

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

ELAINE DOS SANTOS SANTANA

**EXPERIÊNCIAS DO CUIDAR NO BRASIL E EM PORTUGAL:
MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES DE
IDOSOS**

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
FEVEREIRO DE 2020

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

ELAINE DOS SANTOS SANTANA

**EXPERIÊNCIAS DO CUIDAR NO BRASIL E EM PORTUGAL:
MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES
DE IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade como requisito parcial para obtenção do título de Doutora. Linha de pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
FEVEREIRO DE 2020

Santana, Elaine dos Santos.

S223e

Experiências do cuidar no Brasil e em Portugal: memória e representações sociais de cuidadores de idosos. / Elaine dos Santos Santana - Vitória da Conquista, 2020.
227f.

Orientadora: Luciana Araújo dos Reis.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), Vitória da Conquista, 2020.

Inclui referências: f. 193 - 215.

1. Envelhecimento. 2. Cuidadores de idosos - Memória e representações sociais. 3. Cuidado e violência. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: linguagem e sociedade. III. T.

CDD 613.0438

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

UESB – Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Care experiences in Brazil and Portugal: memory and social representations of elderly caregivers.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

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

Data da Defesa: 17 de fevereiro de 2020.

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

ELAINE DOS SANTOS SANTANA

**EXPERIÊNCIAS DO CUIDAR NO BRASIL E EM PORTUGAL:
MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES
DE IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade como requisito parcial para obtenção do título de Doutora. Linha de pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Data da aprovação: 17 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)

Instituição: UESB

Ass.:



Prof. Dr. Claudio Eduardo Félix dos Santos

Instituição: UESB

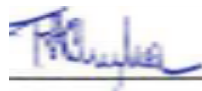
Ass.:



Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha

Instituição: UESB

Ass.:



Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior

Instituição: UFBA/Vitória da Conquista

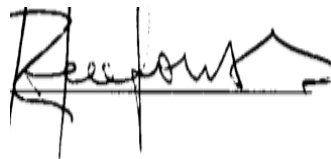
Ass.:



Profa. Dra. Raquel Souza

Instituição: UFBA/Vitória da Conquista

Ass.:



Em memória dos amados amigos Tito
Lívio Ribeiro e Telma Samussone.
Incentivadores desta conquista e grandes
exemplos de determinação e coragem.

AGRADECIMENTOS

A gratidão nos permite reconhecer a importância do outro no caminho até se alcançar a meta pretendida. Sou muito grata por todos que estiveram presentes ao longo desta jornada, e foram apoiadores, mestres, exemplos e incentivadores deste projeto de aprendizagem e crescimento.

Por acreditar que todo sonho e cada passo só é possível pela graça Daquele que não deixa de ser Amor, louvo a Deus pelas bênçãos concedidas que foram meu sustento e amparo para chegar até aqui.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Luciana, pela atenção e cuidado com que sempre conduziu as orientações, e principalmente, pelo exemplo de profissional, de ser humano ético e de mulher determinada e destemida que representa para mim. Obrigada por me ensinar tanto nestes anos.

Agradeço aos membros da banca. À Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha e o Prof. Dr. Cláudio Félix, que desde a qualificação acompanham o meu trabalho e cuidadosamente contribuem para o seu enriquecimento. E à Profa. Dra. Raquel Souza e o Prof. Dr. José Patrício por aceitarem compor a banca e por suas contribuições tão importantes.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, de maneira especial, às coordenadoras Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva e Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães, por toda atenção ao longo destes anos.

À Profa. Dra. Felismina Mendes, pela oportunidade concedida ao aceitar ser minha orientadora no estágio doutoral na Universidade de Évora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro prestado possibilitando o desenvolvimento desta pesquisa, e pela bolsa de doutorado sanduíche concedida permitindo a experiência e o enriquecimento do trabalho.

Às funcionárias do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pela solicitude e amabilidade em nos auxiliar diariamente.

À minha família, razão de cada conquista e a base de tudo o que sou. Meus pais, Ednilson e Soli, meus irmãos, Clarice e Caio, Tia Aline e Lara, obrigada por cada palavra de ânimo e por tanto amor.

Aos queridos colegas do grupo de pesquisa, Renato, Alê, Maykon e Polly, companheiros na jornada e amigos para vida.

Aos meus amigos da vida inteira, que estiveram novamente comigo, e que souberam compreender muitas ausências, sempre dedicando uma palavra de carinho e ânimo.

Aos meus companheiros de aventura em terras lusitanas. Bau, por desde sempre acreditar e incentivar meus sonhos, José Raul, pela generosidade da acolhida, Tatiana pela amizade tão querida e Nuno por todo apoio e incentivo.

Aos membros da ECCI Évora e funcionários da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus por me receberem de maneira simpática e atenciosa, acolhendo a mim e a minha pesquisa com tanto cuidado.

A todos os cuidadores e idosos que generosamente abriram as portas de seus lares e compartilharam de suas experiências com paciência e carinho.

A todos que de alguma forma contribuíram para que finalmente pudesse estar concluindo mais esta etapa. Muito obrigada!

RESUMO

Considerando o elevado número de idosos incorporados anualmente a população mundial, torna-se cada vez mais urgente discutir as circunstâncias que envolvem esta nova realidade. Diante das necessidades impostas pela dependência funcional, a família comumente torna-se a responsável por prestar assistência ao seu familiar idoso e para cumprir esta função da melhor forma, reorganiza-se em novos arranjos familiares, compostos por diversas gerações. Apesar de constituir uma alternativa positiva na garantia da assistência, a rotina de cuidados, as possíveis dificuldades e a própria convivência intergeracional podem constituir riscos importantes para a ocorrência de conflitos e situações de violência contra a pessoa idosa. Nessa perspectiva, esta tese tem como objetivos: Analisar as experiências de cuidadores de idosos do Brasil e de Portugal sobre o cuidado e o risco para violência contra a pessoa idosa. Trata-se de um trabalho fundamentado na Teoria das Representações Sociais e na Teoria da Memória Coletiva, baseada na Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. O estudo foi realizado com cuidadores informais de idosos cadastrados em dois programas de assistência domiciliar em um município do interior da Bahia e em uma cidade da região do Alentejo em Portugal. Foram entrevistados 21 cuidadores informais de idosos no Brasil e 11 cuidadores informais de idosos em Portugal. Para coleta dos dados foram utilizados um questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde e a entrevista aberta com questões norteadoras sobre a temática do cuidado e da violência contra a pessoa idosa. Os dados obtidos foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, com o auxílio do software QRS NVivo® Versão 11. Os resultados encontrados foram divididos em dois eixos temáticos: cuidado e violência, e apresentam as representações sociais dos cuidadores acerca deste binômio. As representações evidenciadas pelos cuidadores sobre o cuidado revelam os sentidos atribuídos ao cuidado pautados em suas memórias e experiências, apontam as motivações para o cuidar que estiveram associadas às relações familiares e novamente à influência cultural e histórica compartilhada ao longo da história, que direciona o cuidado ao ambiente doméstico. Destacam-se ainda as dificuldades encontradas na realização do cuidado, enquanto sobrecarga de trabalho, falhas na rede de suporte ou mesmo, a própria resistência do idoso. Já no que se refere ao eixo violência, os cuidadores apresentam as representações sociais construídas em torno do fenômeno da violência contra a pessoa idosa como um fenômeno amplo e multivariado, e identificam elementos considerados como as principais motivações para a sua ocorrência, sejam eles relacionados às relações e as memórias destas, como também as condições inadequadas para o cuidado como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho. Investigações desta natureza representam um importante recurso para o enfrentamento desta problemática tão consistente que é a violência contra a pessoa idosa. Neste estudo os participantes revelaram suas experiências no desenvolvimento do cuidado e compartilharam inclusive as dificuldades encontradas no desempenho desta função, e apesar de identificarem alguns elementos como motivações para a ocorrência da violência contra a pessoa idosa, ainda há um distanciamento de tais fatores quando de referem a sua realidade propriamente dita, o que vem a confirmar como explorar os conteúdos e obter informações que permeiam o ambiente doméstico no eixo cuidado-violência constitui um desafio importante, dado o silenciamento que predomina este campo. Contudo, é fundamental que esta realidade seja desvelada, principalmente considerando suas subjetividades, para que sejam traçadas alternativas viáveis e eficientes de garantia do bem-estar, qualidade de vida e direitos da pessoa idosa e seus cuidadores.

Palavras-chave: Envelhecimento; Memória; Representações Sociais; Cuidado; violência.

ABSTRACT

Considering the high number of elderly people incorporated annually into the population worldwide, it is becoming increasingly urgent to discuss the circumstances surrounding this new reality. In view of the needs imposed by functional dependency, the family usually becomes responsible for providing assistance to their elderly relative and for fulfilling this function in the best way, it reorganizes itself in new family arrangements, made up of several generations. Despite being a positive alternative in the guarantee of care and its routine, possible difficulties and the very intergenerational coexistence can constitute important risks for the occurrence of conflicts and situations of violence against the elderly. In this perspective, this thesis has the following objectives: To analyze the experiences of elderly caregivers in Brazil and Portugal on care and risk of violence against the elderly. It is a work based on the Theory of Social Representations and the Theory of Collective Memory, based on the Thematic Content Analysis proposed by Bardin. The study was carried out with informal caregivers of elderly people registered in two health home care in a municipality in the interior of Bahia and in a city in the region of Alentejo in Portugal. 21 informal elderly caregivers were interviewed in the Brazil and 11 informal elderly caregivers in Portugal. For data collection were utilized both a sociodemographic data and health conditions questionnaire and an open interview with guiding questions on the theme of care and violence against the elderly person. The data obtained was analyzed using the Content Analysis technique proposed by Bardin, with the help of QRS NVivo® Version 11 software. The results were divided into two thematic axes: care and violence, and present the social representations of caregivers about this binomial. The representations evidenced by caregivers about care reveal the meanings attributed to care based on their memories and experiences, point out the motivations for care that were associated with family relationships and again with cultural and historical influence shared throughout history, which directs the care for the home environment. Also noteworthy are the difficulties encountered in care, while work overload, failures in the support network or even the elderly's own resistance. With regard to the violence axis, the caregivers present the social representations built around the phenomenon of violence against the elderly as a broad and multivariate phenomenon, and identify elements considered as the main motivations for its occurrence, being them related to relationships and their memories, as well as inadequate conditions for care, such as work overload. Investigations of this nature represent an important resource to face this consistent problem that is violence against the elderly. In this study, participants revealed their experiences in the development of care and even shared the difficulties encountered in performing this function, and despite identifying some elements such as motivations for the occurrence of violence against the elderly, there is still a distance from such factors when referring to their reality, which confirms how to explore the contents and obtain information that surround the domestic environment in the care-violence axis constitutes an important challenge, given the silencing that dominates this field. However, it is fundamental that this reality is unveiled, mainly considering its subjectivities, so that viable and efficient alternatives for guaranteeing the well-being, quality of life and rights of the elderly and their caregivers.

Keywords: Aging; Memory; Social Representations; care; violence.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1. Caracterização e perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares dos idosos brasileiros e portugueses. Vitória da Conquista/BA, 2019

QUADRO 2. Eixos Temáticos, Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo da Pesquisa. Vitória da Conquista/BA, 2019

FIGURA 1: Seleção dos participantes. Cuidadores de idosos cadastrados no PAMDIL em Vitória da Conquista, 2017.

FIGURA 2: Seleção dos participantes. Cuidadores de idosos atendidos pela ECCI em Évora, 2018/2019.

FIGURA 3: Tela inicial do Nvivo

FIGURA 4: Tela do banco de dados

FIGURA 5: Tela de nós

FIGURA 6: Tela frequência das palavras

FIGURA 7: Tela da nuvem de palavras do Software NVivo

FIGURA 8. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Representações Sociais de cuidadores portugueses sobre o cuidado. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 9. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Representações Sociais de cuidadores brasileiros sobre o cuidado Via QSR NVivo ®.

FIGURA 10. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Motivações para o cuidado apontados por cuidadores portugueses. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 11. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Motivações para o cuidado apontados por cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo.

FIGURA 12. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Dificuldades para o cuidar apontadas por cuidadores portugueses. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 13. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Dificuldades para o cuidar apontadas por cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 14: Distribuição percentual dos pacientes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização das AVBD, Portugal continente, 2018.

FIGURA 15. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Representações Sociais sobre violência de cuidadores portugueses. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 16. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Representações Sociais sobre violência de cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 17: Modelo ecológico para compreender a violência.

FIGURA 18. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Fatores de risco para a violência apontados por cuidadores portugueses. Via QSR NVivo ®.

FIGURA 19. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Fatores de risco para a violência apontados por cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo ®.

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ACES Agrupamentos de Centros de Saúde

APAV Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CAP Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CS Centros de Saúde

DATAPREV Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ECCI Equipa de Cuidados na Comunidade Integrados

ECPCI Escala de Frequência de Conflitos Percebidos entre o Cuidador e o Idoso

ECS Extensões dos Centros de Saúde

ERPI Estrutura Residencial para Idosos

ESF Estratégia Saúde da Família

EU União Européia

IAP Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários

IAPETEC Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores e Empregados em Cargas

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INE Instituto Nacional de Estatística

IPASE Instituto de Previdência e Aposentadoria dos Servidores do Estado

MCSP Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OMS Organização Mundial de Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAMDIL Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação

PID Programa de Internação Domiciliar

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS Plano Nacional de Saúde

PNSI Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF Programa de Saúde da Família

RNCCI Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD Serviço de Apoio Domiciliário

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINPAS Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS Serviços Médico-Sociais

SNS Sistema Nacional de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS Teoria das Representações Sociais

UCC Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS Unidades locais de saúde

URAP Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF Unidades de Saúde Familiar

USP Unidades de Saúde Pública

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. OBJETIVOS	18
2. POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENVELHECIMENTO – MODELO PORTUGUÊS E BRASILEIRO	20
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO BRASIL	20
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS EM PORTUGAL	27
3 CUIDADORES DE IDOSOS DO BRASIL E PORTUGAL: CUIDADO E VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	40
3.1 FAMÍLIA E CUIDADO - MODELO PORTUGUÊS E BRASILEIRO	40
3.2 VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO FAMILIAR: COMPREENSÃO E CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO	64
4. MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO	74
4.1 TEORIA DA MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL	74
4.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	78
4.3 MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ENTRELACANDO AS TEORIAS	81
5. METODOLOGIA	85
5.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	85
5.2. CENÁRIO DO ESTUDO	86
5.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	87
5.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	91
5.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	92
5.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	93
5.7. QUESTÕES ÉTICAS	97
6. MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES DE IDOSOS	98
EIXO CUIDADO	99
6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDAR	99
6.2 MOTIVAÇÕES PARA O CUIDAR	108
6.3 DIFICULDADES PARA O CUIDAR	128
EIXO VIOLÊNCIA	149
6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA	149

6.2 MOTIVAÇÕES PARA A VIOLÊNCIA	163
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	186
REFERÊNCIAS	189
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO	212
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CUIDADORES	214
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	215
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS BRASIL	218
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS PORTUGAL	219
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB	220
ANEXO D- PARECER COMISSÃO DE ÉTICA UÉ	223

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade altamente discutida nos tempos atuais. Inúmeras pesquisas vêm assinalando este processo em todo o mundo, ainda que respeitando as particularidades e variações de cada realidade (LOPES, 2013; MIRANDA et al., 2016; COELHO, 2017).

De acordo com Coelho (2017) e Camarano (2016), o envelhecimento demográfico pode ser observado mundialmente e deriva dos processos de transição demográfica, epidemiológica e sanitária. Esta nova realidade em curso torna-se cada vez mais evidente como as pessoas têm alcançado idades avançadas, vindo a constituir um número expressivo da população mundial.

Segundo Yunes (1971) o processo de industrialização e urbanização, bem como o crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho e do seu nível de instrução são algumas das possíveis explicações para a ocorrência da queda da taxa de natalidade. Para o autor, no século XVII a Europa apresentou os primeiros sinais do que seria uma primeira transição demográfica justificada pela revolução industrial que foi sendo acompanhada por outros países à medida que o modelo ia se propagando.

Para Prata (1992) a maneira como a sociedade organiza os modelos de produção econômica e de reprodução se relacionam e influenciam na estrutura econômica e demográfica da população. De maneira geral, a transição de um modelo rural-agrícola para um industrial-urbano pode fazer com que as sociedades atravessem três fases: a primeira fase de elevadas taxas de natalidade e de mortalidade resultam em um crescimento lento da população; a segunda fase marcada pela queda da mortalidade, enquanto a natalidade permanece elevada e assim a população cresce de forma acelerada; e pôr fim a terceira fase em que mortalidade e natalidade chegam a um nível mais baixo e o crescimento populacional torna-se lento novamente (YUNES, 1971).

Em Portugal até o início do século XX o padrão demográfico era caracterizado por taxas elevadas de mortalidade e fecundidade, com uma população essencialmente composta por muitas crianças e jovens e poucos idosos. Entretanto, com as melhorias nas condições de saúde, nos tratamentos e nos próprios comportamentos sociais observou-se uma mudança nos padrões que vieram a reduzir os níveis de mortalidade desta população (COELHO, 2017). Atualmente o país ocupa a oitava colocação no ranking de países com a população mais envelhecida em todo o mundo, e esta posição lhe foi concedida seguindo os critérios de

classificação e proporção em relação ao número de jovens e idosos na sociedade (LOPES; LEMOS, 2012).

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicam que a população com 65 anos ou mais representa um peso de 18%, enquanto a proporção de idosos acima dos 80 anos aparece com 5%, em crescimento, já que no ano de 2000 correspondia a 340 mil e em 2010 saltou para 484 mil idosos. De forma geral, as projeções apontam que até 2060 o peso desta população no país será de 32,3% (LOPES; LEMOS, 2012; CARNEIRO et al., 2012). Assim, o novo cenário demográfico da população portuguesa, cada vez mais grisalha, está relacionado com a fração de idosos e jovens que compõe a mesma. A proporção estabelecida entre o número de pessoas das duas faixas etárias traduz o índice de envelhecimento. Em 1990 o índice de envelhecimento de Portugal era de 65,7% e em 2017 alcançou 153,2%, demonstrando como o envelhecimento da população é expressivo (PORDATA, 2018; CARNEIRO et al., 2012; CABRAL, 2013).

Já no Brasil, de acordo com os dados do IBGE, o índice de envelhecimento no país também apresentou um crescimento ao longo dos anos, passando de 21,0% em 1991 para 33,9% em 2005. Estes dados refletem o crescimento importante desta faixa etária da população que nos últimos anos cresceu cerca de 18%, visto que desde 2012 o país ganhou cerca de 4,8 milhões e em 2017 ultrapassou a marca dos 30,2 milhões, um número que tem se tornado cada vez mais representativo (IBGE, 2018). As estimativas asseguram tal crescimento de maneira vertiginosa apontando a população brasileira em 2050 como a quinta maior do planeta, já que a cada ano são incorporados 650 mil novos idosos ao contingente populacional (MIRANDA et al., 2016; BRITO, 2008; SILVA et al., 2015).

A velocidade com que este processo de envelhecimento da população ocorreu no Brasil é, sem dúvida maior quando comparado aos outros países, inclusive mais desenvolvidos que passaram pela mesma transformação anteriormente. A França, por exemplo, precisou de mais de cem anos para que o número de idosos duplicasse de 7% para 14% do total da população (VERAS, 2017; 2018). Já o Brasil, entre os anos de 1960 e 2008 saltou dos três milhões para 20 milhões de idosos, representando um crescimento de 700% em 50 anos (VERAS, 2017; MELO, 2017).

Em relação à classificação dos países quanto ao processo de transição, Lebrão (2007) defende a existência de três grupos: países com iniciação precoce, países com iniciação tardia e os que ainda não iniciaram a transição. Para a autora, o Brasil está no segundo grupo, enquanto os países europeus estão no primeiro e os africanos no terceiro grupo da transição.

Como dito anteriormente, a transição demográfica vivenciada pelo Brasil e outros países da América Latina aconteceu de forma acelerada e mais tardiamente em relação aos países desenvolvidos (MELO, 2017; MIRANDA et al., 2016) que de acordo com Lebrão (2007, p.137) “primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; os países da América Latina e Caribe estão ficando velhos antes de serem ricos”.

O que a autora denota vem sendo abordado por diversos estudos. O processo de envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento passa a ocorrer em meio a níveis elevados de pobreza, desigualdades sociais e uma economia por vezes fragilizada, tornando tanto a oferta, quanto o acesso aos serviços fundamentais altamente dificultado (LEBRÃO, 2007; MIRANDA et al., 2016).

É possível notar três grandes implicações resultantes desse fenômeno e que estão diretamente ligadas entre si. A primeira delas está associada ao perfil de morbimortalidade da população idosa que, cada vez mais, passa a ser acometida por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Diversos estudos solidificam o consenso de que as principais patologias que atingem essa população são as doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica seguida das complicações de sua ocorrência, cardiopatias, doenças nos ossos e articulações, dislipidemias e outras comorbidades (MANSO; GALERA, 2015; SCHENKER; COSTA, 2019; LEME et al., 2019).

A segunda grande implicação do processo é o alto grau incapacitante que as DCNT têm sobre os idosos, ocasionando uma condição de dependência funcional para a grande maioria deles. Nesse contexto, a funcionalidade passa a ser vista como uma questão de saúde pública, já que grande parte dos idosos passa a conviver com a redução ou perda da sua capacidade funcional, tornando-o cada vez mais dependente de terceiros (PEREIRA et al., 2015; NUNES et al., 2010; SOUSA et al., 2014).

A dependência funcional é o principal fator responsável pela terceira grande implicação, pois o idoso passa a necessitar de auxílio para realização de suas atividades diárias, e nesta fase, comumente, a família assume o papel de instituição cuidadora e reorganiza seus membros e lares para atender as necessidades do ente idoso, formando, inclusive, novos arranjos familiares.

A compreensão do conceito de arranjo familiar está relacionada ao agregado de indivíduos que irão compor o núcleo familiar, isto é, da configuração familiar em termos de organização e disponibilidade dos seus membros (WAGNER, 2011). Desta forma, o novo arranjo familiar consiste de uma nova forma de organização por parte dos membros de uma família, seja ela formada por pessoas com laços consanguíneos ou não, que convivem no

mesmo espaço físico considerando as relações afetivas e os papéis familiares como elementos determinantes de sua organização (SOUZA et al., 2012).

É a partir da nova configuração familiar, composta por membros de variadas gerações, que os riscos para os conflitos se estabelecem. Os lares multigeracionais são espaços de trocas de saberes e experiências, mas também constituem um ambiente de divergências e sobrecarga, o que compromete tanto as relações estabelecidas entre seus membros, quanto a qualidade dos cuidados prestados ao idoso (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; SILVA et al., 2012). Além disso, a dependência funcional na velhice é um enfrentamento marcado por estigmas que tendem a reservar ao idoso uma condição de inutilidade, promovendo como consequência a exclusão social, familiar, podendo culminar na violência (REIS et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência contra a pessoa idosa pode ser definida como um ato único ou repetitivo ou mesmo a omissão, podendo ser tanto intencional como involuntária, que cause danos, sofrimento ou angústia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Contudo, apesar de se caracterizar como um importante problema de saúde pública, a violência ao idoso tem sido uma questão silenciada. Por se tratar de uma discussão polêmica e complexa, permeada por dificuldades inclusive no seu reconhecimento, até mesmo a produção científica em torno do assunto ainda é escassa (OLIVEIRA; TRIGUEIRO; FERNANDES, 2013; DUQUE et al., 2012).

A invisibilidade do idoso enquanto cidadão é um aspecto que contribui significativamente para essa violência velada. A imagem de fragilidade, adoecimento e dependência retiram do idoso o reconhecimento social, pessoal e até mesmo político (IRIGARAY et al., 2016). Ademais, no que se refere ao ambiente doméstico as convenções e silenciamentos em torno desta temática são ainda mais acentuados por influência das relações. Segundo o Ministério da Saúde, a violência intrafamiliar consiste em toda ação ou omissão que ocasione prejuízo à integridade e bem-estar físico, psicológico ou a liberdade e o direito de outro ente familiar ainda que sem laços sanguíneos (BRASIL, 2002).

As inquietações que motivaram o interesse por esse objeto surgiram no decorrer da graduação em Enfermagem. Durante o curso, as disciplinas e atividades voltadas à população idosa sempre foram as de maior identificação. Os estágios em instituições de longa permanência para idosos, unidades hospitalares e, principalmente, na Atenção Básica permitiram a aproximação com as questões de saúde e do cuidado relacionadas à faixa etária idosa. Inicialmente, a vivência direta da Enfermagem possibilitou que ações de cuidado à saúde fossem desenvolvidas em diversas modalidades, seja na prevenção e promoção da saúde, ou mesmo na prestação dos cuidados diretos. Dessa forma, o domicílio sempre foi

visto como um espaço digno de atenção, especialmente quando relacionado às mudanças advindas com as patologias e os posicionamentos adotados na continuidade do cuidado. Diante disso, na pesquisa de mestrado, buscou-se investigar as relações estabelecidas entre a família e os idosos com dependência funcional a partir das memórias dos idosos, revelando um relacionamento baseado no cuidado, em que a família desempenha uma função fundamental para a saúde e bem-estar dos seus entes.

No entanto, uma lacuna foi estabelecida e com ela a necessidade de conhecer melhor o olhar do cuidador familiar diante da prestação de cuidados e como se dá este processo. Além disso, foi possível notar certo silenciamento ao se tratar algumas questões, como por exemplo, dos conflitos ou mesmo quando o assunto se aproximava da temática maus-tratos. Apesar de assumir o papel de cuidadora principal, nem sempre as decisões tomadas pela família são as mais assertivas ou estão de acordo com o desejo do idoso, e nesse momento algum tipo de violência pode ter início ainda que não se note.

Com a oportunidade de realizar um estágio sanduíche na Universidade de Évora, disponibilizada pela Capes, foi possível conhecer a realidade portuguesa no atendimento e prestação de cuidados aos idosos com dependência funcional, bem como adentrar o universo domiciliar e desvelar o cotidiano de familiares que prestam assistência aos seus entes idosos. Esta experiência enriquecedora permitiu a aproximação de uma prática de cuidado ainda distante no Brasil, mas que oportunizou a identificação e comparação de elementos importantes para formulação de dados e direcionamentos no que tange a assistência à população idosa.

Com base na transformação da característica populacional enquanto fenômeno consolidado, o desenvolvimento de pesquisas que busquem investigar e desvelar as circunstâncias que cercam esse processo representa uma importante ferramenta tanto no planejamento de estratégias de enfrentamento e sistematização de medidas preventivas, quanto na desconstrução de estereótipos que desmerecem e incentivam maus-tratos aos idosos. Ademais, tendo em vista a proposta comparativa de experiências do envelhecimento no Brasil e em Portugal tencionada pelo estudo, acredita-se que são descortinadas as semelhanças e diferenças, as alternativas e trajetórias de cuidado ao idoso, e exploradas as condições que favorecem os riscos, a ocorrência e o enfrentamento de conflitos e situações de maus-tratos em duas realidades distintas, porém em resposta ao mesmo fenômeno.

As aproximações entre Brasil e Portugal neste campo temático são comumente verificadas em pesquisas científicas e representam uma ferramenta valiosa na compreensão do fenômeno e das estratégias adotadas em resposta às necessidades desta expressiva faixa etária

da população. Portugal é o terceiro país mais envelhecido da União Europeia, e vem demonstrando uma preocupação acentuada com esta população através de um planejamento estratégico, que responda a curto e a longo prazo às demandas impostas pelo percentual crescente de idosos que vem sendo incorporado anualmente no país.

As iniciativas portuguesas atuam como referência para o Brasil, tendo, inclusive alguns de seus programas, sido alvo no último ano, de visitas técnicas por parte de uma delegação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Um dos membros da delegação, professor titular do Departamento de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP avaliou como positiva a expedição, destacando os consórcios entre órgãos públicos, empresas privadas, entidades da sociedade civil e a co-participação dos idosos nas iniciativas, como exemplos assertivos e uma alternativa necessária de acordo para o Brasil (SBGG, 2019).

As circunstâncias que aproximam Portugal e Brasil atravessam séculos e vem marcando costumes, tradições e condutas desde o período em que constituíam metrópole e colônia. Assim, a Teoria das Representações Sociais e a Teoria da Memória Coletiva/Social configuram-se como o aparato teórico-metodológico essencial na busca por respostas às inquietações postas pela subjetividade da ambivalência humana, dos comportamentos que fundam o objeto do cuidar e da violência contra a pessoa idosa.

Segundo Jodelet (2001), a Teoria das Representações Sociais constitui um conhecimento que é socialmente partilhado e que contribui para a construção de uma realidade que é comum a um determinado grupo social. Através das Representações Sociais os indivíduos compreendem os acontecimentos e circunstâncias que ocorrem no presente, a partir de suas experiências vividas (MOSCOVICI, 2004). Assim, a Memória Coletiva/Social associa-se a TRS ao determinar que as memórias dos indivíduos apesar de lhes serem individuais, estão ancoradas nas memórias do grupo ao qual este indivíduo pertence e, portanto, são o resultado da interação social (HALBWACHS, 2004).

Para desvelar as memórias e as representações sociais que cercam a dualidade do cuidado e as motivações para a violência contra a pessoa idosa, foram entrevistados cuidadores informais de idosos com dependência cadastrados em dois programas de assistência domiciliar em um município do interior da Bahia e em uma cidade da região do Alentejo em Portugal.

O direcionamento para os cuidadores informais de idosos proposto por este estudo deve-se a necessidade de explorar esta vertente de cuidados que além de estar cercada por complexidades decorrentes da própria rotina e do processo de cuidar, ainda constitui uma

realidade que exige assistência constante por parte de entidades e iniciativas políticas de assistência.

Os cuidadores informais de idosos vêm sofrendo com as acentuadas consequências da responsabilização do cuidado que nem sempre acontecem de maneira planejada e organizada. A demanda pelos cuidados se estabelece e, com isso a instituição familiar é requisitada a prestar assistência ao seu familiar mesmo sem uma rede de suporte formada e efetiva.

Os participantes responderam um questionário sociodemográfico e uma entrevista aberta com questões norteadoras sobre a temática do cuidado e da violência contra a pessoa idosa, e as falas foram analisadas a partir da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin com o auxílio do software QRS NVivo® Versão 11.

A partir de tal problemática foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Quais as representações sociais e as memórias de cuidadores informais de idosos com dependência funcional sobre o cuidado e a violência contra o idoso? Como os cuidadores percebem o processo de responsabilização do cuidado ao idoso? Qual a memória evocada pelos cuidadores de idosos com dependência funcional sobre cuidado? Os cuidadores reconhecem a existência da violência contra os idosos que prestam cuidados? Quais as motivações para a violência contra a pessoa idosa reconhecidas pelos cuidadores informais?

Nesse sentido, o pressuposto que permeia a pesquisa funda-se na premissa de que o cuidado e a violência contra a pessoa idosa compartilham o mesmo espaço, e as motivações para sua ocorrência incorporam, mutuamente, a compreensão do cuidador acerca do cuidado e da violência, como também as vivências que este indivíduo possui no processo.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as experiências de cuidadores de idosos do Brasil e de Portugal sobre o cuidado e as motivações para violência contra a pessoa idosa.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os cuidadores de idosos com dependência funcional do Brasil e de Portugal.
- Desvelar a memória de cuidadores de idosos com dependência funcional do Brasil e de Portugal sobre a experiência do cuidar

- Analisar as RS de cuidadores de idosos com dependência funcional do Brasil e de Portugal sobre as motivações para violência contra a pessoa idosa;

A estrutura organizacional do presente estudo foi elaborada e disposta em sete seções. A introdução baseia-se em uma apresentação geral sobre o tema que será apontado e explorado nas seções subsequentes, do mesmo modo que traz uma abordagem acerca da justificativa e escolha do tema, e de sua relevância social em se tratar de assuntos que circundam a temática do envelhecimento, cuidado e da violência.

O referencial teórico do estudo, composto por três seções contempla a abordagem sobre as políticas públicas para idosos no Brasil e em Portugal, assim como as considerações dos modelos de cuidado em ambas as realidades e as noções e conteúdos fundamentais na discussão da temática da violência. Também nesta seção, estão apresentados os conceitos e o entrelaçamento das Teorias da Memória e das Representações sociais fundamentadoras do estudo.

A quinta seção apresenta o percurso metodológico que direcionou o trabalho. Nesta seção foram especificadas características importantes do campo, bem como a trajetória para captação dos participantes da pesquisa e o processo para a coleta e análise dos dados e as questões éticas que garantiram o cumprimento dos princípios e normas éticas.

A sexta seção, de apresentação e análise dos resultados a partir da interpretação da autora e em concordância com a literatura disponível, está organizado em dois eixos temáticos e cinco categorias analíticas. O eixo temático cuidado abrange as categorias “Representações Sociais sobre o cuidar”, “Motivações para o cuidar” e “Dificuldades para o cuidar”, já o eixo violência é composto pelas categorias “Representações Sociais sobre violência contra a pessoa idosa” e “Motivações para a violência”.

Por fim, a última seção descreve as considerações finais do estudo, onde são destacados os principais achados da pesquisa.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENVELHECIMENTO – MODELOS PORTUGUÊS E BRASILEIRO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO BRASIL

A população idosa brasileira cresceu consideravelmente nas últimas décadas exigindo que medidas de assistência fossem empregadas pelo governo. As políticas públicas brasileiras voltadas especificadamente para esta faixa etária demoraram alguns anos para serem de fato implementadas, e somente à medida que o tempo foi passando e as necessidades dos cidadãos foram sendo evidenciadas, é que as entidades responsáveis foram compelidas a se posicionarem criando medidas para atender à população.

O sistema de saúde brasileiro ainda é permeado por algumas disputas diante dos variados modelos de assistência existentes e os paradigmas que conduzem as práticas de cuidado em cada um deles. Veras (2013) e Oliveira, Reis e Oliveira (2019) mencionam os modelos hegemônico, com seu caráter assistencial e privatista; o modelo sanitário, com direcionamentos de vigilância epidemiológica e sanitária; e os modelos alternativos que buscam organizar e promover saúde pela atenção primária. Os autores denotam que diante da multiplicidade de modelos, o padrão de assistência torna-se imediatista e comumente organizado para um tipo de cuidado agudo, sem considerar as necessidades impostas por condições crônicas que oneram consideravelmente o sistema e requerem planejamento e alternativas em longo prazo, afinal, o Brasil será em 2025 o sexto país de população idosa do mundo (MENDONÇA, 2015).

Buscando analisar o processo inicial de elaboração das políticas que introduziram benefícios à população idosa, nota-se que mesmo de forma não específica, o seu início esteve associado ao campo previdenciário, através da garantia de assistência de saúde e aposentadoria aos trabalhadores da época. As primeiras normas criadas com amplitude para os idosos estão datadas a partir do final do século XIX e início do século XX. Em 1890 foi determinada pelo Decreto de nº 565, de 12 de junho a aposentadoria aos funcionários da Estrada de Ferro Central do Brasil, e mais tarde no mesmo ano, o fundo de pensão para o Ministério da Fazenda e da Estrada Ferro Central do Brasil (MENDONÇA, 2015).

Posteriormente, em 1923 foi aprovado e sancionado o Decreto-lei nº 4.682/23, também conhecido como Lei Eloy Chaves. Com este decreto ficou determinada a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), uma espécie de fundo econômico mantido pelos trabalhadores, consumidores e pelas empresas para garantir e financiar pensões, aposentadorias e assistência médica dos funcionários. O governo não tinha participação nas

CAPS, mas este é considerado um marco legal na política de proteção e previdência social do idoso (HOMCI, 2009).

Anos mais tarde, após o Golpe de 1937 foram então criados o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários – IAPI, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores e Empregados em Cargas – IAPETEC e o Instituto de Previdência e Aposentadoria dos Servidores do Estado – IPASE. A criação destes institutos tinha como objetivo não só uma política de proteção à velhice dos trabalhadores, mas principalmente enfraquecer as reivindicações da classe trabalhadora. Em 1977 o Ministério da Previdência e Assistência Social, buscando reorganizar as agências de previdência e assistência cria o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) para universalizar o atendimento através do Plano de Ações Integradas de Saúde. Este plano de ações tinha como objetivo promover a concessão e a manutenção dos benefícios, custear os programas e fazer a gestão dos mesmos, e para atender a esta demanda foram então criados novos institutos como foi o caso do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e da Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social (DATAPREV) (MENDONÇA, 2015).

Em 1948 acontece a Assembleia Geral das Nações Unidas que resulta na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegura a todas as pessoas o direito de liberdade, igualdade e dignidade.

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, art. 25, 1948).

Em território nacional, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira legislação a mencionar diretamente o idoso, garantindo-lhe 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. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (CF, art. 230, 1988).

Seguindo as determinações impostas pela CF e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos são implementadas duas importantes leis no país. Nomeadas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 criam e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Com a implantação do SUS todo cidadão brasileiro passou a ter acesso universal e integral ao sistema público de saúde fundamentado nos princípios de universalização, equidade e integralidade. O SUS oferece serviços nas áreas de atenção básica, média e alta complexidades, urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 1990).

No que diz respeito à atenção básica é fundamental destacar a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua importância como política promissora na busca pela reorientação da assistência e funcionamento como porta de entrada para o SUS. Segundo Giovanella & Mendonça (2008) no ano de 2007 a ESF alcançou mais de 90% dos municípios, contabilizando 27 mil equipes atendendo à uma população de cerca de 87 milhões.

A ESF surge inicialmente como Programa de Saúde da Família nos primeiros anos da década de 1990. Em 1994 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa tinha como finalidade oferecer maior cobertura na assistência de mães e crianças no Nordeste, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade. Os resultados positivos do PACS induziram a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e ambos constituem as ferramentas para oferta da atenção primária à saúde e compõem a ESF (BRASIL, 2011).

O PSF inicialmente surgiu como uma estratégia de reorientação do modelo médico-hegemônico centrado na doença. Mais tarde passa a compor a Estratégia Saúde da Família (ESF) e torna-se a principal tática organizativa da atenção básica, objetivando “promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros” (BRASIL, 2011). Para Oliveira et al., (2019), o êxito da ESF está em sua prática longitudinal, isto é, pautada na integralidade da assistência as ações buscam resolutividade e organização das redes a partir do conhecimento das necessidades de cada indivíduo.

Pautada nos princípios do SUS, a ESF executa suas ações por meio do acompanhamento de um número determinado de famílias, em um espaço delimitado geograficamente. O número ideal para cada equipe está entre 600 e 1000 famílias, com alcance máximo de 4500 pessoas, e cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve ser responsável por 20 a 250 famílias.

Buscando alcançar a integralidade da assistência, as ações da ESF contam com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários, e “pressupõe um mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo ao encontro da teia de relações causais e do contexto da vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença” (BRASIL, 2011, p. 54). Ademais, um dos objetivos da ESF é assistir o indivíduo e os membros de sua família de forma integral por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, reestruturando o atendimento e redirecionando a prática para o seu ambiente social (BRASIL, 2015). De acordo com Veras (2013) a ESF permite potencializar uma ferramenta importante na atenção ao idoso, pois com a identificação e mapeamento dos riscos a assistência passa a funcionar a partir de um modelo que contempla ações preventivas, atendimento qualificado e efetividade da rede, o que favorece a qualidade de vida, tanto no investimento do envelhecimento saudável, quanto na assistência aos idosos fragilizados.

Apesar de representar um grande avanço na política de saúde do país, as estratégias e programas do SUS não contemplaram especificadamente a população idosa. Somente em 1994 uma política nacional é instituída para este grupo (CREUTZBERG; SANTOS, 2003; FERNANDES; SOARES, 2012).

No cenário internacional grandes eventos marcaram a época e motivaram a concepção de políticas em nível nacional. Na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1982 foi elaborado o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, um documento que estabelece princípios e diretrizes norteadores para a criação da legislação de diversos países. Neste plano são abordados os temas: moradia e meio ambiente, saúde e nutrição, bem-estar social, previdência social, trabalho, educação e família e proteção ao consumidor idoso (VERAS, 2018).

Seguindo a orientação da Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, a Assembleia Geral da ONU determinou o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso. Esta decisão demonstrou o peso das discussões e assembleias durante o período, e como foi importante o debate em torno da imagem do idoso numa tentativa de modificar a sua representação enquanto fragilizado e dependente (VERAS, 2018).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada e regulamentada pela lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 é criada e tem o objetivo de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994). A PNI destaca o papel da família, da sociedade e do Estado na

garantia à vida, saúde e proteção dos idosos, e desaprova qualquer tipo de discriminação contra os mesmos. Em seu capítulo II, art. 3o, o inciso I destaca que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”, entretanto, apesar de ser um direito garantido por lei, questiona-se a efetividade desta legislação em diversos sentidos.

Duarte et al. (2016) chamam atenção para o compartilhamento desta responsabilidade entre família, sociedade e Estado como uma realidade desejada, mas ainda não alcançada, visto que a família tem sido a principal responsável pelo cuidado aos idosos dependentes, mas as iniciativas públicas de suporte ainda se mostram escassas e isoladas até os dias atuais. Ademais, Couto (2016) ainda destaca a necessidade de ações complementares que instrumentalizem a PNI, que apesar de regulamentada há mais de duas décadas ainda se mostra distante do que foi idealizado para ofertar uma velhice com maior autonomia, participação no mercado de trabalho e melhores condições de vida.

Ainda neste movimento de respostas às necessidades da faixa etária idosa, em 1999 a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Anos mais tarde esta portaria é revogada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A PNSI certificava a perda da capacidade funcional como o principal problema que afeta o idoso, e por isso suas ações estiveram baseadas nesta perspectiva. Porém, novas leis foram sendo criadas e tornou-se indispensável à adequação da PNSI, conforme explicaremos adiante (BRASIL, 1999; 2006).

A PNSI determinou órgãos e instituições do Ministério da Saúde com a missão de promover a formação de projetos e atividades em conformidade com suas diretrizes. Dentre as indicações constam: promover um envelhecimento saudável e a reabilitação da capacidade funcional, assistir as necessidades de saúde do idoso e apoiar o desenvolvimento de cuidados informais e estudos da área (BRASIL, 2006).

Um grande marco na legislação para a pessoa idosa foi alcançado em 2003 quando pela lei nº 10.741 entrou em vigor o Estatuto do Idoso. O Estatuto assegura aos indivíduos com 60 anos ou mais direitos, deveres e punições e é considerado como uma das legislações mais efetivas na proteção ao idoso (BRASIL, 2003).

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral,

intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, Art. 2.º).

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, Art. 3.º).

Em 2006 algumas reformulações institucionais foram propostas no Pacto pela Saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). Com a finalidade de melhorar a qualidade das respostas do SUS, o Pacto pela Saúde propõe a modificação de instrumentos de gestão e estabelece metas e compromissos a serem cumpridos nas três esferas (União, Estados e Municípios). O pacto pela saúde possui três componentes, sendo um deles o Pacto pela Vida, que determina a atenção à saúde do idoso como uma das prioridades e recomenda a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b).

Assim, seguindo a determinação do Pacto pela Vida, a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que tem como objetivo central “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a). A proposta desta política é viabilizar a conscientização de que o envelhecimento é um processo gradual e que por isso deve ser vivenciado com saúde, de maneira ativa e buscando minimizar ou anular qualquer tipo de dependência funcional. Contudo, mesmo com os avanços nas políticas públicas o processo acelerado de envelhecimento que o país sofreu ainda causa impactos em sua implementação e desenvolvimento. O que vivenciamos atualmente é um incentivo às responsabilidades e a participação do Estado, da família e da sociedade nos cuidados e proteção ao idoso, porém as estruturas de apoio social nem sempre conseguem compor uma rede de suporte eficaz e organizada (SANTOS et al., 2013).

Dentre as principais diretrizes do pacto e da política destacam-se a promoção do envelhecimento saudável e ativo e o estímulo às ações inter-setoriais. Uma das ações resultantes do pacto foi o Programa de Internação Domiciliar (PID) instituído ainda em 2006, com o intuito de dar acompanhamento domiciliar e utilizar deste ambiente como um tipo benefício na prestação dos serviços. Porém este programa ainda enfrenta algumas limitações em relação aos recursos humanos e materiais para amplitude e alcance do atendimento. Em relação aos recursos humanos, uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de

enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e fonoaudiologia seria o ideal para contemplar as necessidades específicas dos idosos.

Ademais, a promoção da autonomia e independência associada às estratégias de adiamento das fragilidades na população idosa precisam ser incentivadas e podem também ser reforçadas em atendimentos na modalidade de centros-dia e centros de convivência. Os centros-dia são espaços onde o idoso permanece durante o dia e onde são prestados serviços de cuidado e saúde, como também atividades de lazer. Esta modalidade de atendimento além de exigir que o idoso possua laços familiares e seja semidependente ou independente, são espaços ainda insuficientes para atender o número expressivo de idosos no país. Os centros de convivência são mais comuns e aceitos positivamente por parte deste público (CAMARANO, 2010).

Conforme preconizado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1997) e nas próprias políticas, algumas estratégias de apoio técnico, financeiro e de proteção social precisam ser desenvolvidas. Nesse sentido, o antigo Ministério do Desenvolvimento Social, hoje Ministério da Cidadania, concebe como plano de ação para o Estado e municípios a criação de Centros e Grupos de Convivência (espaços que executam atividades que contribuem para a autonomia e envelhecimento ativo); Instituições de Longa Permanência (locais destinados a idosos que necessitem de moradia por tempo indeterminado, podendo ser gratuito ou não); Centros-Dia (espaços de atenção integral à pessoa idosa que por incapacidade funcional ou por motivos familiares não encontram em seu domicílio condições para realizar suas atividades básicas); Casas-lar (residência destinada aos idosos em situação de isolamento social ou afastados do convívio familiar) e Repúblicas (alternativas de residência financiada com recursos da aposentadoria ou outros rendimentos destinados a idosos independentes) (BRAGA et al., 2016).

Tendo em vista que os serviços de saúde são cada vez mais requisitados pelos idosos, é fundamental a existência de uma rede de apoio, mas principalmente uma rede que leve em consideração as peculiaridades do grupo e que atue identificando necessidades e estabelecendo planos de enfrentamento (REIS et al., 2013; ANDRADE et al., 2013). Segundo Miranda et al. (2017) uma das falhas centrais observadas nos modelos assistenciais é que muitas vezes o plano de ação do programa está centrado num tipo de agravo, desconsiderando a necessidade de estabelecer metas a longo prazo e que estejam relacionadas à estabilização do quadro clínico e redução dos prejuízos funcionais. Além disso, a velocidade com que o processo de envelhecimento se deu no país tornou-se um fator agravante, tendo em vista as

desigualdades sociais e a escassez de recursos que dificultam a implementação de políticas públicas eficientes (SAAD, 2016).

Camarano (2010) e Mendonça (2015) discutem a necessidade de pensar as políticas para idosos a partir da combinação dos cuidados formal e informal. A garantia de acesso ao atendimento é a primeira prioridade, mas também é necessário analisar a participação da comunidade, de instituições que funcionem como uma complementação ao cuidado familiar. Esta é uma problemática que vem ganhando destaque e que precisa ser fortemente discutida, pois segundo Duarte et al., (2016), a tendência à escassez e ineficiência das políticas é um reflexo do lugar do idoso na sociedade. Ao direcionar a velhice enquanto problema da família que ganha ajuda do poder público, o que observamos é uma inclinação ao não reconhecimento do idoso como um cidadão detentor de direitos.

Apesar das políticas e do discurso em promover autonomia e participação social dos idosos na sociedade, a legislação por si só não é capaz de garantir que os direitos sejam, de fato, cumpridos (PINHEIRO; AEROSA, 2019), principalmente numa sociedade em que o envelhecimento é compreendido como prejuízo por grande parte da população, e que a velhice é estigmatizada e associada a elementos negativos em sua grande maioria. Ademais, a própria concepção do processo saúde-doença exige novos olhares, pois os pensamentos e as práticas associadas à execução das políticas precisam estar em consonância com a atual caracterização do envelhecimento e os seus desdobramentos, seja no ambiente familiar ou nos demais espaços de assistência. Do ponto de vista da política de saúde é fundamental que o sistema de saúde realize ações que contemplem todos os níveis de cuidado, considerando a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que podem afetar os idosos, bem como avancem com estratégias de conscientização e incentivo ao envelhecimento ativo.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS EM PORTUGAL

O sistema de saúde português vem passando por um processo de evolução, e pelo menos nos últimos 30 anos promoveu acentuadas mudanças em suas estratégias e abordagens (SOUSA, 2009, TORRES et al., 2011). As primeiras políticas sociais desenvolvidas foram construídas para responder aos problemas relacionados ao modo de produção e às demandas de parte da população que não estava inserida no sistema produtivo da sociedade industrial. Um dos grupos que integrava esta população era o grupo da população idosa (CARVALHO; ALMEIDA, 2012).

De acordo com Martins (2006), a proteção social aos idosos foi durante muitas décadas praticamente inexistente. Os problemas da população idosa não representavam um objeto de preocupação e intervenção das políticas públicas até o final da década de 1960. Analisando a evolução das intervenções públicas com direcionamento para os idosos, Cardoso et al., (2008) caracterizam Portugal como um país que norteou as políticas da velhice a partir da institucionalização do direito à reforma e o ajustamento do sistema de segurança social ocorrido após a Revolução de abril de 1974, e tardiamente se comparado aos outros países europeus. Assim, a política de cuidados na velhice em Portugal está pautada na questão social, e associa-se aos desdobramentos das mudanças sociodemográficas, da dinâmica familiar, das relações observadas através do binômio: autonomia e independência (CARVALHO, 2009).

Inicialmente não existia no país uma política de saúde efetivamente, mas sim o ideal de uma higiene pública. Este ideal inicial buscava responder às necessidades de adequação diante da ausência de um modelo de fato através de iniciativas como a identificação e classificação das doenças, o estabelecimento de normas sanitárias preventivas e os códigos de intervenção firmados por uma parceria médica e jurídica (ALVES; CARNEIRO, 2018).

Em 1837 foi então criado um Conselho de Saúde Pública detentor de certa autonomia política, porém com a revolução de 1868 esta questão passou a ser vista com mais importância pelo poder público que decidiu retirar a autonomia médica apoderando-se do conselho, transformando numa Junta Consultiva. E em 1882 foi requisitado ao professor da cadeira de Higiene Pública da escola Médico-Cirúrgica do Porto, José Frutuoso de Gouveia Osório que ele elaborasse uma proposta com medidas a serem adotadas que ainda não haviam sido contempladas pela legislação vigente. Assim, criou-se o Plano de um Código Sanitário Português, ponto de partida para que as práticas sanitaristas viessem a ser implementadas. Posteriormente, destaca-se a participação do médico Ricardo Jorge, autor da obra *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*, como grande influenciador do modelo de saúde vigente entre 1899 e 1901 (ALVES; CARNEIRO, 2018; GRAÇA, 2015).

Com o passar dos anos e as mudanças no cenário político e econômico e o crescimento acentuado da faixa etária idosa no país e no mundo, foi sendo criado um novo modelo de prestação de cuidados elaborado a partir da integração das políticas da segurança social e da saúde, e com o apoio de entidades públicas e privadas (CARNEIRO et al., 2012).

Durante um longo período da história portuguesa a assistência aos idosos e a outras pessoas menos favorecidas possuiu um caráter caritativo, privado e religioso, tendo como destaque a ação das Misericórdias. Para Joaquim (2015) um dos primeiros marcos da assistência social no país ocorreu em 1718 com a constituição da Casa Pia de Lisboa. E ao

longo das diversas fases do governo, seja na Primeira República, na Ditadura militar e no Estado Novo as políticas públicas foram modificando e rearticulando as suas estratégias (COELHO, 2017; CARNEIRO et al., 2012).

Importantes reformas aconteceram no período, tais como a Reforma Sanitária de Ricardo Jorge, que seguindo o exemplo da Inglaterra, reorganizou a Direcção-Geral de Saúde e criou a Inspeção Geral Sanitária; a reforma de Trigo Negreiros, que orientou a prática sanitária e estabeleceu a atenção a saúde a partir de três dimensões: assistência preventiva, assistência paliativa e curativa e assistência construtiva. Também foi criada em 1946 a Federação das Caixas de Previdência, derivada de um dos setores da previdência e regulamentada pela Lei de Bases de Organização da Previdência, as Caixas de Previdência prestavam serviço de saúde aos beneficiários por meio de subsistemas de saúde (PEREIRINHA; CAROLO, 2006).

Em 1946 a criação da OMS constitui um grande marco no direcionamento das políticas, pois ao entrar em vigor em 1948 determina que “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser cumprida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1948). Esta condição já havia sido apontada pela constituição de 1933, em que ao Estado foi responsabilizado por zelar pelas condições que melhorassem a vida das pessoas menos favorecidas, porém nesta altura a atuação do Estado restringia-se a gerir, coordenar, fiscalizar e favorecer a atuação de instituições de solidariedade, que de fato exerciam as ações (JOAQUIM, 2015).

A década de 1960 configura-se como uma década de grandes reformas. Em 1963 é promulgada a legislação que determina as bases da política de saúde e assistência atribuindo ao Estado as competências, a organização e a manutenção dos serviços, bem como a promoção e criação de instituições particulares que integrem de maneira complementar as iniciativas de saúde (Ministério da saúde Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963). Já em 1968 foram uniformizados e regulados hospitais e carreiras de profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e administradores. Com os Decreto-Lei n.º 48357, 1968, o Decreto-Lei n.º 48358, de 1968 foram criados o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais.

Na sequência de reformas, em 1971 o Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro representou um grande marco na forma como a assistência à saúde seria prestada, pois foi a partir deste decreto que o Estado passou a ser responsabilizado de fato por coordenar uma política de saúde centralizada em sua concepção, através da criação de um do Gabinete de Estudos e Planeamento e da Secretaria Geral e da Escola Nacional de Saúde Pública, mas descentralizada em suas ações, por (RODRIGUES; MARTINS, 2014). A Reforma de

Gonçalves Ferreira, como ficou conhecida representou uma mudança importante antecipando a elaboração e instituição do Serviço Nacional de Saúde.

O projeto de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) começa ganhar força em 1971, mas apenas em 1979 foi finalmente regulamentado pelo Decreto de Lei nº 56 de 15 de setembro de 1979 (Ministério da saúde, 1979; TORRES et al., 2011). O SNS assegura o direito à proteção da saúde, garantindo o acesso a todos os cidadãos, seja qual for a sua condição social e econômica, assim como aos estrangeiros, apátridas e refugiados políticos (Lei nº 56/79). Os serviços integrados de saúde são prestados pelo SNS na forma de prevenção da doença, promoção e vigilância da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação social e médica. Partindo de uma organização descentralizada e desconcentrada, composta de órgãos centrais e regionais, a lei determina autonomia administrativa e financeira, e define um acesso gratuito, não excluindo a possibilidade de taxas moderadoras que controlem a utilização dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE Lei n.º Lei nº 56, de 15 de setembro de 1979; CABRAL; AMADOR; MARTINS, 2010).

