Formação em Saúde da Família  
psaude.pmvc@hotmail.com

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO

**Pesquisador:** LUCIANA ARAUJO DOS REIS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58813116.3.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.875.418

**Apresentação do Projeto:**

Resumo elaborado pelos pesquisadores. Trata-se de um projeto de candidatura a bolsa de produtividade em pesquisa de acesso ao nível PQ-2 para o período 2017 a 2019 que tem como objeto de estudo a análise a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos, dependentes nos níveis primário (Unidade de Saúde da Família-USF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA). Esta proposta visa consolidar a linha de pesquisa de Memória, Narrativas e Envelhecimento no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (Mestrado e Doutorado, conceito 5 CAPES). Além disto, visa contribuir para consolidação da sublinha de pesquisa em Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional no Grupo de Pesquisa - Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento Humano, contribuir no ensino de Graduação e Pós-Graduação em Fisioterapia, demais graduações em Saúde, e Memória: Linguagem e Sociedade da UESB, nucleação de novos grupos de pesquisa em outras instituições de ensino superior (IES), inserção e parcerias com IES nacional e internacionais, ao mesmo tempo, ampliar a formação de recursos humanos em saúde nos níveis de Graduação (Iniciação científica) e Pós-Graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado em Memória, Linguagem e Sociedade) e qualificar as publicações em periódicos (Qualis Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia e

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.875.418

Terapia Ocupacional – A1 a B2), capítulos de livro e eventos científicos nacional e internacional, além de captação e gerenciamento de recursos (capital e custelo), orientação e captação de bolsas (Iniciação científica, mestrado, doutorado e pós-doutorado) nos órgãos de fomento em pesquisa (CAPES, FINEP, CNPq, FAPESB e UESB). O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem diversas alterações fisiológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas. Essas alterações vão declinando o funcionamento do organismo, tornando-o mais susceptível a agressões. Em função dessas perdas, o indivíduo idoso terá limitações funcionais, conduzindo-o assim à dependência de cuidados prestados por outras pessoas para a realização das atividades da vida diária, que em muitos casos não possui a qualificação necessária para o cuidado ao idoso dependente. A necessidade da implementação de um protocolo de qualificação dos cuidadores de vida dos idosos dependentes, visa proporcionar uma melhor qualidade de vida destes idosos e de seus cuidadores. Diante do exposto, temos como hipótese alternativa que existe relação entre a qualificação dos cuidadores e a qualidade de vida dos idosos dependentes. Trata-se de um estudo analítico a ser desenvolvido em três etapas: 1) Diagnóstico (2015-2016); 2) Desenvolvimento, validação de conteúdo e clínica do protocolo (2017-2018); 3) Implementação e avaliação (2018-2019). Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB. Os resultados serão analisados no programa SPSS 23.0 por meio de estatística descritiva e inferencial. Os resultados deste estudo poderão proporcionar a implementação de um protocolo de qualificação dos cuidadores de idosos dependentes, para daí então propor políticas públicas de qualificação dos cuidadores de idosos, assim, tentando melhorar a qualidade de vida dos idosos dependentes e seus cuidadores, possibilitará uma ampliação da produção científica e conseqüentemente renovação dos conhecimentos nesta área. Além disso, poderá possibilitar uma reorganização e replanejamento da assistência integral, humanizada e resolutiva ao idoso com dependência funcional e seus cuidadores.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

•Analisar a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes nos níveis primário (Unidade de Saúde da Família-USF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA).

**Objetivos Secundários:**

•Caracterizar os cuidadores de idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS; •Caracterizar os idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS e aspectos clínicos; •Identificar os

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.875.418

aspectos relevantes da literatura científica contemplados em protocolo para assistência a Idosos com dependência funcional; •Caracterizar a qualidade de vida mensurada pelo SF-36 dos cuidadores e dos idosos dependentes; •Verificar a existência de associação entre os aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS dos cuidadores na qualidade de vida dos Idosos dependentes; •Desenvolver um protocolo direcionado ao cuidado ao Idoso com dependência funcional;•Verificar a validade do constructo junto a especialistas; •Investigar a validade clínica do protocolo proposto em Idosos com dependência funcional; •Implementar o protocolo validado pelos especialistas na atenção básica e alta complexidade; •Avaliar o protocolo nos serviços de saúde na atenção básica e alta complexidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores referem em relação aos riscos que "Por se tratar de um estudo de intervenção com no qual haverá contato permanente com os participantes do estudo, os Idosos e cuidadores podem se sentir constrangidos com a realização de alguma atividade ou questionamento, neste caso será dado a opção ao Idoso ou cuidador de não responder a questão e não realizar a atividade".