O SNS é então composto por entidades públicas diversas: Unidades locais de saúde (ULS), Centros de Saúde (CS), Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Extensões dos Centros de Saúde (ECS) e Hospitais. O SNS equivale a “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde” (PORTUGAL, 1993, Art. 1º).

O sistema de saúde português alterou as estratégias de atuação nos últimos anos buscando alcançar dois principais pontos: possibilitar condições de cuidado no seio familiar e disponibilização de suporte para gerir a doença (SOUSA, 2009). Um exemplo bem-sucedido foi a reformulação dos cuidados de saúde primários, destacando a importância dos centros de saúde neste processo.

Os primeiros centros de saúde foram registrados em 1971 e atuavam com medidas preventivas e saúde pública. Denominados centros de saúde de primeira geração, ofereciam serviços de vigilância a crianças, grávidas, saúde escolar, vacinação e atestados de sanidade mental. Entretanto, os cuidados curativos não eram o seu principal foco de atuação, estes cuidados eram prestados pelos Serviços Médico-Sociais (SMS) (BRANCO; RAMOS, 2001).

Os SMS funcionavam como um meio de assistência aos trabalhadores e as suas famílias proporcionadas pelas caixas de previdência, porém não eram devidamente organizados e não havia um planejamento do atendimento estando centrado apenas na prevenção secundária (BRANCO; RAMOS, 2001; TORRES et al., 2011).

A chamada segunda geração dos CS teve início quatro anos após a implementação do SNS, quando se verificou que ainda permanecia uma prática de cuidados fragmentada em parte preventiva e parte curativa. Assim, em 1983 os centros de saúde integrados começaram a sua atuação com um novo elemento centrado na carreira médica de clínica geral (BRANCO; RAMOS, 2001; OPSS, 2010).

Em 2005 houve uma nova reformulação dos cuidados primários, e desta vez foi criada uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) que garantiria autonomia durante o processo e seria responsável por gerir a reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), “novos centros” com a missão de garantir acessibilidade e prestar serviços individualizados (TORRES et al., 2011).

Da reconfiguração dos CS originaram-se as USF (Unidades de Saúde Familiar) e as UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) que oferecem cuidados personalizados em nível de atendimento médico e de enfermagem; as USP (Unidades de Saúde Pública) tem a função de analisar e produzir relatórios situacionais e planos de intervenção nas áreas de prevenção, promoção e proteção da população, bem como atuar na vigilância epidemiológica; as URAP (Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados) atuam como uma consultoria para todas as unidade funcionais e tem uma equipe composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentre outros profissionais) e as UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) responsáveis por propiciar cuidados de saúde e apoio social e psicológico tanto no domicílio, quanto na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Decreto-Lei n.º 28/2008).

Dentro deste cenário de avanços das políticas públicas, o envelhecimento demográfico e individual ganha destaque mundial a partir de 1971, quando as estimativas futuras revelaram consequências importantes do envelhecimento para a sociedade, e organizações como a ONU e OMS passaram a ser requisitadas para o direcionamento de tais políticas. Foi nesse sentido que em 1973 a ONU recomendou a adoção de medidas que protegessem que a população idosa, no sentido de garantir qualidade de vida e bem-estar, e em 1982 promoveu a World Assembly on the Elderly em Viena, produzindo o Plano Internacional de Ação de Viena sobre Envelhecimento, considerado o primeiro documento da ONU com impacto mundial. Anos mais tarde, acontece o Second World Assembly on Ageing, em Madrid para reformulação das políticas de envelhecimento do século XXI, adotando-se os modelos ainda vigentes da Declaração Política e Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o envelhecimento (COELHO, 2017).

De maneira geral, até 1974 a intervenção social no país possuía um caráter assistencialista e caritativo respaldado nos critérios sociais, ético-religiosos e políticos que imperavam na época. No período compreendido como Estado Novo, regime político ditatorial que vigorou entre os anos de 1926 a 1974, a velhice era observada exclusivamente a partir da condição de vulnerabilidade e por esta razão tratada longe do ideal (CARDOSO, et al., 2012). Os autores identificam dois tipos de tratamento público reservados para a velhice neste período. O primeiro igualava a velhice à invalidez e indigência cabendo, portanto, o direcionamento para locais considerados apropriados, como os asilos de manutenção e gestão de iniciativas caritativas tradicionais. O segundo tipo de tratamento aproximava esta fase da vida como um dos riscos para invalidez, doença e desemprego involuntário aos quais estavam expostos os trabalhadores, e por isto seu direcionamento eram as contribuições das entidades patronais das instituições de previdência, na época as caixas de previdências reservadas aos sujeitos que exerciam atividade laboral.

O posicionamento defendido pelo governo de Salazar era enfático: “Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições, fazendo por si a assistência” (COSTA, 2009, p. 77), o que viria a confirmar novamente a disposição em direcionar os cuidados desta população às instituições de solidariedade social. Sendo assim, foi por meio da Revolução de Abril, que derrubou o regime ditatorial em 25 de abril de 1974 pelo Movimento das Forças Armadas que novas medidas de política social passaram a ser conduzidas às pessoas idosas. As reformas advindas com os governos que sucederam o 25 de abril estiveram associadas à ampliação da assistência e da rede solidária (DANIEL, MONTEIRO, FERREIRA, 2016).

O papel do Estado foi assim alterado no período pós-Revolução de 25 de abril determinando mais eficazmente a responsabilidade pela garantia do acesso dos cidadãos aos cuidados. Esta mudança se deu principalmente através do abandono de uma prática curativista para a adoção de uma lógica universal de cuidados, baseada na prevenção e promoção de saúde, em que podem ser destacados como exemplo característico os cuidados continuados (RODRIGUES; MARTINS, 2014).

Ainda em conformidade com a nova lógica política, foi instituída em 1974 uma pensão social para todos os indivíduos com mais de 65 anos, ou que fossem inválidos e não possuíssem nenhum tipo de benefício. A criação desta pensão foi uma das primeiras medidas corretivas diante das injustiças do período anterior, visto o número elevado de pessoas que não haviam contribuído por tempo suficiente, e por esta razão passariam a dispor de uma quantidade muito baixa para sobreviver. Entretanto, em meados de 1978 é que de fato há uma

constatação de que o papel do Estado na proteção social dos idosos não pode ser unicamente centrado na concessão de prestações pecuniárias. Assim, a partir desta fase são desenvolvidas infraestruturas de apoio, até então inexistente, com o objetivo de integrar e promover participação desta faixa etária na sociedade (CARDOSO et al., 2012).

Em Portugal, a Constituição de 1976 determinou uma nova forma de gerir a velhice ao elencar as condições para a universalização do direito à aposentadoria e reconhecendo esta fase como uma categoria social autônoma (CARDOSO et al., 2012; VELOSO, 2008). De acordo com seu artigo 63º estabelece que:

O Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2008).

Em 24 de Agosto de 1990 é publicada uma das legislações centrais na Reforma de Saúde em Portugal, a Lei n.º 48/90 Lei de Bases da Saúde. Com esta medida a proteção à saúde é considerada um direito, mas também uma responsabilidade do Estado, cidadãos e da sociedade, sendo que ao Estado cabe a prestação de serviços próprios, assim como apoiar e fiscalizar os acordos estabelecidos com entidades privadas (SOUSA, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A partir da Lei de Bases da Saúde, o SNS passa a funcionar como três sistemas simultâneos: Serviço Nacional de Saúde (que diz respeito à todas instituições e serviços vinculados ao Ministério da Saúde), subsistemas de saúde públicos de apoio (são entidades públicas que realizam atividades de prevenção e tratamento da saúde) e a entidades privadas que em acordo com o SNS prestam serviços ou cuidados de saúde (SOUSA, 2009).

Membro da União Européia (UE) desde 1986, o país também recebeu alguns direcionamentos da UE resultantes da produção documental acerca das problemáticas do envelhecimento, principalmente nos setores saúde. Foi a partir do ano 1999, proclamado pela ONU como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, que a produção documental da Comissão se intensificou, destacando a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde para atender uma população cada vez mais idosa e dependente. A Comissão destacou também a importância de desenvolver políticas que tenham como objetivo o envelhecimento saudável, buscando medidas de prevenção de acidentes, promoção de cuidados e, conseqüentemente a redução do número de idosos em situação de dependência (COMISSÃO EUROPEIA, 1999).

Desde 2002 a OMS tem destacado pontos essenciais para uma política efetiva. Dentre os elementos apontados verifica-se a promoção da saúde, manutenção da funcionalidade, a importância dos cuidados de longa duração no ambiente domiciliar, bem como os cuidados paliativos, enfoque no conhecimento de fatores de risco e adaptação diante das doenças crônicas, adequação dos serviços de saúde, violência contra os idosos, dentre outros (WHO, 2013).

Seguindo tais orientações, foi criado em 2004 o Plano Nacional de Saúde (PNS) com o propósito de contemplar o período de 2004 a 2010. O PNS foi elaborado a partir da identificação de problemas não sanados nas décadas anteriores que estavam relacionados à exclusão social, pobreza, consequências do envelhecimento e outros agravos resultantes das desigualdades sociais. Dessa forma, o PNS busca reorientar o sistema de saúde a partir de ações que ofereçam melhor qualidade no atendimento e no acesso aos serviços, bem como na capacitação dos profissionais (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2004).

Uma das medidas propostas pelo PNS foi o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Este programa que busca por meio de estratégias e orientações responder às necessidades específicas das populações “particularmente sensíveis” está fundamentado em três pilares: promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2004, p. 15). Tanto o PNS quanto o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas são considerados marcos nas políticas públicas para a população idosa, pois representam os primeiros documentos oficiais e a partir deles as decisões e estratégias na política de saúde ganharam novo foco (COELHO, 2017).

Em 2006 o Decreto de Lei n.º 101/2006 cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta rede consiste na atuação de múltiplas equipes que oferecem diferentes tipos de cuidado conforme a necessidade da população a partir de um modelo de intervenção integrada e articulada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com a OMS os cuidados continuados são:

sistema de atividades empreendidas por cuidadores (familiares, amigos e/ou vizinhos e/ou profissionais (saúde e serviços sociais) para garantir que uma pessoa que não esteja capaz de cuidar de si mesmo possa manter o mais alto possível sua qualidade de vida, de acordo com suas preferências individuais, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana (WHO, 2000, p.1).

Dessa forma, a RNCCI surgiu para responder às carências de assistência da população, e apesar de não ser uma proposta exclusiva para os idosos, esta faixa etária é o principal alvo de intervenção da RNCCI. Diante de fatores como o envelhecimento acentuado, o aumento da esperança de vida e o número cada vez maior de doenças incapacitantes afetando os idosos, esta população passou a requerer cuidados intensos e específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; TORRES et al., 2011; CARNEIRO et al., 2012).

À vista disso, a RNCCI presta cuidados continuados e integrados através de atendimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar. A ação da RNCCI busca preservar o idoso em seu ambiente, melhorando o seu acesso a um serviço com equidade, qualidade e que responda satisfatoriamente aos variados tipos e níveis de apoio social e cuidados que este indivíduo demanda (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2004; CARNEIRO et al., 2012). A RNCCI é subdividida em:

1. Unidades de internamento

1.1 Cuidados continuados de convalescença:

tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos e destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2013, p. 33).

1.2 Cuidados continuados de média duração e reabilitação:

tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa (...) deve ter períodos de internamento com uma “previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2013, p 34).

1.3 Cuidados continuados de longa duração e manutenção:

tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2013, p.36).

1.4 Cuidados paliativos:

é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2013, p. 38).

2. Equipe domiciliária

2.1 Equipe de cuidados continuados integrados (ECCI):

Uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2013, p. 47).

2.2 Equipe comunitárias de suporte em cuidados paliativos:

equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, é “uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro” e “tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção” (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2013, p. 48).

3. Unidades de ambulatório – Unidade de dia e promoção da autonomia (UDPA):

prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional, que podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração. A UDPA assegura atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem periódicos, cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional e da fala, apoio psicossocial, animação sócio-cultural, alimentação e higiene pessoal, quando necessária (INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, 2017, p. 9).

Conforme apontado anteriormente, a OMS determina que os cuidados paliativos representam uma prioridade nas políticas de saúde e acrescentam que as suas ações devem ser programadas, planejadas e com abordagem específica para oferecer apoio global aos que necessitam deste tipo de cuidado (DGS, 2004). Apesar de constar na RNCCI, é notório que diante do envelhecimento populacional e das consequências de doenças crônicas não transmissíveis como o câncer, que tem afetado cada vez mais a população, haja uma necessidade de estabelecer uma normatização específica para tais cuidados.

Diante disso, em 15 de junho de 2004 foi implementado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos que consiste em:

uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida (...) cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2004, p.7).

Anos mais tarde é aprovada a lei n.º52 de 05 de setembro de 2012, a Lei de Bases dos cuidados paliativos que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos e estabelece os direitos e determina o acesso da população aos cuidados paliativos (PORTUGAL, 2012).

Derivada das iniciativas propostas pela RNCCI, as ações multissetoriais de continuidade dos cuidados, assistência aos cidadãos em condições de dependência ou doença terminal em fase avançada, são o resultado das parcerias dos Ministérios da Saúde, Trabalho e da Solidariedade Social (ATAÍDE, 2014). Para Blank e Bureau (2010), as políticas de saúde precisam estar intimamente relacionadas com as políticas financeiras e sociais, pois segundo os autores, a saúde estende-se a todas essas áreas, assim como ações nestes segmentos podem trazer implicações para a saúde dos indivíduos. Em Portugal, as políticas públicas foram se adaptando e promovendo mais qualidade nos serviços e apoios prestados.

Segundo Carvalho (2014), há uma tendência das políticas no modelo de Estado-providência em preconizar os cuidados, principalmente aos idosos, em seu ambiente familiar. Esta premissa justificada pelos benefícios de manter este indivíduo integrado socialmente e desenvolvendo atividades múltiplas que retardem o seu envelhecimento, tanto mental quanto físico que promovam maior qualidade de vida, possui grande influência de uma dimensão tradicionalista que defende a instituição familiar como responsável pela proteção de seus entes idosos (VELOSO, 2008; CARVALHO, 2014). Dessa forma, as respostas sociais às demandas dos idosos dependentes e da instituição familiar cuidadora necessita estar bem articuladas, atendendo de maneira equilibrada e eficaz tanto o âmbito do suporte financeiro, quanto do acesso aos serviços.

O cuidado no domicílio passou a ser pontuado no fim da década de 1970, já que até então as condutas de cuidado eram direcionadas às instituições asilares. Porém, diante número crescente de pessoas com mais de 65 anos e do aumento da esperança de vida passou-se a um movimento de redirecionamento das ações, com intuito de favorecer os cuidados no domicílio

com qualidade através da ampliação das redes de apoio social atentando para as necessidades específicas da população, suas individualidades e preferências (CARVALHO, 2014; PEREIRA, 2019). Diante disso, as respostas sociais destinadas às pessoas idosas tiveram um crescimento significativo. Além das já explanados anteriormente, algumas outras respostas sociais têm auxiliado os idosos na realização de tarefas do cotidiano ou mesmo atendendo às necessidades sociais (MARTIN; LETRA, 2012; PIMENTEL, 2012), como são estruturas:

Serviço de Apoio Domiciliário (“consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, temporária ou permanentemente, na satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária”); Apoio Domiciliário Integrado (“conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana”); Ajuda Alimentar (“serviço que proporciona a distribuição de géneros alimentícios, através de associações ou entidades sem fins lucrativos”); Centro de Convívio (“apoio a atividades socio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade”); Centro de Dia (“conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar”); Centro de Noite (acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite); Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas (integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares não possam permanecer no seu domicílio”); Residência (“conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas com autonomia total ou parcial”); Lar de Idosos (“alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ ou de autonomia”); Centro de Férias e Lazer (“destinada à satisfação de necessidades de lazer e de mudança de rotina, fundamentais ao equilíbrio dos seus utilizadores”) (LIMA, 2013, p. 38-39).

A idealização das abordagens e a composição das estratégias das políticas de saúde para a pessoa idosa em Portugal demonstram que diante a inevitabilidade das consequências do envelhecimento populacional, é fundamental conhecer a fundo o fenómeno e as suas reais implicações nos diversos campos da sociedade, como também legitimam princípios norteadores e experiências positivas no campo prático.

Os mecanismos disponíveis buscam responder satisfatoriamente às necessidades da população na vertente dos cuidados universais, ofertando para os idosos e seus cuidadores familiares cuidados de saúde e apoio social, tanto no nível de cuidados primários quanto nos setores intra-hospitalares. As respostas sociais disponibilizadas através das políticas públicas

portuguesas convidam para a participação familiar no cuidado ofertando mecanismos de suporte para que este seja possível e de qualidade, e apesar de considerado por alguns autores (SOEIRO, 2010; CARDOSO, 2012; PEREIRA, 2019) como um modelo que ainda carece de adequações e ajustes no sentido de minimizar custos e redirecionar as ações para um conceito integrado, principalmente no enfoque da Rede de cuidados Continuados da Saúde, este modelo tem revelado bons resultados e mostra-se a frente de políticas de saúde de outros países, como no caso do Brasil que será apresentado no tópico a seguir.

3 CUIDADORES DE IDOSOS DO BRASIL E PORTUGAL: CUIDADO E VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Esta seção consiste na primeira parte do referencial teórico da pesquisa e aborda questões centrais para a estruturação do trabalho, como os conceitos e as realidades que cercam a família e o cuidado na sociedade brasileira e portuguesa. Do mesmo modo, as políticas públicas dos dois países dirigidas à população idosa são explanadas no segundo tópico com o intuito de estabelecer um panorama comparativo das duas realidades. Por fim, no terceiro tópico são apresentados conceitos e estatísticas relacionadas à temática da violência sobre idosos.

3.1 FAMÍLIA E CUIDADO - MODELO PORTUGUÊS E BRASILEIRO

Falar em família nos tempos atuais significa trazer questões permeadas pelo tradicionalismo, e ainda assim interligadas ao dinamismo e às mudanças que se dão com o passar dos séculos. De acordo com Rocha-Coutinho (2006), a família pode ser considerada uma das instituições sociais mais antigas, e possui uma pluralidade de características e definições conforme o tipo de sociedade e a época. Martins (2013), Poster (1979) e Ariés (1981) asseguram que os conceitos e a descrição dos tipos de organizações familiares, bem como as mudanças ocorridas em suas estruturas resultam da dinâmica e das variações das relações humanas.

Para Mello (1995) dentro da concepção tradicional de família existem três tipos de laços que podem ser estabelecidos entre família e parente e que determinam o tipo de organização familiar, sendo eles: a família nuclear, a junção de várias famílias nucleares, formando uma só família e a família composta por parentes e compadres, sem que haja laço consanguíneo.

A família pode ser compreendida como um conjunto de pessoas unidas por laços sanguíneos ou resultantes da intimidade que habitam o mesmo espaço físico e partilham das suas construções e influências no convívio social (REBELO, 2011; PETRINI, 2009; BARROS, 1987). Isto é, “um grupo social formado por pessoas que vivem juntas por um determinado tempo e que possuem laços determinados por parentesco, matrimônio ou relações afetivas” (HERÉDIAI; CASARA; CORTELLETTI, 2007, p.12). Segundo a OMS (1994), é importante não limitar o conceito de família pelos laços de sangue, pela união matrimonial ou parceria sexual, pois um grupo que mantém suas relações em confiança e suporte mútuo deve ser entendido como uma família.

O termo família deriva do latim *famulus* e significa o conjunto de servos dependentes de um senhor, uma expressão criada pelos romanos para indicar uma nova organização social após a incorporação da escravidão na agricultura (BILAC, 1995; ROCHA-COUTINHO, 2006). E segundo Romanelli (1995) pode ser justificada pela importância que a instituição familiar possui em organizar os seus membros e conduzi-los a uma socialização, principalmente na difusão de condutas, normas e valores que guiarão os indivíduos na sociedade. Para Halbwachs (2004) não importa se a forma como se passa a fazer parte do grupo foi o nascimento ou o matrimônio, os costumes e valores adotados não são do sujeito individual, mas serão sempre os que já existiam no grupo.

A família compreendida como instituição social básica consiste na organização de pessoas em torno de objetivos, normas, costumes e necessidades humanas comuns referentes a uma determinada cultura e época (CIPE, 2002; GUERREIRO, 2011).

Para Carvalho (2002, p.93):

De fato, a família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos. Independentemente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais.

As mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos e na maneira como eles ocupam os lugares passam a refletir no interior da família e em todo mundo social (MELLO, 1995). Neste sentido, as pesquisas sobre arranjos familiares vêm demonstrando cada vez mais a pluralidade existente em suas formas de organização e estruturas de sociabilização vigentes em seu interior (ROMANELLI, 1995; MARTINS, 2013).

Segundo Ferrari e Kaloustian (2002) as modificações ocorridas na estruturação e na forma como a família passou a se organizar não permitem que sejam feitas referências a um modelo único ou ideal de família. A família, na verdade, “se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares” (FERRARI; KALOUSTIAN, 2002, p.14).

Para Sarti (2000, p.39) “a família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, e as mudanças atingem de modo diverso cada uma destas relações e cada uma das partes da relação”. A organização desse universo de relações ocorre através do que Minuchin (1982) define como um conjunto invisível de exigências funcionais. Para o autor, a família equivale a um sistema operado por padrões que não só determinam as relações, mas simultaneamente mantém o sistema. Para o autor, caracterizar a família como

um sistema aberto permite perceber como há interação dos subsistemas que a compõe e que a sua finalidade é assentir o desenvolvimento e a transmissão de valores que lhes são próprios, e com isso promover o bem-estar do grupo.

A família é tida, portanto, como uma construção social, pois constitui um modo de agir e pensar coletivo que se modificou à medida que o funcionamento e a organização da sociedade também foi se transformando (SILVA, 2001; DIAS, 2011). De acordo com Relvas (2006), o desenvolvimento da família ocorre a partir da interação dos membros e da forma como lidam com as transições, ou seja, são os modos de enfrentamento que determinam o desenvolvimento familiar. Sendo assim, o contexto e o momento histórico são determinantes no processo de mobilidade em que a instituição familiar está inserida, pois a mudança social sempre estará direcionada da maior unidade para a menor, ou seja, da sociedade para a família (OLIVEIRA, 2009; MINUCHIN, 1982).

De acordo com Ramos:

A família constitui um todo social com características e necessidades próprias, inserida e influenciada por um sistema vasto de interações sociais alargadas à comunidade e à sociedade e pelas redes sociais e informais (RAMOS, 2005, p.211).

Em decorrência de tais influências é que podemos observar desde o fim da Segunda Guerra Mundial e de modo especial, nos últimos trinta anos, como as famílias passaram por modificações mesmo na Europa e no ocidente de forma geral (PEDROSO; BRANCO, 2008). As organizações e padrões familiares diversos ao longo das épocas integraram e compuseram sua própria história (SZYMANSKI, 1995).

Segundo Aries (1975), a concepção de família até o século XV era bem diferente do que vemos hoje. De acordo com o autor, neste período histórico a família fundava-se em: “uma realidade moral e social, mais do que sentimental. A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem” (ARIÈS, 1975, p.231).

A estrutura da sociedade familiar até o século XVII fundamentou-se no privilégio concedido ao filho primogênito. Esta concepção norteava a defesa do patrimônio, mas foi a partir do movimento gradual de respeito e igualdade entre os filhos que a família começou a se aproximar do modelo sentimental que observamos na modernidade. Ao longo dos séculos a família deixou de ser apenas uma instituição do direito privado que tinha a função de

transmitir um nome e bens, “para assumir uma função moral e espiritual, passando a formar corpos e as almas” (Aries, 1981, p. 277).

A organização e o conceito de família estiveram, durante muito tempo, restritos aos nobres, burgueses e artesãos ou lavradores ricos. Foi a partir da influência de instituições como a escola e a igreja que o seu sentido passou a ser valorizado e a sua organização pautada em um modelo nuclear burguês foi se instaurando (ARIÈS, 1981). A imagem de família ideal composta por pai, mãe e crianças representa o modelo da família nuclear burguesa, e qualquer distanciamento dessa realidade era visto como deficiente ou desestruturado, já que não era atribuído valor à qualidade das relações, mas sim à existência de um paradigma de organização. Sendo assim, a aceitação do modelo da família burguesa como uma norma e não como um modelo historicamente construído implicou na consequente aceitação de seus padrões, valores e crenças (SZYMANSKI, 1995).

De acordo com Romanelli (1995), estes padrões estiveram pautados em uma estrutura hierarquizada onde o pai/marido exerce a função de maior autoridade, a divisão sexual do trabalho é uma condição rígida de separação das tarefas masculinas das femininas; controle da sexualidade feminina pela moral sexual. Esta estrutura de organização não se mantinha restrita ao ambiente doméstico, desempenhava uma espécie de modelo de condutas para a convivência em toda a sociedade. Contudo, é necessário ressaltar que apesar deste paradigma imposto como ideal de família representar uma maioria, outros tipos de organização e arranjos familiares eram evidentes na época, apesar de pouco considerados.

Desta forma, as transformações que vem ocorrendo na família ao longo dos anos estão vinculadas a uma cadeia de acontecimentos resultantes de mudanças sociais, culturais e econômicas, que coincidentemente reestruturam a dinâmica familiar e sua interação com a sociedade, principalmente porque tais mudanças atingem valores que estiveram tradicionalmente atrelados ao conceito padrão de família (SILVA, 2013; VILLA, 2012). Entretanto, apesar das modificações representarem uma nova forma de expressão da família, os resquícios do modelo patriarcal perduram até os dias atuais (OLIVEIRA, 2009).

Concepções herdadas do século XIX centradas no matrimônio e no modelo de família nuclear são ainda presentes no imaginário social, embora tenham passado por mudanças. Aumentaram as separações, os jovens casam-se cada vez mais tarde, as famílias reconstituídas e as famílias monoparentais e as chefiadas por mulheres também cresceram em número e visibilidade; mudaram também as relações, tanto entre o casal, quanto entre pais e filhos. Todos estes aspectos desafiam a família moderna quantos aos moldes e limites que lhes foram pré-estabelecidos (BERQUÓ, 1998; PETRINI, 2005; PEDROSO; BRANCO, 2008).

Nesse sentido, Szymanski (1995) afirma que o mundo familiar pode promover diversas interpretações e produzir “teorias” incompletas ou imprecisas acerca deste mundo particular de relações. À vista disso, a autora propõe pensar a sistematização da análise da família a partir do que ela nomeia por “teorias”. Por “teorias”, Szymanski compreende a investigação dos papéis no desenvolvimento dos modelos de família. Assim, a autora sugere a existência da família pensada e da família vivida, dois conceitos importantes na compreensão e interpretação das transformações ocorridas na organização familiar. Segundo a autora, a família pensada consiste em:

Uma união exclusiva de um homem e uma mulher, que se inicia por amor, com a esperança de que o destino lhes seja favorável e que ela seja definitiva. Um compromisso de acolhimento e cuidado para com as pessoas envolvidas e expectativa de dar e receber afeto, principalmente em relação aos filhos. Isto, dentro de uma ordem e hierarquia estabelecida num contexto patriarcal de autoridade máxima que deve ser obedecida, a partir do modelo pai-mãe-filhos estável (GOMES, 1988; SZYMANSKI, 1995, p. 25).

Já a família vivida, surge da observação do cotidiano e pode ser descrita como:

Um grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecerem nesse contexto (GOMES, 2008; SZYMANSKI, 1995, p. 26).

Althoff (2001) retomando o pensamento de Minuchin, considera que a família seja um sistema, pois é por meio de sua constituição que se dão as fronteiras com a sociedade de forma geral, formando, portanto, um “subsistema da comunidade”. Cervený e Berthoud (2002) e Falcão (2006) ratificam esta noção e acrescentam que os sujeitos que compõem o grupo familiar poderiam ser considerados cada um, um sistema dentro de sistemas maiores, sendo eles a família e a própria sociedade. Logo, cada pessoa é considerada uma unidade social de um sistema dinâmico que desempenha funções significativas de afeto, socialização, educação e reprodução (DIAS, 2011).

É na família que as relações se estabelecem e ao indivíduo é ofertada a condição de construção, desenvolvimento e realização enquanto ser social (HERÉDIAI; CASARA; CORTELLETTI, 2007). Por isto, torna-se indispensável considerar as subjetividades que são próprias dos indivíduos que compõe este grupo.

Considerando as mudanças sociais e seus impactos na família moderna conforme apontamos anteriormente, podemos observar que a reorganização da instituição familiar

comumente tem sido direcionada por uma nova definição de funções, pelas mudanças nas relações de gênero, pela inserção da mulher no mercado de trabalho, pela redução das taxas de fecundidade e controle das taxas de natalidade e por uma inclinação cada vez maior de arranjos familiares multigeracionais (HERÉDIAI; CASARA; CORTELLETTI, 2007; SILVA et al., 2014).

Ao analisar as adaptações e reorganizações que as famílias adotam diante das necessidades, fica evidente como as relações familiares possuem mais que uma funcionalidade, são regidas por uma ordem simbólica (SARTI, 1995). Afinal, tais relações são permeadas pela solidariedade e pela afetividade, mas também fortemente influenciadas por uma carga cultural, moral e ética (DUARTE, 2001; FERNANDES, 2008).

Petrini (2009) assegura que a família representa um requisito do processo de humanização, de grande significação, pois media as relações e reproduz valores e costumes, que inclusive, estão intimamente envolvidos no processo de reciprocidade e solidariedade que ela condiciona. As funções da família são estabelecidas, portanto, a partir de tais propriedades e estão centradas, principalmente na noção de parentalidade que envolve os seus membros (PASSOS, 2005; PETRINI, 2009).

Segundo Sarti:

Pensar a família como uma realidade que se constitui pelo discurso sobre si própria, internalizado pelos sujeitos, é uma forma de buscar uma definição que não se antecipe à realidade da família, mas que nos permita pensar como a família constrói, ela mesma, sua noção de si, supondo evidentemente que isso se faz em cultura, dentro, portanto, dos parâmetros coletivos do tempo e do espaço em que vivemos, que ordenam as relações de parentesco (entre irmãos, entre pais e filhos e entre marido e mulher (SARTI, 2004, p.14).

É na família que os indivíduos buscam proteção, organizando-se para o enfrentamento das ansiedades, adversidades e das necessidades, sejam elas humanas ou sociais (MANDELBAUM, 2012; KALOUSTIAN, 1993). O significado atribuído às relações familiares/humanas revela-se a partir dos vínculos afetivos construídos ao longo da vida. E a capacidade de desenvolver vínculos só é possível pela experiência (HERÉDIAI; CASARA; CORTELLETTI, 2007). Sendo assim, a família pode ser descrita como o grupo social que de maneira concreta, viabiliza o vínculo (SARTI, 1995).

O vínculo é um conceito da psicologia social que define uma relação particular constituída por uma estrutura dinâmica que envolve o sujeito e o objeto, e é movida por fatores instintivos ou por motivações psicológicas. O vínculo é sempre um vínculo social e

resulta em uma conduta padrão que tende a repetir-se automaticamente, tanto na relação interna como na relação externa com o outro (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Para Herédia, Casara e Cortelletti (2007), o vínculo é uma relação que permaneceu, pois é próprio do ser humano em sua multiplicidade e a partir de suas necessidades evidenciar a tendência de busca por vínculos que sejam confiáveis. E Vieira (2003, p.45) certifica isso, ao afirmar que:

Os vínculos criados pelo indivíduo carregam em si uma forte relação com o que ele tem de mais íntimo e o que mais quer preservar: a sua autonomia e o senso de controle sobre sua vida e suas escolhas. Essa autonomia não se refere exclusivamente à capacidade ou habilidade de a pessoa determinar a própria vida, mas a um direito de exercê-la da melhor forma possível, assumindo, inclusive, os riscos decorrentes dessas escolhas.

Tendo em vista o vínculo estabelecido a partir das relações e a duração destas Cerveny e Berthoud (2002) asseguram que o sistema familiar é tido como o mais importante na vida dos indivíduos, e Ferrari e Kaloustian (1994, p.12) o consideram como “espaço indispensável para a garantia da sobrevivência”.

Falcão (2006) corrobora com o trabalho de Beavers e Hampson (1995) discutindo a importância do sistema familiar na saúde dos indivíduos, e retoma seus achados ao ressaltar que para atender as necessidades de seus membros, a família não necessita corresponder a um modelo de família tradicional, mas sim, de pessoas comprometidas que compartilhem seus significados. Retomando o conceito de família vivida proposto anteriormente, José Filho (2007, p.142) afirma:

É preciso levar em conta a família vivida e não a idealizada, ou seja, aquela na qual se observam diversas formas de organização e de ligações e na qual as estratégias relacionadas à sobrevivência muitas vezes se sobrepõem aos laços de parentesco.

Diante do que já foi discutido, passamos a refletir sobre o valor do vínculo familiar para o idoso. Éclea Bosi (1994) já atentava para força de coesão que existe na família. A autora defende que nenhuma outra instituição social delimita tão bem o lugar do indivíduo como na família. Muitas situações como profissão, endereço ou mesmo o estado civil podem ser modificadas, mas o vínculo que une uma pessoa à sua família é definitivo.

Na qualidade de grupo, a família torna-se responsável pelo enfrentamento dos problemas relacionados aos seus membros, especialmente quando estes envelhecem (BERQUÓ, 1998). A família atua, portanto, como a principal fonte de apoio aos idosos

(CAMARANO, 2004; CARLETO; SANTANA, 2017; AREOSA; BENITEZ; WICHMAN, 2012; ARAÚJO et al., 2012). E comumente se reorganiza “na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de conflito cooperativo, onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais” (CAMARANO, 2004, p. 137).

As relações interpessoais na família são conduzidas e mantidas por meio dos papéis estabelecidos e pela consolidação dos vínculos (HERÉDIAI; CASARA; CORTELLETTI, 2007). Para Goldani, (1989) a organização familiar não está mais firmada em normas impostas, mas principalmente pela concordância do grupo em optar pela convivência. Como afirma em:

A família não é mais vista como organizada por normas “dadas”, mas sim, fruto de contínuas negociações e acordos entre seus membros, e nesse sentido sua duração no tempo depende da duração de acordos. Consequentemente como são frutos de escolhas individuais e negociações interindividuais, as vidas familiares serão cada vez mais idiossincráticas e fluídas (GOLDANI, 1989, p.37).

Assim, a família pode ser compreendida a partir de uma forma de viver a vida, relacionando o conceito de parentesco sem se confundir com ele. Segundo Sarti (1995) “o parentesco é uma estrutura formal que resulta da combinação de três tipos de relações básicas: a relação de consanguinidade entre irmãos; a relação de descendência entre pai e filho e mãe e filho” (SARTI, 1995, p. 41). Assim sendo, a família representa um grupo de pessoas que unidas por parentesco ou empatia, determinam os próprios códigos que regem as suas relações (BARROS, 1987).

Petrini (2009) defende que a instituição familiar constitui o recurso de apoio em diversos aspectos da existência humana, pois neste espaço as experiências têm longa duração e as relações entre gerações e a fraternidade resultantes da paternidade ou maternidade se dão livremente. Donati (2008) identifica tais relações como bens relacionais, aqueles que derivam de laços próximos e são sustentados pelos vínculos afetivos e apoio mútuo. Assim, a vida é permeada por relações sociais nos grupos aos quais pertencemos, especialmente na família, e esta é uma condição fundamental para a nossa sobrevivência.

Segundo Gunther (2009), em cada fase da vida, seja na infância ou na velhice, estamos inseridos em um meio em que as ações sociais sofrem influência mútua dos outros sobre nós e de nós sobre os outros, e é dessa forma que aprendemos a nos relacionar, trocar afetos e construir identidades.

A família contemporânea tem promovido um espaço de convivência intergeracional de até quatro gerações na mesma residência, resultante das mudanças de papéis e do processo de longevidade (ARAÚJO et al., 2012). Conforme envelhecemos vemos a família se modificar e as funções de cada membro também passam por mudanças. Muitas vezes o idoso passa a reconhecer a família como filhos, netos, bisnetos e demais parentes mais jovens, pela relação de dependência que agora parte dele (ZIMERMAN, 2000).

Sem a participação da família a sociedade entraria em colapso, pois a sua atuação direta na atenção e auxílio aos possíveis problemas de saúde que tendem a reduzir a autonomia do idoso caracteriza-se como o maior recurso humano e social disponível (PETRINI, 2009). A instituição familiar passa a ser um elemento fundamental de apoio aos idosos, assumindo a responsabilidade de cuidado da melhor forma e gerando menores custos à sociedade. Nesse sentido, será abordado a seguir como as famílias desenvolvem estes modelos de cuidado assumidos tanto no Brasil, quanto em Portugal.

O modelo de cuidado brasileiro

A necessidade de auxílio em atividades diárias antes realizadas com destreza e facilidade pode ser justificada pelo próprio processo de envelhecimento. Modificações corporais advindas com o envelhecer, como o declínio da função muscular, fragilidades, risco aumentado de quedas e outras tantas, intimamente influenciadas pelo estabelecimento das enfermidades tendem a dificultar a rotina do idoso e reduzir a sua capacidade funcional (ARAÚJO; SÁ; AMARAL, 2011; TORRES et al., 2012).

Segundo Ramos (2000) o envelhecimento pode ser observado a partir de três componentes que compreendem três tipos de idade. A primeira, a idade biológica mede as capacidades funcionais e os limites dos sistemas orgânicos que ao longo do tempo perdem sua capacidade de autorregulação e adaptação; a idade social é a segunda e diz respeito aos espaços e aos hábitos que o indivíduo desenvolve na sociedade; e a terceira é a idade psicológica que se refere à capacidade comportamental que o indivíduo possui.

No Brasil esta é uma realidade cada vez mais comum, tendo em vista que os estudos comprovam como a dependência funcional tem sido crescente entre idosos, apresentando, por vezes, variações no grau de dependência entre as atividades (BARBOSA et al., 2014; SANTOS; PAVARINI, 2010; FREITAS et al., 2012).

Desta forma, a capacidade funcional é um importante marcador do bem-estar e da saúde dos idosos e diz respeito à condição que o indivíduo possui para realizar as suas atividades de vida diária. Estas atividades são divididas em atividades básicas, que estão relacionadas principalmente ao autocuidado nos afazeres como: realizar higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, preparar refeições; e em atividades instrumentais, que correspondem às tarefas que necessitam de maior coordenação e envolvimento social, tais como: controlar as finanças, usar transporte coletivo, tomar as medicações e usar o telefone (TORRES et al., 2012; REIS et al., 2015; RIBEIRO, et al., 2013; FRANK; RODRIGUES, 2016).

Para compreender melhor a noção de funcionalidade é necessária apontar dois conceitos importantes que, apesar de conexos, não são sinônimos: autonomia e independência. A autonomia expressa a liberdade do indivíduo em agir e tomar decisões, já a independência perpassa pela habilidade de executar as ações de maneira independente (ANSAI; SERÁ, 2013; OMS, 2005). Ambos têm implicações na funcionalidade, entretanto, afetam o indivíduo de maneiras distintas. Enquanto as perdas cognitivas podem comprometer a autonomia e a independência do idoso, as limitações físicas não atingem sua capacidade de decisão, assim, nem todo idoso dependente perde sua autonomia.

O comprometimento da capacidade funcional estabelece ao idoso a necessidade de alguém que esteja presente para auxiliá-lo nas atividades ou supervisionar a realização das mesmas, e comumente os agentes que desenvolvem esta ação de cuidado são os próprios familiares visto que a família busca novas dinâmicas de organização e negociação na tentativa de oferecer suficientemente o cuidado ao idoso (SILVA et al., 2014; MEIRA et al., 2015).

Mello (1995) ratifica que a família está no centro da rede mútua de auxílio e as pesquisas realizadas com a temática demonstram que a coresidência constitui uma estratégia que pode beneficiar tanto os idosos, quanto outros membros familiares (MEIRA et al., 2015; PEDRAZZI et al., 2010; HERÉDIAI et al., 2007). No Brasil, a coresidência é uma alternativa muito utilizada e usualmente mostra-se próxima das questões financeiras e dos casos de agravos à saúde do idoso ou falecimento do cônjuge, em que filhos adultos assumem a responsabilidade pelos pais idosos e assim exercem um tipo de ajuda mútua (SILVA et al., 2014; PEDRAZZI et al., 2010).

Camarano et al. (2004) indicam dois tipos de arranjos familiares: as famílias de idosos, em que estes, exercem o papel de chefia e, na maioria das vezes, são autônomos; e as famílias com idosos, onde estes estão mais vulneráveis e requerendo cuidados. Em ambas a contribuição da renda dos idosos representa um importante recurso para o orçamento familiar.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2010 confirmam esta realidade e apresentam o que pode ser chamado de novo papel do idoso na sociedade. Segundo o PNAD 37% dos idosos chefiavam os domicílios no país em 1980. Em 1990 essa participação cresceu para 47,2% e no ano de 2007 alcançou a marca dos 53%, em que mais da metade da renda do lar era fornecida pelo idoso (IBGE, 2010).

Há outro aspecto importante referido pelos estudos quanto aos lares de/com idosos que tem grande influência nos relacionamentos, a sua característica multigeracional. Tarallo (2016) realizou revisão sistemática a respeito das relações entre avós e netos e concluiu como a coabitação intergeracional pode beneficiar tanto as gerações mais jovens quanto as mais velhas, seja pelo compartilhamento de recursos ou de cuidados domésticos. Para Aersa et al. (2012) a convivência de mais de uma geração no mesmo ambiente físico pode proporcionar o desenvolvimento de um sentimento de reciprocidade. Entretanto, também há na literatura estudos que apontam como o convívio de várias gerações pode afetar a qualidade das relações e até mesmo agir como um fator desencadeador de conflitos (TEIGA, 2012; RODRIGUES et al., 2017; MARTÍN et al., 2005; FLORÊNCIO et al., 2007).

A solidariedade familiar é apontada como uma característica que permite trocas intergeracionais de cuidado a partir do nível de coesão dos membros. Em algumas famílias estas transferências de ajuda funcionarão melhor que em outras, pois seu desempenho aproxima-se da qualidade das redes que foram construídas durante a vida (LEMOS, 2013; GUERRA et al., 2017). Ou seja, a convivência intergeracional pode atuar como um fator positivo ou negativo tendo em vista a conjuntura em que foi concebida, se sustentada a partir de alianças e solidariedade ou de exclusão e conflitos (TARALLO, 2016; RABELO; NERI, 2015).

A existência de uma forte herança cultural que caracteriza a família como a principal fonte de suporte a ser recorrida em situações de dificuldades ou enfermidades, compele aos familiares uma atuação protetora de seus entes, pois espera-se da instituição família um posicionamento de solidariedade (SOUZA et al., 2014; REIS; TRAD, 2015).

Assim, a decisão de formar um novo arranjo familiar não parte de uma determinação afetiva e puramente individual do idoso ou da família, mas é, na verdade, intensamente influenciada por fatores culturais, históricos, políticos e sociais (MELO et al., 2016; MELLO, 1995). A própria conformação deste arranjo perpassa por questões complexas que envolvem as relações familiares, os vínculos e a herança de uma responsabilidade em cuidar dos familiares mais idosos, em função disso, a concepção de família torna-se um princípio importante neste universo (SANTOS, 2010).

De acordo com Pereira (2012) e Sequeira (2014) as relações intergeracionais na família acontecem a partir de três domínios que funcionam de maneira complementar, sendo eles os domínios afetivo, normativo e instrumental. O domínio afetivo corresponde aos afetos dados ao longo da vida; o domínio normativo está relacionado aos valores, costumes e regras que são compartilhados por seus membros; e o domínio instrumental diz respeito ao suporte exercido pela instituição familiar, seja como apoio econômico ou mesmo na realização de afazeres domésticos e dispensa de cuidado.

A família tida como um segmento organizacional dos seres humanos funciona também como um objeto ideológico e um estereótipo que potencializa certos tipos de controle social e subordinação de seus membros. Entretanto, a existência de uma estrutura organizacional não garante, necessariamente, qualidade nas relações. É possível encontrarmos famílias com a mesma composição, mas com disposições diferentes (OLIVEIRA, 2009; GRACIA; MUSITO, 2000).

Em estudo com cuidadores familiares de idosos dependentes da cidade de Londrina, Manoel et al. (2013) notaram que a família nem sempre esteve organizada para assumir o papel de cuidadora, e que à medida que as dificuldades foram sendo percebidas, a organização integrada dos membros foram acontecendo. O estudo concluiu também que as relações desenvolvidas ao longo da vida podem ser determinantes na qualidade das interações após o estabelecimento da doença, pois assim como afirmam os autores, “no cotidiano familiar, as relações se configuram de acordo com o ciclo de vida, sendo o palco da existência individual e coletiva das pessoas que convivem perante determinada facticidade do viver em família” (p.349).

Na prática o familiar torna-se um cuidador sem que haja planejamento prévio. A literatura aponta para um consenso velado entre os familiares, em que filhos (as), cônjuges, irmãos (as) e cunhados (as) são intimados a assumir a tal papel (SANTOS, 2010). Isto é, a escolha e as funções vão sendo atribuídas conforme a posição que o familiar assume na família e suas habilidades diante das características da doença. Tais decisões são decorrentes de uma hierarquia pré-estabelecida culturalmente (MANOEL et al., 2013; BRAZ; CIOSAK, 2009).

Cattani e Girardon-Perlini (2004) ao referenciarem a obra de Mendes (1995) apontaram a centralidade da designação do cuidador a partir de quatro regras: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva. Corroborando com as autoras, Oliveira et al. (2012) realizaram um levantamento bibliográfico acerca de problemáticas do envelhecimento e demonstraram os motivos que levam a família a eleger um de seus membros

como cuidador principal. Os trabalhos identificados revelaram como principais fatores o conformismo, o compromisso, a imposição moral e religiosa e as questões financeiras e de gênero (BRAZ, CIOSEK, 2009; GONÇALVES et al., 2006; MAZZA; LEFEVRE, 2005).

Os cônjuges e os filhos são os principais parentes a assumirem o cuidado dos seus entes idosos. Os cônjuges atribuem as responsabilidades pela proximidade e pela aliança selada com o matrimônio, sendo para eles uma obrigação cuidar do seu/sua companheiro (a). Já na relação com os filhos, e neste caso principalmente as filhas, que representam uma maioria expressiva, prevalecem as convenções de piedade filial, gratidão e obrigação de devolver o cuidado recebido na infância (SANTOS, 2010; COSTA, 2012; MANOEL et al., 2013).

A femininização do cuidado é a principal característica apontada pela literatura. Diversas investigações com cuidadores informais apresentam em seus resultados essa realidade (ALMEIDA et al., 2018; FERNANDES et al., 2018; VAZ et al., 2018). As mulheres representam uma maioria expressiva na responsabilidade dos cuidados, isto porque há uma inclinação para imputar às mulheres a função de cuidadora que vem sendo transmitida através do tempo.

Os afazeres do lar, o cuidado dos filhos e do esposo sempre foram tarefas diretamente relacionadas às mulheres, instituídas como seu grande papel social (ALMEIDA et al., 2018; GRATÃO et al., 2013; VIEIRA et al., 2011). Segundo Hirata e Kergoat (2007) sempre houve uma divisão sexual do trabalho alicerçada nas relações sociais entre os sexos. As autoras elucidam como as relações entre os sexos foram determinantes na construção do pensamento em torno da temática. A divisão sexual do trabalho fomentou a tradição do modelo de separação de papéis, em que homens e mulheres têm funções diferentes na organização familiar.

O trabalho doméstico como atividade não remunerada fundamentado na divisão sexual do trabalho, permeia a construção social do cuidado à medida que fortalece as bases materiais e ideológicas (KERGOAT, 2009; GÓMEZ, 2010). O cuidado é delineado, portanto, em torno da feminilidade e do ambiente familiar. Essas são duas características importantes que podem justificar o fato de ser uma atividade, por vezes, desvalorizada e estigmatizada (CARRASCO, 2001; BANDEIRA, 2009).

Entretanto, a atribuição de um cuidador familiar consiste em uma tarefa árdua que pode resultar em sobrecarga e até mesmo em algum tipo de crise familiar (MANOEL et al., 2013). Diversas pesquisas apontam quanto o cuidado familiar de idosos caracteriza-se como uma função complexa que exige não só o domínio para desempenhar as tarefas de natureza

diversas, como também exige do indivíduo bom senso e controle emocional (SANTOS, 2010; PAVARINI; NERI, 2000; ANDRADE, 2001; ALVAREZ, 2001; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Para Alvarez (2001) a complexidade do cuidado pode variar de acordo com a capacidade de aprendizado que os cuidadores têm diante das rotinas e tarefas, bem como da interação com o idoso no sentido de incentivar a sua participação no processo. Além disso, é somente através da experiência como cuidador que os familiares conseguem realmente compreender o significado de tal função, reconhecendo seus limites pessoais por estarem constantemente imersos em um processo de autoavaliação (SANTOS, 2010).

Neste processo multifacetado, que envolve tantas vertentes, responsabilidades, cobranças e dependências, o cenário familiar tem cada vez mais revelado os indícios de sobrecarga que vão sendo estabelecidos à proporção que as necessidades de cuidado e a dinâmica familiar vão se alterando (SANTOS, 2010). Sendo assim, a funcionalidade familiar passa a ser uma questão decisiva tanto na qualidade do cuidado prestado, quanto nas relações estabelecidas entre os seus membros.

Silva et al. (2014) reiteram a importância de conhecer a funcionalidade nas famílias que cuidam de idosos, tendo em vista que a sua dinâmica se configura como parte essencial do cuidado. Afinal, as famílias nem sempre encontram orientação e suporte necessário para desempenhar tal função (SANTOS; PAVARINI, 2012).

Szymansk (2004) propõe o conceito de funcionalidade familiar a partir do modo como a família é capaz de cumprir as suas funções de maneira organizada e realista, sem afetar a identidade e a predisposição de seus membros. O grupo familiar configura-se como uma unidade de cuidados, e passa a ser considerado funcional sempre que consegue manter a capacidade de gerir os conflitos e as adversidades (OLIVEIRA; SANTOS; PAVARINI, 2014).

Sendo assim, a forma como as relações ocorrem é o fator condicional para a classificação da família em funcional e disfuncional. No sistema familiar funcional os seus membros buscam solucionar as adversidades com recursos próprios de maneira adequada, já os sistemas familiares disfuncionais são aqueles em que o bem-estar particular é privilegiado e não há um interesse e uma dinâmica para manutenção dos papéis (BRASIL, 2006). Muitas das transformações que ocorreram na organização familiar a partir da metade do século XX e início do século XXI como, por exemplo, o aumento da expectativa de vida, e o convívio de várias gerações no mesmo espaço físico, podem justificar a afirmação da individualidade cada

vez mais presente nas relações familiares e na designação dos papéis entre seus membros (OLIVEIRA, 2009; DUARTE, 2001).

Segundo Vieira (2003) alcançar a harmonia familiar diante dos impasses e necessidades impostas pela dependência não é algo simples. Ademais, pesquisas asseguram que nem sempre a adaptabilidade implica em ausência dos conflitos (MELLO, 1995; SANTOS 2010). Silva e França (2013) explicitam que a dependência e a fragilidade são elementos que favorecem a vulnerabilidade e podem fortuitamente resultar em situações de estresse e conflito, e conseqüentemente na ocorrência da violência.

No trabalho de Santos (2010) a autora demonstrou como os conflitos afetam o convívio dos idosos e dos cuidadores, principalmente em decorrência de dificuldades relacionadas à enfermidade e ao doente, tais como escolha e adesão ao tratamento e a própria escolha do cuidador. Carneiro e França (2011) investigaram a existência de conflitos entre idosos e seus cuidadores a partir da perspectiva de 100 cuidadores no estado do Rio de Janeiro. As autoras propuseram a validação de um instrumento denominado Escala de Frequência de Conflitos Percebidos entre o Cuidador e o Idoso (ECPCI), que buscava conhecer os fatores que influenciavam a existência e a frequência de conflitos. Os resultados evidenciaram que os conflitos são considerados razoavelmente frequentes e estão associados ao cotidiano do cuidado, principalmente no que se refere ao criticismo ao cuidador. Dentre as críticas apontadas o estudo citou a não aceitação do idoso em ser cuidado por aquela pessoa.

Muitas pesquisas desenvolvidas na área do envelhecimento ressaltam que grande parte dos conflitos resultantes em violência esteve associada às divergências intergeracionais. A dificuldade de adaptação na convivência, as rupturas nas relações e no estilo de vida são condições que o idoso experimenta e que afetam não só a ele, mas também os que estão à sua volta (SOUZA et al, 2004; SILVA; FRANÇA, 2013). Afinal, os relacionamentos são fortemente carregados de ambigüidades e nem sempre pares como o afeto/dedicação, respeito/dominação são desenvolvidos na mesma proporção para quem os vivenciam (MOTTA, 2006).

Nesse sentido, a autora reitera que por ser um espaço social, a família abarca uma variedade de emoções e ânimos que lhes são próprias e que caracterizam o envolvimento de seus membros.

A família é também o lugar social dos afetos radicais – onde as relações são quase simbióticas, as afeições mais doces e os embates entre os sexos/gêneros e as gerações podem ser mais dolorosos. Onde se encontram os modelos de sentimentos em estado mais depurado: os amores, as

aceitações ilimitadas, as mais fundas solidariedades; ou as rejeições mais chocantes, os conflitos cotidianizados, ressentimentos “inexplicáveis” e ódios. Explícitos ou recalcados (MOTTA, 1988, p.71).

Neri et al. (2006) assinalaram a importância das relações na rotina do cuidado, quando apresentaram em sua pesquisa com cuidadores as lembranças ruins do relacionamento com o idoso, mesmo antes de tornar-se um cuidador. Os autores demonstraram que tais lembranças suscitavam sentimentos negativos e influenciavam na relação atual e nos conflitos. Esta premissa também foi descrita por outros estudos, cuja discussão esteve centrada na transmissão intergeracional do comportamento violento (DIAS, 2005; FALEIROS, 2013; SILVA; DIAS, 2016; RAMOS, 2005).

Muitos estudos destacaram como os conflitos e a própria disfuncionalidade representam fatores de risco para a violência sobre os idosos (SILVA; COSTA, 2015; ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012; BERNARDO, 2005; MINAYO, 2005; CARVALHO, 2013; SILVA; DIAS, 2016).

Para Abath:

As famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a ser violentas. Independentemente de o agressor ser ou não um parente, a qualidade da relação entre ele e o idoso depende de crenças, valores e concepções sobre a velhice e o cuidado (ABATH et al., 2012, p. 311).

Assim, destaca-se a importância da discussão em torno da funcionalidade familiar diante do modelo de cuidado que vem sendo difundido e reproduzido ao longo de gerações. A responsabilização da família pela assistência dos seus entes, principalmente idosos, perpassa por contextos históricos e culturais importantes que refletem o direcionamento dado ao cuidado.

Contudo, a idealização construída com base na atuação moral e religiosa sobre as práticas do cuidado não elimina as dificuldades e enfrentamentos negativos ligados a sua responsabilização. O modo como as necessidades de cuidado e o próprio cuidado se estabelece nem sempre estão na mesma sincronia, o que acaba por evidenciar os conflitos.

O modelo de cuidado português

Diante das limitações impostas pela realidade do comprometimento funcional o idoso comumente apresenta uma tendência ao isolamento e esta circunstância pode aumentar a sua

condição de dependência. Tendo em vista que as funções laborais e os espaços antes frequentados deixam de fazer parte da rotina do idoso, o domicílio passa a ser o seu espaço de permanência (MARTINS, 2006). Além disso, com o crescente número de idosos na sociedade e o alargamento dos anos de vida, o enfrentamento da dependência tornou-se uma realidade cada vez mais comum em todo o mundo, estabelecendo a necessidade de discussão e alteração das estruturas de serviços voltadas à pessoa idosa (MARTIN; LETRA, 2012).

Investigações apontam a França como o país europeu com maior número de idosos dependentes nas atividades diárias e a Irlanda como o de menor índice (BARBOSA et al., 2014). Já em Portugal, o índice de dependência dos idosos saltou de 24,4% em 2001 para 32,9% em 2017 (PORDATA, 2018).

À vista disso, Fernandes (1997) aponta como foi necessária a instituição de políticas direcionadas especificadamente à população idosa, no intuito de gerir o que era denominado de problema social da velhice. Medidas que promovessem a articulação entre a sociedade e o Estado e até mesmo outras instâncias passaram a ser consideradas para a implementação das políticas de velhice, que segundo a autora atuam como “formas de articulação entre as pressões resultantes de uma certa dinâmica social e o Estado... o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade” (FERNANDES, 1997, p. 25).

Conforme aponta Dias (2015), à velhice foi atribuído um sentido patológico que norteou as práticas e os discursos até os anos de 1980. Tal construção interviu na maneira como a sociedade passou a refletir e ajuizar esta fase, pois segundo a autora “esses discursos eram marcados pela biomedicalização da velhice que consiste em encarar a velhice como uma espécie de doença. Esta noção reduz a construção social e a práxis do envelhecimento a um problema médico” (DIAS, 2015, p. 65).

O silenciamento em torno da velhice perdurou por muitos anos. De acordo com Fernandes (1997) a velhice invisível era uma realidade típica do século XIX e início do século XX e esta é uma característica justificada pelo fato da resolução dos problemas e das questões relacionadas com o envelhecer na época tipificarem condições privadas e individualizadas. Ser velho consistia em uma obrigação do patrimônio familiar, por isso a velhice permanecia reservada ao ambiente doméstico e invisível. Em circunstâncias contrárias, a velhice ficava então desprotegida e assumia um caráter de necessidade e pobreza, em que a possibilidade de auxílio possuía uma origem caritativa. Foi a partir da discussão do problema social e das políticas de velhice, com destaque para o direito à aposentadoria, que se passou à fase da velhice identificada, conceito de Anne-Marie Guillemard citado por Fernandes (1997).

Assim, é deslocada da família a centralidade da manutenção da saúde e do bem-estar dos seus membros idosos e direcionada para redes de cuidado disponibilizadas por mudanças nas políticas como, por exemplo, através do aumento do número de instituições de alojamento para idosos (MARTINS, 2006). Ademais, segundo Lage (2005) o desenvolvimento das ciências médicas contribuiu para que o hospital assumisse o protagonismo do cuidado, substituindo a família pela hospitalização.

Contudo, ao longo dos anos, os sistemas de proteção social e de saúde passaram a sofrer as consequências da sobrecarga e com isso a família foi novamente requisitada para assumir a responsabilidade pelos cuidados dos familiares (LAGE, 2005).

Em Portugal, a determinação dos papéis da família nas políticas sociais e na própria legislação foi sendo modificada ao longo dos períodos (WALL, 1995). E de acordo com Carvalho (2009), ainda que haja todo aparato disponibilizado pelo Estado através de lares, asilos e hospitais, o apoio ofertado pela família, denominado como informal, representa o principal suporte afetivo e efetivo da pessoa idosa.

Pimentel (2001) e Paúl (1997) também apontaram em seus trabalhos o protagonismo da família quando se trata do cuidado aos idosos, principalmente nas atividades diárias e no apoio psicológico e social. Este direcionamento para a esfera familiar é fortemente influenciado pela concepção de sociedade providência, e por isso, é uma condição histórica e cultural enraizada no imaginário social, principalmente em comunidades rurais, em que o sentimento de obrigação e imposição ética torna-se comumente partilhado (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010).

Segundo Relvas (2006) a família é resultante das relações que são estabelecidas entre os membros e da forma como estes lidam com os processos de transição dos diferentes ciclos da vida familiar. Em concordância, Martins (2006) atesta que a estrutura da família se desenvolve a partir da adaptação dos seus membros frente a situações de afetividade, proteção, participação e adaptação.

Para Figueiredo (2007, p.125) como a família consiste em “uma rede complexa de relações e emoções, o impacto da tarefa de cuidar recai sobre todos os membros e não apenas sobre o cuidador principal”, pois conforme a literatura vem sinalizando, a organização da família moderna apoia-se justamente na construção de uma rede de apoio pautada em trocas de benefícios, ajudas e afetos (MARTINS, 2006). Assim, tendo em vista que a rede de cuidadores informais consiste basicamente em laços de parentesco intergeracionais, o apoio a ser construído e ofertado está muito ligado às memórias e normas que são compartilhadas pela família enquanto grupo social (VASCONCELOS, 2002).

À instituição familiar vem sendo atribuído o lugar de principal fonte de apoio ao idoso com dependência não só na Europa, mas também em países de outros continentes como é o caso dos EUA (FIGUEIREDO; SOUSA, 2008; JOSE, 2012). Esta realidade é bastante comum no cenário português, mesmo onde existem redes formais de apoio disponíveis, pois há uma determinação cultural que concede às gerações a obrigação de gerir esforços e recursos para o cuidado dos membros idosos (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; WALL, 1995). Conforme referiu Dias (2015), apesar de ter sido observado um crescimento dos serviços da rede de apoio formal nos países da União Europeia, o apoio ofertado pela família ainda é fortemente apontado pelas pesquisas. Martins (2006) acrescenta que há um movimento de naturalização da solidariedade entre as gerações que o autor caracteriza como “uma espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte” (p. 134).

Esta é uma característica que vem sendo apontada por alguns estudos europeus (MARTINS, 2002; HANSON, 2005; LOBO; PEREIRA, 2007). Os serviços disponibilizados pela rede formal, através das políticas públicas, correspondem ao que Ramos (2005) classificou como *entrajudas*, e segundo um projeto europeu realizado na Finlândia, França, Itália, Portugal e Reino Unido, apesar de em todos os cinco países o cuidado familiar ser predominante, Portugal e Itália tiveram maior destaque por considerarem as instituições formais (lares, casas de saúde) como uma última opção (KRÖGER, 2003).

Nesse sentido, José (2012) destaca que há na realidade portuguesa uma condição de “familiarismo implícito”. E citando Leitner (2003), o autor denota que além de ocasionar desigualdade de gênero, pela responsabilização feminina do cuidar, o sistema e as políticas sociais do país não asseguram satisfatoriamente a execução do papel de cuidador, seja por falhas na organização e oferta das licenças para o cuidado, ou mesmo na insuficiência dos serviços sociais que são ofertados.

Diante disso, a solidariedade familiar é um termo que surge para legitimar as respostas fornecidas pela família. Esta solidariedade não pode ser compreendida somente pela percepção das relações, dos afetos e posições de enfrentamento adotadas pela família, na verdade, a solidariedade familiar perpassa pelos valores e normas que determinam este sentimento de obrigação (RAMOS, 2005).

Apontada como uma característica que permite trocas intergeracionais de cuidado a partir do nível de coesão dos membros, em algumas famílias, estas transferências de ajuda funcionarão melhor que em outras, pois seu desempenho aproxima-se da qualidade das redes que foram construídas durante a vida (LEMOS, 2013; GUERRA et al., 2017). Assim, a convivência intergeracional pode atuar como um fator positivo ou negativo tendo em vista a

conjuntura em que foi concebida, se sustentada a partir de alianças e solidariedade ou de exclusão e conflitos (TARALLO, 2016; RABELO, NERI, 2015).

As razões que levam a escolha de um cuidador envolvem todo o sistema familiar e levam em conta diversas questões. Os valores e os vínculos somados ao sentimento de obrigação e dever moral são elementos decisivos neste processo (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; BRAZ, CIOSEK, 2009; SANTOS, 2010). As crenças e a construção social em torno do que representa “olhar pelas pessoas idosas” possui grande interferência na forma como a prática do cuidado será desenvolvida (ANDRADE, 2009). De acordo com Lage e Araújo (2014), a compreensão da família a respeito do processo de envelhecimento e da doença são fatores determinantes tanto nas decisões e estratégias adotadas, quanto no impacto da função de cuidador e na rotina familiar.

Alguns estudos apontam que no desenrolar da assistência, os cuidadores familiares encarregam-se de tal função porque diante das circunstâncias julgam não haver outra opção (FERNANDES et al., 2002; MARQUES et al., 2012), pois como esperado “a família é (...) garantia de solidariedade (...) entre as gerações” (XAVIER, 2010, p 363). E segundo Lage (2005), por vezes, o tornar-se cuidador pode não ser uma atividade consciente. Isto é, muitos cuidadores quando questionados sobre o tempo que estão a exercer a função respondem prontamente, porém não conseguem estabelecer com a mesma facilidade o momento em que passam a se identificar no papel de cuidador (ANDRADE, 2009).

Na verdade, o que vem sendo confirmado pelas pesquisas é que as relações de consanguinidade são muito mais determinantes no sentido de obrigação de cuidados ao ente idoso (PAÚL, 1997). Ramos (2005) destaca a existência da reciprocidade indireta. A autora defende a ideia de que assumir o cuidado familiar pode ser algo aprendido, pois observou que nas famílias que cuidaram de gerações anteriores esta experiência funcionou como um exemplo a ser seguido. A influência do exemplo no universo do cuidado é demonstrada por um ditado popular transmitido nas comunidades: “filhos és, pai serás, como fizeres, assim acharás” (RAMOS, 2005, p.203).

Citando Martin (2005) e Andrade (2009) certifica que as motivações dos cuidadores também variam conforme o grau do relacionamento, pois foi possível verificar no estudo de Martin que as relações sentimentais e o senso de obrigação estiveram mais presentes nas razões atribuídas por filhos e cônjuges, enquanto o cuidado de irmãos foi justificado pela natureza solidária familiar. Contudo, independente do grau de parentesco, salienta-se a existência de uma relação de proximidade construída ao longo da vida, que na maioria dos casos está alicerçada na reciprocidade material e moral (LAGE; ARAÚJO, 2014).

Outros fatores contextuais são também considerados na decisão de cuidar e na escolha do cuidador. Estudos apontam elementos como a proximidade geográfica, a coabitação de longa data, experiências anteriores com o cuidado, os altos custos da institucionalização, a insuficiência de espaço e até mesmo o trabalho feminino, como situações avaliadas pelos familiares no momento de definir as estratégias de cuidado ao ente idoso com dependência funcional. Além disso, questões religiosas e o reconhecimento familiar e social também são referidos como influenciadores deste processo (RAMOS, 2005; LAGE, 2005; ANDRADE, 2009; LAGE; ARAÚJO, 2014).

Em Portugal, a realidade dos cuidadores informais ainda não é muito explorada, não se conhece muito sobre como os familiares desempenham o cuidado, ou as estratégias escolhidas para ajustar o cuidado ao idoso com a rotina familiar e com o trabalho (GIL, 2007; ANDRADE, 2009). Segundo Gil (2007) apesar do incentivo ao cuidado no âmbito familiar ainda são escassas as políticas que legitimam tais práticas, seja por meio de apoios financeiros ou em outros tipos de auxílio como flexibilização dos horários de trabalho e licenças para o cuidado. Ademais, algumas respostas disponibilizadas pelas redes de apoio formal ainda se mostram limitadas tendo em conta a grande procura em relação ao número de vagas existentes, os critérios estabelecidos para atendimento e o valor dos serviços que nem sempre podem ser custeados pela família (JOSÉ, 2012; PIMENTEL, 2012).

As redes formais de apoio são formadas por serviços fornecidos pela entidade de segurança social do Estado em articulação com o poder local que funcionam como respostas sociais tradicionais e prestam auxílio em atividades da rotina como higiene e alimentação, bem como momentos de socialização. Estes apoios podem ser viabilizados, por exemplo, através de lares, centros de dia e de convívio e do serviço domiciliário (ANDRADE, 2009; PIMENTEL, 2012). Tais serviços serão discutidos adiante. As instituições particulares de solidariedade social também integram a rede formal. Iniciativas como as irmandades da misericórdia incorporadas à economia social e sem fins lucrativos possuem o propósito de dar assistência aos idosos em nível de domicílio (CARVALHO, 2005; COELHO, 2007; LIMA, 2013).

Conforme referido anteriormente, apesar da oferta de assistência pela rede de cuidados formais, muitas famílias não conseguem ter o acesso desejado a tais serviços. Marques et al., (2012) investigaram cuidadores informais nas regiões norte e centro de Portugal e verificaram que diante da necessidade os familiares solicitam o apoio da Segurança social e de iniciativas particulares, como a Santa Casa de Misericórdia, porém por conta do valor do serviço geralmente não é possível custear o número de dias que realmente necessitam. No trabalho de

José (2012), verificou-se que os familiares, responsáveis pelos idosos e na condição de cuidadores instrumentais, requisitam o auxílio da rede formal como uma forma de complementação da ajuda.

Em relação ao perfil dos cuidadores informais de idosos na sociedade portuguesa, as pesquisas desenvolvidas neste âmbito verificam que a grande maioria dos cuidadores são cônjuges ou filhas que coabitam com o idoso.

Estudos realizados na União Europeia demonstraram semelhanças ao verificarem que aproximadamente 70 a 80% dos idosos dependentes são cuidados por familiares. A grande maioria dos cuidadores é representada pelo cônjuge e só depois esta responsabilidade passa a ser cobrada aos filhos, irmão ou irmã e outros parentes (MARTINS, 2006; PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010; SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011). Corroborando com os achados, Figueiredo et al. (2012) demonstraram em seu trabalho com 99 cuidadores de Aveiro que a maioria eram descendentes (52,5%) ou cônjuges (24,2%) e que (82,8%) residiam com o idoso. No trabalho de Araújo et al. (2010), verificou-se que o apoio recebido pelos idosos era fornecido principalmente pelos filhos, cônjuges e netos, reafirmando a perspectiva em torno dos valores e crenças já apontadas. Neste estudo também foi identificada a participação de vizinhos e amigos como componentes da rede informal de apoio aos idosos. A pesquisa de Pimentel e Albuquerque (2010) também encontrou o apoio de filhos e cônjuges como principais cuidadores, apontando uma pequena participação de irmãos/irmãs e outros parentes.

Os achados do trabalho de José (2012) ressaltam o apoio misto em que familiares são responsáveis pelos idosos, mas contam com a rede formal nos períodos de ausência, como por exemplo, por questões de trabalho. O autor destaca ainda como estes cuidadores referem à coabitação como uma alternativa facilitadora do cuidado, porém coincidentemente instauradora de uma condição de atenção prolongada.

Diante do perfil observado, destacam-se duas situações: a feminização do cuidado, enquanto característica quase que universal e a organização de um novo agregado familiar que vem sendo construído. Diversos autores ressaltam em suas pesquisas como a rede de apoio familiar é principalmente uma rede de entajuda feminina, onde esposas, filhas e noras representam cerca de 80% do número de cuidadores (VASCONCELOS, 2009; RAMOS, 2005; PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010; MARQUES et al., 2012). Ainda que os cuidadores do sexo masculino sejam referenciados na literatura, a responsabilização feminina é uma tendência fortemente enraizada e perpetuada no cenário familiar português.

Conforme Gil (2007), Vasconcelos (2009) e Lage (2005) salientam, esta premissa centrada na perpetuação do cuidado como feminino influencia o posicionamento e os direcionamentos da família, principalmente no que se refere à escolha do cuidador. Ademais, as próprias mulheres referem o comprometimento com a tarefa de cuidar, e partir do momento que firmam tal obrigação justificam que estarão comprometidas por todo tempo necessário, recorrendo ao auxílio formal, por exemplo, do lar, apenas em situação extrema, como em caso de agravamento da saúde ou falta de recursos financeiros (GIL, 2007). Entretanto, este discurso também recai na culpabilização das mulheres quando os cuidados deixam de ser oferecidos (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010).

Em relação ao agregado familiar, dados do Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE) (2013) revelam que as famílias complexas têm decrescido principalmente nas últimas duas décadas. Para o INE, as famílias complexas são aquelas formadas por casal com ou sem filhos, que passam a residir com outros familiares no mesmo domicílio. Gonçalves (2004) assegura que o número de famílias clássicas (que para o INE consiste no conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco) formada apenas por idosos tem apresentado um crescimento considerável no país, o que demonstra como o envelhecimento populacional tem se instalado ao verificarmos famílias compostas de duas ou mais pessoas acima de 65 anos.

Outra característica importante que merece destaque é o crescimento do número de idosos a viver só (DELGADO; WALL, 2014). Segundo as autoras, a preferência por corresidir em famílias simples tem sido uma tendência apontada na última década. Entretanto, nos idosos com idade acima de 75 anos esta disposição acaba por ocorrer mais lentamente, já que esta faixa etária ainda é a que reside por mais tempo em famílias complexas, apesar do crescente no número de idosos a viverem sós.

Na Europa os países com maior destaque para o número de idosos que moram sozinhos são Reino Unido e a Alemanha (RAMOS, 2005). Entretanto, de acordo com o INE, este perfil de agregado unipessoal tem crescido consideravelmente no país, sendo que 46,9% das pessoas vivendo sozinhas no ano de 2011 eram idosas (INE, 2013). Segundo Delgado e Wall (2014) o número de mulheres idosas que vivem sozinhas é quatro vezes maior que o de homens na mesma situação.

Entretanto, as autoras chamam a atenção para o fato de as mulheres idosas residirem mais frequentemente em famílias alargadas e complexas do que a população masculina da mesma faixa etária. As autoras justificam que isto ocorre pelo maior sentimento de acolhida e apoio que envolvem as mulheres idosas. Assim, compreender as formas de organização, bem

como as modificações e adaptações adotadas pela família a partir da necessidade de cuidado de um idoso constitui uma ferramenta importante na percepção das variadas formas da vida privada e nas subjetividades que cercam a tomada de decisão em torno do cuidar (DELGADO; WALL, 2014).

Diversas pesquisas portuguesas vêm destacando a importância de se investigar a dinâmica familiar tendo em vista que a funcionalidade está diretamente relacionada à capacidade adaptativa destas unidades de cuidados. A qualidade das relações e a existência de um ambiente afetivo são fatores determinantes na atitude da família frente à enfermidade e à dependência do idoso e na própria percepção de qualidade de vida (GONÇALVES et al., 2011; ANDRADE; MARTINS, 2001).

As mudanças ocorridas na organização familiar portuguesa estiveram atreladas às transformações sociais como a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, as próprias mudanças políticas e processos de trabalho, como também a desagregação e reestruturação das relações conjugais, principalmente no número de separações (CARNEIRO et al., 2012). Os autores ressaltam que tais circunstâncias podem estar fortemente ligadas aos casos de isolamento e abandono de idosos.

Cada família organiza e determina suas demandas a partir de um dualismo factual entre os planos individual e coletivo, o novo e velho, o visível e invisível (PASSOS, 2005). As particularidades do cuidado no ambiente familiar causam sentimentos contraditórios, pois expõem seus membros a experiências de afeto e satisfação, mas também de estresse e sobrecarga, que tendem por desgastar a relação entre cuidador e cuidado, até finalmente culminar nos conflitos (REIS et al., 2017; MAGALHÃES, 2015).

Os conflitos são relatados e apontados em pesquisas de âmbito português como um fator relacional para o apoio ou afeto ofertado pela família aos idosos. Ademais, os estudos afirmam que a própria circunstância do cuidado pode atuar como uma situação motivadora de conflitos seja por dificuldades nas relações, divergências nas decisões práticas do cuidado ou mesmo pela sobrecarga que comumente atinge os cuidadores (SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011).

Os resultados do estudo desenvolvido por Pimentel e Albuquerque (2010) demonstram que as articulações adotadas pela família como estratégias de cuidado se dão a partir de três condições: materiais, relacionais e normativas. As condições materiais estão relacionadas a fatores como local de habitação, grau de disponibilidade, recursos financeiros. Já as condições relacionais estão ligadas ao tipo de relacionamento construído ao longo da vida entre o idoso e

o seu cuidador. Por fim, as condições normativas dizem respeito às normas e valores que são repassados, como por exemplo, a questão da divisão das funções por sexo.

As autoras destacam ainda, que a análise da dinâmica familiar constitui um tema de grande complexidade, pois apesar dos fatores materiais demonstrarem uma possibilidade de quantificação, os relacionais e normativos emergem de um universo bastante subjetivo (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010).

3.2 VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO FAMILIAR: COMPREENSÃO E CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO

A violência familiar contra os idosos é uma questão complexa que vem despontando com certa frequência nas últimas décadas em todo mundo. Entretanto, apesar da expansão da discussão, este não constitui um problema recente (BOLSONI et al., 2017; PIRES 2009). Trata-se de um tema extremamente relevante que envolve violação dos direitos humanos e condições dignas de vida, e está fortemente cercado pela discriminação e pelo silenciamento (BAVEL et al., 2010; LOPES et al., 2014).

Na literatura os apontamentos existentes a respeito da temática foram sempre escassos, e alguns casos nem sequer eram vistos como tal. Este assunto começa a tornar-se um impasse e ganhar maior visibilidade principalmente pelo fenômeno do envelhecimento populacional, pois até meados do século XX a velhice era uma demanda invisível (SANTOS et al., 2013; VELOSO, 2009; BEAUVOIR, 1970; IBIAS; GROSSI, 2001).

Segundo Lopes et al. (2018) a violência contra os idosos sempre existiu, mas somente em 1975 surgiram as primeiras publicações em revistas britânicas enunciando o espancamento de avós. Também em Portugal, somente no final da década de 70 e início dos anos 80 a violência contra os idosos no seio familiar passou a ser reconhecida (DIAS, 2005). No Brasil, duas décadas mais tarde é que tais proposições passaram a ser abordadas com a devida atenção (LOPES et al., 2018; LOPES et al., 2014).

Grande parte dos autores apontam que a violência contra os idosos configura-se como um problema multifatorial e que tem consequências em diversos contextos. Trata-se de um fenômeno social que atravessa gerações e requer uma investigação ampla e multidisciplinar, pois afeta os idosos em setores sociais, de saúde, econômicos e políticos (LOPES et al., 2018; CASTRO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2010). Ademais, para Santos (2018), há uma multidimensionalidade que cerca a problemática da violência contra idosos e tende a torná-la ainda mais complexa. O tipo de violência e a relação que o idoso possui com o agressor são

exemplos de fatores que influenciam na maneira como o problema é apresentado e por isso, afetam o processo de identificação e os seus desdobramentos.

Diante da natureza heterogênea do fenômeno, torna-se fundamental assumir uma perspectiva de investigação que não esteja limitada ao contexto privado e que não exclua as vertentes sociais e estruturais nas quais a violência contra a pessoa idosa encontra-se enraizada (SILVA; FRANÇA, 2013), conforme afirmam Paixão Júnior e Reichenheim:

Para que se conheça o fenômeno de forma mais completa, interessa estudar as várias facetas da violência que envolve indivíduos em relações de intimidade, quer por consanguinidade, quer devido a relações profissionais que se estabelecem no ambiente domiciliar (2006, p. 1137).

A violência contra os idosos é considerada uma epidemia e um problema concreto de saúde pública desde 1980. Entretanto nem sempre foi tida como uma problemática específica da área da saúde, ainda que seja neste campo que as suas consequências são primeiro observadas, especialmente em traumas físicos e psicoemocionais, podendo chegar até mesmo na morte (CORREIA et al., 2012; BLLA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2012; GIL, 2015).

Esta é uma percepção que pode ser verificada a partir perfil da produção literária sobre o tema. Com o passar dos anos o foco das investigações foi ganhando novas vertentes, e enquanto as primeiras publicações de meados da década de 1960, preocupavam-se em perceber a dimensão do problema e os fatores causais, as mais atuais inclinam-se em investigar e avaliar as estratégias de prevenção e abordagens de enfrentamento do fenômeno (PAIXÃO JÚNIOR; ROCHA, 2013; GIL et al., 2015).

Contudo, é necessário destacar, conforme os achados de Paixão e Rocha (2013) que quando comparado ao mesmo evento em outras faixas etárias, a abordagem da violência voltada à população idosa demorou a ser compreendida e confrontada como uma questão política e de saúde. Estes indicativos apenas evidenciam a marginalidade da problemática, que apesar de ter alcançado avanços, ainda se mantém na sociedade como um problema latente (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Para Guimarães et al. (2018) a violência, e neste caso especificadamente contra os idosos, reflete um sentido cultural de desvalorização apreendida ao longo dos anos que está ancorada no binômio envelhecer-adoecer. Silva e França (2013) defendem a premissa de que existem problemas que o idoso enfrenta na sociedade simplesmente por ser idoso, e tais violências vão de negligências e maus-tratos às fraudes financeiras. Entretanto, este tratamento não é de todo novo, pois ao longo da história das sociedades o espaço reservado

aos que tinham a capacidade produtiva reduzida quase sempre foi a margem, seja no sentido simbólico ou real. “É difícil envelhecer num mundo que tem a tendência para repelir a doença e a morte. É difícil ser velho numa sociedade e cultura em que as pessoas valem pelo que fazem, isto é, pela sua ligação ao mundo social ativo” (DIAS, 2005, p. 250).

Na sua obra *A velhice* (1970), a autora Simone de Beauvoir percorre as representações da velhice em diversas comunidades em diferentes fases da história, e expõe, principalmente, um modelo de tratamento para a velhice que tem marcas nos estereótipos atuais.

As soluções práticas adotadas pelos primitivos com relação aos problemas que os velhos lhes colocam são muito diversas: pode-se matá-los, deixar que morram, conceder-lhes um mínimo vital, assegurar-lhes um fim confortável, ou mesmo honrá-los e cumulá-los de atenções. [...] O velho enquanto categoria social, nunca interveio no percurso do mundo. Ele permanece integrado à coletividade e não se distingue dela: é um adulto macho de idade avançada; quando perde suas capacidades, aparece como outro; torna-se, então, muito mais radicalmente que a mulher, um puro objeto... não passa de uma carga. (BEAUVOIR, 1970, p. 110)

A autora além de romper o silêncio em relação a esta fase da vida, também acusa que os preconceitos que cercam o envelhecer já correspondem a um tipo de violência, a simbólica (OLIVEIRA et al., 2013). Isto é, a influência e a carga histórica do fenômeno moldam a própria construção social da velhice, implicando em um processo regido por dois planos: o individual, que diz respeito às trajetórias de vida, e o coletivo que absorve influências culturais das mais variadas (FERNANDES; GARCIA, 2010).

Conforme afirmam Ibias e Grossi:

O processo de envelhecimento não é um processo meramente físico, mas também social ao prescrever certas regras de comportamento em função da idade que são construídas e legitimadas socialmente num determinado contexto sócio-histórico-cultural (2001, p. 114).

Para Coler, Lopes e Silva (2018), responder à questão da violência contra os idosos requer a compreensão de como a prática social está ligada à visão que os sujeitos sociais possuem desta realidade. Sendo assim, a violência contra a pessoa idosa está diretamente relacionada à identidade social do idoso, e esta identidade vem sendo construída a partir de estigmas que resultam em uma imagem negativa, alimentada pela representação da velhice e do envelhecer como um fardo para a sociedade e para a família.

O impacto gerado por esta representação no reconhecimento e no enfrentamento da violência é bastante elevado. A invisibilidade condicionada ao problema e a aceitação dos

estereótipos da velhice e da violência nesta fase, resultam em um subdiagnóstico da problemática, principalmente, quando se trata do ambiente familiar (GUIMARÃES, et al., 2018; SILVA; FRANÇA, 2013; OLIVEIRA et al., 2013; DUARTE et al., 2011).

Por essa razão, Figueiredo (1998) justifica que tratar da violência doméstica constitui uma tarefa delicada, pois desvelar uma face negativa do seio familiar é algo que comumente não interessa aos seus membros. Esses eventos costumam atender ao que o autor denomina de “conspiração do silêncio” e tendem a ser resolvidas por eles dentro do seu espaço.

Em vista disso, a noção de que a família atua como agente cuidador e promotor de equilíbrio para o idoso com capacidade funcional reduzida começa a sofrer uma desconstrução (GIL et al., 2015; RABELO; NERI, 2014; GIL et al., 2015). Segundo Debert e Oliveira (2007) a família deixou de simbolizar uma zona de proteção para assumir uma característica, por vezes, opressora e abusiva. As estatísticas demonstram que os crimes contra idosos cometidos por estranhos já se equipara aos cometidos por parentes, vizinhos ou outras pessoas próximas. Assim, a autora assegura que “o lar é o espaço onde as mulheres e as crianças, assim como os velhos correm maior risco.” (DEBERT, 2001, p.74).

Diante disso, é importante destacar que o conceito de violência doméstica não se restringe à família. Este tipo de violência envolve as pessoas que convivem no ambiente doméstico podendo ter ou não laços de parentesco. É o caso de empregados, visitantes ou agregados (OLIVEIRA et al., 2012). Já a violência familiar é aquela praticada por filhos (as), netos (as), companheiros, cônjuges, noras, genros ou qualquer outro que tenha alguma ligação familiar com o idoso. Este tipo de violência vem suscitando grandes discussões, tendo em conta o aumento dos casos e o seu caráter silencioso, conforme foi apontado anteriormente (RITT, 2007; GUIMARÃES, et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência contra o idoso como:

um ato único ou repetido, ou a falta de ação adequada, que ocorre em qualquer relacionamento em que existe uma expectativa de confiança e que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa. Inclui abusos físicos, sexuais, psicológicos, emocionais, financeiros e materiais; abandono; negligência e ações que comprometem a dignidade e o respeito (OMS, 2014, p.78).

De acordo com a classificação proposta pela OMS no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde resultado da Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde em Genebra (2002) a violência contra os idosos pode ser de cinco tipos:

- Violência física: consiste no uso de força física para ferir, causar dor, incapacidade, morte ou mesmo coagir a pessoa idosa a fazer determinada coisa que não deseja;
- Violência psicológica: corresponde a agressões verbais ou não verbais com o objetivo de causar medo e insegurança nos idosos, humilhando-os e gerando isolamento social;
- Violência financeira: caracteriza-se pelo uso de recursos financeiros e patrimoniais de maneira imprópria, ilegal ou sem o consentimento da pessoa idosa;
- Violência sexual: refere-se ao ato ou ao jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas;
- Abandono: é uma forma de violência que se caracteriza pela ausência de prestação de socorro ou ajuda a uma pessoa idosa que necessite de cuidados e proteção;
- Negligência: assemelha-se ao abandono, entretanto baseia-se na recusa ou omissão dos cuidados necessários aos idosos;

É importante destacar que há na própria literatura uma discussão acerca do uso dos termos violência, maus-tratos e abuso. Alguns autores defendem a sua aproximação, enquanto outros discordam (OLIVEIRA et al., 2012). Entretanto, comumente os maus-tratos são apontados como uma forma de violência e abuso. Sendo assim, nesta pesquisa tratam-se os termos como sinônimos.

No Brasil, diversos estudos desenvolvidos a partir da análise de boletins de ocorrência, inquéritos policiais e dados disponibilizados pelo DATASUS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) buscaram identificar os principais tipos de violência a que os idosos são submetidos.

No trabalho de Guimarães et al. (2016) foram analisados 225 casos de violência registrados no Centro de Referência e Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa (CEVI) em Teresina (PI) através das fichas de registro. O tipo de violência mais registrado no período foi a violência psicológica, representando 54,7% dos casos. Em seguida vieram as violências financeira/econômica com 38,2%, a negligência com 31,1% e por fim a violência física correspondendo a 12%. Resultados semelhantes também foram encontrados nas pesquisas de Irigaray et al. (2016) a partir da análise de boletins de ocorrência da Delegacia de Proteção ao Idoso de Porto Alegre, e nos trabalhos de Bolsoni et al. (2016) e Aguiar et al. (2015).

Rodrigues et al. (2017) realizaram um estudo onde foram investigados boletins de ocorrência registrados em três cidades brasileiras: Ribeirão Preto, João Pessoa e Teresina. Os resultados expostos na comparação entre as cidades apresentaram discordância. Apesar do tipo de violência mais frequente nas três cidades ter sido a violência psicológica, em Ribeirão Preto, esta foi seguida de violência física e financeira. Já em João Pessoa e Teresina o segundo tipo de abuso mais presente foi a violência financeira, enquanto a violência física se manteve em terceiro lugar.

Em Portugal os dados apresentados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) revelaram que 79,7% dos casos de violência contra idosos registrados entre os anos de 2013 a 2017 ocorreram no ambiente doméstico. No ano de 2018 foram registrados 926 casos, destes 76,5% das vítimas eram mulheres idosas (APAV, 2019). Pesquisas realizadas no país nos últimos anos verificaram um perfil da violência sobre os idosos. O projeto ABUEL (Elder Abuse: a Multinational Prevalence Survey) desenvolvido com 656 idosos com idade entre 60 e 84 anos na cidade do Porto apontou que a violência psicológica foi o tipo de violência mais prevalente, seguida pela financeira, física e sexual (SOARES et al., 2010; GIL et al., 2014).

No projeto europeu AVOW (Violence and Abuse Against Older Women) que estimou a prevalência da violência sobre mulheres idosas em cinco países (Portugal, Lituânia, Finlândia, Bélgica e Áustria), os resultados encontrados constataram que 39,4% das idosas haviam sofrido algum tipo de violência no último ano, sendo a violência psicológica a mais prevalente (GIL et al., 2014).

Os dados encontrados nos estudos citados corroboram com os achados da literatura portuguesa. Diversas investigações vêm apontando o crescimento da violência sobre a população idosa no decorrer dos anos (INSA, 2014; APAV, 2018; MENDES et al., 2017). Em investigação com 510 idosos residentes em Portugal, Gil et al. (2014) verificaram a violência perpetrada por familiares e cuidadores no espaço doméstico, sendo a violência física referida por 87,8% dos idosos e a psicológica por 69,6%. A pesquisa apontou também que 47,5% dos participantes haviam sofrido algum episódio de violência financeira.

É importante ressaltar que geralmente as situações de abusos contra os idosos não ocorrem isoladamente. Irigaray et al. (2016) verificaram episódios múltiplos de violência, identificando a ocorrência de maus-tratos psicológicos e físicos em 28,0% dos casos; psicológico e financeiro em 24,0%; psicológico, financeiro e físico em 16,0%; psicológico, financeiro e negligência em 12,0%; financeiro e físico em 8,0%; financeiro e negligência em 8,0% e, por último, a ocorrência de maus-tratos físicos e abuso sexual em 4,0% dos casos

investigados. Os levantamentos portugueses também chamam a atenção para a ocorrência do que os autores denominam de polivitimização. Nos estudos de Gil et al. (2014; 2015) foram observados 82,8% e 74,1% dos idosos que referiram mais de um episódio de violência no último ano. Carrilho et al. (2015) também comprovaram polivitimização em idosos residentes em Oeiras.

Por polivitimização compreende-se a coocorrência de dois ou mais tipos de violência cometidos por familiares, vizinhos ou cuidadores formais durante o período de um ano (GIL et al., 2014). A coabitação e a existência de uma relação conflituosa são duas condições atribuídas pelos estudos como fatores de risco para a polivitimização, pois os idosos além de conviverem com o possível agressor não possuíam uma rede informal de apoio, aumentando ainda mais a sua condição de vulnerabilidade.

Uma questão fundamental na discussão da violência contra os idosos tanto na realidade portuguesa, quanto na brasileira é a subnotificação dos casos. Apesar dos dados revelados nas investigações demonstrarem um número elevado de casos no Brasil e em Portugal, muitos outros ainda permanecem ocultos. Os sentimentos de medo, culpa e vergonha muitas vezes impedem os idosos de realizarem a denúncia principalmente pelo vínculo afetivo e pela dependência que mantém com o agressor (OLIVEIRA et al., 2012; MIZIARA et al., 2015).

Esta é uma questão profundamente relacionada com as representações sociais de família. A premissa de que não se deve fazer queixas sobre a família e que os conflitos devem ser resolvidos internamente influencia a tomada de decisões sobre realizar ou não a denúncia (GIL et al., 2015). Neste sentido, as pesquisas nacionais e internacionais revelam que o perfil do agressor é de alguém próximo ao idoso que comete os abusos na própria residência (IRIGARAY et al., 2016; GIL et al., 2014; LOPES et al., 2018).

No cenário português, as pesquisas desenvolvidas por Gil et al., (2014) apresentaram um perfil de agressores protagonizado pelos filhos e cônjuges. Os dados registrados pela APAV entre os anos de 2013 a 2017 confirmam tais achados. Do número total de casos registrados 37,4% foram perpetrados por filhos no domicílio do idoso. Além disso, foi possível verificar que a maioria das vítimas era do sexo feminino (48%) e pertenciam a um tipo familiar nuclear com filhos (30,5%) (APAV, 2018).

No Brasil, os achados da literatura não são diferentes. Paraíba e Silva (2015) investigaram a ocorrência de violência contra idosos no Recife e confirmaram a atuação dos filhos (47,6%) como principal agressor seguido pelo cônjuge (16,7%). A caracterização da agressão por parte dos filhos e cônjuges é uma tendência apontada por outras investigações e

ratifica a concepção da coabitação, da dependência (tanto a funcional do idoso, quanto a financeira dos filhos) e do uso de álcool e outras drogas como os fatores de risco para a ocorrência da violência no ambiente familiar (SILVA; DIAS, 2016; GARBIN et al., 2016; PAIVA; TAVARES, 2015, IRIGARAY et al., 2016).

Novamente a discussão se depara com a complexidade que envolve o fenômeno da violência familiar sobre idosos. Alguns teóricos justificam que diante do despreparo ou da falta de apoio e da demanda real de cuidados que o idoso com capacidade funcional reduzida exige, nem sempre as famílias conseguem reagir bem às situações de estresse e às pressões, e com isso um ambiente de tensão e conflito se estabelece, culminando nos episódios de violência (FINGERMAN; BIRDITT, 2011; REIS et al., 2011; CERVENY; MACEDO; SCHALCH, 2012). A sobrecarga de trabalho do cuidador apresenta-se, como um dos principais fatores de risco para a ocorrência da violência e vem sendo apontada por numerosas pesquisas (OLIVEIRA et al., 2013; PAIVA; TAVARES, 2015; QUEIROZ et al., 2010; LINO et al., 2019; DINIZ et al., 2018). Outras condições também evidenciadas nas investigações como fatores potenciais para a violência foram o tempo de cuidado e o uso de bebida alcoólica e outras drogas (LOPES et al., 2018; LINO et al., 2019).

De acordo com as autoras americanas, Kerry Burnight e Laura Mosqueda (2011), os fatores de risco para a ocorrência de violência contra os idosos podem ser compreendidos através de quatro abordagens: a) interpessoal, b) intrapessoal, c) sociocultural, e d) multissistêmica.

A abordagem interpessoal compreende três teorias que tratam do relacionamento da vítima com o agressor: stress do cuidador, troca social e díade de discórdia. Na teoria do stress do cuidador o principal ponto de discussão é a sobrecarga que o cuidador enfrenta na experiência de cuidado. Todavia os estudos de Gil et al. (2014) destacam que pode ser uma assertiva perigosa.

A teoria da troca social enfatiza que os indivíduos interagem em um processo de trocas e ajudas que podem resultar em situações conflituosas e culminar na violência, já a teoria da díade da discórdia, pressupõe-se a reciprocidade da violência, isto é, os sujeitos que são vítimas podem por vezes assumir o papel de agressores e com isso estabelecem o que as autoras denominam de “violência bidirecional”.

Na segunda abordagem, a intrapessoal, o debate está em torno da aprendizagem dos comportamentos violentos. As autoras defendem que indivíduos que observaram comportamentos violentos ao longo da vida estão mais propensos a usar a violência em seus

enfrentamentos, ou seja, o contato prévio com o um ambiente cercado por violência fez com que estes indivíduos aprendessem a responder aos conflitos de maneira violenta.

A terceira abordagem é a sociocultural e está relacionada, inicialmente, com a perspectiva da violência conjugal, em que há uma disputa de poder entre homem e mulher. No âmbito da violência contra os idosos o que ocorre é uma desvalorização de suas competências resultando em um comportamento deturpado dos agressores que buscam manter o poder e o controle. Este tipo de conduta está fortemente influenciado pelo ponto de vista do idadismo. Segundo Mendes et al. (2017) o termo (*ageism*) idadismo diz respeito aos estereótipos e preconceitos a que as pessoas idosas são submetidas pelo fato de serem idosas e pode ser exteriorizado normalmente “na associação dos idosos a fenômenos que causam incômodo/perturbação como a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão” (p. 1120). Nesta abordagem estão englobadas também as questões econômicas que representam um elemento de risco importante na ocorrência da violência.

Diversas pesquisas abordando a temática da violência e os principais elementos caracterizadores demonstram como as questões financeiras exercem uma considerável influência no surgimento de conflitos e eventos de violência. Silva e Dias (2016), Garbin et al., (2016) e Matos et al., (2019) destacam ainda que a dependência financeira, seja por parte do idoso para com o cuidador ou a situação inversa, instituem a necessidade de reorganização do arranjo, resultando comumente no compartilhamento dos espaços, pode então o episódio de violência surgir como um desdobramento desta condição.

Ademais, cabe ainda destacar neste âmbito que idosos e familiares com melhores condições financeiras criam outras estratégias de enfrentamento para as necessidades de cuidado como, por exemplo, a contratação de um cuidador formal, o que não quer dizer que os conflitos sejam inexistentes, contudo torna a formação de um novo arranjo familiar o último recurso.

A quarta e última abordagem é a multissistêmica. Nesta abordagem as autoras consideram os contextos sociais e culturais que modificam os indivíduos ao longo da vida e organizam as causas de tais mudanças em subsistemas nomeados de: macro, exo, meso e microssistema.

O macro diz respeito ao sistema de crenças, o exo e o meso estão ligados às relações da educação, do trabalho. Já o micro é compreendido pelas relações entre os pais e os filhos. Neste modelo predomina uma visão multidimensional da violência que é determinada pelas interações do indivíduo consigo mesmo e com a comunidade. Fatores como idadismo,

coabitação, falta de apoio social, desemprego, traços de personalidade e a própria sobrecarga pelo cuidado são aspectos considerados por esta abordagem.

Reconhecer o fenômeno da violência familiar contra idosos mediante a multidimensionalidade que o cerca constitui um dos caminhos para a melhor compreensão dos seus padrões e dinâmicas, e conseqüentemente um auxílio nas respostas inadiáveis requeridas pela problemática (SANTOS, 2018).

É sabido que a família proporciona ao indivíduo uma experiência pessoal e social altamente singular, não permitindo ser comparada a nenhuma outra forma de vida institucional (COURT, 2005). No seio familiar ocorrem processos de aquisição de conhecimento que irão estruturar a personalidade de seus membros e posteriormente nortear os saberes mais formais por meio das relações e das experiências de “encontros e reencontros” (FRANCISCO, 2016).

Segundo Ramos (2005), na família é possível experienciar uma forma de estruturação do tempo social através da perpetuação dos valores e das trajetórias sociais condicionada pelas representações e pelas memórias coletivas e familiares. Sendo assim, para fundamentar a discussão da temática neste campo latente a seção que sucede abordará as duas teorias que versam sobre o processo de construção das representações sociais e sustentação das memórias.

4. MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO

4.1 TEORIA DA MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL

A temática da memória sempre foi discutida ao longo da história, mas foi a partir do trabalho de Maurice Halbwachs (1877-1945), que o campo teórico ganhou uma nova dimensão. Halbwachs considerou que a memória não possui apenas um caráter individual, instituindo uma categoria coletiva ao afirmar que nossas lembranças também são resultantes das interações sociais.

A obra de Halbwachs teve grande contribuição nesse sentido, pois buscou demonstrar a memória enquanto componente do processo social, já que os indivíduos interagem uns com os outros ao longo de suas vidas e por meio das estruturas sociais e dessas relações constroem suas memórias (SANTOS, 2012). Assim, para o autor, as memórias são construções dos grupos sociais, e esses grupos determinam o que é memorável e os lugares onde essa memória será preservada (HALBWACHS, 2003).

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, 2003, p. 30).

De acordo com ele, as lembranças que parecem pertencer apenas a nós podem nos dar a impressão de que estão localizadas em um nível mais alto de alcance, por isso os acontecimentos que estão no terreno comum são mais facilmente lembrados. É o que podemos notar no excerto abaixo:

Entre as lembranças que evocamos facilmente e as que parecemos ter perdido, encontraríamos todos os graus. As condições necessárias para que umas e outras reapareçam não diferem senão pelo grau de complexidade. Estas estão sempre a nosso alcance porque se conservam em grupos nos quais temos liberdade de entrar quando quisermos, nos pensamentos coletivos com os quais estamos sempre em estreito relacionamento, ainda que todos os seus elementos, todas as ligações entre esses elementos e as passagens mais diretas de uns aos outros nos sejam familiares (HALBWACHS, 2003, p. 67).

Logo, podemos compreender que há uma diferenciação entre a memória individual e a memória coletiva, mas principalmente, uma relação de coexistência. Isto é,

A memória coletiva tira sua força e sua duração por ter como base um conjunto de pessoas, são os indivíduos que se lembram, enquanto integrantes do grupo. Desta massa de lembranças comuns, umas apoiadas nas outras, não são as mesmas que aparecerão com maior intensidade a cada um deles. De bom grado, diríamos que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda segundo o lugar que ali ocupo e que esse mesmo lugar muda segundo as relações que mantenho com outros ambientes (HALBWACHS, 2003, p. 69).

E Namer sintetiza a ideia ao afirmar “existe uma memória individual que é portadora dos quadros sociais, uma memória na sociedade e um indivíduo que seria o lugar de coexistência e interação das memórias coletivas” (NAMER, 2004, p. 387).

Halbwachs sofreu grande influência do filósofo Henri Bergson, porém posteriormente ele rompe com as ideias de seu mestre, por defender que as imagens-lembranças estavam na verdade relacionadas às representações coletivas e não ao espírito ou uma consciência pura como acreditava Bergson (SANTOS, 2012; RIOS, 2013; WEBER; PEREIRA, 2010).

O distanciamento da perspectiva bergsoniana ocorreu porque Halbwachs acreditava que as explicações para os sonhos, afasia e para a amnésia não eram suficientes, e porque discordava da limitação proposta por Bergson com a noção de intuição. Halbwachs ainda criticou a representação do cone da memória, pois questionava que “se indivíduos guardassem em suas terminações neurológicas todo o seu passado, eles sempre seriam capazes de reconstruir qualquer aspecto do passado através de recordações e sonhos” (SANTOS, 2012, p. 55). Segundo Namer (2004), Halbwachs rebateu a tese de Bergson de que “a memória consistiria de uma experiência vivida das imagens cobertas pelo passado” atestando que “nenhuma memória é uma vivência, mas sim uma reconstrução racional do passado realizada com elementos e mecanismos presentes na atualidade na consciência do grupo” (NAMER, 2004, p. 368).

Após o rompimento com a filosofia, Halbwachs aproxima-se da sociologia e assim conhece Émile Durkheim, de quem será um grande discípulo, já que encontra em sua teoria sustentação para seus princípios (WEBER; PEREIRA, 2010). Autores apontam que Halbwachs partiu do entendimento de fato social proposto por seu mestre, para assegurar a memória enquanto construção social (OCHOA; ARGUETA; MUÑOZ, 2005; MAGALHÃES; SANTOS; SOUZA, 2009). Atestando a influência das relações sociais na memória individual e a dinamicidade deste processo, o autor assume um posicionamento contrário ao de muitos colegas, que compreendiam o caráter coletivo da memória como um usual efeito mecânico (LEAL, 2012; SCHMIDT; MAHFOUD, 1993). A sociologia da memória é, portanto, o centro do pensamento da obra de Halbwachs.

Em 1925 é publicado *Les cadres sociaux de la mémoire*, um trabalho de grande visibilidade, considerado um dos mais importantes nos estudos sobre a memória coletiva. Nesta obra, Halbwachs reafirma o caráter social da memória, demonstrando que nossas memórias só podem ser pensadas a partir de convenções sociais, as quais ele denomina quadros sociais da memória (SANTOS, 2012). Em Halbwachs, os indivíduos sempre se utilizam dos marcos sociais para recordar, conforme esclarece abaixo:

Neste sentido, existiria uma memória coletiva e os quadros sociais da memória, e é na medida em que nosso pensamento individual se realoca nestes marcos sociais e participa nesta memória que seria capaz de recordar (HALBWACHS, 2004, p. 09).

Os marcos coletivos da memória seriam o resultado da combinação das recordações individuais de muitos membros da mesma sociedade. Os quadros ajudariam a classificar, ordenar as recordações de uns em relação com as de outros (HALBWACHS, 2004, p. 10).

Segundo Namer (2004), Halbwachs organiza o pensamento ao longo de texto respondendo e criticando Durkheim, Freud e, em especial, Bergson, além de propor uma sociologia da memória baseada na noção de tradição. Sua contribuição está na compreensão da memória a partir de elementos da tradição, ou seja, dos quadros sociais que são incorporados às novas configurações, mesmo sendo anteriores às tomadas de decisões (SANTOS, 2012). Ou seja, “os marcos são instrumentos que a memória coletiva utiliza para reconstruir uma imagem do passado de acordo com cada época e em sintonia com os pensamentos dominantes da sociedade” (HALBWACHS, 2004, p. 10), “é porque podemos nos apoiar na memória dos outros que somos capazes de recordá-las a qualquer momento e quando o desejamos” (HALBWACHS, 2003, p.67).

No primeiro capítulo de *Les cadres sociaux de la mémoire*, Halbwachs problematiza a respeito dos sonhos. O autor utiliza os sonhos como exemplo para afirmar a inexistência de qualquer lembrança fora dos quadros sociais. De acordo com ele, não é que o sonho seja igual ao real, na verdade, do real são retirados os elementos das cenas sonhadas, porém nos sonhos não existem quadros sociais, por isso não encontramos ou reencontramos ordem nas imagens ou eventos sonhados (HALBWACHS, 2004; NAMER, 2004).

São apresentados nos capítulos seguintes os principais quadros sociais da memória, sendo eles a linguagem, a família, a religião e as classes. Faz-se um destaque específico sobre

a memória coletiva da família, pois este quadro tem aproximação direta com o objeto da pesquisa.

Como já foi dito anteriormente, e postulado pelo autor, a interação dos indivíduos na sociedade é que dá possibilidade de lembrança, e se o grupo é capaz de recordar, a família carrega uma memória, pois se configura como grupo (HALBWACHS, 2004).

Cada família tem seu espírito próprio, suas recordações que somente ela pode comemorar e os seus segredos revela somente aos seus. Essas recordações são como tradições religiosas das famílias antigas, não são simplesmente uma série de imagens individuais do passado (HALBWACHS, 2004, p. 181).

A família é primeiro grupo com o qual socializamos, e por certo, passamos a maior parte de nossas vidas, assim, muitas vezes os pensamentos familiares se confundem aos nossos. “A família é o grupo cujo seio transcorre a maior parte de nossa vida, os pensamentos familiares se mesclam a maior parte de nossos pensamentos. São nossos pais que nos comunicaram nossas primeiras noções acerca das pessoas e das coisas” (HALBWACHS, 2004, p. 184).

Se pensarmos em uma situação, profissão ou mesmo em um lugar, sempre encontraremos referências em nossos quadros sociais, principalmente, na família.

A memória familiar não se reduz à reprodução pura e simples de uma série de impressões individuais, tal como elas penetraram alguma vez nossa consciência. A memória familiar não consiste simplesmente em repetir palavras, esboçar gestos. Tampouco resulta de uma simples associação dessas espécies de datas. Quando a família recorda, emprega numerosas palavras e alude muito a acontecimentos ou imagens que foram únicos e seu tipo: mas essas palavras que não são mais que movimentos materiais, nem esses acontecimentos ou imagens antigas, que não são mais que objetos (HALBWACHS, 2004, p. 196).

Apesar da importância do seu trabalho, ao desenvolver a categoria social da memória, Halbwachs recebeu muitas críticas. A compreensão da influência da coletividade sobre o indivíduo tornou-se após seus estudos, algo inquestionável, no entanto, está ausente em seus escritos qualquer questão relacionada aos possíveis conflitos.

O próprio Namer que concorda com as suas ideias, salienta a dimensão de conflito existente em todo processo de construção da memória. Além disso, ao propor que é na sociedade que recordamos e localizamos nossa memória, o autor coloca as memórias coletivas

em uma situação de dominação das individuais, isto é “o que recordamos, enquanto indivíduos é sempre condicionado pelo fato de pertencermos a um grupo” (PERALTA, 2007, p.06).

Essa crítica também foi apontada nos trabalhos de Fentress e Wickham (1992) que destacaram a tendência de Halbwachs em supervalorizar o coletivo em detrimento do individual. Os autores endossam a crítica recorrendo a Roma e Birmingham (1992) para assegurar que o resultado desse destaque ao coletivo foi excessivo, pois:

um conceito de consciência coletiva curiosamente desligado dos reais processos de pensamento de determinada pessoa. Portanto, um importante problema que se depara a quem quer que pretenda seguir Halbwachs neste campo é o de elaborar uma concepção de memória, que sem deixar de prestar plena justiça ao lado coletivo da vida consciente de cada um, não faça o indivíduo uma espécie de automato, passivamente obediente à vontade coletiva interiorizada (ROMA; BIRMINGHAM, 1992, 07).