Quanto aos benefícios do estudo os pesquisadores referem que "... diz respeito a elaboração de um protocolo de cuidado ao Idoso permanente que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos Idosos dependentes e seus cuidadores".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e seus resultados podem trazer benefícios para os participantes envolvidos na pesquisa e seus cuidadores.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores apresentam todos os documentos necessários para submissão do projeto de pesquisa ao CEP-UESB.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há nenhuma pendência, portanto, somos de parecer favorável à aprovação do projeto pelo CEP-UESB.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião do dia 31/10/2016 a plenária aprovou o parecer do relator.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 1.875.418

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767898.pdf	15/08/2016 22:25:46		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/08/2016 22:25:18	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	comprometimentomaykon.pdf	05/08/2016 19:38:23	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	comprometimentoLuciana.pdf	05/08/2016 19:37:19	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	lucianadeclaracao.pdf	05/08/2016 19:36:29	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Outros	declaracaodeencaminhamento.pdf	05/08/2016 19:35:20	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoHGVC.pdf	05/08/2016 19:33:37	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/08/2016 18:32:12	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Outros	Declaracaopolo.pdf	02/08/2016 23:01:03	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Outros	Instrumento.pdf	01/08/2016 20:50:09	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	01/08/2016 20:48:05	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 20 de Dezembro de 2016

Assinado por:  
**Ana Angélica Leal Barbosa**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
 Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510  
 UF: BA Município: JEQUIE  
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

## ANEXO C – ÍNDICE DE KATZ

## Índice de Katz

Ficha de avaliação: para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

Área de funcionamento	Independente/Dependente
<b>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</b>	
( ) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
( ) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(II)
( ) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(III)
<b>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários) e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</b>	
( ) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda	(I)
( ) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(II)
( ) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(III)
<b>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e amarração das roupas)</b>	
( ) vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajelta as roupas sem ajuda ( pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	(I)
( ) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajelta as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite	(II)
( ) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(III)
<b>Transferência</b>	
( ) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
( ) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(II)
( ) não sai da cama	(III)
<b>Continência</b>	
( ) controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
( ) tem "acidentes" ocasionais	(II)
( ) necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(III)
<b>Alimentação</b>	
( ) alimenta-se sem ajuda	(I)
( ) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(II)
( ) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fúndos intravenosos	(III)

Índice de Katz (KATZ et al., 1963). Adaptação para a cultura brasileira (LINO et al., 2008)

0: Independente em todas as seis funções; 1: Independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: Independente em quatro funções e dependente em duas; 3: Independente em três funções e dependente em três; 4: Independente em duas funções e dependente em quatro; 5: Independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

## ANEXO D – ESCALA DE LAWTON E BRODY

## Escala de Lawton e Brody

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sr./Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia a dia.
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com auxílio ou não realiza de forma alguma.

<p>a) Em relação ao telefone:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Recebe e faz ligações sem assistência</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>Não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone</p>
<p>b) Em relação as viagens:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Realiza viagens sozinho</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Somente viaja quando tem companhia</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>Não tem hábito ou é incapaz de viajar</p>
<p>c) Em relação a realização de compras:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Realiza compras, quando é fornecido o transporte</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Somente faz compras quando tem companhia</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras</p>
<p>d) Em relação ao preparo das refeições:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Planeja e cozinha as refeições completas</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições</p>
<p>e) Em relação ao trabalho doméstico:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Realiza tarefas pesadas</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos</p>
<p>f) Em relação ao uso de medicamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Faz uso de medicamentos sem assistência</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Necessita de lembretes ou assistência</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos</p>
<p>g) Em relação ao manuseio do dinheiro:</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup>Preenche cheque e paga contas sem auxílio</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup>Necessita de assistência para uso de cheques e contas</p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup>Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...</p>

Escala de Lawton e Brody (LAWTON; BRODY,1969). Adaptação para a cultura brasileira (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008)

## Classificação:

Dependência total = 7

Dependência parcial >7 < 21

Independência= 21

## ANEXO E – MINE EXAME DO ESTADO MENTAL

### MEEM

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)** (Normas sugeridas para o uso do MEEM segundo o Caderno de Atenção Básica nº 19: *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*, do Ministério da Saúde, 2007)

**Objetivo:** é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.

**Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos.** As notas de corte sugeridas são:

Analfabetos = 19.  
 1 a 3 anos de escolaridade = 23.  
 4 a 7 anos de escolaridade = 24.  
 > 7 anos de escolaridade = 28.