Diante disso, a Teoria das Representações Sociais foi requisitada para acentuar a influência da sociedade nas construções pessoais, bem como responder às lacunas apontadas pelas críticas.

4.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais foi proposta pelo psicólogo social Serge Moscovici de forma pioneira, a partir do seu estudo sobre a psicanálise no pensamento popular na França, em 1961. Segundo o autor, as representações sociais consistem em uma forma de conhecimento prático, socialmente construído que busca dar sentido à realidade da vida cotidiana (MOSCOVICI, 2007).

As representações podem ser compreendidas como uma forma particular de adquirir saberes e comunicar o conhecimento adquirido, tornando-o mais ordenado, a partir das percepções que produzem o mundo (MOSCOVICI, 2007). Elas norteiam nossos pensamentos e ações, e nos auxiliam na identificação e resolução dos problemas, ou seja, as representações “nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva” (JODELET, 2001, p.17).

As indagações sobre a sociedade eram um problema à época, porém a sociologia avançava e com ela foi tomando forma novas disciplinas e teorias que envolviam as questões

sociais. O pensamento de Durkheim foi o ponto de partida para o desenvolvimento das representações sociais (VALLA, 2006; JODELET, 2001; DUVEEN, 2007).

Durkheim defendia que “as representações coletivas são formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo” (DUVEEN, 2007, p.15) e que não poderiam ser explicadas corretamente por concepções psicológicas. Moscovici interessado em analisar a diversidade e a alteração dos pensamentos coletivos, partiu do ponto de vista que as relações sociais também necessitam de referência aos processos psicológicos para manutenção da integridade e coerência. Assim, elaborou sua teoria utilizando as perspectivas sociológicas como unificadoras, e desenvolvendo uma psicologia social ao demonstrar que tanto as referências sociais, quanto as psicológicas são necessárias para a compreensão de fenômenos sociais (DUVEEN, 2007).

Com o avançar de suas convicções e o estabelecimento da sua teoria, Moscovici abandona o termo durkheimiano ‘representações coletivas’ e preferindo o termo ‘social’. Essa distinção não pode ser apontada apenas como redução da psicologia social proposta por Moscovici a uma variante da sociologia durkheimiana (DUVEEN, 2007). Moscovici renovou a análise de Durkheim admitindo “a especificidade dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas” (JODELET, 2001, p. 22).

Para Moscovici, a adoção desse termo acentua o caráter dinâmico das representações, enfraquecendo a rigidez e o caráter estático que possuíam na teoria de Durkheim, como expresso na citação abaixo:

Para sintetizar: se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar - um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo”(MOSCOVICI, 2007, p. 49).

Jodelet (2001) aponta que na compreensão do conceito de representações sociais é fundamental considerarmos os processos cognitivos bem como o funcionamento dos sistemas sociais, pois ambos afetam a gênese, a estrutura e a evolução das representações. Sendo assim, as representações constituem mais que uma forma de perceber um objeto, mas também uma maneira como indivíduo ou o grupo adquire sua identidade (DUVEEN, 2007). Como declara Moscovici:

As representações, por outro lado, restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos (MOSCOVICI, 2007, p. 52).

A importância de assimilar o conceito de representação social se dá pelo seu papel formador de condutas. Isto é, ao fazer referência ao coletivo, estamos, na verdade, nos referindo às pessoas que constroem os significados para sua realidade, e já que estes significados são construídos a partir da interação social, é dessa maneira que nasce a representação social de determinado objeto. As representações sociais conceituam a natureza dos estímulos que nos provocam ao mesmo tempo em que dão significação às respostas, trata-se de um fenômeno que deve ser explicado por ele mesmo (SÁ, 2002).

A função de todas as representações é sempre tornar familiar algo que não é. Quando criamos uma representação estamos sempre buscando “tornar comum e real algo incomum (não-familiar)” (MOSCOVICI, 2007, p.58). Isso porque seria uma grande ameaça perder os marcos referenciais que dão sentido à nossa vivência. As representações são geradas a partir de dois mecanismos, conhecidos por ancoragem e objetivação.

A ancoragem equivale a assimilação dos novos elementos em um sistema de categorias familiares, que estão disponíveis na memória. Por meio da ancoragem podemos ajustar o objeto da representação em um sistema de valores que nos é próprio, classificando-o a partir dos valores que este objeto possui com nosso meio. “Assim, um novo objeto é ancorado quando ele passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes, mediante alguns ajustes” (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014, p.148).

Para Moscovici, ancoragem é:

Um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriadas. (...) Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. (...) Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele (MOSCOVICI, 2007, p. 62-63).

Sendo assim, a ancoragem está relacionada ao processo de classificar e dar nomes.

Já o segundo mecanismo, chamado de objetivação equivale a materialização das ideias. A objetivação “torna concreto aquilo que é abstrato. Ela transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico” (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014, p.145). Para Moscovici:

Objetivação une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível (...) objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância (MOSCOVICI, 2007, p. 71).

A ancoragem e a objetivação estão interligadas, pois ao dar nome busco as referências que possuo, A partir disso consigo estabelecer uma comparação. Elas são, pois, recursos para utilização da memória. E segundo Moscovici:

É dessa soma de experiências e memórias comuns que nós extraímos as imagens, linguagem e gestos necessários para superar o não-familiar, com suas consequentes ansiedades. As experiências e memórias não são nem inertes, nem mortas. Elas são dinâmicas e imortais. (...) Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer *as* coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2007, p. 78).

Sendo assim, podemos concluir que as memórias alimentam as representações, e esta não é a única relação semelhante que podemos estabelecer sobre as duas teorias.

4.3 MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ENTRELACANDO AS TEORIAS

Como apontamos anteriormente, tanto Halbwachs, quanto Moscovi propuseram conceitos com o intuito de analisar as relações sociais. As duas teorias anunciam, cada uma sob sua perspectiva, as influências e interações que determinam as relações do indivíduo com a sociedade.

Moscovici defendia a ideia de que o indivíduo não é um simples receptor de informações ou produto final de uma realidade, na verdade, acreditava em um sujeito ativo

que constrói a realidade social ao mesmo tempo em que nela é construído (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Por sua vez, Halbwachs (2003), considera que a memória é coletiva, pois apesar de ser o indivíduo quem recorda, ele está ancorado nas memórias do grupo ao qual pertence.

Para Jedlowski (2000) o que faz da memória um fenômeno coletivo não é apenas os conteúdos em comum das recordações, mas é principalmente o fato destas serem o produto de uma interação social, uma comunicação que é capaz de selecionar do passado o que é relevante e significativo para os membros do grupo:

En el plano teórico, esto significa que conviene en tender í la memoria colectiva como la selección, la interpretación y la transmisión de ciertas representaciones del pasado producidas y conservadas específicamente desde el punto de vista de un grupo social determinado (...) Las representaciones colectivas del pasado de un grupo sirven para legitimar las creencias del mismo grupo y para inspirar sus proyectos, legitimando así - o intentando legitimar - a las élites que son portadoras de ellas (JEDLOWSKI, 2000, p. 126-128).

Outro ponto de interseção possível de encontrarmos entre as duas teorias está na motivação teórica de suas origens. Ambos os teóricos se aproximaram dos estudos de Durkheim e desenvolveram suas teses a partir das experiências e das críticas às representações coletivas (ALBA, 2014).

Moscovici compreendia a importância de considerar as influências sociais, mas não descartou os fenômenos psíquicos que estão envolvidos na construção das representações, pois preferiu nomear as representações como sociais e assim estruturou a psicologia social que buscou desenvolver. Já Halbwachs, passou por um processo inverso. Fortemente envolvido nos estudos filosóficos, incentivado por Bergson, passou a questionar alguns pontos da teoria da matéria e memória, proposta e por seu mestre. Posteriormente Halbwachs abandonou a filosofia, dedicando seu trabalho à sociologia, campo teórico que encontrou afinidades após conhecer Durkheim. Halbwachs tornou-se um dos grandes discípulos durkheimianos e sua obra tende a reforçar essa importância dada por ele à contemplação da memória enquanto fenômeno social, desenvolvendo uma sociologia da memória.

Por fim, destacamos que o terceiro ponto de relação entre as teorias é estabelecido pelos quadros sociais da memória e pelas representações sociais. Halbwachs propõe em *Les cadres sociaux de la mémoire* que nossas memórias estão ancoradas nos quadros sociais em que estamos inseridos, pois “é na sociedade onde normalmente o homem adquire suas

recordações, é ali onde as evoca, as reconhece e as localiza (...) Não existe possibilidade de memória fora dos quadros sociais utilizados pelos homens que vivem em sociedade para fixar e recuperar suas recordações” (HALBWACHS, 2004, p.08-11).

Nesse contexto, Moscovici ao descrever a teoria considera que “as representações criam quadros de referência pré-estabelecidos e imediatos para opiniões e percepções, dentro dos quais ocorrem automaticamente reconstruções objetivas tanto de pessoas, como de situações e que subjazem à experiência e ao pensamento subjetivo (MOSCOVICI, 2007, p.91).

Jedlowski (2000) afirma que a memória coletiva de cada indivíduo está inscrita nos marcos sociais que são referências para os indivíduos. O autor destaca que um dos principais quadros é a linguagem.

Segundo Duveen (2007), em Moscovici as representações são sempre um produto da interação e comunicação e ganham forma e configuração específicas como uma consequência do equilíbrio desses processos de influência social. Uma de suas funções é possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar os aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. Sendo assim, as representações podem ser o produto da comunicação, mas também é verdade que, sem a representação, não haveria comunicação.

Para Moscovici:

A própria linguagem, quando ela carrega representações, localiza-se a meio caminho entre o que é chamado de a linguagem de observação e a linguagem da lógica; a primeira, expressando puros fatos - se tais fatos existem - e a segunda, expressando símbolos abstratos. Este é, talvez, um dos mais marcantes fenômenos de nosso tempo - a união da linguagem e da representação (MOSCOVICI, 2007, p. 46).

Halbwachs assegura que a palavra só é possível no interior de uma sociedade, visto que, na medida em que o homem deixa de estar em contato e em comunicação com os demais, se encontra em menor capacidade de recordar, pois:

As convenções verbais constituem o marco mais elementar e estável da memória coletiva, marco singularmente impreciso e indeterminado, posto que deixa de passar todos as recordações ainda que sejam pouco complexas e só conserve uns detalhes isolados e uns elementos descontinuados de nossas representações (HALBWACHS, 2004, p.56).

Segundo Alba (2014) a aproximação entre os conceitos de Halbwachs e Moscovici é tão acentuada que a própria autora considera que a noção de memória coletiva de Halbwachs

está mais emparelhada do conceito de representações sociais de Moscovici k do que da própria representação coletiva. Para ela, a memória, enquanto processo inteligente e interessado é reconstruída a partir do presente, e as representações sociais oferecem aos sujeitos as condições para alcançar o passado de maneira coerente.

A memória coletiva tende a ser compreendida, portanto, como um conjunto de representações do passado que um grupo produz, conserva e transmite através da interação de seu grupo. Dessa maneira, a memória cumpre a função de identidade ao grupo, tanto favorecendo sua integração, quanto representando a proteção no passado de seus interesses (JEDLOWSKI, 2000). As representações sociais, por sua vez, também atuam como determinantes de condutas e comunicações sociais, regendo nossa relação com os outros e com o mundo (JODELLET, 2001).

Podemos concluir que está postulado nas duas teorias um caráter social. Tanto na construção das representações, quanto na memória, o indivíduo necessita do grupo para buscar suas referências. Os dois autores legitimam a importância e a interferência das relações sociais, já que, os sem quadros sociais não há memória coletiva e nem as representações sociais que nos fazem perceber o mundo.

5. METODOLOGIA

Nesta seção foi descrito o percurso metodológico da pesquisa, o tipo de estudo, a caracterização do cenário e dos participantes, bem como os instrumentos de coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma tese fundamentada na Teoria das Representações Sociais e na Teoria da Memória Coletiva, baseada na Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin.

Este estudo é um projeto integrado ao Projeto de Pesquisa 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” da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e ao Projeto de pesquisa intitulado “ESACA- Envelhecer em Segurança no Alentejo: Compreender para Agir” da Universidade de Évora.

Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa responde questões que não podem ser quantificadas, e se aplica ao universo das relações, da história, das representações, das crenças, das percepções e dos valores, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Para a autora, enquanto a pesquisa quantitativa tem como objetivos e campo os dados, indicadores e as tendências, a qualitativa aprofunda-se na complexidade dos fenômenos, sendo mais abrangente. Contudo, do ponto de vista epistemológico isso não faz com que uma abordagem seja mais científica do que a outra.

A Teoria das Representações Sociais foi definida como aporte teórico-metodológico da pesquisa por apresentar-se como uma forma de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, comunicações e objetos que lhes concernem (SÊGA, 2000).

Segundo Abric (1994) não há como contestar que em determinadas circunstâncias os comportamentos e as práticas não sejam determinados pelas representações sociais. O autor defende esta influência tendo em vista que as representações são construídas e estão ancoradas nas experiências e na história da coletividade e, portanto, agem sobre relações,

escolhas e condutas dos indivíduos. Nesse sentido é que foi estabelecida a relação da Teoria das Representações Sociais com a Teoria da Memória Coletiva e Social.

Halbwachs considera a memória uma construção social que só tem a existência possível dentro do que o autor denomina quadros sociais. Os quadros sociais funcionam como uma espécie de combinação das recordações individuais do mesmo grupo. Na verdade, mais que um diálogo entre o individual e o coletivo, existe um sentido de harmonia que enquanto permite ao indivíduo recordar a partir da perspectiva do grupo, o grupo tem sua memória manifestada nas memórias individuais (NAMER, 2004; HALBWACHS, 2004). Ou seja, no indivíduo a memória do grupo se manifesta nas memórias individuais, e as memórias por sua vez, alimentam as representações sociais.

Para analisar as Representações Sociais reveladas pelos participantes através de suas memórias, a Técnica de Análise de Conteúdo, proposta pela Laurence Bardin (2011), foi requisitada por permitir a compreensão da mensagem através da sistematização e descrição dos conteúdos, utilizando os próprios elementos que participaram da produção e recepção de tais mensagens.

5.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi composto por dois programas de assistência à pessoa idosa, o Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL) no município de Vitória da Conquista, no estado da Bahia e a Equipa de Cuidados na Comunidade Integrados (ECCI) no concelho de Évora, na região do Alentejo, Portugal.

O PAMDIL, em vigor desde 2009, atende cerca de mil idosos com algum tipo de limitação identificados pelos agentes comunitários de saúde. Os idosos recebem visitas quinzenais, que conforme a necessidade podem ser antecipadas. Além das consultas e da assistência domiciliar, caso o idoso necessite a equipe realiza os encaminhamentos para outras especialidades médicas.

A cidade de Vitória da Conquista, terceira maior do estado, com cerca de 306.866 habitantes, corresponde ao polo de saúde da região sudoeste, atendendo a 72 municípios do estado da Bahia e norte de Minas Gerais (IBGE, 2010). Atualmente o PAMDIL conta com duas equipes, formadas por dois médicos, duas técnicas de enfermagem e um motorista e beneficia a população de sete unidades de saúde do município e (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2013). Das sete unidades atendidas pelo programa, foram escolhidas quatro Unidades de Saúde da Família para o desenvolvimento da pesquisa. As demais unidades

foram excluídas devido à violência nos bairros onde se encontravam, o que poderia comprometer o acesso e a segurança da pesquisadora.

A Equipa de Cuidados na Comunidade Integrados (ECCI) funciona como um serviço de acompanhamento em tempo integral aos pacientes, em sua maioria, idosos. O apoio integral prestado pela ECCI funciona com atendimento presencial durante 12 horas por dias e por telefone nas outras 12 horas e nos finais de semana (ARS ALENTEJO, 2018).

Iniciada em 2016 como uma experiência piloto, a ECCI Évora consiste em uma equipe multidisciplinar que atende 25 pacientes e é formada por seis enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, auxiliar administrativo e um motorista. A ECCI presta no ambiente domiciliar os cuidados integrais de assistência médica e de enfermagem, reabilitação e apoio social conforme a necessidade do paciente, bem como oferece suporte necessário ao cuidador familiar (ARS ALENTEJO, 2018).

A cidade de Évora na região do Alentejo é também a capital do distrito de Évora composta por 14 municípios e possui uma população de 53.084 habitantes. O Alentejo é considerado a região mais envelhecida do país, e a proporção de idosos a cada 100 jovens na cidade de Évora é de 161,6 (PORDATA, 2018).

5.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram cuidadores informais de idosos com dependência funcional do Brasil e de Portugal, sendo 21 cuidadores familiares brasileiros e 11 cuidadores informais portugueses. A inclusão dos cuidadores familiares se deu por ter algum grau de parentesco com o idoso, residir no mesmo domicílio, ter mais de 18 anos de idade, sem restrição quanto ao gênero ou estado civil, e que fossem o principal responsável pelo cuidado ao idoso e não receber remuneração para o cuidado.

Para melhor ilustrar o processo de seleção dos participantes as Figura 1 e 2 contém as etapas de triagem e seleção dos cuidadores.

FIGURA 1: Seleção dos participantes. Cuidadores de idosos cadastrados no PAMDIL em Vitória da Conquista, 2017.

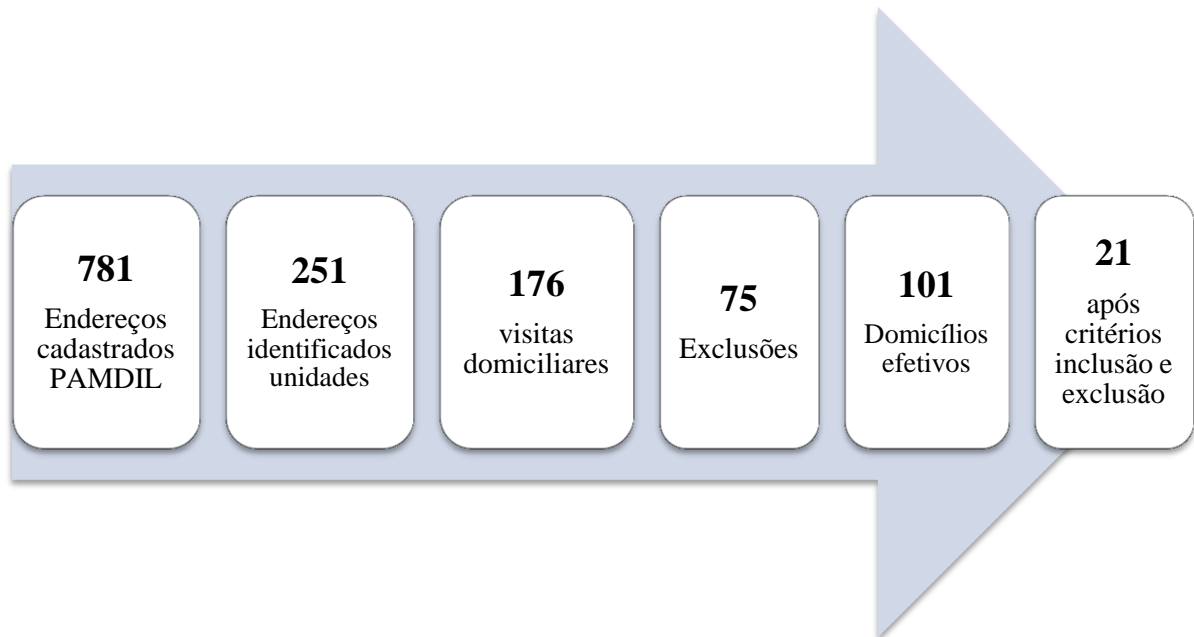
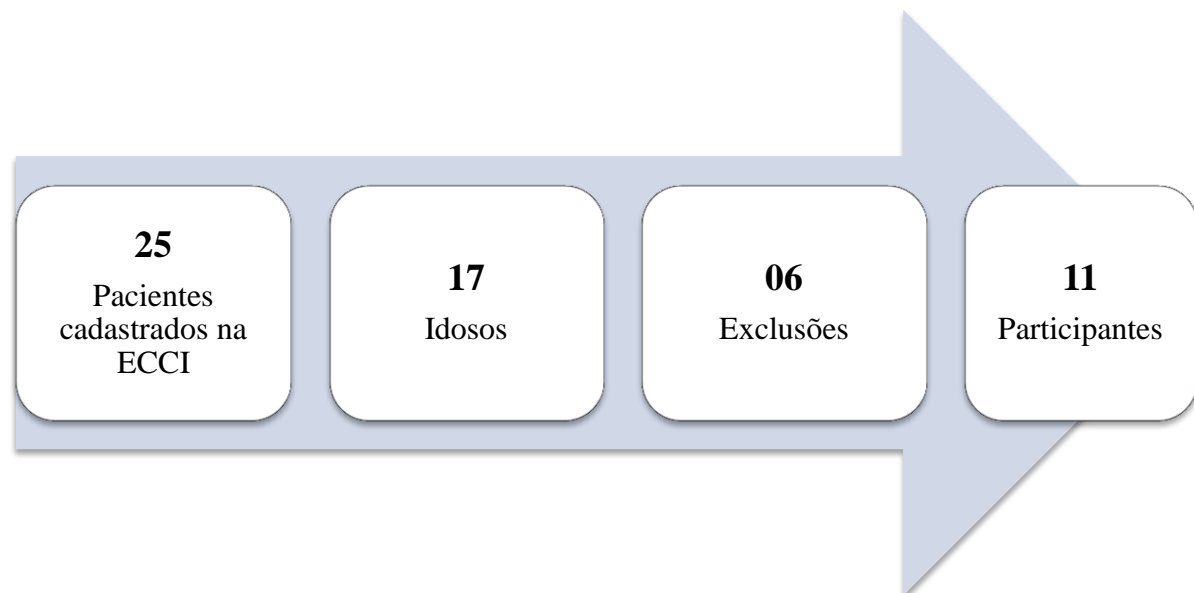


FIGURA 2: Seleção dos participantes. Cuidadores de idosos atendidos pela ECCI em Évora, 2018/2019.



Na primeira fase do estudo com os cuidadores brasileiros o processo de coleta de dados passou por duas etapas.

Iniciou-se a primeira etapa com a identificação da população idosa cadastrada no programa e a partir dos registros foi elaborado um banco de dados com 781 endereços. Nas

quatro unidades escolhidas, foram identificados 251 endereços cadastrados e realizadas 176 visitas efetivas. Em 23 casas visitadas o idoso havia falecido e, portanto, foram excluídos da pesquisa. Outros 52 idosos foram excluídos após visita por não residir no endereço indicado, recusar participar do estudo ou por ausência de resposta depois três tentativas, restando assim 101 domicílios efetivos.

A segunda fase da coleta dos dados ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2018. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados os 21 cuidadores de idosos para dar seguimento à pesquisa mediante aplicação da entrevista.

A etapa dois da pesquisa foi realizada em Évora entre os meses de outubro de 2018 e janeiro 2019.

Inicialmente houve uma aproximação com a população idosa através de uma iniciativa proposta pela ECCI, e após acompanhamento das atividades da equipe foram agendadas as visitas para realização da entrevista. A ECCI atendia no período 25 pacientes, sendo destes 17 idosos. Ao final da etapa os participantes totalizaram 11 cuidadores de idosos, pois no decorrer do período houve um falecimento, duas recusas e três tentativas de contato sem sucesso.

A seguir o Quadro 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos cuidadores, bem como suas condições de saúde.

Quadro 1. Caracterização e perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares dos idosos brasileiros e portugueses. Vitória da Conquista/BA, 2019.

CATEGORIAS	VARIÁVEIS	Brasil	Portugal
Faixa etária	18 até 59 anos	12	3
	60 anos ou mais	9	8
Gênero	Masculino	2	3
	Feminino	19	8
Estado Civil	Solteiro (a)	6	-
	Casado/união estável (a)	10	8
	Divorciado/separado (a)	1	2
	Viúvo (a)	4	1
Escolaridade	Ensino Fundamental	11	9
	Ensino Médio (antigo 2º grau)	7	1
	Ensino Superior	2	1
	Não estudou	1	-

Profissão	Serviços domésticos	10	2
	Funcionário público	2	-
	Aposentada	5	8
	Estudante	4	-
	Professor universitário	-	1
Vínculo Familiar	Filho (a)	9	-
	Irmão (a)	3	1
	Cônjuge	6	8
	Neto (a)	3	-
	Sem parentesco	-	2
Problemas de saúde	Hipertensão	10	3
	Diabetes	8	-
	Cardiopatia	-	2
	Osteopatias	-	3
	Nenhum	3	4

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Na coleta de dados em Vitória da Conquista, inicialmente foi realizado um levantamento da população cadastrada no PAMDIL entre os meses de junho a novembro de 2017. Neste período o programa não estava ativo, e a princípio, utilizando como fonte os livros de registros os nomes e endereços dos idosos foram disponibilizados.

Após finalizar a construção do banco de endereços, foram então contatadas as quatro unidades selecionadas para apresentação do projeto e para solicitar o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na divulgação do projeto na comunidade, bem como na atualização dos endereços. O primeiro contato era realizado com a enfermeira, e esta agendava um segundo momentos com os ACS.

Tendo em vista que o programa esteve inativo por aproximadamente três anos, os ACS auxiliaram na identificação dos idosos já assinalados nos livros de registro. A partir desta atualização é que foram então realizadas as visitas domiciliares aos idosos cadastrados em três unidades, com o intuito de reconhecer o campo, verificar se a população idosa, inicialmente cadastrada no programa, ainda residia no endereço disponibilizado, bem como apresentar o projeto e fazer o convite para participação do mesmo.

A maioria das visitas ocorreu sem a companhia do ACS, porém conforme acordado nas reuniões, houve um contato prévio com as famílias desempenhado pelos agentes que informaram inicialmente sobre o desenvolvimento do projeto e averiguaram a possibilidade de realização da visita domiciliar por parte da pesquisadora.

A segunda etapa deste processo se deu com a visita domiciliar aos 21 cuidadores selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Esta etapa ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2018.

Nas visitas desta segunda fase foram coletados os dados através das entrevistas abertas com questões norteadoras, registradas com autorização dos participantes e auxílio do gravador de voz do aparelho celular. Já a coleta dos dados em Évora ocorreu entre os meses de outubro de 2018 e janeiro de 2019 e também contou com o auxílio de uma rede de cuidados aos idosos.

A aproximação com a comunidade ocorreu por intermédio da ECCI. Inicialmente a coordenadora da equipe foi contactada e após reunião para definir a melhor estratégia de captação dos participantes ficou definido que a pesquisadora iria acompanhar as atividades da equipe, tanto na visitas quanto nos encontros do Cantinho do Cuidador.

O Cantinho do Cuidador consiste em um projeto simultâneo vinculado a ECCI, de caráter opcional, que busca promover por meio de encontros mensais um momento de educação em saúde, capacitação, convívio e bem-estar aos cuidadores de idosos, e até mesmo alguns idosos que estão cadastrados no programa. A sessão do Cantinho do cuidador é aberta à comunidade que tenha interesse em participar.

Este primeiro momento de apresentação nas sessões do Cantinho do Cuidador foi fundamental para aproximação com a população. Posteriormente, foi possível acompanhar o trabalho da ECCI nas visitas domiciliares, conhecendo melhor o processo de cadastramento e acompanhamento dos idosos.

A partir das visitas em companhia da equipe, o convite para participação da pesquisa era formalizado e então agendado um terceiro momento para realização da entrevista. Em alguns casos a equipe intermediou a apresentação da pesquisa, sem a presença da pesquisadora, por entender que poderia haver algum tipo de resistência por parte dos familiares. Nestes casos, após consentimento da família é que a pesquisadora pode formalizar o convite e então realizar a visita. Foi necessário solicitar a autorização da Direção de Saúde para acompanhamento da equipe, somente após tal liberação a pesquisadora passou a acompanhar a equipe nas visitas domiciliares (ANEXO B).

5.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento da pesquisa foi constituído por duas partes. Sendo a primeira composta por um questionário de dados sociodemográficos e questões de saúde como gênero, faixa etária escolaridade, estado civil, profissão, vínculo familiar e problemas de saúde (APÊNDICE A). A segunda etapa foi então constituída pela aplicação da entrevista aberta com questões norteadoras (APÊNDICE B).

Segundo Gil (2008), a entrevista é uma forma de interação social e enquanto técnica de coleta de dados representa um procedimento bastante adequado para alcançar as demandas profundas e subjetivas que cercam o comportamento humano, e por isso consiste em uma técnica de excelência na investigação social.

Citando Selltiz et al. (1967, p.273), o autor reforça a adequação da entrevista em questões “acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

A entrevista aberta com questões norteadoras foi baseada em um roteiro composto por quatorze perguntas relacionadas à rotina de cuidados e às concepções dos cuidadores quanto ao cuidado e quanto à violência contra os idosos. Os questionamentos buscavam explorar as atividades cotidianas desenvolvidas pelos cuidadores na prestação de cuidado ao idoso e como se dava este processo, bem como investigar as percepções deles quanto ao significado e ocorrência da violência.

5.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para análise das informações coletadas utilizou-se a Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin com o auxílio do software QSR NVivo® versão 11.

A Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, e segundo Bardin (2009), por meio desta técnica é possível tratar das informações que estão contidas nas mensagens, e assim alcançar uma exploração tanto dos significados, quanto dos significantes. “A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2009, p. 45).

Trata-se, portanto, de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tem o intuito de alcançar, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do

conteúdo das mensagens, os indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de tais mensagens (BRADIN, 2009).

A Análise de Conteúdo não se reduz a um instrumento único, e sim conforme define a autora, “um leque de apetrechos” que mesmo compreendido como instrumento singular é capaz de evidenciar a pluralidade de formas e adaptar-se às multiplicidades que permeiam as comunicações. Conforme afirmaram Henry e Moscovici na obra *Problème de l’analyse de contenu* (1968, p.2) “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Composta por três fases, esta técnica se organiza em três polos cronológicos, sendo eles a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

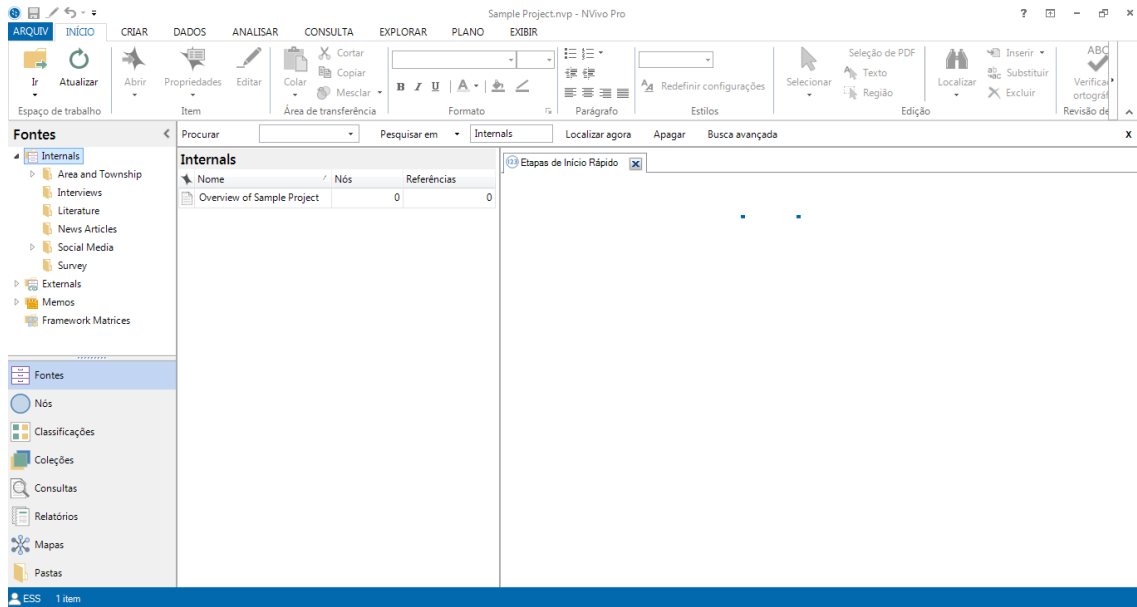
A primeira etapa consiste na organização do material e pode ser desenvolvida através da leitura flutuante, com posterior formulação de objetivos e hipóteses que darão fundamento para a interpretação. A segunda etapa, como a própria denominação antecipa baseia-se na exploração do material, organizando as informações em dados que são codificados a partir das unidades de registro. Finalmente a terceira etapa do tratamento dos dados, apoia-se na categorização a partir das semelhanças e diferenciações, reagrupando os dados posteriormente, tendo em conta as características que lhes são comuns (BARDIN, 2009).

Em relação ao QSR NVivo ® é um software que auxilia na organização e estruturação dos dados. Por meio da organização das informações coletadas com as entrevistas, o NVivo possibilita uma espécie de categorização, na qual as informações descritivas do texto são dispostas a partir da identificação de tendências, e por meio desta estruturação são criados os “nós” e “subnós”, e mais adiante as nuvens de palavras com as palavras citadas com maior frequência pelos participantes. Esse recurso possibilita a melhor visualização das categorias além de representar artifício moderno que contribui para a análise de conteúdo.

Segundo Silva et al. (2015) o NVivo vem sendo utilizado por mais de um milhão de pessoas em todo o mundo, nas mais diversas áreas de conhecimento. Enquanto programa de análise de informação qualitativa, o NVivo constitui uma ferramenta de análise de documentos textuais, multimétodo e dados bibliográficos.

Com intuito de facilitar a compreensão do processamento dos dados no NVivo versão 11, estão elencadas algumas figuras das etapas do software.

FIGURA 03: Tela inicial do Nvivo



Depois de anexar as entrevistas no banco de dados do software, as falas são organizadas em eixos e categorias previamente definidos a partir da leitura anterior das mesmas.

FIGURA 04: Tela do banco de dados

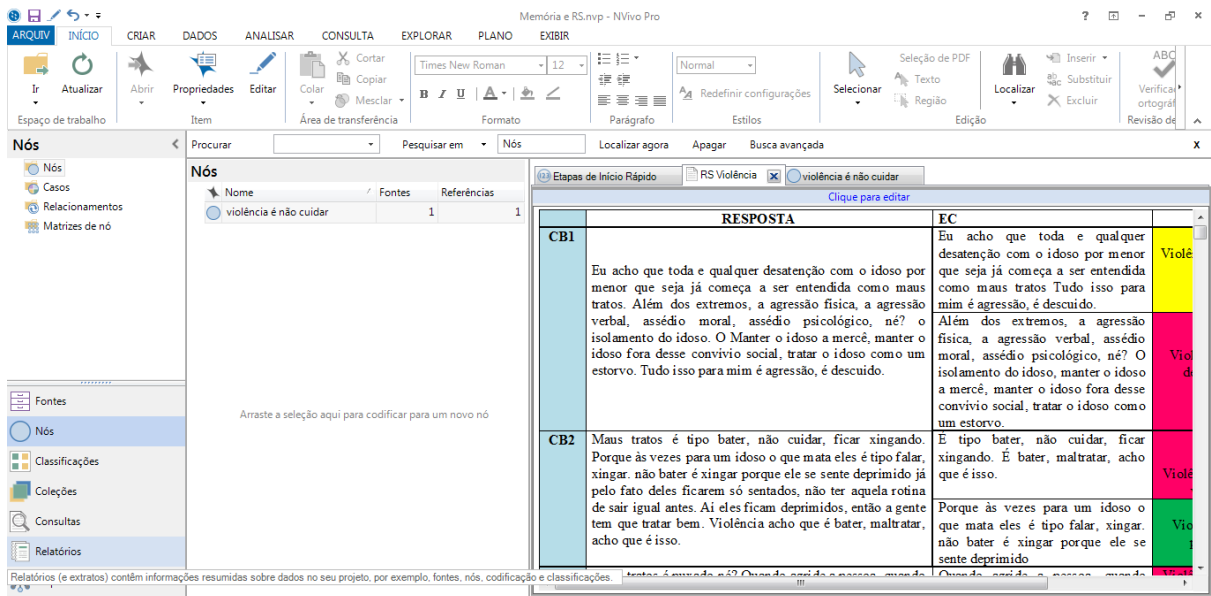


FIGURA 05: Tela de nós

The screenshot shows the NVivo software interface for managing nodes. The main window displays a list of nodes with columns for Name, Source, and References. A node named 'violência é não cuidar' is selected, showing its references in a detailed view. The references are highlighted with yellow boxes and labeled 'Violência é não cuidar' and 'Não cuidar'. The interface includes a menu bar with options like ARQUIV, INÍCIO, CRIAR, DADOS, ANALISAR, CONSULTA, EXPLORAR, PLANO, and EXIBIR. A sidebar on the left shows a tree view of the project structure.

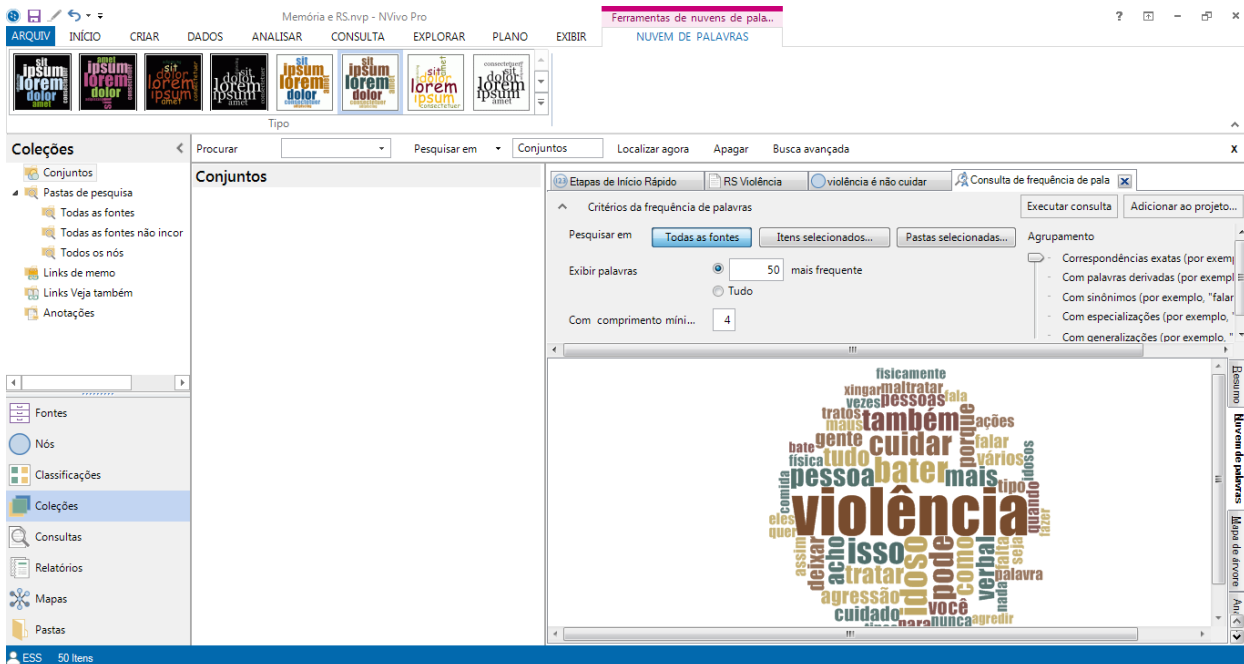
A categorização dos dados no NVivo classifica as falas em nós e Sub-Nós e permite que as entrevistas sejam analisadas a partir da frequência de palavras.

FIGURA 06: Tela frequência das palavras

The screenshot shows the NVivo software interface for word frequency analysis. The main window displays a table of word frequencies with columns for Word, Extension, Count, and Weighted Percentage. The table lists words like 'violência', 'idoso', 'bater', 'isso', 'pode', 'cuidar', 'também', 'pessoa', 'mais', 'como', 'tratar', and 'tudo'. The interface includes a menu bar with options like ARQUIV, INÍCIO, CRIAR, DADOS, ANALISAR, CONSULTA, EXPLORAR, PLANO, and EXIBIR. A sidebar on the left shows a tree view of the project structure.

Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)
violência	9	121	2,27
idoso	5	62	1,16
bater	5	59	1,11
isso	4	58	1,09
pode	4	54	1,01
cuidar	6	53	0,99
também	6	48	0,90
pessoa	6	47	0,88
mais	4	43	0,81
como	4	42	0,79
tratar	6	40	0,75
tudo	4	40	0,75

FIGURA 07: Tela da nuvem de palavras do Software NVivo



Com este recurso de análise é possível fazer o levantamento das palavras de maior frequência, e assim criar nuvens de palavras que irão caracterizar o nó ou sub-nó e constituem um recurso visual importante, pois facilitam a visualização das representações evidenciadas nas falas dos participantes.

5.7. QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização de uma pesquisa em que há o envolvimento de seres humanos de forma direta ou indireta é necessário o respeito a preceitos e normas éticas. Logo, esta pesquisa teve como princípio respeitar a normatização disposta na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Em consonância, a participação dos sujeitos do estudo se deu de forma voluntária, sendo formalizada a aceitação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) (BRASIL, 2012).

Foi garantida a privacidade e integridade dos informantes, sendo que os instrumentos de coletas, assim como o desenrolar desse estudo só ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), para o qual foi enviado o projeto desta pesquisa, e outros componentes exigidos para a devida análise.

Ambos os estudos foram submetidos e aprovados pelos Comitês de ética em Pesquisa. O Projeto brasileiro teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com o número 1.875.418 de 15/08/2016 (ANEXO C) e o projeto português obteve aprovação da Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora com o número 16012 de 19/05/2016 (ANEXO D).

6. MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES DE IDOSOS

O quadro abaixo apresenta os resultados da pesquisa dispostos em dois eixos: Cuidado e Violência e as categorias e subcategorias analíticas que compõem a análise e discussão dos dados da pesquisa.

Quadro 2. Eixos Temáticos, Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo da Pesquisa. Vitória da Conquista/BA, 2019.

Eixos temáticos	Categorias	Subcategorias
Cuidado	Representações Sociais sobre o cuidar	1.1 Suprir necessidades e ser vigilante 1.2 Dedicção e amor
	Motivações para o cuidar	2.1 Relação familiar 2.2 Representações Sociais sobre o lar 2.3 Representações Sociais sobre a velhice
	Dificuldades para o cuidar	3.1 Sobrecarga de trabalho 3.2 Rede de apoio ao cuidador 3.3 Resistência do idoso
Violência	Representações Sociais sobre violência contra a pessoa idosa	4.1 Violência e suas formas de manifestação 4.2 Violência não é só bater 4.3 Violência é não cuidar
	Motivações para a violência	5.1 Memórias, relações e família 5.2 Condições inadequadas para o cuidado 5.3 Representações Sociais negativas sobre o envelhecer

A discussão apresentada nesta seção fundamenta-se nas falas dos cuidadores de idosos que serão, a partir de então nomeados pelas siglas CB (cuidadores brasileiros) e CP (cuidadores portugueses).

EIXO CUIDADO

6.1. Categoria Representações Sociais sobre o cuidado

A categoria em questão apresenta a discussão em torno da percepção dos cuidadores de idosos sobre o ato de cuidar. Segundo Moscovici (2007), as Representações Sociais traduzem um conhecimento elaborado coletivamente que norteia as convenções e os hábitos. As falas que emergem neste momento, caracterizam as ações desenvolvidas pelos participantes no desempenho de suas funções, deste modo, a exploração da temática assume um caráter valoroso, pois possibilita a análise dos sentidos atribuídos ao cuidado pelos cuidadores através da narrativa da sua própria prática diária, e este é um fator que Honoré (2004) assegura ser essencial para que o entendimento da experiência não seja perdido ou retido.

No trabalho desenvolvido por Roque (2014) o autor corrobora com tal premissa, e recorre a Éclea Bosi (1994) para endossar que na busca pela significação do processo de cuidar, os idosos e os cuidadores são os agentes que permitem reconstruir o vivido através da memória. Para Boff (2000) não é possível falar sobre o cuidado como um objeto afastado, pois o cuidar está intimamente relacionado à natureza humana e estrutura-se na forma como é vivido e no próprio ser humano. “Não temos cuidado. Somos cuidados, isto significa que o cuidado possui dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano (...) sem cuidado deixamos de ser humanos” (BOFF, 2000, p.89).

De acordo com Ayres (2004) o cuidado pode proceder como uma categoria filosófica, mas também como uma atitude prática em uma situação de interação entre os sujeitos com o propósito de bem-estar ou alívio. Colliere (2003) defende que a palavra cuidar tem sua origem no verbo *soniare*, que significa “ocupar-se de”. Já Boff (2005), referindo ao trabalho de Martin Heidegger (1988), *Ser e Tempo*, recorda o significado em latim atribuído ao cuidado enquanto cura, e esta é uma noção intimamente relacionada à compreensão do cuidado pelo senso comum enquanto “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2004, p.74).

Nesse sentido, Fisher e Tronto (2007), defendem o cuidado como:

Uma atividade da própria espécie que inclui tudo o que podemos fazer para manter, continuar e reparar nosso “mundo” para que possamos viver nele da melhor maneira possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nós mesmos e nosso meio ambiente, e tudo em que procuramos intervir de forma complexa e autossustentável (p. 287).

A temática do cuidado vem sendo largamente explorada por diferentes áreas, principalmente por se tratar de uma questão complexa, multifacetada e que envolve conhecimentos de diversos campos. Um dos grandes nomes que debruçou o seu olhar para o cuidado como objeto de pesquisa, chegando até mesmo a desenvolver uma teoria que respondesse aos questionamentos e norteasse a sua prática, foi a enfermeira americana Madeleine Leininger.

Segundo Leininger, fundadora da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, o ato de cuidar consiste em obrigações e ações de assistência ou de apoio para com outro objetivando melhorar sua condição de vida. A autora reconhece que o cuidado está intimamente relacionado com o meio cultural no qual os indivíduos estão inseridos e expressa como é fundamental explorar tal experiência (LEININGER, 2001; COUTO; CALDAS; CASTRO, 2018). Ademais, Santos (2010) aquiesce a premissa de Leininger ressaltando como o processo de tornar-se cuidador envolve intencionalidade e varia conforme a situação de quem necessita dos cuidados e conhecimento de quem prestará os cuidados.

Diante disso, as figuras 8 e 9 demonstram as Representações Sociais de cuidadores de idosos portugueses e brasileiros sobre o cuidado.

FIGURA 8. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Representações Sociais de cuidadores portugueses sobre o cuidado. Via QSR NVivo ®.



Fonte: dados da pesquisa

FIGURA 9. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Representações Sociais de cuidadores brasileiros sobre o cuidado Via QSR NVivo®.



Fonte: dados da pesquisa

A partir da análise das nuvens de palavras as Representações Sociais dos cuidadores de idosos brasileiros e portugueses sobre o cuidado foram divididas em duas subcategorias: “Suprir necessidades e ser vigilante” e “Dedicação e amor”, que serão apresentadas a seguir.

6.1.1. *Suprir necessidades e ser vigilante*

Nesta categoria é possível observar que as representações sociais dos cuidadores de idosos sobre o cuidado assumem um sentido prático, associado aos afazeres e ocupações desenvolvidas na sua rotina.

Em concordância com tal premissa, Colliére (1999) assegura que o cuidado consiste em:

Manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. [...] As diferentes possibilidades de respostas a estas necessidades vitais fazem nascer e instaurarem hábitos de vida próprios de cada grupo. [...] Velar, cuidar, tomar conta representa um conjunto de atos que tem por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de perpetuar a vida do grupo (COLLIÉRE, 1999, p. 29).

São José (2012) denota que o cuidado para com o outro está pautado na realização das tarefas essenciais para a vida e que o indivíduo já não possui condições de realizá-las sozinho, sejam elas atividades da vida diária, como realizar sua higiene pessoal, vestir-se e alimentar-se, ou mesmo as nas atividades instrumentais da vida diária, como preparar o alimento, organizar e lavar a sua roupa ou ir às compras.

Neste sentido, as representações sociais que emergem a partir das falas dos cuidadores revelam como o caráter prático do cuidado ainda é um elemento marcante e até mesmo influenciador e direcionador das condutas adotadas pelos participantes, conforme é possível observar nas seguintes falas dos cuidadores brasileiros e portugueses:

Mas cuidar é ajudar aquilo que a gente puder fazer. Eu acho que é isto. É a gente fazer-lhe aquilo que ela não consegue (CP3).

É tratar, é tratar do utente. É dar-lhe apoio, é fazer aquilo que for necessário (CP4).

Tratar dele tanto na alimentação, quanto na medicação, como em roupa, como em tudo (CP8).

Não deixar sozinha. Não deixar de lembrar ela a tomar o remédio dela, levar ela para fazer exame. De vez em quando tem que levar, né? O “bainzinho” dela, não deixar ela sem comer (CB8).

Saúde, higiene, alimentação, o horário de remédios. A gente tá sempre observando. Isso é cuidado. É você fazer tudo o que puder, que tiver ao alcance (CB11).

É cuidar, fazer as coisas direitinho, na hora certinha. Dar o banho, não deixar sem comida, levar no médico, dar os remédios. Cuidado pra mim é isso (CB19).

O cuidado sempre tem o intuito de ofertar algo benéfico ao outro, seja na promoção do seu bem-estar ou em alguma atitude que contribua para sua saúde (WALDOW, 2009; HONORÉ, 2004). Deste modo, as falas destacadas acima permitem verificar como o cuidado é reconhecido pelos cuidadores em atitudes desenvolvidas no cotidiano com o objetivo de

ofertar conforto e atender as necessidades básicas de um ser humano. Este não é um achado isolado já que diversos estudos apontam como o cuidar pode ser percebido a partir de tal perspectiva e como é comum que as pessoas envolvidas construam suas representações a partir da responsabilidade assumida (GIACOMIN et al., 2005; SOUZA; MENEZES, 2009).

Pasklan (2014) verificou no seu estudo com idosos diabéticos que o cuidado é compreendido através do provimento de suas necessidades. Já no trabalho desenvolvido por Brito et al., (2017) foram analisadas as representações sociais de idosos em condição de dependência funcional acerca do cuidado, e os elementos elencados com maior destaque, caracterizados como núcleo central foram alimentação e higiene. Na pesquisa de Hedler et al. (2016) os idosos referiram como aspectos positivos do cuidado a manutenção da vida, destacando práticas diárias como banho, medicação e alimentação. Resultados semelhantes também foram encontrados por Souza et al. (2011) na investigação realizada com idosos residentes em ILPs. Os participantes desta pesquisa também atribuíram ao cuidado ações voltadas para a manutenção do bem-estar através da higiene e alimentação. Estes achados demonstram como as representações sociais sobre o cuidado estão alicerçadas no pensamento pragmático do cuidar.

Ademais, é importante destacar que não só nas pesquisas realizadas com idosos emergiram tais representações. Em uma investigação com pessoas em situação de rua de diversas idades, as falas dos participantes evocaram os elementos como alimentação e médico como componentes do núcleo central, e ainda higiene como um dos elementos periféricos de maior frequência (SILVA et al., 2018). Conceição (2006) buscou conhecer a percepção de cuidado para enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde, e as falas das participantes apontaram novamente para o atendimento das necessidades básicas afetadas, com ênfase ao cuidado técnico (CONCEIÇÃO, 2006). Resultados como estes confirmam como o significado do cuidado remete a uma concepção funcional, técnica, fortemente influenciada por um modelo biomédico.

Boff (2005) chama atenção para o sentido que o cuidado assume. Para o autor, a natureza do cuidado permite que ele possua dois significados intimamente relacionados. O primeiro está associado à disposição, ao desvelo e a atenção com o outro. Já o segundo, origina-se do primeiro e resulta na preocupação. Hesbeen (2000) endossa o pensamento de Boff ao afirmar como o cuidado é associado com “o fato de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento” (HESBEEN, 2000, p.9).

Diante disso, observa-se como esta concepção também é referida pelos cuidadores em suas representações a partir das seguintes falas:

É estar alerta para alguma coisa que seja fora do normal (CP1).

É estar sempre pronto para aquilo que eles precisarem (CP6).

É estar disponível para aquilo que ela necessitar, podendo ser tudo e mais alguma coisa (CP7).

É prevenir certos riscos com o idoso. Ela tem sempre que estar acompanhada com alguém... para evitar riscos pro idoso de todas as formas (CB1).

O cuidado é o seguinte, é a gente proteger, Não deixar exposta. E ter a precaução né?! Cuidado quer dizer precaução, prevenir. Tá atento né? (CB9).

Cuidado para ela não cair, porque um idoso acamado tanto é ruim para o idoso como para nós (CB10).

Cuidado é proteger a pessoa. Não deixar correr um risco de ficar só né? Porque ela pode engasgar e morrer. É ter precaução com a pessoa (CB17).

Waldow (2004, p.188) assegura que “o cuidado se inicia por nós, com a preocupação com o outro e com o seu bem-estar. Cuidar significa praticar a convivialidade, o respeito, a solidariedade”. Em concordância, Souza (2005) coloca seu ponto de vista, atestando que quando há preocupação, envolvimento e responsabilização, ali se inicia o cuidado.

As falas dos participantes confirmam tal premissa ao demonstrarem como a supervisão e a própria preocupação com o outro permeiam o cuidado. Ao revelarem que sua prática está pautada na vigilância e na atenção, os cuidadores caracterizam o ato de cuidar pela própria convicção que possuem de sua responsabilidade no processo.

Semelhante a isto, Souza (2005) evidencia em seu trabalho desenvolvido com cuidadores de idosos hipertensos uma representação do cuidado sob a ótica da ajuda e da atenção. Para Elsen (2002) ao exercer o cuidado a família age na tomada de decisões, no acompanhamento e supervisão das questões de saúde e doença. Deste modo, “a responsabilidade é o cuidado reconhecido como obrigação em relação a um outro ser, que se torna “preocupação” quando há uma ameaça à sua vulnerabilidade (JONAS, 2006, p. 352).

Sendo assim, o cuidado enquanto preocupação e atenção estabelece a prestação de assistência ao idoso através da presença do cuidador no espaço doméstico como exemplo da figura que irá garantir a realização das atividades de vida diária satisfatoriamente, bem como

preservar o idoso de alguma possível condição de vulnerabilidade (MAZZA; LEFÉVRE, 2005).

Entretanto, é importante destacar que o fato de as representações sociais dos participantes apontarem para um sentido relacionado ao cuidado enquanto saberes e afazeres técnicos, não anula a vertente subjetiva que o contorna.

Em análise das representações de idosos e seus cuidadores acerca do cuidar, Brito (2014) pode perceber como hierarquicamente elementos como “alimentação” possuíam maior centralidade se comparados a “carinho”. Lima (2008) revela que nas experiências analisadas com cuidadores de idosos também houve uma tendência em valorizar a oferta de recursos e o suprimento das necessidades em detrimento das questões afetuosas.

É fundamental que a construção e a significação em torno do cuidado sejam alicerçadas em um pensamento amplo, “não se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição” (PINHEIRO, 2008, p.113). Conforme assegura Collière (2003), é necessário compreender este processo baseado nas necessidades vitais, biológicas, econômicas, mas também sociais e afetivas.

Alguns autores destacam o cuidado como uma categoria-chave para a abertura desta discussão (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014), pois o seu desenvolvimento requer alguns sentimentos fundamentais como a ternura e o afeto. Na tentativa de compreender as necessidades do idoso e os seus sentimentos, a família revela um ato também de sensibilidade que pode ser justificado pelo tempo e pelo relacionamento estabelecido entre os indivíduos. Desta forma, o ato de cuidar passa a demandar compreensão e afeição com quem será cuidado (PASKLAN, 2014).

Esta discussão sobre os sentimentos que cercam o cuidar será explorada na subcategoria seguinte.

6.1.2 Dedicção e amor

Esta subcategoria apresenta as representações sociais dos cuidadores de idosos sobre o cuidado a partir de uma perspectiva mais centrada nos sentimentos que estão relacionados ao processo. Entretanto, cabe ressaltar que, apesar de classificado em diversos tipos e segundo diferentes critérios, dificilmente será possível que o cuidado ocorra de maneira isolada (NERI; SOMMERHALDER, 2001).

Alguns autores confirmam a representação referida pelos cuidadores por considerarem que o cuidado está relacionado com valores e com um compromisso assumido e, portanto, resulta no envolvimento e no afeto ao promover o bem-estar do outro (WALDOW, 2011; SETÚBAL 2010). Quando uma pessoa age em prol do cuidado de outro ela está revelando o amor que há em si e praticando uma virtude. Assim, é pelo ato de cuidar que a virtude se revela, ainda que o cuidado por si mesmo não seja uma virtude (SETÚBAL, 2010). Além disso, esta convicção retoma a contemplação do cuidado como um sentimento inerente à natureza humana, tendo em vista que consiste em uma ferramenta fundamental na luta pela sobrevivência ao longo de toda a história da humanidade (COSTENARO; LACERDA, 2001).

Para Boff “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2000, p. 33). O cuidado surge quando a existência do outro passar a ser importante para mim, e é por isso que há disposição em ajudar (BOFF, 2000; WALDOW, 2011).

Os cuidadores reconhecem que o ato de cuidar exige mais que o cumprimento de funções e tarefas práticas. As representações que emergiram nesta categoria demonstram como o cuidado está permeado de afetos, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Cuidar é tanta coisa. Cuidar é principalmente um ato de amor. Isto é a coisa principal, é a gente cuidar com amor (CP2).

Eu pra mim acho que a gente cuidar de uma pessoa é a gente ter amor por esta pessoa. Acho eu pra mim, que é a gente gostar muito da pessoa e ter amor por ela (CP11).

Eu acho que cuidado é zelo, não é só o cuidado físico, dar banho, trocar de roupa, zelar pela alimentação, 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. Isso para mim que é cuidado (CB7).

Ter paciência né? Amor, se dedicar aquela pessoa né? O momento que você *tá* junto você tem que ter muita paciência (CB12).

O que Boff (2005) defende está intimamente relacionado às representações expostas nesta categoria. Segundo ele, a construção do mundo se dá através dos laços afetivos, e é por meio destes laços que atribuímos valor às pessoas, dedicando tempo, preocupação e assumindo responsabilidades, e o amor se concretiza na expressão do cuidado.

Muitos autores referenciam a obra de Boff e estão de acordo com o que ele declara, pois compreendem que o cuidado reflete a escolha de ajudar, respeitar e dar carinho, e é

intensamente influenciado por bons sentimentos, resultando na sua expressão máxima que é o amor (BRITO, 2014; SOARES, 2012; SILVA, 2000), pois “o amor potencializa nossa capacidade de cuidar” (WALDOW, 2011, p.14).

Visto como uma forma de arte, o cuidado é para Boehs (1990) um sentimento capaz de influenciar positivamente tanto a vida de quem cuida, quanto a de quem recebe os cuidados. Já Silva et al. (2005) citando a obra de Scheler (1980) elucidam que existem sentimentos fundamentais no cuidado, e a ternura e o afeto são exemplos deles. Para as autoras o cuidado essencial é sinônimo da ternura que “irrompe quando o ser humano se descentra de si mesmo, sai na direção do outro, sente o outro como outro, participa de sua existência e deixa-se tocar pela sua própria história de vida” (SILVA et al., 2005 p. 475).

Cuidar é o amor de maneira informal que se manifesta como um modo de sobrevivência ou expressão de interesse (WALDOW, 2011). E de acordo com Pinheiro (2008) pode ser compreendido no modo de fazer a vida cotidiana, através da responsabilidade, da atenção e do desvelo.

Uma das origens da palavra amor, apontada por Hunter (2004) *storge*, que é amor em grego, equivale a afeição, já *philos* corresponde ao amor recíproco, a fraternidade, enquanto *ágape* corresponde ao comportamento em relação ao outro. A filósofa Catherine Audard (2004) coloca o termo francês *soin* como uma tradução próxima de care, que segundo a mesma resume “a solicitude que expressa essa inquietude afetiva pelo outro” (AUDARD, 2004, p. 212).

Já Lemos e Medeiros (2006) e Boff (2005) apontam em suas obras a origem da palavra cuidado enquanto cura, representada pelo latim *coerae*. Recorrendo a este sentido os autores discorrem que esta palavra era utilizada nos contextos das relações de amor e amizade, demonstrando preocupação e desvelo para com o outro. Boff (2005) aponta ainda para a derivação do cuidado enquanto *cogitare-cogitatus*, que novamente recai no sentido de cura, cogitar, pensar no outro, isto é, ao cuidar revelo desvelo e atribuo importância para com aquilo que me proponho cuidar.

As concepções de cuidado representadas pelos sentimentos de amor e dedicação que foram observadas nas representações dos participantes e confirmadas pelos autores apontados anteriormente também foram verificadas em algumas pesquisas.

Nos estudos de Hedler et al. (2016) os elementos amor, carinho e paciência foram os mais evocados e integraram o núcleo central das representações sociais de cuidadores acerca do cuidado. Neste trabalho a palavra amor foi evocada por grande parte, atribuindo uma significação afetiva às memórias evocadas.

Os achados de Brito et al. (2018) foram semelhantes, cabendo o destaque para o fato de que no seu estudo com pessoas acima de 65 anos no Brasil e na Itália, as associações do amor ao cuidado enunciadas pelos participantes italianos foram majoritariamente de pessoas casadas. Em relação ao sexo, Brito et al. (2017) apontaram o predomínio de evocações como “amor” e “atenção” por parte das mulheres idosas, indicando uma representação feminina mais próxima de aspectos afetivos, em relação aos demais elementos evocados.

As entrevistas com idosos realizadas por Mazza (2008) e Pasklan (2014) também constaram que o afeto foi um marcador do cuidado. Em Mazza (2008) os idosos manifestaram o afeto como um tempero essencial para o cuidado. Já nas análises de Pasklan (2014) o que ficou evidente foi a ideia de cuidado compreensivo, traduzido pelos idosos como uma essência do amor e do carinho que os seus familiares demonstravam por eles.

As representações sociais relacionadas aos aspectos afetivos como amor e a dedicação verificadas até aqui estão intimamente relacionadas aos laços e aos relacionamentos construídos ao longo dos anos pelos envolvidos no cuidado. Neste caso, os idosos aos quais os cuidadores da pesquisa prestam os cuidados são também ligados a eles pelo grau de parentesco, fato que contribui para o compartilhamento de tais representações. Ademais, durante muitos anos o cuidado esteve vinculado às práticas caritativas, e esta herança cultural ainda possui grande influências nas práticas atuais.

Resultados como estes demonstram como as representações sociais são estruturadas em torno das experiências de vida e dos seus marcos sociais ancorados na memória, pois, conforme defende Halbwachs (2004), pelos marcos sociais é que se dá a organização das representações que possuímos da sociedade e por meio deles é que os valores e as necessidades são consideradas e hierarquizadas.

Sendo assim, para contribuir na compreensão das representações sociais apresentadas anteriormente, a categoria seguinte busca explorar como se dá o processo responsabilização do cuidado e quais as memórias que ancoram as representações dos cuidadores de idosos acerca das razões para o cuidar.

6.2 Categoria Motivações para o cuidar

Esta categoria traz uma discussão em torno das circunstâncias que conduzem os cuidadores a assumirem tal função, bem como abordará as razões que justificam a tomada de decisão.

Conforme foi apresentado na categoria anterior, as representações sociais sobre o cuidado passam o universo multifacetado dos indivíduos e refletem as influências culturais, sociais, e principalmente, morais e religiosas que norteiam as condutas diante da sociedade. Assim, a construção em torno do que é o cuidado para os participantes da pesquisa está intimamente relacionada com as razões que os levaram a ponderar e optar por assumir a responsabilidade de cuidar de seu familiar idoso.

Quando questionados sobre o processo que os levaram a assumir a função de cuidador, os participantes demonstraram que os laços afetivos representam uma das principais motivações. Além disso, na busca pela compreensão dessa realidade as próprias representações do cuidado, da velhice e o transcorrer do processo nesta fase da vida não podem ser afastadas do conjunto, pois além de estarem fortemente interligadas, influenciam as percepções desta construção.

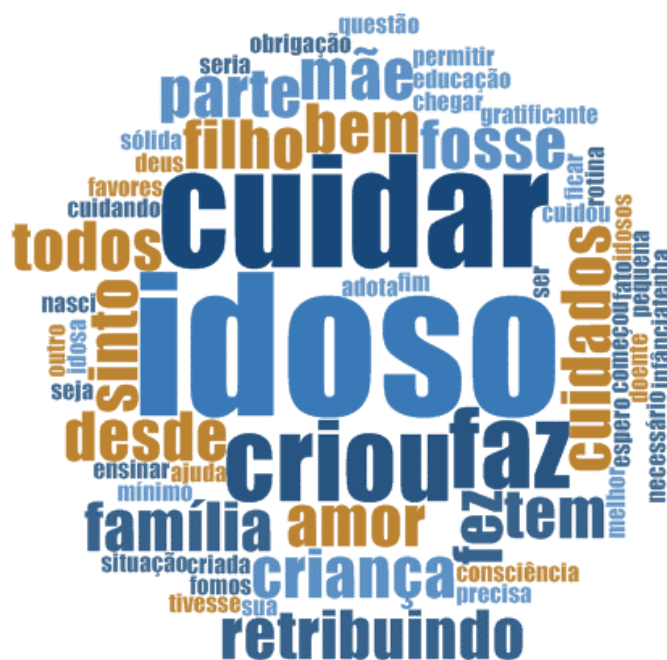
Nas figuras abaixo estão representadas nas nuvens de palavras as motivações para o cuidado segundo os cuidadores portugueses e brasileiros.

FIGURA 10. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Motivações para o cuidado apontados por cuidadores portugueses. Via QSR NVivo®.



Fonte:dados da pesquisa.

FIGURA 11. Nuvem de palavras do Eixo Temático Cuidado. Categoria Motivações para o cuidado apontados por cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo ®.



Fonte: dados da pesquisa

Ao observar a figura 10 é possível notar palavras como “anos”, “casados”, “lar”, “casa”, “puder” e “marido” com grande destaque, o que representa a frequência elevada de evocações por parte dos cuidadores portugueses. O destaque de tais palavras demonstra novamente a importância dos laços afetivos no processo do cuidar e, como no caso dos cuidadores portugueses, que em sua maioria eram cônjuges, como esta condição assume um caráter determinante.

Já na figura 11, nota-se destaque para os elementos “idoso”, “criou”, “retribuindo”, “família” e “criança”, dentre outros. As palavras que emergiram nesta nuvem são semelhantes aos achados na nuvem de palavras dos cuidadores portugueses e confirmam o que a literatura vem apontando em relação ao cuidado e as relações familiares.

Entretanto, para melhor explorarmos as representações apontadas nas nuvens e nas falas, a categoria ‘Motivações para o cuidado’ foi subdividida em três subcategorias: “Relação familiar”, “Representações Sociais sobre o lar” e “Representações Sociais sobre a velhice” que serão apresentadas a seguir.

6.2.1 *Relação familiar*

Esta categoria evidencia como o cuidado é permeado pelas relações e pelos afetos. Conforme discutido anteriormente, o sentido atribuído ao cuidado por muitas pessoas está associado à capacidade de desenvolver relações e despertar esta experiência a partir de tal vivência (WLADOW, 2011).

Heidegger (2001) reforça o cuidado como expressão do relacionamento com o outro, de maneira significativa e envolvente orientado pela paciência, pela preocupação, e Boff (2005) afirma que é por meio do sentido de valor que surgem a reciprocidade, a complementariedade e alteridade necessárias para exercer o cuidar. “O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; dispondo-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida” (BOFF, 1999, p. 91).

Assim como apontado por Boff e Heidegger, os conceitos e estudos relacionados ao cuidado vêm sempre o colocando como algo inerente ao humano, mas que exige o estabelecimento das relações para desenvolver-se. De acordo com Setúbal (2010), é por meio das relações cotidianas que se torna possível exercitar o que há de bom no íntimo de cada indivíduo, e ao longo do tempo este sentido se reproduz nas gerações.

A autora considera ainda que sem este ciclo, pautado nas relações de bem-querer, apoio e amizade a vida humana caminhariam para uma condição de paralisia que seria equivalente ao seu fim. Desta forma, o amor e o envolvimento atuam como elementos benéficos e essenciais para a realização e para delimitação do cuidado, o que segundo Soares (2012), ocorre inclusive nas organizações, fugindo à lógica da mercantilização, visto que neste cenário o cuidar assume um caráter de trabalho que ocorre mediante pagamento.

Toda esta discussão em torno da significação do cuidado fundamenta e sucede uma segunda especulação envolvendo agora as razões que levam os sujeitos a de fato tornarem-se cuidadores. O processo de responsabilização que culmina na deliberação do cuidado é influenciado por questões afetivas, morais, históricas, além de estar vinculado a algumas imposições de natureza religiosa ou mesmo de gênero (SOUZA, 2005), pois, de acordo com Collière (2003, p. 138) “tomamos o cuidado segundo regras, modos, significações e ritos que não conduzem a nenhum sentido, e para os quais não se põe a questão do escolher. Estamos na passividade da atividade cuidadora”.

O que autora denota nesta afirmação é que nem sempre a designação do cuidador se deu a partir de uma escolha de fato. A necessidade dos cuidados pelo idoso atua, na maioria das vezes, com uma força de imposição circunstancial maior do que como propriamente uma escolha (GIACOMIN et al., 2005). Nem sempre o tornar-se cuidador ocorre de maneira planejada, estruturada ou esperada. As condições práticas e a evolução do processo de dependência, bem como as habilidades do eleito cuidador e especificadamente, o lugar que este ocupa no seio da família são elementos determinantes nesta escolha, o que resulta, portanto, no surgimento da figura do cuidador a partir das relações familiares (GIACOMIN et al., 2005; SEQUEIRA, 2007; (SILVEIRA et.al, 2006).

Segundo Morandé (1999) a família representa uma realidade simbólica que possibilita experiências sociais e psicológicas, ao tempo em que orienta as condutas a partir de conceitos éticos e morais. Neste sentido, há uma concepção tradicional que elege a família como lugar de sustento dos seus entes idosos (MARTINS, 2006; FERNANDES, 1997). Entretanto, conforme foi destacado, existem critérios na definição deste papel de cuidador, e estes aspectos podem ser visualizados de maneira explícita e/ou implícita. Nesse sentido, são considerados desde fatores como a hierarquia na dinâmica familiar, idade e/ou gênero, quanto a história e as relações progressas (NERI; SOMMERHALDER, 2001).

Citando Karsch (1998), Roque (2014) e Elsen et al. (2002) destacam o convívio, os espaços e as memórias como influências significativas no processo do cuidado e ressaltam que estas subjetividades são construídas a partir de uma história comum e pessoal, e que possuem valor tanto para quem cuida, quanto para quem recebe os cuidados. E este pensamento pode ser justificado pela premissa de Boff já apresentada, de que “somente aquilo que passou por uma emoção, que evocou um sentimento profundo e provocou cuidado em nós, deixa marcas indeléveis e permanece definitivamente” (BOFF, 2011, p. 100).

Posto isto, reafirma-se a construção social que determina a família como fonte e lugar principal de apoio, visto que corresponde à primeira instituição socializadora na qual o indivíduo se insere, constituindo um local de chegada, permanência e partida de cada ser humano (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011). Tanto na realidade brasileira, quanto na portuguesa, a família assume a prestação dos cuidados aos familiares idosos, seja no suprimento de necessidades básicas como moradia, alimentação e cuidados pessoais, como também na oferta de carinho, amor e nas possibilidades de comunicar e

favorecer o sentido de pertencimento (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; MARTINS, 2002; LOBO, PEREIRA, 2007; ALVARENGA et al, 2011).

Diversas pesquisas apontam em seus resultados esta realidade de cuidado como uma designação familiar (LIMA, 2018; FIGUEIREDO et al., 2012; ANDRADE, 2009). Na pesquisa realizada por Lima (2018) as idosas entrevistadas referiram que a presença de familiares no cuidado, em especial, os filhos, lhes garante maior segurança no enfrentamento dos problemas de saúde e até mesmo da solidão. Já em Figueiredo et al., (2012) observou-se que a maioria dos cuidadores eram filhos (52,5%), seguido pelos cônjuges (24,2%). Andrade (2009) e Winter et al., (2010) também verificaram o perfil dos cuidadores de idosos em sua pesquisa, e concluíram que a relação de parentesco foi a principal motivação, sendo está associada a uma tradição/obrigação familiar.

Esta concepção pode ser justificada pelo pensamento de Halbwachs (2004) que defende a família enquanto um modelo de hierarquia social determinante dos papéis dos indivíduos. Para o autor “não existe um imperativo, mas um abstrato, onde a rigidez se conforma como necessidade derivada das leis naturais e as regras que definem as relações entre pai, filhos, marido e mulher” (HALBWACHS, 2004, p. 403).

Na pesquisa também foram encontradas percepções semelhantes, como pode ser verificado nas falas dos cuidadores que denotam como a responsabilização se dá em decorrência dos laços familiares.

Estamos casados há 53 anos né? Pessoas que se dão mal não aguentam tanto tempo né? (CP1).

E vou continuar a fazê-lo. Nós estamos casados há quarenta anos e ela esta incapacitada há 20 (CP3).

E então como tal estamos vivendo, já somos casados já faz 55 anos (CP6).

Eu tinha 15 anos quando comecei a namorar ele (CP11).

É evidente que a paciência que eu tenho e a disponibilidade que eu tenho é em função de eu ter o relacionamento emocional com esta pessoa (CP7).

As falas dos cuidadores portugueses apresentadas acima refletem como o casamento é um fator determinante no cuidado para eles. É importante ressaltar que a

maioria dos participantes portugueses eram cônjuges dos idosos que prestavam cuidados, o que justifica expressividade deste vínculo.

Muitos autores abordam a existência de uma responsabilidade que recai sobre o cônjuge (MAZZA, 2008; SAAD, 2004; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). O que estes estudos revelam é na verdade um sentido de obrigação do cuidar determinado pelo matrimônio.

Nas pesquisas de Mazza (2008) e Saad (2004) verificou-se que o cuidado esteve exclusivamente voltado ao cônjuge que não possuía ajuda dos filhos ou de outras pessoas. Cattani e Girardon-Perlini (2004) descrevem este fenômeno como uma obrigação matrimonial que foi firmada diante de Deus e, uma vez casados, esposo e esposa devem cuidar um do outro até a fim da vida, pois comprometeram-se a estarem juntos na saúde e na doença.

Cuidar do companheiro, enquanto puder, enquanto tiver forças, tem uma representação para os cuidadores, no sentido de ser valorizado e reconhecido pelas outras pessoas, por aquilo que faz. De certo modo, há um heroísmo que os torna respeitados perante a sua comunidade, pois estão cumprindo com suas obrigações (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p.260).

Em se tratando de casais idosos, esta realidade torna-se ainda mais definida, pois nesta fase é considerado normal e inclusive esperado que o cuidador do idoso seja o idoso que está ao seu lado e possui melhores condições para realizar as atividades de auxílio. O matrimônio é uma das principais garantias de suporte na velhice. No imaginário social os cônjuges idosos prestam mais cuidados, pois possuem maior tempo disponível, toleram as incapacidades de maneira mais positiva e por um período maior de tempo. (MENDES, 1995; PAÚL, 1997). Assim, é mediante a impossibilidade do companheiro(a) exercer o cuidado ou se este já for falecido que o cuidado se torna uma obrigação filial (MENDES, 1995).

Desta forma, é culturalmente esperado que no casamento se firmem relações de cuidado, principalmente no que se refere ao papel da mulher casada (KARSCH, 1998; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004), pois a esposa é quem tem maior probabilidade de assumir o cuidado, seja por razões históricas e culturais, ou pelo fato de viver mais anos que o homem (PAÚL, 1997).

O cuidado associado ao matrimônio obviamente também ressalta o componente afetivo e a solidariedade associados ao carinho e ao amor construído ao longo dos anos

com o companheiro(a) da vida (KARSCH, 1998; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Além disso, tais motivações não podem ser analisadas de forma desassociada, já que vários fatores influenciam a tomada de decisões e a construção das representações pelos indivíduos.

Cabe aqui explorar o elemento gênero, tendo em vista que ainda que seja possível observar um movimento de mudança ao longo dos anos, esta tem sido uma realidade quase que exclusivamente feminina. A caracterização dos cuidadores evidenciada pelas pesquisas brasileiras e portuguesas não deixa dúvidas de que há uma maioria expressiva de cuidadoras mulheres.

Estudos recentes como o de Muniz et al. (2016) realizado com idosos cadastrados na ESF de Sobral no estado do Ceará identificou que 90% dos cuidadores eram do sexo feminino, sendo que 26,7% destas possuíam mais de 60 anos. Resultados semelhantes foram verificados no trabalho de Ávila et al., (2015) com cuidadores de idosos após cirurgia de fêmur em uma cidade de São Paulo, onde 76,4% dos cuidadores eram mulheres e 25,8% idosos. Os dados de AEROSA et al., (2014) novamente apresentam as cuidadoras de idosos de meia-idade ou também idosos como uma maioria no seu estudo em um município no interior do Rio Grande do Sul.

Em Portugal, Broeiro-Gonçalves (2017) caracterizaram os cuidadores familiares de idosos de Lisboa e do Vale do Tejo revelando que 80,9% eram mulheres e 19,1% homens. Afonso et al., (2019) também identificou realidade semelhante ao verificar que 76% dos cuidadores de idosos centenários da região da Beira Interior era mulheres. Já os resultados encontrados por Pego (2013) apontam para o que pode ser o caminho de uma mudança. Apesar de ainda representarem uma maioria expressiva nos cuidados de uma forma geral, em se tratando dos cônjuges, as mulheres ficaram em segundo lugar, representando 43,6% enquanto os homens 56,3%.

Tais achados de regiões e países distintos permitem caracterizar o cuidado como feminino, pois a tradição cultural ainda dita responsabilidades na atualidade que estão relacionadas à construção social do papel da mulher (IMAGINÁRIO, 2004; JOSÉ, 2012).

Setúbal (2010) recorre à Boff em sua obra para justificar que as mulheres representam uma maioria como cuidadoras, pois o espírito feminino é mais sensível e afetuoso, mesmo que isso não negue ao homem possuir o sentido para o cuidado. O que muitos estudos destacam é que o pensamento sobre o cuidado da figura feminina está associado ao amor materno, mas também aos preceitos religiosos de obediência e dever

filial que direcionam as interações e as significações nas relações (MEIRA et al., 2017; LIMA, 2018).

Assim, é comum que a decisão do cuidar seja então influenciada pelos laços (matrimoniais ou filiais), mas também pelo sentimento de gratidão, como uma forma de retribuir o que recebeu na infância, por exemplo, ou também por julgarem que não possuem alternativas, seja por falta de suporte ou por não considerarem o asilamento uma opção, como pode ser confirmado pela fala seguinte:

Eu não tenho coragem... Às vezes perguntam ‘ah porque não metes num lar’, e eu não sou capaz, porque ele foi uma pessoa que me ajudou tanto na vida, e foi um pai sempre presente, teve em França muito tempo, mas sempre foi muito presente, então enquanto ele puder e eu puder tenho ele ali no ninho. O meu marido está sempre a dizer “eu dou-te um coração de dor... Ai tu és a melhor coisa pra mim” porque ele sabe que eu tenho sido a única pessoa. O meu marido, digo Deus meteu-me no meu caminho porque se calhar sabia que ele ia precisar muito de mim. Porque eu já estou com ele, eu comecei a namora-lo tinha 15 anos. Hoje tenho 68 “tas a ver?” namoramos nove anos e somos casados há 45. Então quer dizer... às vezes diz ele e o meu pai “se fosse com outra já o teria posto a marchar”. Mas então se Deus me o deu, se calhar era porque eu tinha que ter capacidade para o tratar (CP4).

Discursos como este confirmam a noção defendida por Halbwachs (2004) de como as memórias não podem ser separadas dos quadros sociais. Neste caso, a memória coletiva familiar é também uma memória afetiva que se encontra vinculada a uma rede de funções de parentesco, sendo “a família o lugar onde se sedimenta, onde se concretiza uma segunda memória coletiva que representa o tecido, a formalização, a relação de singularidade de sua experiência de vida” (HALBWACHS, 2004, p.378).

Neste sentido, a história dos relacionamentos entre as pessoas idosas e os cuidadores familiares reflete nos posicionamentos futuros, assim como Roque (2014) e Andrade (2009) evidenciaram em suas pesquisas. As memórias que emergiram dos participantes anunciam elementos considerados importantes para o bem-estar subjetivo dos mesmos, justificando a decisão do cuidado a partir dos bons sentimentos que foram vivenciados e cultivados inclusive antes da condição de dependência.

Este sentido de valor e bem-estar subjetivo pode ser observado nas falas dos cuidadores:

Eu me sinto extremamente bem. Você sabe o que é você poder ter condições de por mínimo que seja, na minha situação, cuidar da sua mãe que é uma pessoa idosa. Então é muito gratificante (CB1).

É retribuindo o que ela fez por mim na infância, porque foi ela que me criou (CB2).

Ela cuidou de mim desde que eu nasci. Aí então quando ela começou a ficar doente já foi na rotina... Ah ela é minha mãe (CB6).

Eu me sinto bem, porque eu acho que eu to retribuindo o que ela fez por mim quando eu era criança, porque foi ela que me criou desde que eu era pequena, mas se eu tivesse ajuda seria melhor (CB16).

Assim ela que me criou né? Ela é forte (CB20).

Estes discursos permitem reconhecer que apesar das dificuldades na prestação dos cuidados, esta experiência torna-se fortemente motivada pela gratidão, pois os cuidadores encontram neste sentimento uma dimensão positiva para fazê-lo (ARAÚJO; 2009; BRITO, 2014).

Os achados revelados na pesquisa estão em concordância com outros estudos apontados na literatura. Sommerhalder e Neri (2001) identificaram no processo de cuidar sentimento de gratidão e crescimento pessoal como os principais benefícios relatados por mulheres cuidadoras de idosos com alto grau de dependência. Mazza e Lefèvre (2005) investigando as representações sociais dos cuidadores familiares de idosos verificaram que o ato de cuidar estava intimamente ligado ao sentimento de gratidão pelos cuidados recebidos na infância desempenhado pelos idosos.

O que Moura, Silva e Marques (2011) destacam é como este sentimento de gratidão age como elemento motivador para o cuidado. Ao optarem pelo cuidar do seu familiar, o cuidador também está respondendo a uma expectativa social de retribuição, resultando no cumprimento de papéis sociais que lhes foram esperados. Inclusive, é importante destacar que tanto em Portugal, quanto no Brasil as tradições e os valores cristãos são estimados e transmitidos às gerações enquanto princípios norteadores das condutas. “Os sentimentos de obrigação que atravessam as gerações são influenciados não só pelas experiências únicas dos indivíduos de uma família particular, mas também por circunstâncias históricas específicas” (GOLDANI, 2004 p. 229). A própria crença de que a responsabilidade pelo cuidado é um desígnio de Deus, como foi visto na fala

de uma das participantes, demonstra como há uma influência moral-religiosa em torno deste processo, e como ao mesmo tempo a função de cuidador (a) constitui uma esperança de retribuição futura e reconhecimento (GIACOMIN et al., 2005):

Olha filha, a minha vida foi um bocado complicada porque assim, meu pai era padeiro, tinha uma padaria, trabalhava um irmão meu e eu saí há dois anos, mas trabalhava de noite, vinha a minha casa a meio da noite para ver como o meu pai estava e era assim que eu fazia. E a minha vida foi assim, não era fácil, mas acho que fiz o meu dever. Deus é quem sabe, mas acho que fiz (CP10).

Assim, Araújo (2009) salienta que ao assumirem a responsabilidade em cuidar, há uma inclinação em retribuir os afetos, mas também o exercício de uma prática que servirá de bom exemplo aos filhos, na tentativa de que eles também sejam chamados a assumir o cuidado quando lhes foram requisitados. Conforme pode ser verificado na fala abaixo:

Acho que é só uma troca mesmo de favores. Nós fomos cuidados pelo idoso, é mais que uma obrigação cuidar dos nossos idosos agora. Agora eu tô cuidando e meu filho, meu filho tem um ano. Mas se você tem amor a família, se você foi criada com uma educação sólida de cuidar um do outro, acho que isso nem é necessário, porque é uma questão de amor mesmo. Eu acho que assim eu tive mais consciência. Consciência mesmo de sentido de vida. Tem horas que a gente é muito superficial, que a gente acha que a vida é só cuidar de si, que é só festa, que é só badalação. E na verdade não. acho que a vida é isso. É um cuidar do outro, um ajudar o outro quando for necessário. antes eu tinha uma visão mais egoísta, e hoje não, é diferente (CB7).

Diversos estudos desenvolvidos com esta temática corroboram com este pensamento, salientando que a gratidão na verdade emerge nas falas dos indivíduos como uma forma abstrata da experiência moral e ética (GILLIGAN, 1982; TRONTO, 1993, MOLINIER, 2012; ARAÚJO, 2009; SIMONETTI; FERREIRA, 2008; MAZZA, 2008). No trabalho de Santos (2007) com o intuito de conhecer as representações sociais sobre o cuidado, os participantes, cuidadores de idosos da zona rural do estado de Minas Gerais, demonstraram o cuidado como uma obrigação imposta pelo laço sanguíneo. Lima (2002) também revelou achados semelhantes em seu trabalho com cuidadores de idosos com Alzheimer. Dentre as representações que emergiram dos

discursos dos participantes, a obrigação moral foi uma das principais motivações para o estabelecimento do cuidado.

Nesse sentido, Pavarini et al. (2001) e Martins (2006) chamam atenção para a obrigação filial que confirma a responsabilidade assumida pelos filhos adultos diante da necessidade de cuidados por seus pais idosos. Já Cattani e Girardon-Perlini (2004) destacam que esta responsabilização aos filhos vista enquanto condição inerente tende a se estender à outras figuras, tais como netos (as) ou sobrinhos (as).

No estudo de Faller et al. (2017) foram entrevistados idosos brasileiros, libaneses, franceses, paraguaios e chineses com o intuito de conhecer como se dá o processo de cuidado filial em diferentes nacionalidades. Dentre os achados evidenciados pela pesquisa, o fator religião foi um elemento fortemente evocado pelos libaneses, assentindo o cuidado como condição natural. Enquanto que para os paraguaios e chineses a responsabilidade foi naturalmente conduzida aos filhos, pois julgam ser na família a referência para o cuidado, e ainda, segundo os chineses, quando ocorre do idoso ser desprezado pelos filhos significa que houve alguma falha em sua orientação, o que acaba por confirmar a ideia apontada anteriormente do cuidado também agir como exemplo.

Entende-se até aqui que a designação do cuidador pode resultar do estabelecimento de quatro fatores que vão se organizando conforme as particularidades de cada situação: grau de parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva (CRUZ et al., 2010), porém nem sempre estes elementos conseguem exprimir e representar suficientemente as motivações de um cuidador, seja porque tais fatores não se dão desta maneira no seu domicílio, ou porque as construções dos indivíduos não se encerram neles.

6.2.2 Representações Sociais sobre o lar¹

Esta subcategoria resulta da evocação das representações sociais dos cuidadores acerca das instituições para idosos. Para os participantes os significados e as memórias construídas em torno da institucionalização justificam a motivação para cuidar dos idosos no domicílio, ainda que seja uma tarefa com grandes dificuldades e implicações.

¹ Designação alterada para Estrutura Residencial para Idosos em Portugal e Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil

Fernandes (2008) aponta como cada cultura possui a sua visão sobre a velhice, e como as sociedades vão se organizando para lidar com as necessidades da população nesta faixa etária. As circunstâncias que envolvem o cuidado perpassam por sentimentos, relações, proximidades, como foram discutidas anteriormente, e principalmente nas memórias.

Halbwachs (2004) defende uma ideia de reciprocidade total da memória, que está apoiada na premissa da interação entre a memória individual e a memória coletiva. Isto é, o indivíduo ao recordar está situado no ponto de vista do grupo, e a memória do grupo é assim manifestada pelas memórias individuais.

Diante disso, é possível verificar como as memórias influenciam a constituição das representações. Ainda que determinado fato não tenha sido vivenciado diretamente, as representações ancoradas nas memórias do grupo permitem que este indivíduo atribua um sentido de valor e se posicione.

As falas despontadas nesta categoria revelam como as memórias dos participantes possuem grande influência na sua tomada de decisão. Ancorados nas lembranças e nas representações apreendidas ao longo da vida, os cuidadores justificam o cuidar a partir de um julgamento negativo atribuído à institucionalização, conforme as falas:

Dá-me consciência porque nós sabemos como são os lares. A gente sabe que cada pessoa é uma pessoa, nestes sítios só deveriam estar pessoas com vocação mesmo, mas as pessoas vão para ganhar o dinheiro. E não é com vocação, e há quem tenha coração de carne e coração de pedra. E depois não é bem ver, porque não estamos lá, mas é ouvir as pessoas que estão lá **CP4**

Agora o que a gente sabe é que os idosos vão para os lares e que há lares que tem mais cuidado com os seus idosos do que outros, isto é bem verdade. Já até a tenho inscrita em muitos lares, porque lar é diferente. O lar é a última paragem, e eu ainda tenho muita coisa assim com o lar. **CP3**

Agora se me perguntar, não sei, obviamente que entre ela estar aqui em casa comigo, ou com uma pessoa que eu conheço ou com os meus pais ou para um lar, que em último caso ela vai para um lar. Independentemente de pôr em questão o profissionalismo dessas pessoas. **CP7**

Quanto ela puder estar em casa, até pelo grau de envolvimento e de segurança dela é maior estando no ambiente dela, pronto. **CP9**

A mulher do meu filho queria que o meu marido fosse para um lar quando ele saiu do hospital, mas eu não. Não vai e quando ele for vou eu com ele que eu quero ver o lhe fazem. Eu sei como ele é, E não estou pra isso e não quero ver maltratado. **CP11**

Lhe digo uma coisa, há cinco anos perdi a minha mãe faleceu com 94 anos, há três faleceu meu pai com 99 anos e eu que cuidei deles sempre. Nunca foram para um lar, eu cuidava em casa. **CP10**

As instituições para idosos passaram por muitas mudanças ao longo dos anos nas sociedades, mas ainda hoje são muito presentes algumas concepções que estão relacionadas às influências históricas.

A origem dos lares para idosos está vinculada aos espaços de acolhimento de idosos, pessoas com doenças mentais e marginalizadas. Alguns autores apontam sua gênese para o século XVI na Europa, outros já chamam atenção para o século X na Inglaterra na Idade Média, quando eram construídas algumas casas próximas aos mosteiros, nomeadas de *almshouse*, com o intuito de prestar caridade e hospitalidade às pessoas, incluindo os idosos (FERNANDES, 1997; CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Por este traço histórico, muitas vezes a institucionalização é compreendida como algo negativo, sendo comumente atribuído um significado de abandono e pobreza, um espaço onde a velhice é triste e solitária.

De acordo com Pinto (2013), em Portugal após a revolução de 25 de abril os abrigos passaram a ser nomeados de lar e atualmente teve a sua designação alterada para Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), constituindo uma “resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia” (CARTA SOCIAL, 2018).

No ano de 2012 existiam no país cerca de 2.093 equipamentos com capacidade para alojar 79.997 idosos, o que correspondia a 4% da população com mais de 65 anos. Segundo dados do Relatório Social do ano de 2018 existem no Distrito de Lisboa 393 equipamentos com 13.405 utentes e capacidade total de 15.320. Ainda segundo o mesmo relatório, o distrito de Évora conta com 99 equipamentos e 3.136 utentes cadastrados (CARTA SOCIAL, 2018).

Já no Brasil, uma das primeiras referências de instituições com estas características foi a Casa dos Inválidos. Inaugurada em 1797 no Rio de Janeiro, com o

intuito de acolher soldados idosos como uma forma de garantir uma velhice descansada diante do serviço digno que prestaram. No entanto, sua duração foi bem curta, e os residentes foram transferidos para a Santa Casa, visto que Dom João VI cedeu o espaço para o seu médico como forma de pagamento de uma dívida (FILIZZOLA, 1972; CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010). A primeira instituição voltada especificadamente para idosos que se tem registro foi o Asilo São Luiz para a Velhice, criado em 1890, também no Rio de Janeiro. Já ao final do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo passou a ser reconhecida como uma instituição gerontológica, visto que na assistência aos mendigos observou-se um crescente atendimento e internações de idosos (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Dados do Ipea (2012) identificaram 3.548 instituições no território brasileiro com um número de 83.870 idosos residentes, correspondendo a 0,5% da população idosa brasileira. Estas instituições cobrem apenas 28,9% dos municípios brasileiros, e ainda segundo a pesquisa do Ipea, a maioria das instituições são filantrópicas, apesar de ser observado nas últimas décadas um crescimento considerável das instituições privadas com fins lucrativos (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

É possível apurar com os dados apresentados dos dois países que apesar da oferta crescente, a institucionalização é um recurso nem sempre considerado. Em relação a realidade brasileira, Camarano et al., (2004) apontam que “os cuidados de longa permanência não constituem uma prática comum nos países do Hemisfério Sul” (p. 139), seja pelas condições de oferta, ou pelo ponto de vista histórico cultural. Já no que se refere à realidade portuguesa, estudos justificam que assim como outros países do sul da Europa, como Itália e Espanha, a institucionalização em Portugal ocupa o terceiro lugar nas respostas sociais procuradas, pois a presença da família ainda é bastante presente na prestação de cuidados aos idosos (PINTO, 2013; RODRIGUES, 2014).

Este sentido de rejeição às instituições vem sendo observado por muitos autores (MAZZA, 2008; PINTO, 2013; BORN; BOECHAT, 2002; PAÚL, 2005; MOCELIM et al., 2019). A visão negativa referida pelos cuidadores e confirmada nas pesquisas está comumente associada a estigmatização dos lares e a centralidade da família no cuidado.

Esta estigmatização das instituições reflete a influência histórica de sua finalidade e público-alvo de origem. Conforme apresentado anteriormente, estes espaços eram destinados às pessoas pobres, marginalizadas, que não possuíam familiares a quem pudessem recorrer, e esta é a ideia que persiste no imaginário social

até os dias de hoje. Os estudos e as próprias falas dos cuidadores demonstram como a velhice numa instituição é percebida como triste e abandonada, que gera no idoso baixa autoestima e sensação de isolamento (MAZZA, 2008; FERNANDES, 1997; BORN; BOECHAT, 2002).

É compreensível que a institucionalização seja encarada como decisão importante, que pode ser cercada de algum estresse, tendo em consideração as mudanças que ocorrerão na vida do idoso. Enquanto ambiente institucional a sua rotina passará a ser regida por normas e regras que nem sempre valorizam a autonomia pessoal e podem interferir na organização do território primário e nas individualidades (PINTO, 2013; NEVES, 2012). Alguns autores destacam como estes espaços podem violar a individualidades dos idosos, muitas vezes na retirada da autonomia de seus pertences, do seu tempo e espaço que são controlados pelas decisões administrativas da instituição (PERLINI, 2007; GOFFMAN, 1987).

Dessa forma, o cuidado domiciliar passa a ser valorizado, principalmente por possibilitar e preservar a intimidade do idoso em um espaço que já é conhecido e no qual o idoso consegue se identificar, representando um simbolismo emocional de grande valor (LAGE, 2005; ARAÚJO, 2009; MOCELIM, 2019). Este simbolismo significa que o idoso comumente reconhece o seu espaço como portador de histórias, onde estão situadas as recordações de uma vida, e por isso tendem a recusar a ideia de irem morar em uma instituição caso lhes seja ofertada outra possibilidade (ARAÚJO, 2009).

Ademais, associado a isto se encontra a premissa discutida na categoria anterior, que tratava da obrigação familiar em cuidar dos seus entes, seja por caridade, gratidão ou mesmo obrigação moral. Há um sentimento de culpa e fracasso muitas vezes revelado por familiares que necessitam encaminhar os idosos para residirem em uma instituição que pode ser justificado pela percepção moral negativa do ato ou por experiências negativas vivenciadas por outros que os levam a pensar da mesma forma (MOCELIM et al., 2019).

Para Santos (2010) há uma tendência familiar em reter o cuidado, principalmente quando se trata de cônjuges idosos. Em sua pesquisa, a autora demonstra como é comum que os cuidadores manifestem o desejo de possuir saúde e condições para manter o idoso sob seus cuidados no domicílio, o que também é exteriorizado pelas falas dos cuidadores apresentadas nesta categoria.

Diante disso, a busca pela moradia em uma instituição se deve principalmente à dificuldade dos idosos em garantir o autocuidado, seja pelo elevado grau de dependência ou pela impossibilidade de ajuda nos cuidados por viuvez, incapacidade da família, ou condições financeiras que não possibilitem a contratação de cuidadores formais no domicílio (PINTO, 2013; PAÚL, 2005; CAMARANO; BARBOSA, 2016).

No trabalho de Faller et al. (2017) buscou-se conhecer o processo de cuidado filial para idosos de nacionalidades brasileira, paraguaia, francesa, libanesa e chinesa, e dentre as peculiaridades observadas, os autores destacam o posicionamento divergente dos franceses quanto à institucionalização em relação às demais nacionalidades da pesquisa. Os idosos franceses entrevistados entendem que a rotina de um país desenvolvido como a França exige que os idosos sejam cuidados por pessoas especializadas, pois os filhos precisam trabalhar, as moradias são pequenas para acolher um idoso com necessidades especiais e a prestação de cuidados no domicílio tem custo muito elevado, fazendo da institucionalização a melhor opção de cuidados nesta fase da vida.

Investigando as representações sociais de brasileiros e italianos sobre o envelhecimento, Carmargo et al. (2014) verificaram que a família foi referida como um elemento muito marcante na realidade brasileira. O que os autores afirmam é a existência de uma distinção entre coletivismo e individualismo nas duas realidades. Para os italianos o dever pelo cuidado é retirado da família e repassado para o Estado que precisa oferecer os aparelhos suficientes. Já no Brasil, há uma virtude de menor envolvimento do Estado em relação ao cuidado domiciliar, centrando na família a responsabilidade pelos idosos.

É importante destacar que as mudanças na organização familiar e as necessidades crescentes associadas ao número elevado de idosos na população, tanto portuguesa, quanto brasileira, constituem um movimento de reflexão das políticas públicas e dos aparelhos disponibilizados para dar suporte à família cuidadora e ao idoso, pois ainda que as instituições de longa permanência para os idosos sejam mais presentes na realidade portuguesa, a representação das instituições como espaços de abandono, violências e espera da morte é compartilhada pelos dois países. Além disso, as diferentes necessidades de apoio (instrumentais, financeiras e psicoemocionais) ilustram não apenas as desigualdades de oferta e acesso às respostas sociais entre os países, mas principalmente denunciam a urgência em desconstruir os estigmas e preconceitos em torno das instituições de longa permanência, ampliando seu acesso,

como também incitam o pensamento crítico para a implementação de uma rede de cuidados e suporte informal efetiva.

6.2.3 Representações Sociais sobre a velhice

Esta categoria explora a decisão dos cuidadores pautada nas representações sociais da velhice como uma fase de dependência e exigências de cuidados semelhantes à infância. O discurso dos cuidadores neste momento demonstra como a velhice ainda é uma fase vista a partir de muitos preconceitos, e um destes é este sentido de infantilização que tende a retirar do idoso a sua autonomia.

Beauvoir (1970) apresentou em sua obra como a velhice era vista por diversas sociedades, primitivas e civilizadas, e constatou que apesar das excentricidades com as quais as coletividades tratavam seus idosos, havia uma tendência comum em aproximar a velhice da infância, como uma tentativa de explicar e lidar com as fases extremas da vida. “Os anciãos eram respeitados e representavam um papel importante, mas quando atingiam uma idade muito avançada, conta a epopeia, amarravam-nos num berço, como uma criancinha e, para adormecê-los, cantavam um canto no berço” (BEAUVOIR, 1970, p.71).

Halbwachs (2006) defende que não é possível pensar em memória coletiva sem olhar para o plano social que ancora tais memórias, e aponta ainda, que as representações construídas no presente se dão pela organização do sentido do passado estabelecida a partir dos quadros sociais. Ou seja, a coesão garantida pelos quadros sociais da memória agrega os grupos, sejam eles de classe, religiosos ou familiares, e imputa um sistema de valores aos laços sociais formados por eles.

Nesse sentido, os conteúdos da lembrança não se resumem a uma reprodução do passado, mas sim representações construídas a partir dele e acrescidas das trocas e das experiências estabelecidas com outros grupos, permitindo então que a memória não se limite ao vivido, mas se acumule a partir da soma e das modificações do mesmo (PECORA; SÁ, 2008). Diante disso, os significados atribuídos pelos cuidadores ao cuidado na fase da velhice como uma condição semelhante à infância revelam como o passado age nas memórias dos indivíduos, ao mesmo tempo em que se atualiza no presente em função das representações sociais.

A premissa exposta pelos cuidadores retoma ao pensamento apontado por Beauvoir (1970), e está ancorada na ideia de improdutividade associada às duas fases.

Idosos e crianças encontram-se livres de pressões sociais e podem, com isso, se distanciar das questões e problemáticas da vida adulta, e é daí que estão centradas as semelhanças.

Em muitas sociedades, homens e mulheres idosos têm estreita relação com as crianças. Há uma relação entre a impotência lactente e a do decrepito [...] Praticamente são todos bocas inúteis e bagagens incomodas: tribos muito pobres, sobretudo nômades, praticam ao mesmo tempo o infanticídio e o assassinato dos velhos. Pode acontecer que o último costume seja encontrado sem o primeiro, mas não o inverso, uma vez que a criança, que representa o futuro, tem prioridade sobre o velho, que não passa de decadência pura. Um e outro são parasitas, o que acarreta às vezes rivalidade entre eles, em caso de penúria. As crianças roubam as partes dos velhos [...] muitas vezes, netos e avós são estreitamente associados: pertencem simbolicamente a uma mesma classe de idade (BEAUVOIR, 1970, p. 268).

O entendimento apresentado no destaque da obra de Beauvoir pode ser confirmado nas seguintes falas:

Assim como as crianças é a mesma coisa, porque assim falando alentejano: ‘quaisquer cascas de alho batem numa criança’. **CP8**

Idoso para mim é tipo uma criança. Que quando envelhece volta a ser criança né? Aí tem que ter mais cuidado ainda. **CB2**

Idoso para mim é igual a uma criança. Quando a pessoa fica velha, ela volta a ser criança mesmo. Por isso ela precisa de cuidado por que criança também precisa. **CB16**

Ainda mais idoso que vira criança de novo **CB8**

Porque idoso, idoso também é igual criança né? Que você tem que ter muita paciência. **CB12**

Não é pelo fato de ser idoso, faz parte da família, a gente adota como se fosse uma criança, faz todos os cuidados porque idoso faz parte da nossa vida. **CB18**

As percepções reveladas nas falas dos cuidadores ancoram-se nas memórias de um passado intersubjetivo, mas também recordado e compartilhado na coletividade, já que a origem de toda memória individual é o social, e para lembrar-se de seu passado todo indivíduo ancora-se nas reminiscências e nas figuras dos outros (HALBWACHS, 2006).

As produções científicas envolvendo os idosos têm progressivamente discutido a discriminação com a velhice e as circunstâncias que cercam este fenômeno. Aos idosos tem sido reservado uma gama de estereótipos que os desqualificam, limitam e retiram grande parte da sua autonomia (MARQUES, 2011; SANTOS et al., 2016) e a infantilização tem sido relatadas por algumas pesquisas.

Floriano et al. (2012) buscando conhecer a dinâmica do cuidado prestado por cuidadores informais aos idosos com dependência funcional encontrou resultados semelhantes aos achados da pesquisa. A percepção infantilizada do idoso referida pelo cuidador foi justificada pela dependência física do idoso para a realização das atividades básicas diárias, inclusive na demonstração de sentimentos de resistência ou teimosia diante do cuidado.

O que a literatura discute é como esta tendência assume um caráter prejudicial de duas formas, tanto no desempenho da função cuidar, ao alimentar o discurso de estigmatização do idoso, quanto nos desdobramentos desta ideia que podem culminar na prática de abusos, desde os mais sutis aos mais flagrantes (NELSON, 2005; RYAN et al., 2000; SANTOS et al., 2016).

Uma das principais implicações negativas da infantilização do idoso no desenvolvimento de práticas de cuidado é a retirada da sua autonomia. Ao compararem os idosos às crianças, os cuidadores desconsideram a capacidade intelectual destes, e comumente inserem no seu tratamento uma linguagem paternalista, muitas vezes com expressões infantis, que são justificadas como uma estratégia para facilitar a comunicação, e no entanto, resultam em depreciação da capacidade de compreensão do idoso. Além disso, a infantilização não está restrita à linguagem, mas também aos comportamentos com excesso de ajuda e proteção ou mesmo na simplificação de atividades recreativas ou sociais (SANTOS et al., 2016; NELSON, 2005).

Dessa forma, as capacidades reais dos idosos são desvalorizadas o que implica no comprometimento do seu potencial de recuperação e da promoção de respostas sociais e de saúde que sejam de fato efetivas (BRITO et al., 2014), além de ferir os princípios determinados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que orienta a prática de assistência a partir da promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa.

Collière (2003, p.134) assegura que é fundamental que o cuidador seja capaz de prestar os cuidados sem anular as possibilidades de autonomia e incentivo ao autocuidado, discernindo sobre “o que necessita de estimulação, de desenvolvimento de

forças e de capacidades de vida, mas também o que exige manter as capacidades existentes, atenuar ou compensar as perdas e acompanhar o que é incerto, ou se debilita.

A segunda implicação relacionada à discriminação contra a pessoa idosa através desta tendência à infantilização está associada aos sinais de abusos e maus tratos. Marques (2011) e Santos et al. (2016) apontam em seus estudos como tanto em Portugal, quanto no Brasil esta prática é bastante comum, porém nem sempre reconhecida pelos cuidadores como uma forma de abuso, já que tanto na literatura, quanto na própria sociedade as formas sutis de abusos tendem a ser subvalorizadas. Esta problemática em torno dos abusos estão melhor exploradas no eixo violência.

6.3 Categoria Dificuldades para o cuidar

De acordo com a literatura já apresentada e a análise realizada em torno das falas dos participantes é possível afirmar que o exercício da função de cuidador não se resume a uma tarefa fácil. As representações sociais sobre o cuidado e as suas motivações identificadas até o momento, revelam uma realidade ampla e subjetiva, fortemente influenciada por questões morais e culturais.

Diante da dependência instalada e da demanda de cuidado imposta, os membros da família buscam organizar-se da melhor maneira para prestar os cuidados, porém existem dois fatores a serem considerados neste momento. O primeiro, que já foi apontado na primeira parte da pesquisa, diz respeito ao preparo prévio para o desenvolvimento da função e o segundo está relacionado às condições práticas do mesmo.

No que se refere a preparação para exercer a função de cuidador, o que vem sendo relatado pelos familiares é que não há um aviso ou um momento prévio para que a família possa se organizar e assumir tal responsabilidade, ou mesmo considerá-la como uma opção. A partir do diagnóstico é necessário considerar elementos como a evolução da doença, as condições e habilidades dos familiares, a existência de uma rede familiar, o lugar que o cuidador eleito ocupa na família, bem como tempo e esforço disponíveis na tentativa gerenciar adequadamente as mudanças e as necessidades (NUNES et al., 2019). Já em se tratando do desenvolvimento prático do cuidado, o que chama atenção é como na grande maioria das vezes a realização das atividades cotidianas e dos cuidados especiais não consegue ser desempenhada sem comprometer a qualidade de vida do cuidador. Já há um consenso na literatura de que o cuidado

informal no ambiente domiciliar pode ocasionar no cuidador alguns prejuízos físicos, psicológicos, emocionais e até mesmo sociais, o que inclusive caracteriza a assistência como o plano de fundo na compreensão do processo de adoecimento destes indivíduos (MENDES et al., 2019; YAVO, 2012).

Cuidar de familiares idosos doentes é trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico como emocional, devido às múltiplas alterações que provoca na vida das famílias. A própria saúde destes cuidadores, por mais vontade que tenham em cuidar dos seus idosos, acaba por se ressentir, sendo frequentes as situações de depressão e ansiedade aumentada (MONTEIRO; TERRAS, 2005, p.41).

Alguns estudos vêm apontando que os principais elementos que dificultam o desempenho e a adaptação dos cuidadores ao cuidado estão relacionados com as condições de saúde emocional e física, assim como a idade do cuidador, as atividades da vida pessoal, atividades laborais, como também a sobrecarga financeira e o suporte familiar insuficiente (NUNES et al., 2019; BRITO 2014; CRUZ et al., 2010).

Andrade (2009) discorre como a dependência pode ocasionar prejuízos na vida do cuidador e os explana de maneira processual, elencando em cinco tipos de crise, sendo elas: a consciência da dependência, em que o cuidador sente-se impotente diante da doença; a imprevisibilidade, associada à percepção da evolução da doença enquanto condição inerente do envelhecer; as limitações de tempo, relacionada à progressão da dependência e com isso das necessidades de cuidados mais intensos, que acabam ocasionando maior desgaste; relacionamento entre os pares, diz respeito aos possíveis conflitos advindos com a inversão dos papéis e a relação anterior à dependência; e por fim, a falta de escolha, que está intimamente relacionada ao fato do cuidador ser eleito por conta da ausência de outros indivíduos para assumir os cuidados.