**Providências com os achados/resultados:** escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	

4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0 - 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	EM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0 - 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado (a) Senhor (a), sou Luciana Araújo dos Reis estou realizando o estudo sobre **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO.**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

A Pesquisa tem por objetivo geral: analisar a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes nos níveis primário (Estratégia de Saúde da Família-ESF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA). Específicos: Caracterizar os cuidadores de idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS; Caracterizar os idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS e aspectos clínicos; Identificar os aspectos relevantes da literatura científica contemplados em protocolo para assistência a idosos com dependência funcional; Caracterizar a qualidade de vida mensurada pelo SF-36 dos cuidadores e dos idosos dependentes; Verificar a existência de associação entre os aspectos sociodemográficos e de saúde, da assistência à saúde/SUS dos cuidadores na qualidade de vida dos idosos dependentes; Desenvolver um protocolo direcionado ao cuidado ao idoso com dependência funcional; Verificar a validade do constructo junto a especialistas; Investigar a validade clínica do protocolo proposto em idosos com dependência funcional; Implementar o protocolo validado pelos especialistas na atenção básica e alta complexidade; Avaliar o protocolo nos serviços de saúde na atenção básica e alta complexidade.

**RISCOS:** Por se tratar de um estudo de intervenção com no qual haverá contato permanente com os participantes do estudo, os idosos e cuidadores podem se sentir constrangidos com a realização de alguma atividade ou questionamento, neste caso será dado a opção ao idoso ou cuidador de não responder a questão e não realizar a atividade.

**BENEFÍCIOS:** O benefício do presente estudo diz respeito a elaboração de um protocolo de cuidado ao idoso permanente que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos idosos dependentes e seus cuidadores.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu

\_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO**, e fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora **Luciana Araújo dos Reis** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo no qual será analisado a implementação do protocolo de qualificação dos cuidadores e os aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes nos níveis primário (Estratégia de Saúde da Família-ESF) e terciário (Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA).

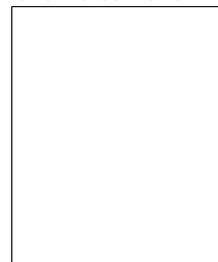
Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista e da participação na prática do treino sensório-motor no período de 6 meses. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora. Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em congresso, em revista científica especializada e livro. Por este meio, AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu,

\_\_\_\_\_ abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso

retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).



**Impressão Datiloscópica**

---

Assinatura do Participante

---

Luciana Araújo dos Reis  
TEL 73 -9142-7894  
E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

**ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS  
PESQUISADORES:** Faculdade  
Independente do Nordeste –  
FAINOR.  
Av. Luis Eduardo Magalhães, 1035 -  
Candeias - Vitória da Conquista - BA  
CEP: 45000 - 000  
**Telefone:** (77) 3161 - 1000

**APÊNDICE B – ENTREVISTA PARA IDOSOS**

- 1) O que o senhor entende por cuidado?
  
- 2) Para o sr (a) o que significa depender de outras pessoas nas suas atividades do dia a dia?
  
- 3) Como o senhor(a) se sente recebendo os cuidados do cuidador familiar? A família cuida bem?
  
- 4) Como era sua saúde física antes de precisar de cuidados? E como ficou após o cuidado?
  
- 5) Como era sua saúde emocional antes de precisar do cuidado? E com ficou após o cuidado?
  
- 6) Como era sua vida social antes de precisar do cuidado? E como ficou após o cuidado?

**APÊNDICE C – ENTREVISTA PARA CUIDADORES FAMILIARES**

- 1) O que você entende por cuidados com o idoso?
  
- 2) Conte um pouco como é a sua rotina no cuidado ao idoso?
  
- 3) Como o sr(a) enxerga o idoso com a dependência funcional?
  
- 4) Como era sua saúde física antes de cuidar do idoso? E como ficou após o cuidado?
  
- 5) Como era sua saúde emocional antes do cuidado ao idoso? E com ficou após o cuidado?
  