As dificuldades assinaladas pelos participantes da pesquisa se assemelham aos pontos defendidos por Andrade (2009) como é possível observar nas figuras seguintes:

As nuvens de palavras ilustram as principais dificuldades referidas pelos cuidadores destacando principalmente a sobrecarga de trabalho, a ausência de apoio e até mesmo a resistência do idoso para o cuidado. Na nuvem dos cuidadores portugueses as palavras “tudo”, “capaz”, “complicado”, “penso” (equivalente ao curativo), “capaz” e “elevador” confirmam como a rotina destes indivíduos consiste na realização de muitas atividades, pois devido a dependência os idosos já não são capazes de realizar sozinhos, comumente requisitando o cuidador em vários momentos do dia. Já na nuvem dos cuidadores brasileiros, confirma-se a semelhança no elemento “tudo”, pelo mesmo motivo referido pelos cuidadores portugueses, e destaca-se as palavras “ajuda”, “filhos”, “xinga”, “resistência” e “difícil” que confirmam os relatos centrados nas dificuldades como falta de ajuda dos outros filhos e a própria resistência do idoso para o cuidado. Estes pontos serão explorados separadamente nas subcategorias seguintes.

6.3.1 Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga de trabalho foi um ponto fortemente referido pelos dois grupos de cuidadores. Como foi possível observar nas nuvens a evocação do elemento “tudo” reforça a existência de uma sobrecarga de trabalho na rotina desses cuidadores. Segundo Nunes et al. (2018) o ato de cuidar pode ser um fator desencadeador e importante elemento estressor quando associado a uma condição crônica. Mendes et al. (2019) referem a sobrecarga como uma resistência na prestação dos cuidados decorrente da elevada demanda de tarefas desempenhadas e que sofrem influência, por exemplo, do grau de dependência do idoso ou da oferta de ajuda disponível aos cuidadores.

O termo sobrecarga (*burden*) corresponde ao conjunto de problemas físicos, socioeconômicos e psicológicos que podem afetar a vida do cuidador nas relações sociais, familiares, de trabalho, na liberdade e no equilíbrio emocional (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004; GONÇALVES, 2012).

A pesquisa de Andrade (2009) com cuidadores dos concelhos de Vila Real-Vila Pouca de Aguiar, Portugal revelou consequências negativas do cuidado, correspondendo a um nível importante de sobrecarga que possui impacto na vida dos cuidadores. Discussões como estas são fundamentais na compreensão do cuidado e constituem uma ferramenta muito importante referida pela literatura gerontológica.

Diante da gama de tarefas a serem cumpridas para satisfazer as condições de higiene, alimentação e remédios, os cuidadores reconhecem como as exigências do

cuidar consomem tempo e podem ser exaustivas (GIRARDON-PERLINI, 2004). Assim, os relatos a seguir comprovam o nível de sobrecarga associado ao cuidado por parte dos cuidadores.

Ela como está totalmente dependente, para da incontinência urinária, não tem forças nas pernas para eu a segurar, por exemplo, tirá-la da cadeira e sentar na sanita. Tirá-la da sanita e sentar na cadeira tem que ser tudo apulso. Isso é muito difícil. E depois tirá-la da cadeira para metê-la na outra cadeira para ir à casa de banho, que é preciso tirar fraldas e é preciso proteger as cadeiras, uma pessoa sozinha tem muita dificuldade... agarrando-a bem consigo, mas depois este esforço afeta-me muito porque eu sofro da coluna. Isso é muito difícil. CP3

Dou-lhe banho, faço-lhe o comer, lavo, visto-o, trago ate aqui para fora para vir comer, para andar um bocadinho, se vai a casa de banho tenho que ir com ele para segura o braço, tenho medo de que lá caia, ele já me caiu lá naquela casa de banho que é tão pequenina, se ele cai e bate com a cabeça na sanita ou na bacia, ou no polibam, pode se matar... mas o banho que é muito custoso, mas ele não quer ajuda. Ele diz: não quero aqui as cáritas, a minha Maria é quem dá-me o banho. CP11

Então a minha rotina agora é tenho que o ajudar a vestir, tenho que o dar banho, fazer a barba, tenho de fazer tudo. O que ele ainda faz ainda é comer, ainda come pela mão dele. Assim um bocado a sujar-se todo, mas ainda come pela mão dele, mas o resto tenho de lhe fazer tudo, mas ao fim de semana tenho meu pai também, tenho que o lavar, o vestir fazer estas coisas todas, arranjar a comida, tenho isso tudo a meu cargo. Porque, por exemplo, ao marido, de manhã vestia, ajudava-o a vestir, mas ele tomava banho lá ao Centro Dia, e depois era só já vesti-lo e orientá-lo não precisava estar a agora tenho que ter a comida. Era só o comer pra mim e pro meu pai. Que meu pai era uma sopinha e uma fruta e já não quer mais nada, agora tenho que duplicar pra mim e pra ele. Agora o trabalho duplicou CP4

Eu canso-me, sinto cansada. O que sinto é cansaço, meu cansaço é esquisito, no fundo agora os dias que ele for operado, que ele ficar no hospital, eu vou ver se vou a doutora... tudo bem que eu ando aí para baixo e para cima, não é só uma vez, nem duas que eu subo aquela a ladeira várias vezes... CP8

A rotina é pesada, o dia todo cuidando dela, dando atenção, e limpando, dando banho, dando almoço e janta. É tudo isso, o dia todinho. Eu que faço tudo minha filha, faço o almoço, a janta, eu que limpo a casa, eu que limpo ela, eu que faço tudo. CB17

Eu tô me sentindo enfraquecida, meio cansada sabe? Não tô com mais com aquele pique. Porque eu era uma pessoa.. pense aí como eu era elétrica. Hoje em dia eu já tô com quarenta e oito anos, eu não tenho mais aquele... a idade vai chegando, Cê vai envelhecendo...Aí cê percebe que tá envelhecendo. Vai perdendo o ritmo, Cê vai ficando mais assim... mais cansado, mais desanimada, mas tem que continuar CB12

Eu cuido e resolvo tudo. Ela acorda primeiro de que eu...ela coa o café. As coisas de casa eu é que faço tudo. Tudo, tudo, tudo. **CB10**

Eu cuido de tudo, desde o financeiro até o que comer, é o dia todo, todo dia. **CB18**

Às vezes eu não consigo não. hoje mesmo nem casa limpei. Tem hora que eu não aguento não. Porque eu tenho que ficar forte para cuidar dela porque senão... **CB8**

Cuidar de um idoso com dependência funcional no domicílio requer dos seus cuidadores disposição e atenção praticamente em tempo integral, seja no auxílio e realização das atividades que o idoso já não consegue desempenhar sozinho, ou mesmo na supervisão destas.

Assim como foi assinalado nas falas dos participantes, o que se pode verificar também na literatura é um grande esforço físico implicado na realização dos cuidados diários e que tende a aumentar conforme as dificuldades e a dependência avançam (GIRARDON-PERLINI, 2004; ANDRADE, 2009). Aersa et al. (2014) investigaram as queixas de cuidadores no desempenho da função, e encontraram nos relatos dos participantes as principais dificuldades através de queixas do esforço físico necessário para realizar atividades cotidianas como levar ao banheiro, dar banho e mobilizar o idoso pelos cômodos da casa.

Em concordância com tais achados, um estudo realizado em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo verificou que a capacidade funcional dos idosos foi o único elemento significativo estatisticamente na avaliação da sobrecarga do cuidador (GRATÃO et al., 2013). Isto é, quanto maior o nível de dependência, maior será o nível de sobrecarga deste cuidador. Mendonza-Suárez (2014) também investigou o grau de sobrecarga em cuidadores informais de idosos em Lima, no Peru e identificou que à medida que a carga de trabalho aumentava, também se elevavam os riscos para deterioração de sua saúde e sua qualidade de vida. O autor classificou estes cuidadores como vítimas secundárias da enfermidade dos idosos, pois não somente eles sofrem com as limitações impostas pelas doenças, mas também aqueles que os ajudam e prestam cuidados para que continuem a viver dignamente.

Esta discussão tem sido abordada com grande frequência pelas pesquisas, pois é crescente o número de pessoas que desenvolvem problemas de saúde devido o exercício da função de cuidador. Estudos apontam como a situação de saúde do cuidador representa um elemento importante na avaliação do nível de sobrecarga. Do total de

cuidadores envolvidos na pesquisa de Mendes et al. (2019), 77,9% refiram queixas como dores no corpo, 66,7% queixaram-se de dores na coluna, sendo que destes, 56,2% asseguraram o surgimento desta queixa após o idoso tornar-se acamado. E ainda 59,6% informaram modificações na sua saúde e no seu corpo após assumirem a função de cuidador. Arosa et al. (2014) observaram nos relatos dos participantes queixas de dores nas costas e cansaço físico relacionado às atividades básicas de vida diária.

Em revisão de literatura a respeito das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, Cruz et al. (2010) identificaram apontamentos sobre as dimensões físicas, psicológica, financeiras e sociais, destacando nas publicações obstáculos importantes para a prestação dos cuidados, como a exigência do cuidar e a sobrecarga a nível físico. As principais consequências físicas do cuidado na saúde do cuidador levantadas pelos estudos são o agravamento de problemas de saúde, alterações no sono e fadiga. Muniz et al. (2016), identificaram patologias específicas nos cuidadores como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e doenças osteoarticulares.

Estas condições são reconhecidas pelos cuidadores, que apontam como a demanda de cuidados sobrecarrega sua vida e ocasiona adoecimento, pois é bastante comum em sua prática que direcionem sua atenção totalmente aos idosos, esquecendo-se de si, negligenciando a sua própria saúde (LIMA, 2018). Em seu trabalho na região do Porto, Pimenta et al. (2009) também verificaram a existência de limitações na rotina do cuidador e quais as associações dos riscos e prejuízos à saúde com a prática do cuidado.

Sendo assim, os cuidadores passam a vivenciar uma rotina de sobrecarga de trabalho que está associado não só ao esforço físico despendido, como já foi apontado, mas também aos danos sociais, psicológicos e emocionais que a demanda do cuidado impõe na vida destes indivíduos. Quando referem que na prestação do cuidado estão responsáveis por diversas decisões, atribuindo ao elemento “tudo” o valor do compromisso que possuem na vida do idoso, os cuidadores demonstram novamente a sobrecarga de trabalho que lhes tem sido reservada e como esta é uma vivência intensa e de tempo integral.

Cabe aqui destacar que as mulheres cuidadoras apresentam maiores níveis de sobrecarga em relação aos homens. Esta condição, que já foi anteriormente discutida, novamente recai nas pressões sociais e culturais impostas pelo pensamento do cuidado como uma questão de gênero, pois é socialmente aceitável, e inclusive esperado, que ao assumir a responsabilidade de cuidar a mulher reduza suas atividades sociais e de lazer.

No entanto, caso haja recusa ou resistência desta mulher diante deste chamamento, mais uma vez, as normas socioculturais atuam como intimidadoras e orientadoras das condutas e representações sociais, já que há uma naturalização dos múltiplos papéis assumidos pelas mulheres em suas jornadas ‘duplas’ e ‘triplas’ decorrentes do acúmulo de funções femininas como mãe, esposa e agora, cuidadora (AEROSA et al., 2014; PIMENTA et al., 2009; AFONSO et al., 2019).

Nesse sentido, o que os estudos apontam é como o trabalho do cuidador em tempo integral possui um peso importante no surgimento de tensões e dificuldades, como é o caso da sobrecarga de trabalho (MUNIZ et al., 2016; AEROSA et al., 2014; LAGE, 2005; ANDRADE, 2009).

Quando comparado ao trabalho dos cuidadores formais, os cuidadores informais estão muito mais expostos ao excesso de atividades que comumente culminará na sobrecarga do trabalho. Ao desenvolver sua função no domicílio os cuidadores informais sofrem com dilemas que lhe são particulares e que não afetam o cuidador formal da mesma forma, como por exemplo, o fato de possuírem um grau de parentesco com idoso e residirem no mesmo domicílio, as possíveis preocupações financeiras em vista dos gastos com a assistência ao idoso, ou mesmo o fato do cuidado ser imposto como uma obrigação, retirando-lhe a opção de escolha (AEROSA et al., 2014).

Assim, a coresidência enquanto fator de risco pode ser agravado pela quantidade de tempo de cuidado prestado. Apesar de não ter sido relatado diretamente pelos participantes, o tempo de cuidado é um agente que influencia fortemente na percepção da sobrecarga pelos cuidadores, visto que com o decorrer dos anos surgem características estressantes diferentes e em diferentes graus de exposição (LAGE, 2005; ANDRADE, 2009; GIRARDON-PERLINI 2004; BROEIRO-GONÇALVES, 2017).

Estas noções foram confirmadas por inúmeros estudos, como o de Pimenta et al., (2009) desenvolvido com 120 cuidadores de idosos cadastrados em 3 centros de saúde da região do Porto, onde a grande maioria esteve exposta por tempo prolongado aos riscos de adoecimentos associados a responsabilidade total do cuidado de idosos; e também no trabalho de Valle-Alonso et al., (2015) com cuidadores na cidade do México, em que foi possível identificar que 73% prestavam cuidados há um período de 1 a 6 anos, dedicando ao cumprimento desta função cerca de 6 a 15 horas por dia, representando um nível de sobrecarga importante em 58% deles.

Desta forma, é fundamental problematizar estas questões e identificar os riscos aos quais esta população vem sendo exposta, pois a partir do momento que não

conseguem conciliar satisfatoriamente a sua vida pessoal com a prestação dos cuidados, os cuidadores se encontram num lugar de exposição permanente a fatores de risco para a sua saúde e de quem presta cuidados.

Problemas como depressão e ansiedade vêm crescendo entre os cuidadores e são referidos por muitos estudos em nível nacional e internacional (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004; GONÇALVES 2012; ANDRADE 2009; MENDES et al., 2019). Mendonza-Suárez (2014) e Mendes et al. (2019) discorrem a respeito dos impactos do cuidado na saúde mental dos cuidadores e destacam como a percepção de saúde mental ruim e os casos de ansiedade e depressão e estresse tem sido relatados por estes indivíduos com maior frequência. Ademais, Mendes et al., (2019) destacam como entre os participantes, cuidadores portugueses, a sobrecarga emocional associada a outros fatores estressores tem causado repercussões negativas na satisfação do cuidado e na vida pessoal.

Os sentimentos negativos relacionados às inquietações e preocupações diante da progressão da doença do idoso ou com questões relativas à sua própria saúde, o estresse decorrente da rotina intensa, os possíveis conflitos familiares e a incerteza em questões futuras, bem como a angústia pelas renúncias de sua vida pessoal são alguns dos diversos fatores que incidem sobre a vida dos cuidadores e que afetam tanto no desempenho do cuidado, quanto no seu bem-estar e na sua qualidade de vida (GONÇALVES 2012; ANDRADE 2009; MENDES et al., 2019).

As falas abaixo exemplificam como as repercussões do cuidado têm afetado a vida dos cuidadores não apenas no sentido físico, mas também nas tendências a abdicação de si em detrimento do outro.

Então digo-te que eu já passei uma fase assim muito dolorosa pra não dar a ele porque eu já sabia o que ele tinha, e pra não ele não sofrer mais ainda com aquilo que eu tinha eu escondia muita coisa, pra ele não sofrer mais ainda. Porque foi muito complicado. Eu sofri muito, não lhe desejo a ninguém. Foi um sofrimento muito grande, mas passou, graças a Deus e fui sempre melhorando e estou cá. E peço a Deus todos os dias que me ajude para eu continuar ajudando eles. Que é uma grande luta. Às vezes penso assim que eu não sei como é que eu ainda tenho tido forças para ir buscar. **CP4**

Ainda mais a gente que saía, trabalhava, não tô trabalhando mais, tinha minha vidinha. Sobre minha vida pessoal assim, sobre o amor eu não interessei mais. Não saio para lugar nenhum. Minha vida mesmo eu vou dedicar a ela agora. Antes eu saía, mas aí eu resolvi não sair mais por causa de mãe, para não deixar ela só [...] Ainda mais a gente que saía, trabalhava. Não tô trabalhando mais, tinha minha vidinha. Às

vezes sente falta, mas depois Deus nos dá sabedoria, e homem também não é tudo na vida da gente não. Tenho certeza, porque Deus não vai deixar eu morrer *veizinha* sozinha não. Ele vai mandar um pé de pano para mim. **CB8**

Não tenho tanta liberdade. Eu não posso sair com meus amigos e chegar muito tarde. Eu tenho que voltar cedo, não posso dormir. Por causa que eu tenho que cuidar dela. Eu saio, mas minha cabeça tá nela... Só que eu tenho que abrir mão mais de mim, para poder cuidar dela. Penso mais nela do que em mim. **CB6**

Agora eu parei de trabalhar, tô em casa. Então assim, a gente tá... passa o dia todo com ele. Vem ver, traz aqui para sala, leva lá para fora, para tomar um sol...Dá as refeições, bota para tomar banho...Conversa bastante, brinca **CB7**

Conforme destacado nas falas, os cuidadores vivenciam o cuidado como uma escolha que não desconsidera as dificuldades. Ao fazerem referência ao passado, recordando da vida e dos hábitos antigos como o trabalho ou atividades sociais e de lazer, o discurso dos participantes demonstra como há um peso na vida atual.

Brito (2014) e São José (2012) também encontraram afirmações semelhantes em suas pesquisas. O primeiro trabalho demonstrou como há um predomínio de aspectos negativos sobre a ação do cuidado e como esta representação é justificada pelas dificuldades na sobrecarga de trabalho e na falta de condições para quem cuida. Já o segundo, corrobora com a presente pesquisa ao verificar e destacar no discurso dos cuidadores sentimento de impotência e limitação associados à sua vida pessoal e demonstrados em afirmativas como “estar preso” ou “não se poder fazer mais nada.

Segundo Paúl (1997) a percepção da sobrecarga do cuidador consiste em uma resposta individual objetiva e subjetiva. Martins (2006) complementa a afirmativa tipificando a sobrecarga objetiva por meio das atividades práticas do cuidar, e a subjetiva, no diz respeito às características do cuidador.

Na tentativa de compreender a sobrecarga que atinge o cuidador Paúl (1997) defende que é necessário considerar que este processo se dará em dois momentos. No primeiro momento são considerados fatores como a preparação e a qualidade das relações anteriores à dependência e os sentidos atribuídos ao apoio pré-existente. Já no segundo momento, que se refere ao decorrer da prestação dos cuidados, observam-se as demandas imediatas, os recursos disponíveis para lidar com cada situação, a disponibilidade relações (elementos que determinam a sobrecarga objetiva) e as

percepções emocionais e comportamentais dos cuidadores (que caracterizam a sobrecarga subjetiva).

Em síntese, a prestação de cuidados é uma atribuição bastante complexa e que pode ser acentuada ao passo que os elementos envolvidos tornam-se desajustados, seja por um comprometimento na maneira de gerir as necessidades práticas em decorrência da sobrecarga, ou pela desorganização dos sistemas subjetivos, resultando em prejuízos sociais e emocionais (NUNES et al., 2019). Na verdade este movimento não pode ser separado, pois um ocorre em decorrência e ao mesmo tempo em que o outro.

Além disso, uma explicação simples para este processo está centrada na dificuldade de o cuidador informal encontrar apoio satisfatório tanto na rede informal, quanto na formal. Esta discussão será avançada na subcategoria subsequente.

6.3.2 Rede de apoio ao cuidador

Neste tópico será abordado o funcionamento das redes de apoio para os cuidadores na perspectiva dos atores sociais que protagonizam a prestação dos cuidados juntamente com os idosos. Este lugar de fala assumido pelos cuidadores lhes permite retratar com segurança a vivência da rede de suporte (in)disponível em cada uma das realidades.

As redes de apoio funcionam como um recurso importante no auxílio ao idoso e a sua família seja na prestação dos cuidados de saúde, tarefas domésticas e ou até mesmo em questões financeiras e emocionais. Estas redes podem ser caracterizadas como formais ou informais (REIS et al., 2019; REIS; TRAD, 2015). A rede de apoio informal é aquela ligada aos familiares, amigos, vizinhos e aos grupos sociais como as igrejas. Já a rede formal consiste na oferta de suporte através de organizações formais disponíveis pelas políticas públicas como serviços de saúde, hospitais, instituições de longa permanência e programas do governo com o atendimento de profissionais da enfermagem, medicina, psicologia e serviço social (REIS et al., 2019).

Uma consideração importante deste aspecto é como os discursos dos participantes portugueses e brasileiros se assemelham quando questionam as redes, porém divergem nas referências feitas a cada uma delas.

O que será apresentado nesta seção retrata as desigualdades culturais e práticas, os avanços e as diferentes repostas sociais existentes entre os dois países. De antemão, dois pontos centrais guiarão esta abordagem e baseiam-se na oferta de uma rede formal

de apoio para os cuidadores portugueses, enquanto na realidade brasileira, considerando que este tipo de aparelho ainda é bastante escasso, o que é refletido nas falas dos cuidadores é um protesto da presença da rede informal. Conforme foi discutido na categoria ‘Motivações para o cuidar’, em ambos os países se nota uma responsabilização do cuidado aos idosos assumido pela instituição familiar.

No entanto, o que tem sido observado na realidade portuguesa é que mesmo diante das mudanças ocorridas na conformação dos agregados familiares e da tendência histórico-cultural para a institucionalização, as famílias portuguesas, em correspondência com outros países da Europa do Sul, têm cada vez mais adotado como estratégia de enfrentamento da dependência na velhice os perfis mistos de cuidado. Estes perfis mistos consistem na prestação de cuidados a partir da utilização dos dois tipos de suporte disponíveis: a família, principal responsável pela rede de suporte informal que tem vivenciado um nível elevado de sobrecarga, e a rede formal, que apesar da oferta reduzida, tem se alargado diante das reformas e na necessidade de ampliação do acesso (PEGO, 2013).

Com o fim do Estado Novo em 1974 cresceram no país iniciativas de apoio social de ordem solidária e lucrativa. Estas associações particulares desfrutam de isenções fiscais e apoios financeiros a partir do momento que são registradas como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), o que contribuiu para o crescimento da oferta deste tipo de serviço no país (DANIEL et al., 2016).

As repostas sociais são disponibilizadas pelas iniciativas como as Casas de Misericórdia e as IPSS através do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de dia, Centro de Noite, Centro de Convívio, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) (CARTA SOCIAL, 2018). E em 2006, complementando a rede, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) garantindo cuidados de saúde e apoio social aos idosos por meio de diferentes unidades (convalescença, de média, longa duração e paliativos) a serem realizados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (SNS, 2006).

A provisão de cuidados facilitada pela rede formal pode ser dividida em cuidados de saúde, sendo este um tipo de serviço gratuito para o paciente e financiado exclusivamente pelo Ministério da Saúde; e em apoio social, podendo este ser custeado pelo paciente ou compartilhado pela Segurança Social, a depender das condições financeiras e do rendimento do idoso e da família (JOAQUIM, 2015). Ademais, em 1989 foi criado um subsídio para cuidadores informais denominado de Complemento

por dependência, mas devido às constantes reformas nas políticas de assistência, uma foi medida implementada e passou a excluir do benefício os indivíduos com rendimentos maiores que 600 euros mensais (PEGO, 2013; JOAQUIM, 2015).

As características destes serviços que são elucidadas nas falas dos participantes e dentro da realidade de cada um demonstram a efetividade e as limitações em cada serviço.

Porque aqueles serviços são assim, os cuidados continuados de média duração. Ela o dia que entra, já sabe o dia que vai ter alta [...] Vou a reunião com o sr. Doutor da Cruz Vermelha e ver se podem concessionar o apoio domiciliário. Eu vou tratar disso, porque não há outra hipótese. Ela foi reformada muito cedo por conta da incapacidade e não tem uma reforma que preste. E pronto. eu agora vou acionar o apoio domiciliário e já nem sei como vai ser [...] Eu tenho a inscrita nos lares. É uma hipótese, a curto prazo mesmo, porque as vagas nos lares não se pode pedir com antecedência, não podemos dizer “vamos matar aquele que está mais velho”, temos que esperar que alguém se vá. Isto é assim, ou uma transferência ou alguém que morra e então assim que se dá a vaga não tem outra maneira e também a gente não dá para prever isto. Os cuidados continuados quando tem vaga, chamam, mas também não podem dizer é hoje ou amanhã, é só quando eles têm vaga. **CP3**

Agora já não dou o banho porque elas dão banho duas vezes por semana. Quando elas vieram eu estava mesmo em baixa, metade do que aqui estou. Eu já melhorei [...]. Ele vai às oito e vem às sete. E agora dorme por causa dos comprimidos que lhe dão. Ontem ele ficou em casa porque era domingo né? **CP1**

Meu marido até estava teve cinco meses num Centro de Dia, mas então agora aborreceu aquilo e este mês já não quis ir. Agora está em casa. Levei o nome dele para outro, porque talvez mudando de sítio, mas ele disse que não vai para mais nenhum. E o meu pai, durante a semana vão lá as Cáritas dão-lhe banho, vestem, e eu é só a fralda durante o dia e a noite. Deita-lo, despi-lo, vestir o pijama e trocá-lo **CP4**

Uma das questões, sobretudo em relação às demências, é a falta de apoio especializado. Porque, por exemplo, nos ditos lares, não há aqui perto nenhum. Há em Lisboa, ou seja, a nível local a oferta é muito reduzida e há lares gerais e, portanto, aí acho que é mais complicado. Uma coisa é quando eu souber o que está a acontecer, o que vai acontecer, como é que eu posso intervir, como não posso intervir, e outra coisa é quando é aquilo tudo assim de repente... mas esse apoio acho que é muito mais importante inicialmente, quando se começa a perceber o que está a acontecer, aí é que tem impacto quanto a ela, quanto ao cuidador, aos filhos... **CP7**

Os discursos acima confirmam a utilização dos diferentes tipos de apoio pelos cuidadores em sua rotina e permitem observar que mesmo com a existência da rede, algumas dificuldades ainda são encontradas por eles na obtenção e na prestação dos serviços. As dificuldades identificadas estão relacionadas à oferta insuficiente de vagas diante da urgência e da necessidade de ajuda de cada indivíduo; aos custos dos serviços, que podem impossibilitar a contratação ou não permitir a aquisição na frequência desejada; e até mesmo à ausência de especialidades no serviço.

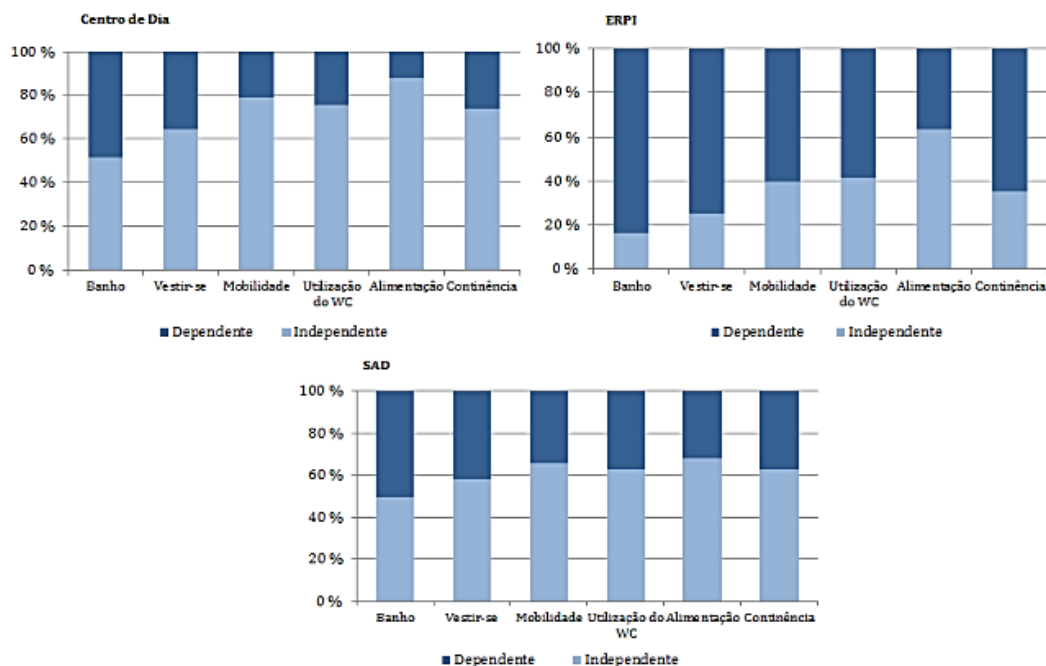
Para Daniel et al. (2016) há uma desproporção na oferta das respostas em relação ao número de idosos por freguesias e uma necessidade de redistribuir os equipamentos de maneira que estes estejam situados o mais próximo possível das pessoas que deles necessitam. Dados apontados por Pego (2013) em correspondência com a OCDE (2011) revelam que somente 0,9% dos idosos em Portugal eram alvos de cuidados de longa duração em instituições e 0,2% eram atendidos pelo apoio domiciliário, enquanto a média em países como Alemanha e França era de cerca de 4% e 4,5% de idosos com suporte em instituições e 11,1% e 11,3% em apoio domiciliário. Na Suíça e Suécia essas taxas se elevavam e correspondiam a 6% com apoio em instituições e 18,2% e 17,6% de apoio domiciliário.

O distrito de Évora é composto por 14 municípios e 69 freguesias, e de acordo com os dados da Carta Social (2016) no ano de 2015 dispunha de 85 unidades de Centro de Dia com capacidade para 2002 idosos, com utilização de 1319 destas. A taxa de utilização deste serviço é de 65,9% e tem cobertura de 4,9% para idosos com 65 anos ou mais e 9,1% para idosos acima de 75 anos. Já o Serviço de Apoio Domiciliário contava com 74 unidades e possuía capacidade para atender 2727 pessoas. Em 2015 a taxa de utilização do SAD foi de 81,1%, cobrindo idosos com 65 anos ou mais (6,7%) e idosos com mais de 75 anos (12,5%). Já em relação a ERPI o distrito desfrutava de 90 unidades com capacidade para 303 idosos e ocupação de 95,6%. A cobertura desta resposta era de 7,4 % para idosos com 65 anos ou mais e 13,9% entre os idosos com mais de 75 anos.

Os investimentos realizados no Serviço de Apoio Domiciliário justificam o objetivo de retardar a institucionalização, já que diante das demandas e buscando a satisfação e preservação da autonomia dos idosos, passou-se a incentivar a permanência destes no domicílio, ao lado dos seus entes como uma estratégia de cuidado (DANIEL et al., 2016). Assim, os serviços dirigidos às pessoas idosas por esta resposta têm sido ampliados, e além dos cuidados padrões, observa-se um crescimento pelo interesse em

serviços de animação, acompanhamento dos pacientes na resolução de assuntos pessoais ou questões legais, reparações no domicílio e teleassistência (CARTA SOCIAL, 2018).

FIGURA 14: Distribuição percentual dos pacientes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização das AVBD, Portugal continente, 2018.



Fonte: Carta Social

De acordo com o Relatório da Rede de serviços e equipamentos (2018) o Centro de Dia, o SAD e as ERPIs são as respostas sociais de maior representatividade para a faixa etária idosa, porém notou-se que desde o ano de 2000 a utilização destes apoios sociais tem registrado uma redução, apesar da taxa de utilização média ser de 77%. Obviamente que existem diferenças nas buscas pelos serviços, como por exemplo, no que se refere à ERPI as taxas de ocupação se mantiveram em 93%, seguido pelo SAD com 70% e os Centros de Dia com 64%. Essa redução apontada pelo relatório pode ser justificada pelo aumento das necessidades dos idosos que resultam em institucionalização ou pelas ERPIs, ou mesmo pelas unidades da RNCCI.

Conforme foi anunciado no início desta seção, as referências de apoio dos cuidadores portugueses foram unicamente relacionadas ao suporte formal, o que permite julgar uma avaliação satisfatória da rede informal, além de refletir como a ação do cuidado tem sido voltada para uma participação mútua entre Estado e família, no intuito de reduzir a sobrecarga instaurada no setor informal.

Em contrapartida, as referências dos cuidadores brasileiros que serão apresentadas adiante denotam a discrepante realidade vivenciada entre os países. Os discursos evocados por estes participantes centram-se na dificuldade encontrada diante da falta de apoio não só na rede formal, mas principalmente pelo suporte informal deficitário que tem como desdobramento a sobrecarga de trabalho evidente.

Agora não que agora chegou filho dela de São Paulo né? E antes era mais difícil porque eu tinha que ficar fazendo companhia e não podia ir estudar. Decidi parar, para cuidar dela. Tanto que até para poder ir para escola de noite eu já deixo a janta pronta, já deixo ela já tomada banho, já deixo tudo. **CB3**

É porque ninguém ajuda. Tipo ela tem filhos, mas só minha tia, mas ela tem o serviço dela, então é complicado. Porque ninguém olha. Ninguém quer vir cuidar. Fica muito tempo sem vim ver. Não se importa. **Cb6**

É o seguinte, a gente tem que pedir forças a Deus. O que mais contraria a gente é saber assim que as pessoas tem a obrigação também e não cumpre, aí a gente é obrigado a se virar sozinho. É difícil. A não ser se a justiça ajudar mesmo. **CB9**

Bagunçou tudo. Minha vida parou no tempo. Poderia ser diferente se os filhos me ajudassem com eles. As coisas foram acontecendo aos poucos e aí eles acham escora, aí vamos escorar nela. Oito filhos não é brincadeira... **CB13**

Eu peço forças a Deus. Por que eu cuido só, ninguém me ajuda em nada, mas tem mais filhos, mas só eu cuido. Eu vejo as outras filhas tratando com descaso, não dá carinho, nem atenção. **CB17**

Não deixa de mudar, a gente se cansa, se desgasta demais. Demais! É muita responsabilidade. Não tem outra pessoa, assim eu tenho ajuda, se precisar eu chamo as meninas, ou um vizinho, mas a responsabilidade mesmo é minha. Pensa aí é você sozinha pra tudo, então se tivesse alguém pra ajudar ia ser melhor. Porque sou eu pra tudo. E dinheiro assim pra você pagar alguém não dá. De jeito nenhum. **CB19**

Os relatos acima ilustram uma realidade bastante comum no cenário brasileiro. Na reorganização familiar para prestação dos cuidados geralmente um único membro é eleito como cuidador principal e sobre este recairá a maior parcela da responsabilidade pelo idoso (HEDLER et al., 2016), comumente esta pessoa será uma mulher (FLORIANO et al., 2012). No trabalho de revisão bibliográfica desenvolvido por Cruz et al. (2010) as principais dificuldades identificadas por cuidadores informais de idosos foram as exigências de cuidado, problemas financeiros e as respostas insuficientes tanto da rede formal, quando da rede informal.

A sobrecarga resultante desta ausência de apoio vem sendo uma problemática apontada por diversos estudos. No trabalho de Avila et al. (2015) com 89 cuidadores informais de idosos no interior de São Paulo 58,4% referiram que a divisão das tarefas de cuidado ao idoso acontecia no seu núcleo familiar, porém 41,7% afirmaram o sentimento de solidão para prestar tal assistência, já que não encontravam apoio em outros membros da família e um número expressivo de 87,% dos idosos alegaram mudanças consideráveis em sua vida após assumirem o cuidado, como afastamento do trabalho e privação de atividades de lazer. Simonetti e Ferreira (2008) atestam que a possibilidade de os cuidados no domicílio serem prestadas por outras pessoas é até considerada, porém não se efetiva, pois a divisão das tarefas não ocorre de maneira rígida, que de fato garanta o envolvimento dos outros membros do grupo familiar (AEROSA et al., 2014).

Em consonância com os achados da pesquisa, o trabalho de Yavo (2012) desenvolvido com cuidadores de idosos cadastrados no Programa de Assistência Domiciliar de um Hospital Universitário em São Paulo constatou entre grande parte dos cuidadores o sentimento de abandono por parte dos outros membros da família que lhes permitia pouca ou nenhuma ajuda, porém para evitar maiores conflitos, muitos preferiram não expor este problema e conviverem com este misto de compreensão e mágoa.

O auxílio advindo de outros familiares ou membros da rede informal representa para o cuidador principal um aspecto de grande valor, pois além de poder contar com a ajuda de alguém, as exigências e a carga de trabalho passam a ser atenuadas, melhorando, inclusive a sua percepção de saúde e as mudanças tão acentuadas ocorridas no seu estilo de vida (ANDRADE, 2009; LAGE 2005). Consoante ao que foi abordado na subcategoria sobrecarga de trabalho, o acúmulo das atividades e tarefas exigidas na prestação de cuidado podem acarretar na vida do cuidador problemas de ordem física, social e profissional, comprometendo sua qualidade de vida, e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados (FLORIANO et al., 2012; HEDLER et al., 2016).

Visto que os cuidadores principais estão envolvidos em praticamente todas as atividades com os idosos, conforme constatou Afonso et al., (2019), há também no processo de cuidados um sentido de retenção da responsabilidade por parte do cuidador que não consegue deixar de ser “executante”, tendo em vista que não encontra nos outros familiares disponibilidade ou segurança para o compartilhamento das funções. Ademais, assim como foi apontado por uma das participantes, os recursos financeiros

são insuficientes para contratação de um suporte formal (SÃO JOSÉ, 2012). Degiuli (2011) investigou a contratação de cuidadores formais na Itália, e concluiu que a aquisição deste serviço se dava pela necessidade de reduzir a sobrecarga dos cuidadores familiares, porém no Brasil esta é uma alternativa fora do alcance da maioria das famílias.

Apesar de muito mais antiga, a função de cuidador de idosos passou a fazer parte da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) portaria 397 de 09/10/2002, porém a regulamentação da profissão de cuidador ganhou visibilidade com a tramitação da PL nº 4.702/12 (DEBERT; OLIVEIRA, 2015).

Após oito anos e reformulações no texto original, inclusive com atuação do Conselho Federal de Enfermagem que identificou procedimentos invasores das competências regulamentadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o novo projeto de lei 11/2016 cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara, definindo sua atuação e atribuições de maneira bem específica, e foi vetado no último dia 08 de julho pelo presidente Jair Bolsonaro (FIOCRUZ, 2019).

Este veto representa um recuo em relação às políticas de diversos países que reconhecem a necessidade de políticas públicas efetivas direcionadas à população idosa. Debert e Oliveira (2015) apontam que existem dois principais desafios para esta regulamentação e estão associados à necessidade de um espaço profissional bem delimitado para sua atuação e a garantia de dignidade a este trabalhador.

Sendo assim, a compreensão da função de cuidador como algo desafiador e permeado por questões objetivas e subjetivas que resultam em sobrecarga, é fundamental que as redes de suporte sejam satisfatórias (AVILA et al., 2015), ainda que isto signifique um grande desafio, principalmente para o sistema de saúde brasileiro (MUNIZ et al., 2016). Diante disso, as discussões e pesquisas em torno desta problemática tornam-se cada vez mais urgentes, e permitirão desvelar aspectos importantes das causas de adoecimento e das necessidades de saúde dos agentes do binômio cuidado (GRATÃO et al., 2013; MUNIZ et al., 2016).

Para que a atenção ao idoso e cuidador seja verdadeiramente efetiva não se pode desconsiderar a existência de necessidades específicas, tanto no que se refere a infraestrutura, quanto as condições e trâmites que disponibilizam os apoios através das redes de suporte, visto que a carência de apoios informais e formais implicam negativamente

na vida dos cuidadores, mas também submetem os idosos a prejuízos na qualidade do cuidado, e até mesmo em situações de abandono e violência (AEROSA et al., 2014).

6.3.3 Resistência do idoso

A discussão que apresentada nesta seção aborda a dificuldade referida pelos cuidadores diante dos comportamentos do idoso frente ao cuidado. São muitos os fatores que podem agir sobre a percepção do cuidar, mas Ramos (2005, p.158) menciona que os relacionamentos são fatores determinantes na maneira como estes papéis serão desempenhados:

Existe todo um conjunto de fatores que vão influenciar o relacionamento e a entreaajuda entre as várias gerações e as diferentes formas de desempenhar os papéis de pais, avós e filhos, nomeadamente: a qualidade das relações entre as gerações; as condições socioeconômicas, as particularidades e micro culturas familiares; a idade, personalidade e estado de saúde, os locais de residência dos avós, pais e netos; a forma como as famílias, principalmente os pais, estruturam o tempo das crianças, os valores culturais e as políticas sociais.

As falas que emergem nesta categoria demonstram como a forma de ser do idoso e o seu posicionamento diante da dependência possuem uma grande influência na convivência e na rotina dos cuidados. Esta assertiva também foi relatada no trabalho de Yavo (2012) que demonstrou como as alterações de humor e o comportamento difícil dos idosos contribuíam para uma percepção negativa do cuidado e eram referidos como dificuldades pelos cuidadores. Percepções semelhantes podem ser observadas nas falas dos participantes brasileiros e portugueses:

A maneira dele não dá pra se falar muito com ele. Não dá porque o feitio dele não dá muito para isso. Porque qualquer coisa que se fala contra as ideias dele, ele não é uma pessoa acessível e nunca foi, pra dizer a verdade não é depois de estar doente, é que ele nunca foi... ele sempre foi um bocado agressivo... **CP8**

O que eu sinto mais é que ela fala muito pouco. Capaz de passar horas sem dizer nada e é o que eu estranho mais. Mudou um bocado, esta é a dificuldade, ela não gosta de fazer nada, custa-me muito. Era vida uma vidinha normal, e a partir daí as coisas mudaram. **CP9**

Ele tem muita resistência. Muita resistência em manter a rotina diária. De que tem que comer, de que tem que sair um pouquinho para tomar

sol. De que precisa tomar banho. Essas as dificuldades que eu encontro a resistência que ele tem. Gostaria que ele tivesse mais a alegria que tinha antes **CB7**

E o problema é o seguinte, não é questão de fazer, é que nada de que a gente faz *ta* bem feito. tudo assim.. a questão da intolerância que o idoso tem, é que é, o difícil é isso aí. Eu acho que esse pessoa que cuida de idoso, assim por necessidade financeira tem que ter paciência de sobra viu... porque o trabalho que eu faço aqui com a minha mãe, eu ia mexer com qualquer outro tipo de trabalho, mas não toparia isso não. **CB9**

Ele maltrata nas palavras. Tem hora que eu acho duro as palavras. Aqui em casa se ele não conversar agredindo a gente com palavras, aqui não tem conversa [...] Que eu num procuro conversa com ele. A gente não caça briga com ele não, agora ele... Tipo assim, ele tem uma cabeça muito suja. Ele armazena, eu acho que ele armazena só coisa ruim na cabeça dele. Se você fala “vamos fazer uma fisioterapia?” ele “eu tô para morrer” você pode obrigar? Não posso. Eu não posso obrigar ele ir pro médico. Eu mais ele quase não conversa muito. Porque ele me xinga muito. Ele é muito teimoso, ele é muito desaforado. Ele xinga a gente muito nome feio mesmo. Ele não é ruim, mas ele é desaforado. Na hora que ele quer falar ele fala o que ele quer com a gente! Então agora ele me xinga muito, mas eu pouco respondo. Prefiro ficar calada **CB14**

E o problema é a intolerância que o idoso tem, isso é o difícil. A pessoa que cuida de idoso tem que ter paciência de sobra. **CB17**

É natural que diante de uma experiência complexa e tão subjetiva como o cuidado os cuidadores refiram a conduta do idoso como um elemento facilitador ou agravante do processo. Diante da gama de fatores que podem ocasionar instabilidade emocional no cuidador, conflitos com os demais membros da família e até mesmo com a própria pessoa que recebe os cuidados, Roque (2014) demonstrou como foi difícil para os participantes cuidadores de sua pesquisa lidar com as exigências e as mudanças de humor dos idosos que assistiam.

Giacomin et al. (2005) entrevistaram mulheres que prestavam os cuidados aos maridos idosos e comprovaram que apesar de não haver uma afirmativa direta das dificuldades no exercício da função, os relatos permitiam perceber a caracterização dos comportamentos como um reflexo de quão custoso pode ser o cotidiano de quem cuida. Assim como foi possível observar em alguns trechos das falas apresentadas acima, as mulheres da pesquisa de Giancomin et al. (2005) utilizaram adjetivos como agressivo, pirracento e teimoso para retratar os seus maridos.

Os posicionamentos dos idosos também foram relatados como uma dificuldade por Andrade (2009), Aerosa et al. (2014), Floriano et al. (2012) e Pavarini et al. (2008).

Cada uma das pesquisas referidas identificou traços de resistência do idoso ao cuidado e a situação de dependência e dificuldades em aceitar o familiar como cuidador, porém no trabalho de Floriano et al. (2012) a referência feita à teimosia do idoso está correlacionada a tendência de infantilização apontada na categoria anterior.

Os cuidadores comparam o idoso à criança devido o seu comportamento classificado como teimosia, porém esta percepção age duplamente sobre o cuidado, primeiro dificultando, conforme a versão do cuidador, e conseqüentemente interferindo no cuidado que será prestado a um idoso infantilizado erroneamente.

As pesquisas com cuidadores de idosos com demências também destacam as mudanças de humor e o comprometimento cognitivo como um fator estressor que exige bastante paciência e elevam os níveis de estresse, sobrecarga e insatisfação nos cuidadores (GARBACCIO et al., 2019; BARBOSA et al., 2011).

A abordagem referida neste tópico somada aos outros fatores agravantes apresentados anteriormente não só justifica o olhar específico e a urgência de respostas para as necessidades dos cuidadores e dos idosos, como também denuncia aspectos significativos que comprometem o equilíbrio, o funcionamento e a qualidade dos cuidados ofertados.

Ignorar a realidade complexa revelada pelas percepções dos cuidadores nas representações sociais do cuidado, bem como as motivações e as dificuldades que cercam este processo, equivale a assumir um comportamento de risco diante de tantas exigências impostas pelo cuidado. As conseqüências deste desprezo nem sempre são valorizadas ou reconhecidas, mas possuem uma grande implicação tanto para os idosos, quanto para os seus cuidadores.

As insatisfações, os embates e conflitos resultantes do descaso podem ser refletidos em condutas inadequadas e comportamentos negativos detectados na violência contra a pessoa idosa ou em seus fatores de risco. Esta discussão foi aprofundada no Eixo Violência apresentado a seguir.

EIXO VIOLÊNCIA

6.1 Categoria: Representações Sociais sobre violência

Esta categoria apresenta as representações sociais que os cuidadores possuem a respeito da violência contra a pessoa idosa. As discussões desenvolvidas nesta seção se dão a partir do sentido atribuído à violência e do que estes indivíduos reconhecem como parte do fenômeno.

Segundo Minayo (2006) ao buscarmos compreender o fenômeno da violência considerando apenas a individualidade fracassaríamos, pois não podemos ignorar os elementos multiculturais que o cercam. O que a autora denota é a necessidade de olhar para a violência ponderando os fatores psicológicos, sociais, históricos e culturais que influenciam a percepção e a construção da mesma.

O desafio de compreender a violência e os elementos que cercam suas manifestações e motivações exige este posicionamento como uma tentativa de desvelar as suas complexidades, tendo em vista que é a partir de uma teia de relações que o plano de intervenção para combatê-la também precisa ser construído (OLIVEIRA, 2008). Apesar das legislações vigentes, ainda é extremamente necessária uma efetivação das políticas públicas em torno da ocorrência da violência contra a pessoa, pois as lacunas existentes nas leis não garantem amparo efetivo à vítima idosa, que na maioria das vezes tem dificuldade em denunciar o agressor, seja por vergonha ou medo (CALDAS, 2008).

A violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar é considerada um problema de saúde pública, e as crescentes pesquisas nesta área vêm demonstrando como o ambiente familiar se caracteriza atualmente como o principal contexto para sua ocorrência (GUIMARAES et al., 2018). A necessidade de discutir esta temática não é algo recente, já que a vitimização de idosos é algo com grande influência cultural e com manifestações em diversos períodos da história da humanidade. No entanto, diante do número cada vez maior de idosos incorporados à população mundial, e conseqüentemente, o aumento no número de casos, torna-se imprescindível que investigações desta natureza sejam realizadas, com o intuito de desvelar os sentidos e as circunstâncias que cercam o fenômeno da violência (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013; PLASSA et al., 2018; SANTOS, 2018).

Compreendendo que há uma aproximação entre a violência e o processo de envelhecimento com dependência, não são raros os estudos que revelam manifestações da violência contra a pessoa idosa em face das suas necessidades de cuidado e apoio no cotidiano (GUIMARAES et al., 2018).

A violência familiar possui um impacto significativo na saúde dos envolvidos e constitui um problema de saúde pública desafiador para a gestão pública, tendo em vista que é a forma mais frequente de violência relatada pela faixa etária idosa (MACHADO et al., 2014; MINAYO; MÜLLER, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde (2001) a violência intrafamiliar se caracteriza pela ação ou omissão que cause algum prejuízo ou danos a integridade física e/ou psicológica, ao bem-estar ou ao direito de liberdade de um membro do núcleo familiar. Já Segundo Cunha (2007, p. 44) a violência doméstica “consiste no abuso físico, sexual ou emocional de um indivíduo que coabita no mesmo domicílio do agressor, independentemente da existência de parentesco”. Ademais, para Saffioti (2004), a violência doméstica é mais ampla que a familiar, pois nem sempre está restrita ao espaço físico do domicílio, podendo vir a ocorrer em outros espaços, bem como ser infligida por pessoas do convívio, mas não necessariamente ligadas por laços sanguíneos. Para a autora, a violência doméstica é um acontecimento democrático, pois ocorre em todas as classes sociais, grupos raciais, étnicos, culturais, religiosos e etários.

Por mais que esta problemática tenha atingido maior visibilidade nos últimos anos, as discussões a respeito da violência doméstica contra a pessoa idosa ainda são insuficientes, principalmente no que se refere a uma abordagem mais abstrata que enfoque no reconhecimento das formas de violência e nas suas motivações. Ademais, há uma espécie de acordo do silêncio que dificulta a ação de identificação dos casos e o discernimento do que de fato o caracteriza (BELO, 2013; IBIAS; GROSSI, 2001; GUIMARAES et al., 2018; SANTOS, 2018; GIL et al., 2015).

Diante disso, as representações sociais e a teoria da memória constituem o suporte teórico-metodológico ideal para fundamentar tal discussão enquanto permite reconhecer as diferentes manifestações dos diversos tipos de violência. As nuvens de palavras das figuras a seguir, apresentam as representações sociais dos cuidadores de idosos sobre a violência.

FIGURA 15. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Representações Sociais sobre violência de cuidadores portugueses. Via QSR NVivo ®.



Fonte: dados da pesquisa

FIGURA 16. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Representações Sociais sobre violência de cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo ®.



Fonte: dados da pesquisa

Os elementos destacados nas nuvens de palavras revelam como as representações dos cuidadores perpassam por um universo multivariado e como a violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de diversas formas. Deste modo, as representações foram divididas em subcategorias que serão mais bem exploradas a seguir.

6.1.1 Violência e suas formas de manifestação

A questão da violência contra a pessoa idosa perpassa por contextos variados, e conforme já apontado, pode ser influenciada por diversas condições, podendo assim, ser apresentada por meio de numerosas situações (CALDAS, 2008; SANTOS, 2018; LINO et al., 2019).

Segundo Minayo (2005) existem três formas de expressão da violência contra os idosos: a violência social/estrutural, a violência institucional e a violência familiar ou interpessoal. A primeira diz respeito ao contexto mais amplo, que de acordo com a autora age como uma espécie de embasamento para as outras formas de violência, e está relacionada às estruturas sociais, econômicas e políticas. A segunda forma está associada às ações ou mesmo a omissão na gestão das políticas sociais tanto pelo Estado, quanto pelas instituições de assistência. Já a terceira forma, e mais especificadamente, a que tem maior enfoque pela pesquisa, refere-se às interações e as relações interpessoais do cotidiano, ao simbolismo que é imposto pela relação de confiança e medo da vítima com o agressor.

A violência familiar pode se manifestar de diferentes formas, seja como agressão física, sexual, psicológica, negligência ou abandono, e pode ser praticada por pessoas que possuam algum laço com o idoso de natureza familiar, conjugal ou mesmo um vínculo afetivo, que o coloca em uma relação onde é possível exercer algum tipo de poder sobre o mesmo (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008). O conceito estabelecido pela OMS a partir da Rede Internacional de Prevenção contra Maus-Tratos em Idosos determina que existem sete tipos de violência: física, psicológica, financeira, sexual, negligência, autonegligência e abandono.

As representações sociais evidenciadas através dos discursos dos dois grupos de cuidadores revelam a percepção de que a violência contra os idosos não está centrada em um único ato, podendo ser classificada em múltiplas ações em conformidade com os

conceitos propostos pela OMS e pelas portarias do Ministério da Saúde referidas anteriormente. É o que pode ser observado nas falas a seguir:

Violência é tratar mal. Mas isso é impossível na minha casa. Quer dizer tratava neste aspecto de gritar e não fazer aquilo que era preciso. Por exemplo... tratar a mãe tipo de empurrão, tudo assim ao encontrão, não comprar a medicação para ela tomar. CP4

Tratar mal a pessoa, aos encontrões, não ligar, deixa-los estar sem comer, sem beber. É tudo, é tudo junto filha. É muito desagradável. Eu não posso aceitar. Violência não se pode aceitar de maneira nenhuma, mas infelizmente há muita. CP6

É tratar mal. Quer em termos físicos, quer em termos verbais. CP7

Além dos extremos, a agressão física, a agressão verbal, assédio moral, assédio psicológico, né? O isolamento do idoso, manter o idoso a mercê, manter o idoso fora desse convívio social, tratar o idoso como um estorvo. CB1

É tudo. Desde qualquer tipo de falta de responsabilidade, tem família que pega, recebe a aposentadoria do idoso, gasta o dinheiro e não compra os remédios. Mas não é só isso não. Desde deixar sozinho. Violar os direitos de alguém já é violência. É tudo. Desde a questão da falta de cuidado até casos mais extremos que chega a bater. CB9

Há tantas formas. Psicológico, não dar alimento, você judiar literalmente, maltratar. Tem tantas formas, agressivo, você bater. CB11

É a pessoa judiar do idoso, é xingar, é deixar lá no canto, é não cuidar, é humilhar. CB15

É bater, não cuidar, ficar xingando, não dar comida. Porque isso deixa o idoso triste, chateado, deprimido, então a gente tem que tratar bem. CB16

É tudo de ruim. Falta de responsabilidade, por que tem muito caso de família só come a aposentadoria do idoso e não dá assistência para o idoso. Mas não é só isso não, é bater, xingar, humilhar, não dar comida, isso tudo. Eu acho que é tudo, se já tem falta de cuidado, já é. Se tem violência, já é também. CB17

Assim como referido nas falas dos dois grupos de cuidadores do presente estudo, Minayo e Souza (2010) afirmam que existem diferentes maneiras de nomear a violência contra a pessoa idosa, e na própria literatura podem ser verificadas pesquisas que utilizam os termos como “tratar mal” ou “agressão” equivalentes à violência física,

psicológica, sexual, negligência e abandono. Monteiro (2015) destaca que a violência não se restringe a ocorrência de um simples evento, mas na verdade está relacionada à interpretação que a sociedade em um momento histórico faz acerca de determinada conduta.