- 6) Como era sua vida social antes do cuidado ao idoso? E como ficou após o cuidado?

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE REFERENTES AO IDOSO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO ENTREVISTADO \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

#### A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. GÊNERO: M ( ) F ( )

2. IDADE: \_\_\_\_\_

3. ESTADO CIVIL: ( ) separado ( ) união estável ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Não sabe/não respondeu

4. FILHOS: ( ) Não ( ) Sim. Quantos \_\_\_\_\_

5. ESCOLARIDADE: Anos de estudo: \_\_\_\_\_

6. PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

7. TIPO DE RENDA: Valor individual: \_\_\_\_\_ Valor Familiar: \_\_\_\_\_

Fonte: ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Aposentadoria e pensão ( ) Outros especifique

8. RELIGIÃO: ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Espírita ( ) Outra: \_\_\_\_\_

9. TIPO DE PARENTESCO COM A PESSOA IDOSA CUIDADA:

\_\_\_\_\_

10. TEMPO DE CUIDADO A PESSOA IDOSA: \_\_\_\_\_

11. APOIO DE OUTRAS PESSOAS PARA O CUIDADO ( ) Não ( ) Sim. Quem:

12. PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO E AS RELAÇÕES DE PARENTESCO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. CONDIÇÕES DE SAÚDE**

**1. Possui alguma doença, problema de saúde?** ( ) Não ( ) Sim

Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**2. Presença de seqüelas?** ( ) Não Sim ( )

Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Faz tratamento?** ( ) Não ( ) Sim

Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Faz uso de medicação controlada?** ( ) Não ( ) Sim

Com prescrição médica? ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Síntese das respostas

IDOSOS

2 Para o sr (a) o que significa depender de outras pessoas nas suas atividades do dia a dia?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
ID01	Ah é horrível depender. Eu não gosto depender de ninguém, gosto de depender de mim mesmo.	RUIM	A
ID03	É ruim, por que eu queria era fazer tudo so. Mas minha imã e meus sobrinho me ajuda ne tudo que eu preciso.	RUIM	A
ID06	Ó minha fia, eu não sei nem o que dizer...A gente fica aí do jeito que eu ando...A gente sofre...Depende dos outros. A gente fica aí sem poder fazer as coisas, a gente que fazia de	RUIM	A
ID08	É uma coisa muito ruim. Porque para depender dos outros para tudo é ruim.	RUIM	A

### Síntese das respostas

#### IDOSOS

##### 6 Como o senhor(a) se sente recebendo os cuidados do cuidador familiar?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
ID01	Eu sinto bem. A família cuida bem sim, dá tudo o que eu preciso. Sinto bem, mas era melhor se eu dependesse so de mim mesmo.	SENTE BEM E QUERIA MUDANÇA	A
ID03	Eu sinto bem ne, mas eu não gosto de ta toda hora dando trabalho não. Eles cuida bem, mas eu queria ter força e saúde pra levantar e ir fazer minhas coisas so.	SENTE BEM E QUERIA MUDANÇA	A
ID17	A família cuida bem, eu não tenho do que reclamar por que eles faz tudo aqui. Eu sinto as vezes meio triste né? Por que eu queria mesmo era fazer tudo sozinha.	SENTE BEM E QUERIA MUDANÇA	A
ID18	Ah. Eu sinto bem. Gosto. Mas eu gostaria de não precisar, de eu mesma fazer. Eu morava sozinha, cuidava de minhas coisas. Hoje tudo é diferente né. Preciso da ajuda pra quase	SENTE BEM E QUERIA MUDANÇA	A

Síntese das respostas

CUIDADORES FAMILIARES

1 O que o senhor(a) entende por cuidado ao idoso?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
CF01	Não é deixar que o idoso não faça nada, muito pelo contrário...nós temos que estimular as atividades do idoso. Mas é prevenir certos riscos com o idoso. Como por exemplo:	Cuidado como estímulo a independência	A
CF15	Eu vou fazer 65 anos, mas desde meus 30 e poucos, eu fiz o curso de cuidadora, e como sempre cuidei de pessoas isso me ajudou muito pra cuidar dela aqui. Então cuidado com idosos é	Cuidado como estímulo a independência	A
CF20	Cuidador é você dar assistência. Quando precisa você tá ali... levar no médico, comprar um remédio...é isso. Quando elas precisam mesmo é só pedir que a gente tá aqui junto.	Cuidado como estímulo a independência	A
CF02	Cuidado é tipo tratar a pessoa com carinho, ajudar ela. É zelar para ela ter tudo o que precisa. Por que ela depende de nós né, então temos que ajudar.	Cuidado que reforça a dependência	B