Confirmando os achados revelados pelas falas dos cuidadores, as pesquisas de Leite et al., (2008), Wanderbroocke e Moré (2012) e Coler (2014) também revelaram o sentido da violência a partir de suas variadas manifestações. No trabalho de Leite et al. (2008) os participantes fizeram referência aos maus-tratos enquanto negligência, mas destacaram a ocorrência de agressões físicas, psicológicas e sociais como outras formas de maus-tratos que acontecem concomitantemente. Já os participantes da pesquisa Wanderbroocke e Moré (2012) mencionaram a agressão física inicialmente para ilustrar o fenômeno da violência, porém não se restringiram a esta manifestação, alegando haver a existência e uma relação frequente com outras formas de manifestação do mesmo. Por fim, no trabalho de Coler (2014) verificou-se que o significado da violência esteve associado a um ambiente hostil, sendo que a sua manifestação se dava por meio de ações que ocasionassem danos físicos, psicológicos ou sociais. Para os participantes desta pesquisa a violência foi denominada com termos como: maltratar, machucar, bater, roubar, gerando uma classificação enquanto violência física, psicológica e financeira.

As ações que representam os maus-tratos à pessoa idosa podem ser elencadas de maneiras diferentes entre os grupos de uma sociedade. Assim como pode ser verificado nas falas dos participantes, outras pesquisas revelam a que percepção da violência assume o caráter da agressão física, psicológica ou mesmo da negligência e do abandono (BOLSONI et al., 2017; SARAIVA; COUTINHO, 2012).

De maneira geral, interrogar o sentido atribuído à violência permite que sejam exteriorizadas as percepções inicialmente ligadas a uma forma específica, entretanto quando se trata da violência contra os idosos alguns fatores de risco os colocam em uma condição de maior vulnerabilidade, expondo-os a várias formas de manifestação, conforme apontado anteriormente (PIRES, 2009; GONÇALVES, 2006; REIS et al., 2014). Enquanto fenômeno social, a violência pode atingir o idoso de diversas maneiras no seu cotidiano, seja por meio de ações diretas ou indiretas, e o reconhecimento deste caráter múltiplo que esta problemática possui, constitui uma ferramenta fundamental não apenas no processo de compreensão do fenômeno, mas principalmente na

elaboração de estratégias de enfrentamento (SANTOS, 2018; CARRILHO et al., 2015; LOPES et al., 2018).

Resultados como estes demonstram como é fundamental que abordagens desta natureza sejam exploradas, principalmente por permitir importantes desdobramentos na construção do conhecimento desta problemática tão complexa. O desafio que é imposto nas investigações acerca da violência não está centrado apenas nos aspectos epidemiológicos e demográficos, mas especialmente na perspectiva psicossociológica incorporada à sua pluralidade de significados e ambiguidades resultantes das relações interpessoais (COLER, 2014; WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Ademais, representações sociais como as reveladas por este estudo, e confirmadas por tantos outros, permitem perceber uma segunda implicação associada à problemática, que é o fato da violência contra a pessoa idosa ocorrer em diferentes manifestações simultaneamente. Tendo em vista que alguns fatores de risco específicos da população idosa, já apontados, como a dependência funcional, quadros de demência e depressão podem contribuir para a manifestação de mais de um tipo de violência, o que passa a ser denominado como polivitimização.

Segundo Gil (2015) a polivitimização consiste na coocorrência de dois ou mais tipos de violência num período de 12 meses. Em seus estudos, a autora constatou que 74,1% dos idosos participantes vivenciaram tal situação, reportando a ocorrência duas a três condutas violentas no último ano. Também os trabalhos de Bolsoni (2017), Holanda et al. (2016), Carrilho et al. (2015) verificaram a ocorrência da polivitimização em idosos, confirmando a multiplicidade do fenômeno e a maior vulnerabilidade da faixa etária idosa.

Compreendendo que esta questão consiste em um fenômeno socialmente construído, as representações elaboradas acerca da violência comprovam o seu caráter multifacetado e demonstram através da sua ocorrência que não se trata de um evento isolado, mas sim influenciado por uma gama de elementos socioculturais e também políticos (COLER, 2014; SARAIVA; COUTINHO, 2012). Segundo Wanderbrooke e Moré (2012), o grande desafio para as ciências é justamente encontrar um consenso no que vem a ser violência, pois no decorrer do tempo foram sendo incorporados e reconstruídos os significados e as múltiplas perspectivas de análises vinculadas ao termo. Entretanto, Coler (2014, p. 30) sintetiza que apesar da sua estrutura heterogênea, “a violência é uma forma comum de agressão destrutiva”.

As representações sociais desveladas pelos cuidadores denunciam uma realidade oposta ao que está posto no imaginário social. A concepção de que a organização familiar será sempre a garantia de cuidados ao idoso nem sempre é uma premissa completamente efetiva, pois conforme afirma Cunha (2007) a idealização da família enquanto instituição sagrada que perdurou durante séculos vem sendo desconstruída lentamente, possibilitando que os processos violentos destes ambientes alcancem alguma visibilidade. Debert (2004, p. 83) aponta que “o fato de os idosos viverem com os filhos não é garantia da presença do respeito e prestígio, nem da ausência de maus-tratos”.

Em contrapartida, o silenciamento em torno da questão é bastante comum e tem sido revelada por muitas pesquisas. Os resultados de Gil et al., (2014) demonstram esta realidade, em que um número considerável de recusas e de respostas do tipo “não sei” assinalam a dificuldade existente no tratamento do assunto. Falar de violência, especialmente no ambiente doméstico recai sobre a concepção da sociedade de que da família não deve se fazer queixas (GIL, 2015; SANTOS, 2018). E apesar dos avanços na identificação e no número crescente de denúncias, torna-se extremamente necessário a discussão da problemática que constantemente vem sendo subnotificada (FLORÊNCIO; GROSSI, 2014; CASTRO et al., 2018).

No cenário Português não há uma legislação específica que criminalize as condutas penosas contra a população idosa. Cada tipo de abuso terá seu tratamento direcionado pelo Código Penal Português. Já no Brasil, o Estatuto do Idoso se destaca como um avanço na garantia dos direitos desta população, porém o país vivencia uma camuflagem imposta pelo silenciamento que compromete o cálculo da realidade da violência (CALDAS, 2008; RODRIGUES et al., 2017).

As representações sociais aqui expostas refletem a multiplicidade de sentidos que a violência contra a pessoa idosa possui. Gil e Santos (2012) destacam como a apropriação conceitual indevida deste fenômeno acentua o risco de erros na sua captação, tanto por subestimar quanto supervalorizar os eventos.

6.1.2 Violência não é só bater

Neste tópico foram abordadas as representações sociais referidas pelos cuidadores de idosos sobre a violência dando ênfase ao seu caráter psicológico. O que as falas dos cuidadores destacam nesta categoria é como se faz extremamente necessário

o reconhecimento e a compreensão da violência como um fenômeno que não se restringe a agressão física, e que vem acometendo os idosos no seu ambiente familiar de uma maneira que nem sempre permite ser identificada facilmente.

De acordo com Queiroz e Cunha (2017) a violência psicológica não está restrita ao ambiente familiar, porém encontra neste espaço o habitat perfeito para sua ocorrência, principalmente por conta da representação social constituída em torno da família como uma instituição perfeita.

A denúncia por trás das falas dos cuidadores reforça como a violência que deixa marcas pode ser facilmente identificada, mas as manifestações sutis tendem a se manter na invisibilidade (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012). A principal característica da violência psicológica é suscitar o medo, a desvalorização e a insegurança no idoso. As práticas que estão associadas a este tipo de violência incluem humilhações, insultos, agressões verbais e não verbais, e comumente podem ser acompanhadas por outras formas de violência (GONDIM, 2011; CUNHA; ALVES, 2009).

Os cuidadores evidenciam estas ações que caracterizam a violência psicológica através das seguintes falas:

Violência eu ainda não vi em lado nenhum, mas sei que é tratar... às vezes batem nos idosos, empurram-nos, respondem mal. pronto também há violência verbal, falam com eles mal também... eu sei que tem pessoas que tratam os idosos a sete pedras. Isso de abre logo a boca.. despacha-te... isso também é uma violência. Acho que assim tratarem mal de baterem não, mas era mais de falar. CP2

Tratar mal não é só bater, há muitas maneiras de tratar mal as pessoas. Eu sei por mim... por isso sei que não é só bater que é o mal. CP11

Eu acho que não é só bater fisicamente. Mas acho que uma palavra dói mais que um tapa. Não é só tapa. Não é só agredir fisicamente. É psicologicamente também. CB6

Tem gente que maltrata, grita, fala mal. E ter aquele tom de voz para falar, Assim falar alto no sentido de falar com aquela autoridade, com aquela arrogância. Isso aí é maus tratos também. Maus tratos não é só bater, é a palavra, também, que sai da boca. Muitas vezes uma palavra dói mais que um tapa. CB12

Porque às vezes para um idoso o que mata eles é tipo falar, xingar. não bater é xingar porque ele se sente deprimido. CB2

Os elementos que emergem das falas dos cuidadores revelam uma percepção precisa da violência psicológica. Mesmo que alguns não utilizem a terminologia específica, os elementos evocados como “xingar”, “responder mal” e “maltratar” correspondem a atitudes que são características deste tipo de violência. Assim como referido pelos cuidadores, atos como gritar, ofender, humilhar e insultar, que caracterizam a violência psicológica foram condutas relatadas por 62% das participantes do estudo de Gil et al. (2014).

Dois grandes estudos desenvolvidos no cenário português investigaram a ocorrência de violência contra a pessoa idosa. O projeto ABUEL contou com uma amostra de 656 idosos, com idade entre 60 e 84 anos e identificou a violência psicológica como a de maior prevalência, seguida pela financeira (SOARES et al., 2010). Já o segundo projeto, AVOW com o objetivo de investigar a prevalência da violência contra mulheres idosas, contou com uma amostra em cinco países (Portugal, Lituânia, Bélgica, Áustria e Finlândia) e constatou a maior prevalência da violência psicológica (GIL et al., 2014).

Este tipo de violência também foi identificado como mais prevalente por diversas pesquisas no cenário brasileiro. Holanda et al. (2016) investigaram a ocorrência de violência entre idosos participantes de um grupo de convivência, revelando que 21,05% já haviam sofrido alguma humilhação, 28,94% foram expostos a gritos por motivos fúteis, 18,42% foram discriminados e 5,26% sofreram ameaças. Já o trabalho de Aguiar et al. (2015) analisou os 112 inquéritos abertos a partir de boletins de ocorrência, destes 60% foram de violência praticada contra a pessoa idosa e a maior taxa esteve na ocorrência da violência psicológica, com 40,2%, seguida pela associação da violência física com a psicológica em 14,1% dos casos.

Resultados semelhantes também foram encontrados na pesquisa de Paiva e Tavares (2015) em que a prevalência da violência física e psicológica foi de 20,9%, representando 152 casos. Esta associação reflete um ciclo existente, pois de maneira geral, antes de ocorrer à agressão física, o idoso passa por situações de conflitos que o expõe a ameaças, agressões verbais e outras situações que fazem parte da manifestação da violência psicológica. Wanderbroocke e Moré (2012) também discorreram sobre tal associação e seu ciclo, a partir dos relatos dos participantes que inicialmente abordaram o significado da violência fazendo referência à agressão física, para só então depois referir à psicológica. Os autores denotam que a violência física pode atuar como o ponto

de partida para explorarem a violência psicológica, sendo esta última inclusive, compreendida como mais danosa que a primeira.

Quando agride a pessoa, quando agride verbalmente, quando agride fisicamente. Bate, quando a agressão na verdade nem é só física, mas verbalmente também. Porque a partir do momento que você manda uma palavra é pior que uma pancada. CB3

Eu acho que a agressão verbal também. Que é pior machuca mais que agredir. CB13

Não só é pegar e bater. Tem hora que uma palavra dói mais que uma pancada. Dói muito mais que uma pancada. CB14

Não é só o bater. Às vezes uma coisa que você fala machuca mais do que uma agressão física. Tem gente que pensa que é só quando bate. CB20

As representações sociais anunciadas pelos cuidadores enfatizam a gravidade da questão. Quando os cuidadores asseguram que uma agressão verbal machuca mais que uma agressão física, há um chamado para a necessidade de olhar a violência psicológica com maior atenção, já que somado ao silenciamento, nem sempre as condutas que a caracterizam são reconhecidas como um tipo de violência.

Conforme referido anteriormente, ao tratar da questão da violência é comum que alguns sentidos sejam atribuídos imediatamente ao ato de agredir alguém fisicamente. Segundo Gil (2014), a percepção coletiva da violência física possui uma grande visibilidade, principalmente por conta das campanhas de combate a violência contra a mulher.

A violência física contra os idosos ainda é uma realidade muito frequente. Investigações portuguesas concluíram que este tipo de agressão é o segundo mais frequente no país. Existem relatos de mais de dez episódios de violência física em 58,1% dos casos no período de um ano (Mendes et al., 2018; Gil et al., 2014). Estas pesquisas ainda apontam para um perfil das ocorrências predominantemente em idosos com dependência funcional, sem escolaridade, tendo como local da agressão o próprio domicílio (LOPES et al., 2012).

No Brasil, a realidade encontrada nas pesquisas foi muito próxima dos achados portugueses. Mascarenhas et al. (2012) identificaram que 67,7% dos idosos já haviam sido vítimas de violência física, sendo em sua maioria mulheres, com idade entre 60 e

80 anos e casadas. Em concordância com tais resultados, Apratto Júnior (2010) revelou que os idosos que viviam em grandes arranjos familiares possuíam maior risco de sofrer algum evento com agressão física. Cabe ressaltar que apesar deste tipo de violência possuir alguns indicadores como: hematomas, cortes, feridas ou fraturas inexplicáveis, a sua prevalência ainda é subnotificada, principalmente no ambiente doméstico (CASTRO et al., 2013).

Diante disso, considerando que a violência psicológica acontece lentamente e diante do difícil reconhecimento por conta dos seus sinais invisíveis, conforme apontou Cunha e Alves (2009), torna-se primordial a exploração desta temática, tanto pela dificuldade na identificação e pela sua elevada prevalência, principalmente por compreendermos que muitos outros casos não são sequer denunciados, quanto pelo ciclo imposto, que permitiria uma atuação precoce no enfrentamento da problemática.

6.1.3 Violência é não cuidar

Segundo determinação da OMS (2002) a negligência e o abandono são algumas das formas de violência às quais o idoso pode ser submetido. A negligência consiste na recusa ou omissão por parte do responsável no cuidado com a vítima, e o abandono corresponde a ausência da assistência necessária ao idoso por parte do seu responsável.

As falas dos participantes que emergiram nesta categoria revelam o sentido da violência centrado em condutas que refletem a negligência e o abandono, como pode ser observado nas seguintes afirmações:

É desprezarem as pessoas, não ligarem, só ligarem quando precisam das pessoas. CP11

Falta de respeito, é velho não merece nada. E eu acho que não. Uma pessoa se está viva é porque merece alguma coisa, merece um cuidado né? CP5

Maltratar é como eles nem lhes davam o alimento como deve ser, nem pequeno almoço nem nada. e é isso que é maltrato. CP8

Eu acho que toda e qualquer desatenção com o idoso por menor que seja já começa a ser entendida como maus tratos. Tudo isso para mim é agressão, é descuido. CB1

Para mim é um parente que não liga pro seu ancião. CB10

Não cuida, não dá carinho, não dá amor, isso para mim é violência.
CB7

É deixar o dia todo de fraldas, não dar comida, não dar um banho, não ter o cuidado. Tem que dar o remédio, dar água. CB4

É deixar o idoso com fome, sem tomar banho, bater, quando usa fralda tem idoso que tem incontinência, deixa cheio de xixi, não troca, não dá banho. CB12

Simone et al. (2016) defendem a diferenciação da negligência como passiva e ativa. Para os autores, a negligência passiva está relacionada aos descuidos com as necessidades vitais, que resultam em danos como desnutrição ou formação de lesões por pressão, já a negligência ativa consiste na atuação do agressor em ignorar uma situação de emergência ou colocar a pessoa idosa em uma condição de risco, como por exemplo, deixá-la sozinha por um tempo considerável ou privá-la de um tratamento importante.

Embora os cuidadores não utilizem a denominação específica para definir as ações de negligência e abandono, o reconhecimento demonstrado em seus discursos representa um avanço muito importante diante das dificuldades que cercam a questão da violência, como já foi apontado nas categorias anteriores. Muitas vezes, o impasse no desenvolvimento de alternativas eficazes para o enfrentamento da violência não está apenas na dificuldade do ato da denúncia, mas sim no próprio engano de que determinada conduta não configura um tipo de violência. Esta evolução pode ser justificada pelo aumento das discussões e da divulgação dos casos de violência contra idosos em campanhas de prevenção e combate difundidas nos meios de comunicação.

A negligência e o abandono também foram referidos como formas de violência contra a pessoa idosa por participantes de outras pesquisas. No trabalho de Leite et al. (2008), assim como nos achados da pesquisa, os familiares exemplificaram os maus-tratos contra idosos como a ausência de cuidados básicos como, por exemplo, alimentação e higiene, e destacaram ainda como a dependência funcional pode ser uma condição potencializadora de sua ocorrência. Esta mesma concepção foi verificada nas pesquisas de Wanderbroocke e Moré (2012), Gil (2015), Lopes et al. (2018) e Oliveira et al. (2013).

Entretanto, apesar de Lopes et al. (2018) verificarem em seu trabalho de revisão que a negligência esteve entre as principais formas de violência destacadas, Queiroz e Cunha (2010) e Minayo (2017) assinalam sobre a escassez de dados sobre a sua

prevalência e os fatores de risco associados à sua ocorrência no ambiente doméstico e na condição de idosos funcionalmente dependentes dos familiares.

Buscando preencher estas lacunas, uma análise documental dos prontuários de um Centro de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa identificou 426 prontuários, e destes em 145 casos (34%) a principal ocorrência foi a negligência (NASCIMENTO, 2017). Barros et al. (2019) avaliaram 169 idosos cadastrados em uma área de saúde composta por cinco USF na cidade de Recife e concluíram que 78,7% dos idosos já haviam sofrido algum tipo de violência, sendo a negligência (58,5%) o tipo mais presente. Em Minas Gerais, foram investigadas as notificações registradas pelo Disque 100 e SINAN nos anos de 2011 e 2012, e foi possível verificar novamente o maior número de registros associados negligência, principalmente em idosas, cujo agressor era o(a) filho(a) (ROCHA et al., 2018). Um dado que chama atenção neste estudo é que somente 10% das agressões foram perpetradas por desconhecidos. Nos Estados Unidos, o estudo de Domg e Simon (2013) verificou a relação da negligência e abandono com as taxas de hospitalização de idosos e concluiu que em idosos vítimas deste tipo de violência o risco de internamento é duas vezes maior.

É importante destacar que além das condutas de descuido já citadas, a negligência traz prejuízos severos à saúde do idoso, e pode culminar no abandono (NASCIMENTO, 2017), que de acordo com Gondim (2011) é considerado uma das manifestações mais perversas da violência contra a pessoa idosa e ainda pode ser apresentada por diferentes facetas, seja através da exclusão do convívio familiar ao restringir sua acomodação ao quatinho dos fundos, privando-o de alimento ou outras necessidades, ou mesmo no ato de encaminhar o idoso a um abrigo ou qualquer instituição com o objetivo de livrar-se da sua presença no domicílio e da responsabilidade pelo seu cuidado.

De um modo geral, as agressões deixam os idosos desprotegidos em diversos aspectos. Além disso, não podemos desconsiderar que a violência também se manifesta em decorrência da maneira com a qual a coletividade interage e enxerga o envelhecimento, o idoso e o seu lugar na sociedade (COLER, 2014). Assim, apesar do enfoque dado às manifestações discutidas nestas categorias, não significa dizer que as outras formas não elencadas, ou não enfatizadas pelos participantes sejam menos comuns ou danosas. Ao contrário, a complexidade que envolve esta problemática só confirma a necessidade de exploração dos seus conteúdos e das condições que exercem

uma possível influência enquanto motivações para sua ocorrência. A respeito disso, a categoria a seguir trará uma abordagem mais significativa.

6.2 Categoria Motivações para a violência

Diante do que já foi exposto, torna-se indiscutível a necessidade de explorar o conteúdo da violência a partir de uma perspectiva ampliada, que busque contemplar a multiplicidade de elementos que cercam o fenômeno. Assim, nesta categoria será discutida a concepção dos cuidadores sobre as principais motivações para a ocorrência da violência contra a pessoa idosa no ambiente doméstico.

Em uma das vertentes escolhida por Coler (2014) para aproximar-se da problemática da violência, a autora recorre ao trabalho de Michel Wieviorka (2009) e as teorias apontadas pelo autor para justificar a ocorrência da violência.

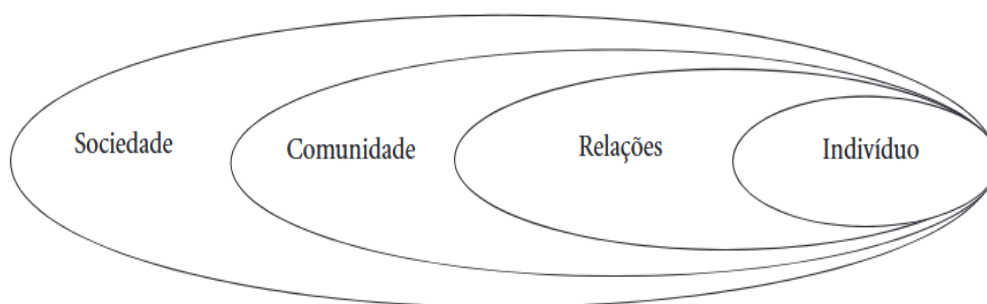
No pensamento de Wieviorka a agressividade é uma herança natural que se origina no instinto de desejar alcançar os seus objetivos, e a violência, por sua vez, constitui uma reação frente a um momento de crise ou frustração, e uma característica inata do ser humano. O autor defende esta ideia influenciada pelas reflexões do filósofo Thomas Hobbes que considerava a agressividade da raça humana uma necessidade de autopreservação, visto que há uma maior chance de as pessoas atacarem um determinado objeto de frustração quando julgarem ter sido impedidas de alcançarem seus propósitos. Nesse sentido a violência resultaria do fracasso em controlar os bons costumes.

Coler (2014) aborda também a noção de Tábula Rasa do filósofo John Locke em que as pessoas nascem sem nenhum saber e todo conhecimento vem a partir da experiência. Por fim, a autora remete as teorias comportamentais, e destaca uma perspectiva contemporânea que elucida a violência por meio da interação de fatores situacionais e contextuais, nomeada de modelo ecológico.

O modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979) parte da compreensão do comportamento a partir da interação dos indivíduos com o ambiente, e apesar de ter sido inicialmente desenvolvido para analisar o abuso e a violência no âmbito infanto-juvenil, alguns estudos passaram a complementar seu enfoque sobre família, vulnerabilidade e resiliência (HINES; MORRISSON, 2005; SZYMANSKI, 1997; DAHLBERG; KRUG, 2006).

Justificar a ocorrência da violência com um único fator seria uma responsabilidade impraticável, visto que enquanto resultado de uma interação de elementos individuais, sociais, culturais, ambientais e relacionais, tornar-se-ia impossível capturá-lo verdadeiramente considerando apenas um dos fatores (DAHLBERG; KRUG, 2006). Nesse sentido, buscando alcançar a melhor compreensão desta teoria, exploraremos os quatro níveis que compõe o modelo ecológico.

FIGURA 17: Modelo ecológico para compreender a violência



Fonte: (Dahlberg e krug, 2006).

O primeiro nível do modelo é o biológico, e diz respeito às particularidades que podem levar o indivíduo a se tornar um agressor ou uma vítima. Neste nível é considerada a influência da história pessoal de cada um tanto por aspectos como o baixo nível educacional, história passada de agressão ou abuso, quanto o uso de substâncias químicas e características como impulsividade. Já o segundo ponto, estrutura-se nas relações sociais próximas dos membros da família, e anuncia como tais interações aumentam os riscos da violência, principalmente porque tais relações se estabelecem no cotidiano e de maneira contínua. Assim a convivência direta com o agressor permite maiores oportunidades de eventos violentos, inclusive de maneira repetida. O terceiro nível do modelo abrange os cenários comunitários das relações. Neste ponto são observadas as características dos locais, pois as pesquisas demonstram que alguns lugares oferecem maiores oportunidades de ocorrência da violência do que outros. Assim, algumas das características analisadas são: a frequência com que as pessoas se mudam, a diversidade e a densidade populacional, se há envolvimento da comunidade em tráfico de drogas, isolamento social, elevado nível de desemprego e carência de apoio institucional.

O último nível deste modelo destaca os elementos classificados pelos autores como o de maior peso para a violência na sociedade. Neste plano estão inseridos os elementos que permitem a ocorrência da violência através da oferta de um ambiente propício por meio da sua aceitação. Os fatores elencados abrangem diferentes segmentos da sociedade e estão relacionados, por exemplo, às normas que sustentam e favorecem as desigualdades e os conflitos entre grupos sociais, que legitimam a violência enquanto maneira de solucionar conflitos, que dão suporte às condutas de poder excessivo pelo corpo policial e/ou que avalizam um domínio masculino sobre mulheres e crianças.

Assim, o modelo ecológico demonstra como a violência pode estar inserida e ser influenciada por diversos elementos e contextos. As falas reveladas pelos cuidadores nas figuras 18 e 19 estão em conformidade com o modelo apresentado, e inclusive ilustram alguns dos elementos apontados na explanação dos níveis.

FIGURA 18. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Motivações para a violência apontados por cuidadores portugueses. Via QSR NVivo ®.



Fonte: Dados da pesquisa

FIGURA 19. Nuvem de palavras do Eixo Temático Violência. Categoria Motivações para a violência apontados por cuidadores brasileiros. Via QSR NVivo ®.



Fonte: Dados da pesquisa

As nuvens de palavras apresentadas nas figuras 18 e 19 revelam as representações sociais dos cuidadores acerca dos motivos para a violência e demonstram a multiplicidade de temas que podem estar relacionados à sua ocorrência. Além do principal destaque para o elemento “não” que predomina nas duas figuras, as representações destes participantes estão ancoradas em termos como ‘ninguém’, ‘falta’, ‘formação’, ‘filho’ e ‘criança’ encontradas na nuvem dos cuidadores portugueses, e ‘paciência’, ‘falta’, ‘amor’ e ‘família’, verificadas na nuvem de palavras dos cuidadores brasileiros.

Para auxiliar na compreensão das representações encontradas, esta seção foi dividida em três subcategorias que serão melhor exploradas.

6.2.1 Memórias, relações e família

As representações sociais aqui apresentadas emergem da compreensão dos cuidadores de que a violência pode surgir no ambiente doméstico por conta dos conflitos existentes nas relações e da história pessoal de cada indivíduo. Assim como foi justificado pelo modelo ecológico no nível biológico, a influência das relações, dos conflitos, e das memórias deste processo, construídas ao longo da vida exercem uma influência importante na ocorrência da violência.

Segundo Ricotta (1999) a violência tem sua origem no domicílio. E ao assumir esta premissa, a autora considera a influência que as relações são capazes de exercer tanto sobre a personalidade, quanto na maneira com que os indivíduos se relacionam. No cenário do envelhecimento, e diante do novo arranjo familiar, a convivência é referida pelos familiares de idosos como uma condição geradora de conflitos, principalmente pelo fato de habitarem no mesmo espaço pessoas de diferentes gerações (LEITE et al., 2008).

Esta característica vem sendo apontada por diversas pesquisas, que demonstram como o convívio intergeracional pode ser um agente promotor de conflitos. A partilha de diferentes valores associada à alteração da dinâmica familiar, do reajuste de papéis e à própria hierarquia estabelecida diante das necessidades e expectativas de cada geração, são circunstâncias que tornam o ambiente familiar um espaço favorável ao conflito, que muitas vezes pode culminar na violência (ABATH et al., 2012; RABELO; NERI, 2014; MARANGONI; OLIVEIRA, 2010).

Estudos com esta temática identificaram elementos relacionados ao convívio intergeracional que acentuam ainda mais o risco para incidência de algum evento violento. Problemas financeiros, uso abusivo de álcool e outras drogas e transtornos psiquiátricos foram aspectos revelados. Coler (2014) identificou a partir de uma revisão bibliográfica que os principais fatores relacionados aos eventos violentos no domicílio foram a coabitação, a dificuldade financeira e o envolvimento por parte de algum membro familiar com alcoolismo e uso de outras drogas, além de características como isolamento social e dificuldade emocional nos relacionamentos. Belo (2013) em seu trabalho com mulheres idosas também apontou o uso de álcool e drogas como um fator de risco importante, referido por 23% das participantes. Já Lino et al. (2019) comprovaram além dos elementos elencados nas outras pesquisas, a influência dos transtornos psiquiátricos e da ausência de um suporte domiciliar efetivo como responsáveis pelo estresse emocional de 69 a 84% dos cuidadores.

Coler (2014) disserta em seu trabalho como a violência é descrita como um resultado da difícil convivência com os idosos. Os familiares referiram em seu discurso uma concepção que reduz o idoso à imagem da dependência e limitação, reproduzindo um posicionamento estigmatizador que tende a produzir uma convivência pouco harmoniosa, favorecendo o surgimento de conflitos e violência. Nesse sentido, a história das relações familiares constitui um recurso importante na compreensão de como se desenvolve o cuidado no espaço da família, pois se há um histórico de conflitos e distanciamento afetivo ao longo da vida, há de se imaginar que a disponibilidade de apoio aos idosos não será verdadeiramente efetiva (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010).

Abath et al. (2012) e Marques e Sousa (2012) reconhecem que o histórico familiar de violência e as próprias relações enfraquecidas são fatores de risco para a construção do ambiente hostil. A frustração e o despreparo em administrar as dificuldades da vida cotidiana somadas à desconexão familiar podem acentuar ainda mais o risco da violência, porém, assim como foi referido no modelo ecológico, esta condição sofrerá grande influência dos valores sobre cuidado e velhice, por exemplo, que perpetuam nas interações familiares.

O que Marques e Sousa (2012) verificaram em sua pesquisa foi um relato mais acentuado sobre os conflitos vindo de indivíduos em desconexão familiar. Os idosos revelaram uma tendência em responsabilizar o outro e reviverem constantemente a amargura do episódio passado, no que os autores classificaram como ruminação excessiva dos acontecimentos. Os autores destacam situações como dificuldades financeiras, alterações na família e os próprios conflitos familiares como exemplos de situações de grande tensão, e este posicionamento centrado na vivência de uma reminiscência obsessiva resulta em complicações nas interações atuais a partir das experiências difíceis do passado. Desse modo, para alcançar a integridade familiar, a pesquisa assinala como é necessário que sejam aceitos e resolvidos os conflitos do passado e do presente.

Nesse sentido, há de se considerar a família e a individualidade como elementos que atuam simultaneamente na influência do fenômeno. As falas dos cuidadores remetem a esta ideia, como pode ser observado nos discursos a seguir:

Eu acho que vem já da vivência das pessoas. Que tiveram problemas na infância, problemas... uma coisa qualquer, é que isso não vai

despontar assim sem mais nem menos. Porque há muitos casos assim né? Ah fez porque quando era pequeno, aconteceu. E depois as pessoas ficam com aquele trauma. CP1

Porque não tem o mínimo de respeito por elas, porque se tivessem o mínimo de respeito por elas próprias não faziam mal aos outros. Posso até estar errada, mas acho que devem ser pessoas muito más, com má experiência de vida que estão a tratar de uma pessoa pelo dinheiro. CP5

Primeiro vamos entender de duas formas: a parte de educação que muita gente não teve. Muita gente não foi educado para cuidar de ninguém, não foi educado para cuidar de idosos. Prova viva que ainda temos asilos até hoje aí funcionando. É como se o idoso deixasse de ser responsabilidade da família a partir de determinado momento e fosse responsabilidade apenas do Estado. O que na verdade não é, né? CB1

Por falta de educação da família, por ambição pelo dinheiro do idoso. Por que a pessoa que cuida não tem paciência, ou está passando por problemas psicológicos. Sempre acontece de alguém não ter paciência e gritar, ficar chateado. CB 18

É filho que usa droga, tudo isso faz desavença, que não é o caso aqui em casa. CB14

O pensamento apresentado pelos cuidadores demonstra como as memórias construídas nas relações familiares atuam como agentes influenciadores para a violência. As experiências negativas e até mesmo os traumas são reportados pelos participantes como justificativas para o comportamento agressivo contra o idoso.

Ricotta (1999) assegura que a vivência de um relacionamento familiar agressivo gera no indivíduo uma ferida emocional que afeta sua vida amplamente, e quando esta ferida ainda se encontra aberta, este aspecto tende a interferir diretamente nos seus relacionamentos atuais e futuros.

Considerando que a percepção que temos do mundo é fruto das experiências pessoais, mas também do que nos é transmitido através das gerações (MONTEIRO, 2015), Dias (2005) e Mosqueda (2011) referem a Teoria da Transmissão Intergeracional para endossar a discussão e justificar a força da influência histórica neste processo. Assim como identificado pelos cuidadores, as condutas violentas mais que vinculadas às experiências passadas, estão associadas a um processo de aprendizagem. Isto é, a existência de experiências violentas na infância conduz à aprendizagem do comportamento violento que será reproduzido na vida adulta, e o mesmo pensamento

serve para justificar o aprendizado ao não cuidado, por exemplo, assim como referido por um dos participantes.

Os achados da pesquisa expressam semelhança com outros trabalhos, assim como os revelados por Leite et al. (2008) em que a percepção dos participantes acerca das motivações para a violência contra o idoso no ambiente doméstico esteve intimamente relacionada com os comportamentos negativos da pessoa idosa para com os seus familiares ao longo da vida. Ricotta (1999) justifica comportamentos agressivos e negligentes ou mesmo a maneira de exercer o poder podem atuar como uma espécie de semente desagregadora que está na origem dos comportamentos violentos da família.

Os resultados da investigação de Leite et al. (2008) destacam como os maus-tratos constituem uma maneira de retribuição, uma resposta dos filhos ao que receberam de seus pais. Os dados da APAV (2010) ratificam o peso deste histórico de relações desajustadas no contexto da violência doméstica. Segundo relatório da instituição, os comportamentos violentos podem ter marcado o relacionamento entre pais e filhos de tal maneira que foram internalizados como um padrão de normalidade, e por isso representam uma transmissão de modelo, onde pais que foram violentos com seus filhos tenderão a ser vitimados por eles quando idosos. Este mesmo sentido pode ser verificado com destaque na fala de um dos participantes:

Há casos de idosos que não tem família ou que tem família, mas não querem saber deles. Às vezes tem muito a ver com a forma como semeia, se semeia mal e não cuidam da seara nunca vão colher grande coisa. Estas pessoas não educaram os filhos, não lhe deram carinho, não lhe chamaram a elas, os filhos se chegam ao pé delas. Mas há famílias assim... de pai para filho, mas mais de filho para pais. Uns por terem muito o que fazer, outros porque não querem saber, e outros também porque realmente não tem ninguém. A gente quando acaba a vida sempre deixa qualquer coisa por fazer. Enquanto as pessoas tiveram saúde e não precisaram, nunca se preocuparam, nunca prepararam a cama para mais tarde. Eu se calhar estou fazendo o mesmo, mas pronto, o futuro Deus dirá. CP3

Esta perspectiva apontada pelos estudos e ilustrada na fala do cuidador reforça como os ressentimentos e os conflitos não resolvidos afetam as relações, mas principalmente, como os vínculos afetivos são essenciais na construção de um relacionamento pautado no amor e no respeito. Assim, a organização da vida emocional dos membros familiares e a própria funcionalidade familiar são aspectos que precisam ser considerados enquanto motivações para a ocorrência da violência (RICOTTA, 1999;

NUNES et al., 2018), principalmente porque no exercício do cuidado estas dificuldades relacionais tendem a se tornar mais evidentes.

Para Mazza (2008), o cuidado é um processo de evolução que exige interação constante, “é uma construção e reconstrução cotidiana dos afetos, do carinho, do vencer barreiras e fantasmas do passado. É estar todos os dias com o idoso, apesar de” (MAZZA, 2008, p. 29). Assim, diante da ausência desta capacidade de ressignificar os afetos, a expressão da violência ganha seu espaço, como fica evidente nos seguintes relatos:

Falta, sobretudo, o relacionamento emocional com a pessoa. CP7

Ahh.. falta de amor a família, ou porque não tem amor mesmo. Nossa...uma pessoa que maltrata um idoso né? CB3

Acho que é uma pessoa que não tem sentimento. se uma mãe cuida de você, quando ela ficar mais velha e ela precisa, você tem que cuidar. Porque é sua mãe. Então eu acho que é uma pessoa que não tem sentimentos CB6

Porque para mim é algo tão inaceitável, não consigo entender o porquê as pessoas fazer isso. Isso para mim é falta de amor, falta de Deus. Não tem outra explicação não. CB7

Porque as pessoas o seguinte, As pessoas não se colocam no lugar da outra. Então tanto acontece a questão dos pais com os filhos, tanto acontece dos filhos com os pais. Assim como tem os filhos com pais criou assim ele com maior carinho, o pai fica idoso ele acha que não está errado ele deixar os pais dele a toa aí. Só que quando ele ficar velho aí ele vai” Ah mas meus filhos...é... tal” quer dizer...é a pessoa não se colocar no lugar da outra CB9

Nesse sentido, a ambivalência humana é referida por Wanderbroocke e Moré (2012) como um aspecto integrado para a compreensão da violência, já que orienta o entendimento de que por meio das relações todo indivíduo é capaz de desenvolver potenciais para amar e odiar, e ponderar limites e ações. Os autores destacam ainda que é no ambiente familiar que a ambivalência encontra espaço para manifestar-se, pois enquanto instituição dos primeiros vínculos efetivos possibilita o crescimento e o desenvolvimento de capacidades importantes da autonomia, mas ao mesmo tempo corresponde ao lugar onde se estabelecem conflitos e violências.

A ambivalência também se revela no processo do cuidar através de aspectos que ocasionam no cuidador o exercício de sua função de maneira dúbia. A satisfação em cumprir este papel, por vezes, cede lugar a sentimentos de cansaço, raiva, desespero e até mesmo injustiça que geram a instabilidade emocional e conseqüentemente, dão espaço para os conflitos e as manifestações da violência (ROQUE, 2014).

Setúbal (2010) faz referência a Boff e Edgar Morin para endossar a alternância de emoções que podem ser exteriorizadas diante de situações desarmônicas:

Somos inteiramente capazes de razão e de emoção, afloradas muitas vezes em desequilíbrio. Somos capazes de sentir amor, afeto, respeito, responsabilidade, cuidado, carinho e compaixão. Como também temos capacidade para sentir raiva, tristeza, angústia, medo, insegurança, para sermos descuidados, desatentos e irresponsáveis. Temos enraizado na alma e no espírito todos os sentimentos e emoções, assim como, a magia da percepção e da inteligência. Temos uma mistura única dentre todas as espécies de seres vivos (SETÚBAL, 2010, p. 19).

Deste modo, diante dos fatores de risco elencados nesta seção, é possível perceber como as memórias conduzem as práticas e ancoram as representações sociais dos indivíduos. No que se refere à memória familiar, e como foi exemplificado pelas falas dos participantes, esta influência passa a ser ainda mais normativa, pois como Halbwachs (2004) assegura “a família é o modelo de toda hierarquia social concebida como um sistema que estabeleceria um papel obrigatório a um indivíduo” (p.403) e por isso as memórias construídas em seu espaço funcionam como uma forma de reiteração para as outras memórias coletivas.

As relações desarmônicas e os conflitos que emergem das histórias dos relacionamentos refletem características e memórias pessoais, mas também as instabilidades e ambivalências que surgem diante de situações de desequilíbrio. A respeito desta abordagem, o tópico seguinte fará uma discussão mais profunda.

6.2.2 Condições inadequadas para o cuidado

Conforme a discussão apresentada no Eixo Cuidado, especialmente, na categoria “Dificuldades para o cuidar”, compreende-se que o desempenho desta função não se resume ao cumprimento de uma simples tarefa. Como destaca Boeiro-Gonçalves (2017), o cuidado equivale a um fenômeno complexo que afeta a vida do cuidador de forma ampla, impactando sua saúde física, mental e emocional. Ademais, as

dificuldades que são impostas na prestação do cuidado influenciam negativamente o cuidador e o idoso, visto que constantemente comprometem a qualidade do cuidado (ANDRADE, 2009).

Nesta subcategoria as motivações referidas pelos cuidadores centram-se na ótica do desequilíbrio das condições necessárias para o desempenho da atividade de cuidar. As falas exploradas demonstram a percepção de que o desajuste nas circunstâncias do cuidado representa um fator de risco para a ocorrência da violência no ambiente doméstico.

Ricotta (1999) descreve que a violência nas relações pode ser o resultado de tensões que foram acumuladas ao longo do tempo devido às questões relacionais e/ou estruturais mal resolvidas. Os comportamentos desproporcionais e explosivos advindos destes indivíduos são o reflexo das perturbações cotidianas diante das frustrações da realidade. A própria complexidade dos sentimentos que cercam o cuidado já configura este universo como difícil e suscetível, somado a isto, a exposição e interação prolongada a condições inadequadas para desempenhá-lo tende a promover o surgimento de sentimentos contraditórios e dilemas que incidem diretamente na manutenção do equilíbrio das relações (ANDRADE, 2009).

Algumas pesquisas, diante de tais circunstâncias, recorrem à teoria situacional para justificar os eventos de maus-tratos. Assim como referido no trabalho de Paixão Júnior e Rocha (2013), em que a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de recursos para suprir as necessidades dos idosos foram condições identificadas como ligadas a ocorrência da violência.

O discurso referido pelos participantes desvelou uma percepção semelhante, pois como ilustrado nas falas, os aspectos considerados como fatores de risco estiveram relacionados aos desajustes em condições financeiras, sobrecarga de trabalho e falta de conhecimentos para lidar com a situação de saúde e as necessidades de cuidado dos idosos.

Falta de dinheiro, falta de condições. CP4

Claro que era por ruindade, dinheiro. CB10

O custo de vida, talvez até na condição financeira, tudo isso faz. CB14

Os recursos financeiros representam um importante elemento no cenário do cuidado. Veras (2007) afirma que quando comparado com outras faixas etárias, o tratamento de uma pessoa idosa com dependência funcional exige o triplo dos recursos pessoais e financeiros.

Tendo em vista que algumas circunstâncias são exigidas pelas condições de saúde do idoso e pela própria dependência, o cuidador necessita diariamente prover e gerir os recursos que possibilitarão o cuidado de modo satisfatório. Entretanto, a ausência ou limitação deste suprimento vem sendo caracterizada em muitos estudos como um fator categórico para a disfuncionalidade familiar (MARQUES; SOUSA, 2012; ABATH et al., 2012), e conseqüentemente para o risco aumentado da violência (DUQUE et al., 2012; CALDAS, 2008; COLER, 2014; DIAS, 2005; HOLANDA et al., 2016).

O trabalho de Belo (2013) constatou que a renda foi um dos principais fatores agravantes para a condição de vulnerabilidade por parte de mulheres idosas. Já Mendes et al. (2018) pontuaram a vulnerabilidade, o empobrecimento e a dependência financeira como potencializadores deste processo.

Em investigação das circunstâncias para a violência e buscando traçar um perfil do agressor assinalado nas pesquisas, Minayo e Muller (2013) ratificam os achados da literatura e demonstram que a dependência financeira por parte dos filhos para com os pais, foi identificada na maioria dos episódios de maus-tratos contra a pessoa idosa.

A gravidade desta constatação está vinculada ao fato de que na tentativa de suprir as necessidades de cuidado ao idoso a família reorganiza-se em novos arranjos, e como consequência desta exigência, há em muitos casos um afastamento do trabalho para exercer o cuidado por parte do cuidador, e muitas vezes o provimento financeiro deste domicílio passa a ser basicamente a aposentadoria do idoso (LEMOS, 2013; CAMARANO, 2004; 2010).

Além disso, cabe destacar um desdobramento da questão financeira que atua, neste caso, como causa e efeito da violência contra a pessoa idosa. Como foi visto, as condições financeiras insatisfatórias representam um elemento importante reconhecido pelos participantes, ainda que a pobreza não seja sinônimo de violência. Entretanto, associada à maior vulnerabilidade para conflitos e acrescida da influência da dependência financeira, a violência pode se manifestar nas suas múltiplas formas, mas ganha aqui evidência, a violência financeira.

Este tipo de abuso tem sido constantemente relatado pelas pesquisas, ganhando destaque pela simultaneidade com outras formas de violência e pelo crescimento observado em sua ocorrência (CALDAS, 2008; GIL, 2015; MINAYO; MULLER, 2013; BOLSONI et al., 2017).

No que se refere ao cenário português, as pesquisas indicam um crescimento deste tipo de violência, sendo a segunda mais referida pelos idosos nos trabalhos de Gil (2015), e verificado nos projetos europeus ABUEL e AVOW entre os principais problemas que atingem a população idosa. Segundo dados da APAV (2010) e do INSA (2014) a violência financeira é a segunda mais prevalente no país, ficando atrás apenas da violência psicológica.

No Brasil, a realidade não é diferente. A manifestação da violência vem ganhando espaço e reconhecimento por parte das pesquisas diante das condições anteriormente apontadas. No trabalho de revisão realizado por Bolsoni et al. (2017) este tipo de agressão foi a mais referida pelos idosos do sexo masculino. E Oliveira et al. (2013) verificaram percentuais significativos para este tipo de evento. Santana et al., (2016) também assinala a expressividade da violência financeira referindo aos dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em 2008, em que 27% dos casos de violência contra a pessoa idosa notificados naquele ano foram relacionados aos danos financeiros, representando o segundo maior tipo de abuso junto com a violência física.

Uma segunda motivação para a violência relatada pelos cuidadores portugueses e brasileiros foi a falta de orientação e formação adequada para o cuidado. Considerando a imprevisibilidade do adoecimento e da dependência, que nem sempre permitem ao cuidador tempo e condições para se organizar, as necessidades de saúde são impostas e as respostas de cuidado precisam ser rápidas e efetivas para assegurar o cuidado de maneira satisfatória. Entretanto, grande parte dos cuidadores não possui informação ou treinamento prévio para o cumprimento desta função, assumindo o cuidado e aprendendo a lidar com as demandas ao longo do processo, como no relato abaixo:

Uma coisa é quando eu souber o que está a acontecer, o que vai acontecer, como é que eu posso intervir, como não posso intervir, e outra coisa é quando é aquilo tudo assim de repente (...) Esse apoio acho que é muito mais importante inicialmente, quando se começa a perceber o que está a acontecer. Vamos a dar a volta pelas situações, mas para isto é preciso conhecer alguma coisa, estar preparado, ter algumas estratégias. Logo a principio eu fiz, eu soube que havia cá em Évora uma formação para técnicos de instituições, de lares e eu fui também fazer esta formação, e estavam lá assistentes sociais, animadores... E pronto fiz a formação, vou pesquisando. CP11

Apesar de o relato apresentado acima representar uma importante estratégia de enfrentamento, já que o cuidador diante da necessidade de capacitação buscou um curso

de formação que lhe direcionasse as condutas para o cuidado, esta realidade não é acessível à grande maioria dos cuidadores, e por isto referem em suas falas que a falta de informação e capacitação atua como um fator de risco para a violência.

Ah porque as pessoas por vezes, não sei, olhe filha... Primeiro não tem formação. A gente não ter grande formação, não precisa ser assim porque a gente também não tem a formação como deve ser. CP8

É difícil, ainda mais uma pessoa assim que seja completamente leiga. Que não entende. Porque no meu caso eu ainda sou técnica de enfermagem. No meu caso eu entendo isso, mas tem muitas pessoas que, não que se é um diabético, se passar de três horas a glicemia pode baixar muito e a pessoa pode morrer, entrar em coma. Então tem gente que na verdade, que o sofrimento do cuidador é ele não ter um noção. Ele recebe uma carga, mas ele não recebe uma aula básica de como você vai cuidar daquele idoso. É um presente de Deus que coloca ali ó na sua vida, na verdade uma bomba, ‘pum’. Acho que o que deveria mudar na saúde pública é a orientação. Às vezes eu acho que os maus-tratos acontecem pelo fato da falta da orientação. CB11

Estudos com cuidadores familiares confirmam a premissa defendida pelos participantes da pesquisa. Avila et al. (2015) evidenciaram que 57,3% dos cuidadores informais entrevistados julgaram não possuir conhecimento a respeito, por exemplo, da prevenção de quedas em idosos e 85,4% afirmaram não ter recebido orientações por parte de profissionais. Já Cattani e Girardon-Perlini (2004) descreveram a rotina e as alternativas de enfrentamento dos cuidadores, salientando como foram sendo incorporadas diariamente novas demandas de cuidado, e como estes cuidadores precisaram se adequar às necessidades dos idosos que iam sendo apresentadas conforme a doença e a dependência evoluíam. Os resultados identificaram também que diante destas circunstâncias, a rotina dos cuidadores tornou-se cansativa, refletida na preocupação com a saúde do idoso e nos posicionamentos de privação do sono, responsabilidade com a administração das medicações e tarefas repetitivas.

As implicações do cuidado prestado de maneira insuficiente ou inadequada possuem impacto negativo na vida idoso e podem sim, resultar em alguma manifestação de violência. Muniz et al. (2016) defendem que a falta de preparo para o cuidado pode sobrecarregar o cuidador e afetar não só a sua saúde, mas também a sua interação com o idoso. Caldas (2002) e Fernandes (2008) acrescentam ainda que os maus-tratos contra a pessoa idosa no ambiente doméstico podem ser perpetrados de maneira concreta através

de familiares que estejam despreparados ou mesmo sobrecarregados para o cumprimento desta responsabilidade.

Ainda que de maneira inconsciente, as condutas agressivas podem avançar no ambiente familiar e prejudicar as interações devido às tensões e os problemas que afetam a estabilidade da família, mas as dificuldades situacionais também exercem uma grande influência enquanto fatores de risco (RICOTTA, 1999) como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho.

O termo sobrecarga refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e emocionais que podem resultar da atividade de prestação de cuidados e que afetam a vida do cuidador nas relações pessoais, sociais, de trabalho e no seu equilíbrio emocional (GONÇALVES, 2012). As características que definem esta condição são muito pessoais e perpassam pela capacidade que cada um possui de julgar a eficácia do seu serviço e a sua autoestima (GONÇALVES, 2012; PAÚL, 1997; ANDRADE, 2009).

Nesse sentido, a grande maioria dos estudos realizados com cuidadores de idosos com dependência funcional tem constatado um elevado nível de sobrecarga nos cuidadores. Mafra (2011) identificou em seus resultados sinais de sobrecarga na saúde física e psicológica dos cuidadores, e revelou implicações nas suas relações pessoais, de emprego e nos estudos.

Os dados da pesquisa de Mendes et al. (2019) endossam a gravidade da problemática ao destacarem a relação proporcional da sobrecarga com a quantidade de horas dedicadas ao cuidado do idoso. Broeiro-Gonçalves (2017) e Nunes et al. (2018) também avaliaram a relação da sobrecarga dos cuidadores com o tempo disponibilizado para as tarefas do cuidado. Em ambas as pesquisas a relação encontrada foi positiva, e os achados evidenciaram um tempo médio ocupado com o cuidado direto de oito a seis horas, no primeiro estudo, e cinco a seis horas por dia no segundo.

O que estes achados denotam é que quanto maior o tempo disponibilizado para o cuidado do idoso, maior tende a ser o nível de sobrecarga sofrida por este cuidador. E esta condição representa um alerta grave, pois tendo em vista que a principal estratégia para garantia dos cuidados é residir com o idoso, com isso o cuidador passa a vivenciar uma experiência de vigilância e cuidados em tempo integral.

As falas dos participantes apontam para esta condição com um fator de risco para a violência, pois acreditam que o excesso de trabalho acumulado ao longo dos anos promove um ambiente hostil e favorável aos conflitos.

Agora, é evidente que a paciência tem limite, eu próprio às vezes digo: “opa! Não! já chega!” quando ela repete uma, duas, três, quatro, cinco vezes a mesma coisa. Há dias que eu também digo: para! Já chega! Depois pronto, digo assim não ganho nada com isso porque a culpa também não é dela. Mas pronto é evidente que isso é uma situação, agora outra coisa é maus-tratos assim. Agora reconheço que a paciência tem limite. CP7

Acontece porque as pessoas não gostam do que estão a fazer e não tem coragem de mudar. É um trabalho, claro por um lado é cansativo e pesa. CP2

Eu acho que é porque eles ficam muito nervosos, pelo fato deles já tá assim, aí as pessoas não entendem e acabam maltratando. Porque às vezes estressa. A gente tem que ter muita paciência. CB2

Às vezes eu acho que é pessoa que não tem mais paciência. Chegou no limite deles. Quando eu vejo que estou nervosa, estou irritada, eu me afasto. CB13

A percepção revelada nos discursos dos cuidadores anuncia como o cuidado é uma atividade desgastante e que mediante as inúmeras demandas e desajustes no equilíbrio da função esta responsabilidade coloca o cuidador em uma situação de tensão ao extremo. Esta compreensão não exprime um achado isolado. Muitas outras pesquisas investigaram e denunciaram a sobrecarga de trabalho dos cuidadores como um fator de risco para os eventos de abusos (GIL, 2015; COLER, 2014; MUNIZ et al., 2016; PAÚL, 1997; LINO et al., 2019).

Coler (2014) observou na sua pesquisa a relação de alguns fatores promotores da sobrecarga dos cuidadores, e conseqüentemente impulsionadores da violência contra a pessoa idosa. Os principais aspectos percebidos foram o estresse associado à condição de saúde do idoso e progressão negativa que a doença e a dependência geram no seu estado. Os cuidadores vincularam esta condição à exigência cada vez maior de atenção que lhes é requisitada, e como isto tem restringido suas atividades, gerando isolamento social, fadiga e elevada carga de estresse, o que torna as relações ainda mais difíceis, principalmente porque percebem que esta situação se manterá por um tempo prolongado.