Síntese das respostas

CUIDADORES FAMILIARES

2 Conte um pouco como é a sua rotina no cuidado ao idoso?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
CF01	Então na minha rotina cuidando..Os cuidados que eu tenho mais com a minha mãe são os cuidados financeiros. Eu ajudo ela em tudo dentro de casa, por que algumas ela consegue	Estimula a independência	A
CF03	É...eu faço as coisas de casa tudo por que ela não aguenta, mas a parte de higiene dela, de vestir, de ir no banheiro, eu só ajudo, e mesmo assim quando ela pede. E os remédios ela	Estimula a independência	A
CF04	Para ser sincera, eu saio de manhã e vou trabalhar. Ela que fica com meu filho. De tarde eu tô em casa. Aí eu fico com ele e ela. Mas assim, ela lúcida né, graças a Deus. Mesmo na	Estimula a independência	A
CF05	Acordo de manhã, ajudo no banho por que ele toma só, os remédios ele tb sabe qual que ele necessita. Mas faço a comida, compro as coisas que ele precisa, levo pra fazer	Estimula a independência	A

Síntese das respostas

CUIDADORES FAMILIARES

3 Como o sr(a) enxerga o idoso com a dependência funcional?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
CF01	O idoso não é um ser excluído da sociedade nem da família. Ele faz parte da família, ele simplesmente é um ser humano mais velho, mais maduro. E eu penso que ele necessita de	Ser social	A
CF05	As pessoas deveriam ter um pouco mais de sensibilidade a respeito do idoso né, por que ele é um ser humano também... Acho que nem todos tem essa sensibilidade que a gente tem.	Ser social	A
CF15	Oh minha filha, eu penso que os idosos de hoje, nem todos, mas a maioria tá sendo muito maltratado pela própria família. Porque eu já vi casos, de família ter condições e pegar e jogar	Ser social	A
CF18	Mesmo ela precisando de mim, eu acho que ela não é um ser excluído da sociedade nem da família. Ela faz parte da família, ela so é uma pessoa mais velha que precisa de nós. Tem	Ser social	A

DISCsoft® 2.0

---

**Lista de categorias**

---

**IDOSOS****1 - O que o senhor entende por cuidado ao idoso?**

- 
- A** Cuidado nas ABVD
- B** Cuidado como Atenção
- 

**TOTAL 2**

DISCsoft® 2.0

---

**Lista de categorias**

---

**IDOSOS****2 - Para o sr (a) o que significa depender de outras pessoas nas suas atividades do dia a dia?**

- 
- A** QUER INDEPENDÊNCIA  
**B** REAFIRMA A DEPENDÊNCIA
- 

**TOTAL 2**

DISCsoft® 2.0

---

**Lista de categorias**

---

**IDOSOS****6 - Como o senhor(a) se sente recebendo os cuidados do cuidador familiar?**

---

- A** DESEJO DE SER INDEPENDENTE FUNCIONAL
  - B** O CUIDADO RECEBIDO É UMA FORMA DE RETRIBUIÇÃO
  - C** ACEITA O CUIDADO E SE CONFORMA
- 

**TOTAL 3**

---

**Lista de categorias**

---

**CUIDADORES FAMILIARES**

1 - O que o senhor(a) entende por cuidado ao idoso?

---

A Cuidado como estímulo a independência

B Cuidado que reforça a dependência

C Cuidado como forma de atenção

---

TOTAL 3

DSCool 2.0

---

**Lista de categorias**

---

**CUIDADORES FAMILIARES****2 -** Conte um pouco como é a sua rotina no cuidado ao idoso?**A** Práticas do cuidar que estimulam a independência**B** Práticas do cuidar que reforçam a dependência

---

**TOTAL 2**

---

**Lista de categorias**

---

**CUIDADORES FAMILIARES**

3 - Como o sr(a) enxerga o idoso com a dependência funcional?

---

- A Idoso dependente é um ser social
  - B Visão negativa do idoso dependente
  - C Idoso dependente precisa de políticas publicas específicas
  - D Visão positiva do idoso dependente
- 

TOTAL 4