As principais motivações para a violência apontadas por Lino et al. (2019) também estiveram centradas no elevado índice de sobrecarga dos cuidadores. Os achados da pesquisa revelaram que a sobrecarga proporcionou um aumento considerável nas chances de ocorrência da violência que foi confirmado por outros sete

estudos. Nos cuidadores com nível de sobrecarga moderada e severa as chances de ocorrência da violência eram nove e onze vezes maiores, respectivamente, em comparação com os cuidadores classificados com sobrecarga leve.

Diante do que foi abordado, compreende-se que as dificuldades associadas à demanda excessiva de trabalho, as tensões decorrentes do processo, os problemas financeiros e capacitação insuficiente resultam no comprometimento da qualidade do cuidado prestado e no estopim para os eventos abusivos. Reconhecer as circunstâncias envolvidas na ocorrência da violência contra a pessoa idosa constitui um passo fundamental para o enfrentamento desta problemática, visto que apesar das políticas públicas existentes, o suporte que deveria ser garantido de forma eficaz, mostra-se limitado e insuficiente.

O caminhar lento das políticas públicas para garantia dos direitos dos idosos e a própria ocorrência da violência contra esta população configuram-se como um reflexo da imagem que este possui na sociedade. A invisibilidade conferida aos idosos durante muitos anos reservou-lhes um espaço de marginalidade e estigmatização que possuem consequências graves até hoje e incidem inclusive nas situações de violência. A concepção da violência como uma forma de hostilidade e preconceito sobre esta fase da vida será discutida na categoria subsequente.

6.2.3 Representações Sociais negativas sobre o envelhecer

Neste tópico será discutido como os posicionamentos negativos frente ao envelhecimento podem representar uma motivação para violência contra a pessoa idosa.

Beauvoir (1990) enfatiza em sua obra como o idoso vem sendo marginalizado ao longo da história da humanidade, e como este processo de estigmatização influenciou os modos de ver a velhice e tratar o idoso na sociedade até nos dias atuais. Para a autora:

É o sentido que os homens conferem à sua existência, é seu sistema global de valores que define o sentido e o valor da velhice. Inversamente: através da maneira pela qual uma sociedade se comporta com seus velhos, ela desvela sem equívoco a verdade – muitas vezes cuidadosamente mascarada – de seus princípios e de seus fins (BEAUVOIR, 1970, p. 108).

O pensamento construído em torno do envelhecer e a própria visão do que é ser idoso influenciam os relacionamentos, e neste caso, mais especificadamente, a maneira

como será desenvolvido o cuidado, pois o processo de envelhecimento ultrapassa o sentido físico, e estende suas implicações ao universo social, onde são determinadas, em um dado contexto histórico e sociocultural, as regras, as condutas e definidos os espaços ideais em função da idade (IBIAS; GROSSI, 2001).

Muitos estudos com o intuito de desvelar as percepções e a imagem que a velhice possui na sociedade revelam como ainda perdura no imaginário social uma dualidade de sentidos atribuídos ao processo de envelhecer e esta fase da vida.

Inicialmente, é necessário destacar que os sinais dessa complexidade podem ser observados já no paralelismo semântico entre velhice e terceira idade. A velhice, conforme assegura Minois (1999) constitui mais que uma categoria social, é “um termo que quase sempre nos causa calafrios, uma palavra carregada de inquietude, de fraqueza e por vezes de angústia” (1999, p.11), uma fase indesejada, marcada por exclusão e preconceitos.

A ideia promovida durante o século XX, que vincula ao termo o sentido de perda, invalidez e decadência, passou então a ser recategorizado como terceira idade, numa tentativa de amenizar o estigma associado à terminologia anterior e lucrar com uma população que estava em constante crescimento mundial. Assim, ao final década de 1970, parte dos países da Europa adota e promove ‘a terceira idade’ como uma nova proposta de lidar com o envelhecimento, buscando disfarçar a fobia social através da vinculação de uma ideia positiva a este momento da vida, em que poderão ser ofertados serviços exclusivos para esta que é a terceira, melhor e feliz idade. Entretanto, a própria utilização deste novo termo reforça o preconceito existente, e acentua a renúncia da velhice, que agora, mais que indesejada, é também não dita (MOTTA, 2012).

A defesa sem críticas destes novos modos de lidar com a velhice comumente reforçam os estigmas e aumentam a invisibilidade dos problemas sentidos por grande parte dos idosos (BELO, 2013). Se por um lado a promoção de uma imagem positiva do envelhecer precisa estar vinculada à vitalidade, jovialidade, saúde e independência, a grande parcela de idosos que vivencia o comprometimento funcional e as consequências limitadoras advindas com fatores associados ao avançar da idade e as doenças crônicas, não possuem qualquer chance. Sendo assim, esse tipo de envelhecimento reserva ao idoso a exclusão dos mais variados espaços, destituindo sua participação desde as decisões na família, até os espaços sociais (IBIAS; GROSSI, 2001).

As pesquisas desenvolvidas com objetivo de conhecer as representações sociais do envelhecer na sociedade confirmam o pressuposto defendido anteriormente,

demonstrando por vezes uma dualidade marcada por elementos considerados positivos, como a sabedoria e a experiência, e elementos negativos dificuldade e ou perdas físicas, solidão e morte (BRITO et al., 2018). Castro e Carmargo (2017) verificaram em seu trabalho uma polarização das representações sociais de idosos e cuidadores sobre a velhice, em que as representações positivas estiveram associadas a elementos como ‘espírito jovem’, ‘idoso jovem’ e as representações negativas a evocações como ‘velhice’ e ‘velho’.

Fernandes e Andrade (2016) entrevistaram dois grupos de idosos, idosos com maior e menor nível socioeconômico e educacional, para conhecer as representações sociais sobre a velhice, e verificaram em ambos os grupos as representações estiveram ancoradas na ideia de finitude da vida. Já Daniel et al. (2015) desenvolveram um trabalho com idosos e cuidadores formais de uma instituição de apoio que prestava serviços de apoio domiciliário e Centro dia em uma região da zona rural de Coimbra, os elementos de maior evocação pelos idosos foram ‘solidão’, ‘doença’, ‘dependência’ e ‘morte’. Já as representações comuns aos dois grupos tiveram centralidade nas evocações ‘solidão’, ‘doença’ e ‘dependência’.

As pesquisas referidas apresentaram as representações sociais acerca da velhice por indivíduos que já vivenciavam a realidade do envelhecimento de maneira direta (participantes idosos) e indireta (cuidadores). Esta condição poderia fazer surgir questionamentos sobre a influência da experiência direta na elaboração das representações, justificada pela ideia de que os sentidos negativos atribuídos à velhice seriam o reflexo da vivência dos idosos participantes e do que os cuidadores têm observado em sua prática. Entretanto, esta mesma questão denota a importância e a necessidade de discussão e desconstrução desta ideia sobre o que é o envelhecer, visto que as pesquisas com pessoas de outras faixas-etárias e não envolvidas com cuidados aos idosos também revelaram percepções semelhantes.

Wachelke et al. (2008) promoveram um estudo com convites em uma rede social e analisaram as evocações de 469 indivíduos, com idades entre 15 e 59 anos, sendo a maioria dos participantes com idade entre 22 e 29 anos. Os resultados das análises constataram que apesar de apontarem aspectos como novos hábitos de vida e acúmulo de sabedoria, o sentido sobre o envelhecimento fortemente evocado esteve relacionado a perdas, enfraquecimento e desgastes. Santos e Tura (2011) também fazem referência a outras pesquisas com objetivos semelhantes realizadas com jovens, e destacam como principais resultados as concepções do envelhecer como surgimento de doenças,

dependência, desânimo, decadência, inatividade sexual, vulnerabilidade, e ainda maior exposição ao abandono, discriminação, desvalorização e passividade.

Todos esses sentidos associados ao envelhecimento acentuam ainda mais a necessidade de discussão desta temática e sua relação com a ocorrência da violência, pois considerando que as representações sociais constituem uma forma de saber socialmente partilhada e que exercem grande influência nas normas e condutas que compõe as realidades, seria um descuido ignorar os indícios de violência apontados por tais representações.

As falas dos cuidadores portugueses e brasileiros demonstram como para estes indivíduos as representações sociais negativas sobre o envelhecimento agem como um fator de risco importante para a violência porque submetem o idoso a situações de preconceito, invisibilidade e desrespeito.

Ah porque são pessoas más. Eu pra mim quem bate num idoso ou numa criança são pessoas más. Não tem coragem de enfrentar uma pessoa da idade delas, porque sabem que um idoso não se defende, tem medo de falar porque ainda podem levar mais e a criança também sente represálias porque se fala eu te faço pior. É porque infelizmente ninguém respeita os idosos, ninguém respeita os idosos. CP5

Hoje está tudo tão diferente. Só quem chega a esta idade e passa e vê que sente como está tudo diferente. E a gente tem que ver agora se consegue deixar esse meu (tempo) par trás e ir agora querer o de agora... Uma diferença como o dia da noite, mas uma noite muito escura. Falta um bocadão de respeito por toda a gente. CP11

Tem a parte de natureza da pessoa. Tem pessoa que não conseguem lidar de fato com os idosos, e também não podemos dizer que todos os idosos são fáceis de lidar, porque não são! E simplesmente outros porque não gostam de idosos. CB1

Porque as pessoas não tem paciência mais com os idosos. Hoje é assim, ninguém mais quer cuidar, aí deixa lá largado, à toa. CB19

Eu acho porque tem gente que não tem amor, né? Não tem amor. A gente tem que ser carinhoso com as pessoas de idade. O mundo tá tão diferente, e não é todos que tem amor ao idoso. Tem uns que não tem amor ao idoso, que *judeia*, Bate. Porque o povo de hoje é tudo assim, mais empinado, pensa que não vai morrer, que não vai adoecer, só pensa no hoje. CB8

As circunstâncias referidas pelos cuidadores como motivações para os eventos abusivos contra a pessoa idosa refletem o que vem sendo discutido na literatura através do conceito de idadismo. O termo idadismo (tradução para ageism) foi primeiro referido

por Robert Butler em seu artigo “Age-ism: another form of bigotry” em 1969, onde define o termo como uma forma de “preconceito por um grupo etário em relação a outras faixas etárias” (1969, p.243; DANIEL et al., 2015; MENDES; ZANGÃO; MESTRE, 2017).

Desta forma, o idadismo refere-se às atitudes negativas realizadas contra indivíduos baseadas apenas na característica idade. Este tipo de preconceito pode ocorrer também contra pessoas de outras faixas etárias como, por exemplo, contra jovens, mas já que o enfoque da pesquisa é a população idosa, trataremos apenas deste público.

Marques (2011) elucida como as implicações do idadismo podem ser abrangentes e resultar em diversas formas de manifestação da violência, desde as mais sutis até as mais flagrantes. A autora acentua a existência de três componentes que permeiam as atitudes idadistas: cognitivo, afetivo e comportamental. A primeira diz respeito ao estereótipo elaborado acerca das pessoas idosas, quando há uma tendência em padronizar as pessoas do grupo, como quando, por exemplo, há uma associação da velhice à incapacidade e à doença. O segundo componente refere-se aos sentimentos que refletem o preconceito. Neste tópico, a autora destaca sentimentos como o desdém e a piedade ligados ao envelhecer e às pessoas idosas. Por fim, o terceiro componente das atitudes idadistas caracteriza-se pelo próprio ato de discriminação praticado contra a pessoa idosa.

O estereótipo conferido ao idoso reflete a discriminação que esta população vem sofrendo nos variados segmentos e nas diferentes épocas da história da sociedade. A desimportância social que lhe foi atribuída além de promover uma imagem de decadência, está intimamente vinculada às insuficiências das respostas políticas e sociais, bem como do próprio julgamento inadequado a respeito de suas necessidades, como por exemplo quando se tratam das questões afetivas e sexuais, consideradas por muitos como inadequadas para a idade (MOTTA, 2012; ROCHA, 2017).

Ademais, a sociedade moderna, que defende a busca constante pela eterna juventude, não parece dispor de espaço para a velhice, principalmente se esta for fragilizada (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Este sentido foi referido pelos cuidadores que indicaram como o preconceito com a velhice é tão veemente que há uma negativa desta condição para si. Os participantes alegaram que os eventos de violência tendem a acontecer porque os

indivíduos desprezam a velhice, não reconhecem que chegarão a esta etapa da vida e por isso, não demonstram empatia ao idoso.

Porque as pessoas não têm coração, porque se as pessoas tivessem coração e a mentalidade e a cabeça que deveriam ter, nunca fariam isso, porque elas também hão de chegarem a velhas se não morrerem. CP10

Algumas pessoas não tem paciência e por aí acontece por aí. Acho que as pessoas mais novas não tem essa paciência toda de cuidar do idoso. Então acaba maltratando, não cuidando da forma que deveria. Como se eles também não fosse ficar nessa idade. Deveriam ter um pouquinho mais de sensibilidade, de respeito do idoso né? Acho que nem todos tem essa sensibilidade que a gente tem. CB5

Falta de amor, de paciência. Acha que não vai envelhecer, acha que não vai chegar, ficar daquele jeito um dia. Porque o tempo passa e Hoje a gente tá novo, aí vem a idade adulta, aí depois vem a velhice. Então a pessoa que faz isso pensa que não vai envelhecer Num precisa nem envelhecer, porque tem tanta gente novo aí que acontece acidente...fica em cima numa cama dependendo né. Dependendo da pessoa para tudo. Não precisa nem esperar a velhice para precisar de uma pessoa para cuida, O que você planta mais tarde você colhe. A lei mais certa que tem é essa. CB12

A maneira como cada indivíduo percebe o envelhecimento está relacionado com as suas memórias e suas experiências anteriores. Beauvoir (1970) tratou em sua obra já referida como a velhice era descrita e vista como negativa, excluída e estigmatizada em uma sociedade que valoriza o consumo, o poder e a produção de bens e o consumo. O velho considerado improdutivo não encontra mais espaço onde a juventude é exaltada, perdendo assim o valor social (NOGUEIRA; MOREIRA, 2008).

Além de desprezada pela desimportância social resultante do “não produtivo”, a velhice traz consigo marcas indesejadas que vão de encontro ao padrão de beleza definido na sociedade.

Correa (2009) afirma que os “defeitos” advindos com a ação do tempo tornaram-se um grande alvo de investimento do mercado, que promovem a cultura do combate aos efeitos da idade por meio de fórmulas da juventude. De acordo com a autora, o tempo ganhou novo significado e foi mercantilizado. Nos últimos anos tem sido observado um crescimento acentuado das buscas por serviços de estética e do movimento de supervalorização da beleza enquanto jovialidade, autonomia, produtividade (NOGUEIRA; MOREIRA, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Concepções como estas fortalecem estereótipos negativos do envelhecer, e promovem a reprodução de condutas discriminatórias e de desprezo aos idosos, assim como referido nas falas.

Desta forma, a regra atual é categórica: não envelhecer (CORREA, 2009). E esta determinação acentua ainda mais a dificuldade de aceitação deste processo, incitando o conflito, denominado por Nogueira e Moreira (2008) como fluxo do inevitável e indesejado.

A relação conturbada entre o tempo e o homem apontada pela história da humanidade não está restrita ao envelhecimento, mas também à finitude (CORREA, 2009). O julgamento da velhice como última fase da vida e como proximidade da morte reforça a rejeição do envelhecer, pois como destaca Beauvoir (1970, p.46) “a velhice desemboca sempre na morte”.

Esta premissa associa-se aos sentidos referidos pelos participantes tanto nesta rejeição pela finitude, quanto na dificuldade em perceber o seu próprio envelhecimento, mas assim como destacou um dos cuidadores, a autora assegura: “nenhum homem que vive muito tempo escapa à velhice; é um fenômeno inelutável e irreversível” (BEAUVOIR, 1970, p.46).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências dos cuidadores de idosos analisadas na pesquisa revelam como a prática do cuidado centrada no domicílio, através da assistência diária e do auxílio nas necessidades básicas moldam os sentidos atribuídos ao cuidado, ao tempo em que guiam as próprias condutas.

Os cuidadores referem à vivência do cuidado associada à responsabilização pelo seu familiar idoso, demonstrando como o seu cotidiano está regulado a partir das demandas de cuidado e como este processo sofre influências históricas em seu desenvolvimento. Já no tocante das motivações para ocorrência da violência, as falas dos cuidadores indicam pontos de convergências com as experiências do cuidado referidas, porém estes pontos não são reverberados por eles.

No que se refere ao perfil destes cuidadores, confirmou-se a tendência apontada pela literatura de que o cuidado familiar está associado ao feminino, e por tal concepção, a maioria dos participantes da pesquisa foram mulheres. Os cuidadores brasileiros foram, em sua maioria, filhas, seguidas das esposas. Já entre os cuidadores portugueses predominaram as esposas. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos cuidadores possui o nível fundamental, e quanto à profissão, os participantes portugueses são a maioria aposentados, já os brasileiros exercem serviços domésticos. Esta é uma característica, inclusive, que pode justificar o posicionamento dos cuidadores nas diferentes realidades, pois tendo em vista que as condições financeiras surgiram com um motivo para a violência com maior ênfase nas falas dos cuidadores brasileiros, compreende-se que muitos deles abandonaram suas atividades laborais para exercer o cuidado, enquanto na realidade portuguesa os cuidadores, em sua maioria cônjuges, eram aposentados, e por isso possuíam sua renda garantida independente da renda do idoso.

Em relação às memórias dos cuidadores sobre a experiência do cuidar foi possível perceber como a influência histórico-cultural e até mesmo moral-religiosa das construções sociais incidem sobre a família e os seus posicionamentos. As memórias e as representações sociais evocadas pelos dois grupos de cuidadores demonstraram a experiência de cuidado ao idoso como uma resposta às imposições e expectativas da sociedade construídas e reproduzidas ao longo do tempo.

O cuidado como responsabilidade da instituição familiar conduziu a uma nova organização de seus membros na tentativa de prestar assistência da melhor forma, e neste movimento foram rememorados e manifestados sentimentos positivos associados ao cotidiano do cuidar, como o amor e a gratidão, mas também despontam emoções e percepções delicadas, vinculadas às insatisfações e dificuldades que também estão presentes enquanto realidade do cuidar.

Ainda no que se refere ao compartilhamento das experiências do cuidado, foi possível perceber na rotina dos cuidadores uma sobrecarga de trabalho associada à quantidade de tarefas exigidas e a ausência ou ineficiência da rede de suporte. Nesse sentido, chama atenção a relação existente entre a realidade do cuidado e os fatores de risco para ocorrência da violência contra a pessoa idosa coabitando o mesmo espaço, pois conforme identificado, as representações sociais referidas pelos cuidadores sobre os riscos para violência, ancoradas nas memórias dos grupos sociais aos quais pertencem, refletem semelhanças com alguns pontos referidos nas experiências para o cuidar, ainda que não tenham sido percebidas pelos participantes como tal.

Os cuidadores de idosos identificam que as relações podem influenciar a ocorrência da violência considerando a história de vida e as memórias dos indivíduos sobre a pessoa idosa para a qual prestam os cuidados. Ao exercerem a função de cuidador o relacionamento prévio com o idoso não é desprezado, e por isso os cuidadores recorrem às memórias para ancorar as suas atitudes, considerando se possuiu com o idoso, ao longo da vida, um relacionamento fraterno e nutrido de afeto. Para os participantes este é um elemento importante no risco da violência, pois determinará o nível da relação atual e direcionará não só as condutas, mas também o surgimento de possíveis desavenças e conflitos.

Nesta caracterização há uma forte tendência em justificar a ocorrência da violência por meio de um processo de culpabilização, o que reflete como na sociedade as condutas violentas podem ser legitimadas como um processo de penalização pelos erros e falhas cometidos no passado.

Constatou-se também como as condições inadequadas para o cuidado referidas pelos cuidadores como fatores de risco assemelham-se às dificuldades no exercício do cuidado e reforçam como tais circunstâncias podem representar um importante ponto da ocorrência de eventos violentos. Somados a sobrecarga de trabalho, outras situações adversas como dificuldades financeiras, falta de conhecimento específico para o cuidado ou mesmo a imprevisibilidade do futuro podem vir a constituir sérios

desencadeadores de conflitos e situações de violência. Em se tratando das especificidades evidenciadas por cada grupo de cuidadores, percebe-se como neste tópico as divergências entre as realidades brasileira e portuguesa tornam-se evidentes. Enquanto os cuidadores portugueses questionam principalmente a oferta de vagas e os custos na rede formal, entre os cuidadores brasileiros a rede formal não foi sequer mencionada, o que demonstra a fragilidade e a ausência deste tipo de suporte na vida dos cuidadores.

Salienta-se a violência contra a pessoa idosa refletida no preconceito e estigmatização reservados ao longo do tempo a esta faixa etária. Nesse sentido, os cuidadores reconhecem que as representações negativas difundidas na sociedade acerca do envelhecimento e da velhice são refletidas em atitudes violentas, porém não tem em consideração que algumas das justificativas e afirmativas do cuidado apresentadas por eles reforçam tais preconceitos e podem sim culminar em condutas violentas contra a pessoa idosa.

Considerando as complexidades que cercam este fenômeno, principalmente no espaço doméstico, as representações sociais evocadas pelos cuidadores confirmam como este processo abrange questões de ordem pessoal e coletiva, e circunstâncias de natureza social, cultural e histórica, sendo improvável conseguir analisá-la a partir de uma única vertente.

Tendo em vista as reservas e a própria moralidade que cercam esta problemática, é fundamental que a temática da violência e o reconhecimento de suas características sejam divulgadas e apreendidas pela sociedade. As representações e as memórias evocadas pelos cuidadores demonstram que a divulgação nos meios de comunicação e as ações de educação em saúde têm tido um resultado positivo na conscientização da população. Entretanto, cabe destacar que apesar dos avanços, ainda existem muitos outros paradigmas a serem desconstruídos, principalmente quando se trata do ambiente doméstico e das relações familiares.

O silenciamento que rege as condutas dos indivíduos ao se tratar da temática da violência ainda representa um grande desafio a ser vencido. Considerar as ações e as circunstâncias que envolvem a violência, ou mesmo os fatores de risco para a sua ocorrência tendem a esbarrar no julgamento moral e na convenção social que tornam o tema cada vez mais velado. Nesse sentido, a identificação de elementos que representam motivações para a ocorrência dos maus-tratos torna-se uma iniciativa fundamental na criação de estratégias de prevenção e combate da violência contra a pessoa idosa.

São muitos os desafios a serem vencidos, principalmente no que se refere à garantia dos direitos da pessoa idosa e das necessidades de atenção e suporte aos seus cuidadores. Desta forma, é imprescindível que as abordagens considerem as subjetividades que cercam este binômio, e busquem traçar estratégias a partir da compreensão do funcionamento positivo que é possível criar através dos cuidados em rede.

Neste estudo foi possível confirmar o pressuposto de que o cuidado e a violência contra o idoso compartilham o mesmo espaço e, na maioria das vezes, as motivações para sua ocorrência estão diretamente relacionadas às dificuldades no exercício da função de cuidar. O que chama atenção é o fato dos cuidadores evocarem como elementos motivadores os mesmos fatores referidos em sua realidade como dificuldades para o cuidado. Ao não reconhecerem a ligação entre esses elementos as representações apresentadas pelos cuidadores reafirmam não só a complexidade e o regimento em torno da violência no ambiente doméstico, como reforçam a expressão deste fenômeno de maneira velada.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M.B.; LEAL, M.C.C.; MELO FILHO, D.A. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 305-314, 2012. access on 20 Jan. 2020.
- ABRIC, J.C. **Les représentations sociales**: aspects théoriques. IN: JC ABRIC (Ed) *Pratiques sociales et representations*. Paris, Presses Universitaires de France, 11-35.1994a.
- AFONSO, R.M. et al. Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal). **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.37, n.2, p.147-160, jun. 2019.
- AGOSTINHO, C.S.; BOTELHO, L.; MORAES, P. **Indicadores sobre idosos: desafios diante do envelhecimento**. In: populacional. Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais : grupos populacionais específicos e uso do tempo. Orgs: André Simões, Leonardo Athias, Luanda Botelho. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018.
- AGUIAR, M.P.C. et al . Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-349, June 2015.
- ALBA, M. **Representações sociais e memória coletiva**: uma releitura. In: ALMEIDA, A.M.O.; TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M.F.S, orgs. *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2014.
- ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. 2016.
- ALMEIDA, L.P.B. et al. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. **REME Rev. Min. Enferm**, v. 22, 2018.
- ALTHOFF, C.R. Dimensionando o espaço da família, no âmbito do público e do privado. **Cogitare enfermagem**; v.2, n. 2, p. 35-8. jul./dez 1996.
- ALVES, J.F.; CARNEIRO, M. Saúde pública e política: do código sanitário ao regulamento geral de 1901. **CEM Cultura, Espaço & Memória**, n. 5, 2018.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 206-211, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>
- ANDRADE, L.M.; COSTA, M.F.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.; BESERRA, E.P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. 1, p. 37-43. 2009.
- ANDRADE, A.I.N.P.; MARTINS, R.M.L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, n. 40, v. 16. p. 185-199, 2011.
- ANDRADE, L.M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3543-3552, 2013.

ANDRADE, F. **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário**: necessidades educativas do cuidador principal. Dissertação. Universidade do Minho. Braga, 2009

ANSAI, J. H., & SERA, C. T. N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.5, p. 189-200. 2013.

ANTÓNIO, S. Envelhecimento Demográfico e Relações Intergeracionais. **Rediteia. Revista de Política Social**, v. 45, p. 139-154, 2012.

APAV. **Relatório Anual 2018**. Estatísticas. APAV. 2019.

ARAÚJO, I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 45-53, 2010.

ARAÚJO, C.K.; CARDOSO, C.M.C., MOREIRA, E.P.; WEGNER, E.; SILVIA AREOSA, V.C. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos, **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012

ARAÚJO, L.F., AMARAL, E.B.;SÁ, E.C.N. Análise semântica da violência na velhice sob a perspectiva de estudantes do ensino médio. **Revista Kairós Gerontologia**, v.17, n.2, pp.105-120, 2014.

AREOSA, S.V.C.; BENITEZ, L.B.; WICHMANN, F.M.A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 184-192, 2012.

AREOSA, S.V.C. et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.15, n. 2, p. 482-494, jun. 2014.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 1981.

AVILA, M.A.G.; PEREIRA, G.J.C.; BOCCHI, S.C.M. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, pp. 1901-1907. 2015. [Acessado 11 Novembro 2019].

BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.

BARROS, M.L. **Autoridade & afeto**: avós, filhos e netos na família brasileira. Zahar, 1987

BEAVERS, W.R.; HAMPSON, R.B. **Famílias exitosas**: evaluación, tratamiento e intervención. Barcelona: Paidós. 1995.

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

BELO, I. **Velhice e mulher**: vulnerabilidades e conquistas. Revista feminismos, v. 1, n. 3, 2013.

BERNARDO, K.J.C. As relações intergeracionais e a violência familiar contra o idoso. Reparando a falta: **dinâmica de gênero em perspectiva geracional**, p. 75, 2005.

BERQUÓ, E. **Arranjos familiares no Brasil**: uma visão demográfica. In: SCHWARCZ, Lilia M.(org.) História da Vida Privada no Brasil 4. Contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, p.411-37.1998.

BILAC, E.D. Família: algumas inquietações. In: FALCÃO, M.C. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 1995.

BOEHS, A.E. & PATRICIO, Z.M. O que é este "cuidar/cuidado"?: uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.111-116, abr. 1990.

BOFF L. Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.

_____. Ética e moral: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes. 2003.

_____. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão social*, v. 1, n. 1, 2005.

BOLSONI, C.C. et al. Violência contra o idoso: uma meta-síntese. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 2, 2016.

BORN, T.; BOECHAT, N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan. 2002.

BOSI, E. **Memória e Sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRANCO, A.G.; RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, p. 5-12, 2001.

BRAGA, S.F.M. et al. As Políticas Públicas para os Idosos no Brasil: A Cidadania no Envelhecimento. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 5, n. 3, p. 94-112, 2016.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

_____. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 20, 1990.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese das informações. 2010. Acesso em 11 abril, 2018, de: <http://cod.ibge.gov.br/emq>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese das informações. 2010. Acesso em 11 abril, 2018, de: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

_____. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** [Internet]. Brasília; 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>

_____. Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o **Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social** e dá outras providências [Internet] Brasília; 1977. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf>

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências [Internet] Brasília; 2003 [citado 2009 out. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.html

_____. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

_____. 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.

_____. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAZ, E.; CIOSEK, S.I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**; v.13, n. 2, p. 372-7. 2009.

BRITO F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**; v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

BRITO, M. et al. Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. **Social. Liberabit**, v. 23, n. 1, p. 9-22, 2017.

BRITO, A.M.M. **O cuidado do idoso: Representações e práticas sociais**. Tese (Doutorado). Universidade Federal De Santa Catarina. Centro De Filosofia e Ciências Humanas. Programa De Pós-Graduação em Psicologia. 248f. 2014.

BROEIRO-GONÇALVES, P. Características dos cuidadores de idosos assistidos pelas equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região de Lisboa e Vale do Tejo: estudo transversal observacional. **Saúde & Tecnologia**, n. 17, p. 39-46, 2017

BURNIGHT, K.; MOSQUEDA, L. **Theoretical Model Development**. In: Elder Mistreatment. California: University of California, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics. 2011.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 673-692, 2014.

CABRAL, M.V. et al. **Processos de envelhecimento em Portugal**: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. 2013.

CABRAL, N.C.; AMADOR, O.M.; MARTINS, G.W. **A reforma do sector da saúde. Uma realidade eminente?** Cadernos IDEFF N° II. Instituto de Direito Economico Financeiro e Fiscal-FDL, Edições Almedina, SA. Coimbra. 2010.

CALDAS, L.S. et al. Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 2, n. 4, p. 167-175, 2008.

_____, A.A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A.A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? In: **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomin. (Org) Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos**: ninhos vazios? Texto para discussão, 950, 1-20. 2003.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L.; PASINATO, M.T. **Famílias**: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Caramano AA, organizadora. Os Novos Brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; p.137-167. 2004.

CARDOSO, S. et al. Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). **Análise Social**, n. 204, p. 606-630, 2012.

CARRILHO, L.; GAMEIRO, C.; RIBEIRO, A. Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. **Análise Psicológica**, v. 33, n. 1, p. 121-135. 2015.

CARLETO, D.G.; SANTANA, C. Relações intergeracionais mediadas pelas tecnologias digitais. **Revista Kairós Gerontologia**, v.20, n.1, pp. 73-91. 2017.

CARNEIRO, R.; CHAU, F.; SOARES, C.; FIALHO, J.A.S.; SACADURA, M.J. Sacadura, 2012, **O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade**, Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa-Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf.

CARNEIRO, V.L.; FRANÇA, L.H.F.P. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 647-662, 2011.

CARTA SOCIAL. **Rede de serviços e equipamentos 2018**. Relatório 2018. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

CARVALHO, M.C.B. **A priorização da família na agenda da política social**. In: FALCÃO, M.C. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez, 1995.

CARVALHO, M.I.L.B. Envelhecimento, políticas sociais e serviço social em Portugal: velhos e novos problemas. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2019.

_____. Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na velhice em Portugal. **Intervenção Social**, n. 31, p. 163-192, 2014.

_____. Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 12, n. 2, 2009.

_____. Cartografia das Políticas de Combate à Violência em Idosos. Um Estudo Exploratório. In: Alfageme, A. RASP – Research on Ageing and Social Policy v. 1, n. 1, pp. 54-76. July, 2013.

_____. Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 12, n. 1, 2009.

CASTRO, A.P.; GUILAM, M.C.R.; SOUSA, E.S.S.; MARCONDES, W.B. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1283-1292, 2013.

CASTRO, V.C.; RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

CASTRO, A.; CAMARGO, B.V. Representações sociais da velhice e do envelhecimento na era digital: **Revisão da literatura. Psicologia em Revista**, v. 23, n. 3, p. 882-900, 2017.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 2, 2004.

CERVENY, C.M.O.; MACEDO, R.M.S.; SCHALCH, M.L.S. **Família e longevidade**. In C. M. O. Cervený (Org), *Família e...: intergeracionalidade, equilíbrio econômico, longevidade, repercussões, intervenções psicossociais, o tempo, filhos cangurus, luto, cultura, terapia familiar, desenvolvimento humano e social, afetividade, negociação* (pp. 65-82). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2012.

CERVENY, C.M.O.; BERTHOUD, C.M.E. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. Casa do Psicólogo, 1997.

CHRISTOPHE, M., CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A. A. (Org.).

Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010

COELHO, C.I.L.S. et al. **Envelhecimento e saúde em Portugal.** Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa (1974-2031). Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH); Departamento de Estudos Políticos. 2017.

COLER, M.A.F. **A violência contra idosos e suas representações sociais.** 2014. Tese (Doutorado em Psicologia). 224f. Universidade de Évora. Évora. 2014.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida.** Da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria Leonor B. Abecasis Lisboa: Lidel-Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COMISSÃO EUROPEIA, **Active ageing and solidarity between generations.** A statistical portrait of the European Union 2012.

CONCEIÇÃO, E.F. **Entendimento sobre o cuidar/cuidado para enfermeiras.** Dissertação UFBA. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 103p. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE ENFERMEIRAS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem:** CIPE/ICNP: versão Beta 2 .Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2002.

COUTO, A.M; CALDAS, C.P.; CASTRO, E.A.B. Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 959-966, 2018.

CORREIA, T.M.P.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; SALGADO, R.A.G.; MELO, H.M.A. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.3, p. 529-536. 2012.

COSTA, C.K.F. et al. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. **A Economia em Revista-AERE**, v. 19, n. 2, p. 121-131, 2012.

COURT, P.M. **Família e sociedade contemporâneas.** In: PETRINI, J.C., CAVALCANTI, V.R.S.(organizadores). A família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B.R.L. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, n. 6, p. 624-629, Dec. 2003.

CUNHA, T.R.A.; SOUSA, R.C.B. Violência Psicológica contra a Mulher: Dor Invisível. In: **X Congresso Luso-Afro-Brasileiro.** Sociedades Desiguais e paradigmas em confronto. p. 237-244. 2009.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DANIEL, F.; MONTEIRO, R.; FERREIRA, J. Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.126, p. 235-261, 2016.

DEBERT, G.G.; OLIVEIRA, A.M. A feminização da violência contra o idoso e as delegacias de polícia. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 17, n. 2, p. 196-213, 2012.

DELGADO, A.; WALL, K. **Famílias nos censos 2011**: diversidade e mudança. 2014.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1948, **Aviso de 1 de julho de 1948**, Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direcção-Geral dos Negócios Económicos e Consulares. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1948/07/15100.pdf> (Consultado em 17/03/2019)

DIAS, I.; LOPES, A.; LEMOS, R. **Violência contra pessoas idosas**: um olhar sobre o fenómeno em Portugal. 2019.

DIAS, M.O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica - processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v.19, p. 139-156. 2011.

DIAS, I. **Família e envelhecimento**: o estatuto dos idosos. In: Sociologia da família e do gênero. Ed. Pactor, Lisboa. 2015.

DINIZ, A.F.M et al. Avaliação dos casos de violência na população acima de 60 anos no município de Campina Grande - Paraíba (PB). **Anais CIEH**, Campina Grande, v. 1, n. 1, 2013.

DONATI, P. **Família no século XXI**: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas, 2008.

DUARTE, Y.A.O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

DUARTE, Y.A.O.; BERZINS, M.A.V.S.; GIACOMIN, K.C. **Política Nacional Do Idoso**: as lacunas da lei e a questão dos Cuidadores. In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini, Rio de Janeiro : Ipea, 2016.

DUQUE, A.M.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; EESKINAZI, F.M.V. Violence against the elderly in the home environment: Prevalence and associated factors Recife, State of Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2199-2208, 2012.

DUVEEN, G. Introdução. **O poder das idéias**. In S. Moscovici, Representações sociais: investigações em psicologia social. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ELSEN, I. **Cuidado familiar**: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. (orgs). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, **Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde.** 2013. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf

FALCÃO, D.V.S. **Doença de Alzheimer:** um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006.

FALLER, J.W.; ZILLY, A.; ALVAREZ, A.M.; MARCON, S.S. Filial care and the relationship with the elderly in families of different nationalities. **Rev Bras Enferm.** v.70, n. 1, p.18-25. 2017.

FERNANDES, C.S.; MARGARETH, Â.; MARTINS, M.M. Cuidadores familiares de idosos dependentes: mesmas necessidades, diferentes contextos—uma análise de grupo focal. **Geriatr., Gerontol. Aging,** v. 12, n. 1, p. 31-37, 2018.

FERNANDES, P. M. **O idoso e a assistência familiar:** uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. *Revista Eletrônica Novo Enfoque,* v.07, n.07, 2008. Disponível em: <http://castelobranco.br/sistema/novo enfoque/edicao/artigos/7>.

FERNANDES, A.A. **Velhice e Sociedade:** Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal”, Oeiras: Celta Editora. 1997.

FIGUEIREDO, D. **Cuidados familiares ao idoso dependente.** Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

FISHER, B.; TRONTO, J.C. **Toward a feminist theory of care.** In: ARIEL, E.; NELSON, M. *Circles of care.* Albany (NY): University of New York Press, p. 35-62. 1991.

FLORÊNCIO, M.V. D.; FILHA, M.O.F.; SÁ, L.D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista eletrônica de Enfermagem,** v. 9, n. 3, 2007.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. **Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio.** In: Freitas, E. V, & Py, L. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia,* 391-403. (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Koogan. 2016.

FREITAS, R.S.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S.; REIS JÚNIOR, W.M.; ROCHA, S.V.; BRITO, T.A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta paulista de enfermagem,** v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012.

FENTRESS, J.; WICKHAM, C. **Memória Social,** Lisboa, Teorema.1992

GARBIN, C.A.S. et al. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 19, n. 1, p. 87-94, 2016.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública,** v.21, n.5, p.1509-1518. 2005.

GIL, A.P. Envelhecimento activo: complementariedades e contradições. In: **Forum Sociológico. Série II**. CESNOVA, 2007. p. 25-36.

_____. Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. **Configurações. Revista de sociologia**, n. 16, p. 75-95, 2015.

_____. Envelhecimento e violência. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Lisboa, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. p. 493-545. 2014.

GOFFMAN, E. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. (2aed.) São Paulo (SP): Alínea. 2009.

GOLDANI, A.M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: Camarano AA, organizadora. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; p. 211-40, 2004.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA, E.L.S.; SANTANA, L.W.S.; VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis- SC. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. 4, p. 570-577, 2006.

GONÇALVES, L.H.T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 19, n. 3, 2011.

GONDIM, L.V.C. **Violência Intrafamiliar Contra o Idoso**: uma preocupação social e jurídica. 2011. Acesso em 17 dezembro 2018. Disponível em:http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/edi002_2011/artigos/04-Violencia.Intrafamiliar.Contra.o.Idoso.pdf

GRACIA, E.; MUSITO, G. **Psicologia social de la familia**. Barcelona: Paidós, 2000

GRATÃO, A.C.M.; TALMELLI, L.F.S.; FIGUEREDO, L.C.; ROSSET, I.; FREITAS, C.P.; RODRIGUES, R.A.P. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**. v.47,n.1, p.137-44. 201.

GROSSI, P.; IBIAS, I. **Violência contra a mulher não tem idade**. In: GROSSI, Patrícia e WERBA, Graziela (orgs.). **Violências e Gênero: Coisas que a Gente não Gostaria de fazer**. POA: EDIPUCRS, 2001.

GUERRA, H.S et al. Qualidade de vida dos cuidadores de um serviço de atenção domiciliar. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 1, p. 254-263, 2017.

GUERRA, F.; TEIXEIRA, K.; FONTES, M. Famílias MultigeracionaisCorresidentes: caracterização da geração sanduíche e da geração pseudo-sanduíche. **Sociedade em Debate**, v.23, n.1, p.331-353, 2017.

GUERREIRO, M.D. **Estruturas familiares e contextos sociais**. In: A Família em Medicina Geral e Familiar, ALDOUS, J. (1978). **Family Careers**. Developmental

Change. New York,USA: Wiley. p.15. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer edições, Health & Pharma Publishing, 2011.

GUIMARÃES, A. P. S et al., Notificação de violência intrafamiliar contra mulheres idosas na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n.1. 2018.

GUIMARÃES, O. et al. Caracterização da pessoa idosa vítima de violência. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, 2016.

GÜNTHER, I.A. **Envelhecimento, Relações Sociais e Ambiente**. In: FALCÃO, D. V.da S; ARAÚJO, L. F. de. Psicologia do Envelhecimento. Editora: Alínea, Campinas, São Paulo, 2009, p. 11-25.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Ed. Centauro, 2006

_____. **Los marcos sociales de la memoria**. Anthropos Editorial, 2004.

HANSON, S. M. **Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação** (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência. 2005.

HEDLER, H.C.; FALEIROS, V.P.; SANTOS, M.J.S.; ALMEIDA, M.A.A. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, v.19, n.1, p.143-153. 2016.

HERÉDIA, V.B.M.; CASARA, M.B.; CORTELLETTI, I.A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol. 10, núm. 1, pp. 7-28. 2007.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

HOLANDA, A. et al. A percepção da violência por idosos do grupo viva melhor de um município goiano. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 9, n. 1, 2016.

HOMCI, A.L. A evolução histórica da previdência social no Brasil. **Revista JusNavigandi**, Teresina, v. 14, 2009.

HONORÈ, B. **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Portugal: Lusociência, 2004. INE. Estimativas anuais da população residente, 2010. Disponível em: <www.pordata.pt>. Acesso em: 15 out. 2018.

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. **Guia Prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. n. 37, v 4.18, 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/64031023-Guia-pratico-rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados.html>. Acesso em: março de 2019.

IRIGARAY, T.Q et al . Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 33, n. 3, p. 543-551, set. 2016.

JOAQUIM, C. Proteção social, terceiro setor e equipamentos sociais: Que modelo para Portugal. **Cadernos do Observatório**, v. 3, 2015.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. **As representações sociais**, p. 17-44, 2001.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Tradução Marijane Lisboa e Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

JOSÉ FILHO, M. **Família: conjuntura, organização e desenvolvimento**. Franca: Ed. Unesp/FHDSS, 2007.

JOSÉ, J.S. A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas: complexidades, desigualdades e preferências. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 69, p. 63-85, 2012.

KALOUSTIAN, S. M.; FERRARI, M. Introdução, pp. 11-15. **Família brasileira, a base de tudo**. Ed. Cortez-Unicef, São Paulo-Brasília, 1994.

KARSCH, U.M.S. (org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LEDOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele.(Org.) **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Unesp, 2009.

KRÖGER, T. (Ed.). Families, work and social care in Europe. A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the UK. Brussels: **SOCCARE Project**, Report 6, European Commission, 2003.

LAGE, I. **Cuidados familiares a Idosos**. In Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), **Envelhecer em Portugal**, Lisboa: Climepsi Editores. 2005.

LAGE, M.I.G.S.; ARAÚJO, O. A experiência de cuidar um idoso dependente em contexto familiar. In: **3º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. Ludomedia–Conteúdos Didáticos e Lúdicos, p. 238-244. 2014.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, 2007.

LEININGER, M.M. Current issues in using anthropology in nursing education and services. **West Journal Nurse Res**; v.23, n.8, p. 795-806. 2001.

LEME, D.E.C. et al. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.137-146, 2019.

LEMOS, C.E.S. Entre o Estado, as famílias e o mercado. In: Velhice, família, Estado e propostas políticas. Org. Myriam Moraes Lins de Barros, Rio de Janeiro, v.8, n. 22, p. 1-152, maio-ago. 2013.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll, M.L. Gorzoni. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1227-33. 2006.

LOPES, E.D.S. et al., Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 652-662. 2018.

LOPES, A.; LEMOS, R. Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação... *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012, pág. 13-31

LIMA, M.F.M. **Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: o caso do Concelho de Vila Verde.** Tese (Doutorado). 107f. Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. 2013.

LINO, V.T.S. et al. . Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 87-96, jan. 2019

LOBO, A.; PEREIRA, A. Idoso Institucionalizado: funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência II.ª Série*, n.4, 2007.

MAGALHÃES, L.D.R.; SANTOS, P.M.; SOUZA, D.M.R. Memória e transmissão das experiências como desafios para os estudiosos da educação. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.36, p. 105-114, dez.2009.

MANDELBAUM, B.P.H. **Sobre famílias:** estrutura, história e dinâmica. In: Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012. Disponível em: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Sobre_familias_estrutura_historia_e_dinmica.pdf. Acesso em 09 de abril 2018.

MANOEL, M.F.; TESTON, E.F.; WAIDMAN, M.A.P.; DECESARO, M.N.; MARCON, S.S. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery*, v. 17, n. 2, p. 346-353. 2013.

MANSO, M.E.G.; GALERA, P.B. Perfil de um grupo de idosos participantes de um Programa de Prevenção De Doenças Crônicas. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 57-71, 2015.

MARQUES, M.J.F. et al. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 147-159, 2012.

MARTINS, E. Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 13, n. 1, p. 215-236, 2013.

MARTINS, R. M. L. Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium – Revista do ISPV*, 32, fevereiro, 126-140, 2006. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

MARTIN, I.; LETRA, M. Evolução das respostas sociais em Portugal 2006-2010. *Rediteia. Revista de Política Social*, v. 45, p. 45-51, 2012.

MAZZA, M.M.P.R. **O cuidado em família sob o olhar do idoso**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. 2008.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.**, v.15, n. 1, p. 1-10, 2005

MELO, N.C.V.; TEIXEIRA, K.M.D.; BARBOSA, T.L.; MONTOYA, Á.J.A.; SILVEIRA, M.B. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.1, p. 139-151.2016.

MELO, L.A. et al. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, 2017.

MELLO, S.L Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M.C.B. (org). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez. 1995.

MEIRA, S.S.; VILELA, A.B.A.; CASOTTI, C.A.; NASCIMENTO, J.C.D.; ANDRADE, C.B. Idosos em estado de coresidência em um município do interior da Bahia. **Mundo saúde**, v.39, n.2, p. 201-209. 2015.

MENDES, P.M.T. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. São Paulo, Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1995.

MENDES, F.R.; ZANGÃO, O.B.; MESTRE, T.S. Representações sociais da violência sobre idosos: idadismo, esteriótipos e discriminação social. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 3, p. 1104, 2018.

MENDONÇA, J.M.B. **Políticas públicas para idosos no Brasil: análise à luz da influência da normativas internacionais**. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília, 172f. Brasília, 2015

MIGUEL, J.P. A Saúde em tempos de transição (1968-1974). **Anais da Academia Nacional de Medicina de Portugal**, v. 3, p. 1-8, 2013.

MINAYO, M.C.S.; MÜLLER, N.P. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

MINAYO, M.C.D.S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Rev. bras. educ. méd**, v.29, n.1, p. 55-63. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **História do Serviço Nacional de Saúde**, Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a%2Bsaude%2Bem%2Bportugal/servico%2Bnacional%2Bde%2Bsaude/historia%2Bdo%2Bsns/historiadosns.htm>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assembléia da República**. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, Lisboa, I Série A (195), p. 3452-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direção-Geral de Saúde, 2004, Despacho Ministerial de 15 de junho de 2004. **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**; Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2004, Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 de julho de 2004.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.21, p. 309-320. 2017.

_____. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MINUCHIN, S. **Famílias, funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1982.

MIZIARA, C. S. M. G.; BRAGA, M. V.; CARVALHO, F. I.; TEIXEIRA, T. V.; MIZIARA, I. D. et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. **Saúde, Ética & Justiça**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2015. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sej/article/view/102816>

MOTTA, A. B. Visão antropológica do **envelhecimento**. In: Freitas, E. V., *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia, 78-82. (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2006

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Serge Moscovici: editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. -5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOLINIER, P. **Ética e trabalho do care**. In HIRATA, Helena & GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho de care. São Paulo: Atlas, 2012

MOURA, E.P.; SILVA, L.W.S.; MARQUES, C.L. Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde: Considerações reflexivas. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 185-204, Jun. 2011

MUNIZ, E.A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 172-182, 2016.

NAMER, G. **Posfacio**. In: HALBWACHS, Maurice. Los marcos sociales de la memoria. Barcelona: Antrophos, 2004.

NASCIMENTO, J.F. A prática da negligência e seu modus operandi contra o idoso teresinense. **Revista Da Escola Judiciária Do Piauí**, v. 1, n. 1, 2017.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. **As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador**. In: Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, p. 9-62. 2001.

NOGUEIRA, F. N. N.; MOREIRA, V. **Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade** [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2008.

NUNES, D.P. et al . Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2887-2898, Sept. 2010.

NUNES, S.F.L.; ALVAREZ, A.M.; VALCARENGHI, R.V. Fatores determinantes na transição situacional de familiares cuidadores de idosos com Doença de Parkinson. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. e20170438, 2019.

OCHOA, M.M.; ARGUETA, R.A.; MUÑOZ, E.S. Historia y memoria: perspectivas teóricas y metodológicas. **Flacso: sede académica de Costa Rica**, 2005.

OLIVEIRA, A.M.S.; PEDREIRA, L.C. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 143- 149, 2012.

OLIVEIRA, M.L.C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.

OLIVEIRA, A.A.; TRIGUEIRO, D.R.; FERNANDES, M.G.; SILVA, A.O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v.66, n. 1, p 128-33, 2013.

OLIVEIRA, J.B.; REIS, L.A.; OLIVEIRA, L.W.S. Modelo de atenção à saúde e envelhecimento: o desafio do viver mais In: **Envelhecimento e longevidade: novas perspectivas e desafios**. Luciana Araújo dos Reis; Luana Araújo dos Reis (Orgs.) Brasília, DF: Technopolitik, 2019.

OLIVEIRA, S.C.; SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C. Relación entre síntomas depresivos y funcionalidad familiar en adultos mayores institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 65-71, 2014.

OLIVEIRA, NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 236p, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Brasília, DF: OMS. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **The European health report 2012: charting the way to well-being**. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. 1948.

PASKLAN, A.N.P. **O Cuidado Familiar**: representações sociais dos idosos diabéticos. 2014. 104 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

PASSOS, M.C. **Nem tudo que muda, muda tudo**: um estudo sobre as funções da família. In: **FAMÍLIA E CASAL**: efeitos da contemporaneidade. Org. Terezinha Feres-Carneiro. Rio de Janeiro : Ed. PUC-Rio, 2005

PARAÍBA, P.M.F.; SILVA, M.C.M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 295-306, 2015.

PAÚL, M.C. **Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente**. Coimbra: Livraria Almedina. 1997.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. **Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, p. 49-70, 2000.

PAIVA, M.M.; TAVARES, D.M.S Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1035-1041, 2015.

PAIXÃO JÚNIOR, C.M.; ROCHA, S.M. **Violência Doméstica contra Idosos**. FREITAS, E.V.F. et al. 3. ed.–Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PAIXÃO JR, C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1137-1149, 2006.

PEDRAZZI, E.C.; MOTTA, T.T.D.; VENDRÚSCOLO, T.R.P.; FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C.; CRUZ, I.R.; RODRIGUES, R.A.P. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.18, n.1. 2013.

PEDROSO, J.; BRANCO, P. Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 82, p. 53-83, 2008.

PEGO, M.A.S.S. **Cuidados informais: Os idosos em situação de dependência em Portugal**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2013

PERALTA, E. Abordagens teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. **Antropologia, Escala e Memória** . Centro de Estudos de Etnologia Portuguesa. n.2. 2007.

PEREIRA, C. Políticas de Cuidados na Velhice. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, Brasil v. 22, n.1, p.33-40. 2019.

PEREIRA, M.G.; CARVALHO, H. Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em psicologia**, v. 20, n. 2, p. 369-383, 2012.

PEREIRINHA, J.A.; CAROLO, D.F. **Construção do Estado-providência em Portugal no período do Estado-Novo (1935- 1974):** notas sobre a evolução da despesa social, CISEP/ISEG. 2006. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2652/1/wp302006.pdf>

PETRINI, G. Significado social da família. **Cadernos de Arquitetura e Urbanismo**, v.16, n.18+19, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

PIMENTA, G.M.F. et al . Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009.

PIMENTEL, L. Cuidar de pessoas idosas dependentes: as intersecções entre a esfera pública e a esfera privada. **Revista Rediteia**, v. 45, p. 67-77, 2012.

PIMENTEL, L.G.; ALBUQUERQUE, C.P. Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 2010.

PINHEIRO, O.D.; AREOSA, S.V.C. A importância de políticas públicas para idosos. **Revista Baru-Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, v. 4, n. 2, p. 183-193, 2019.

PINHEIRO, R. **Responsabilidade com a integralidade das ações:** por uma ética do futuro. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações. Rio de Janeiro: CEPESC, v. 1, p. 11-22. 2008.

PINTO, F.N.F.R.; BARHAM, E.J.; ALBUQUERQUE, P.P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 1159-1181, 2013.

PIRES, S. Violência sobre idosos. **Câmara Municipal da Amadora/Gabinete de Ação Social**, 2009.

POSTER, Mark. **Teoria crítica da família**. Zahar, 1979.

PRATA, P.R. A Transição Epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.168-175, 1992.

QUEIROZ, R.A.; CUNHA, T.A.R. A violência psicológica sofrida pelas mulheres: invisibilidade e memória. **Revista NUPEM**, v. 10, n. 20, p. 86-95, 2018.

_____. A influência da memória na manutenção da violência contra a mulher na relação conjugal. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 6, n. 2, p. 41-50, 2017.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.507-519, 2015.

_____. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Pensando famílias**, v. 18, n. 1, p. 138-153, 2014.

RAMOS, N. Relações e solidariedades intergeracionais na família: Dos avós aos netos. **Revista portuguesa de Pedagogia**, p. 195-216, 2005.

REBELO L. **A família em medicina geral e familiar**: conceitos e práticas. Lisboa: Verlag Dashofer; 2011.

REIS, L.A.; TRAD, L.A.B. Percepção de idosos com comprometimento da capacidade funcional acerca do suporte familiar. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, p. 175-189, 2016.

REIS, L.A. et al. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 52-58, 2011.

REIS, L.A.; REIS, L.A.; TORRES, G.D.V.T. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Ciênc. cuid. saúde**, v.14, n.1, p.847-854, 2015.

REIS, L.A.; GOMES, N.P.; REIS, L.A.; MENEZES, T.M.; CARNEIRO, J.B. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n.5, p. 434-9. 2014.

REIS, R.D.; PEREIRA, E.C; PEREIRA, M.I.M.; NASSAR, A.M.; SOANE, C.; SILVA J.V. Meanings to family members living with an elderly affected by stroke sequelae. **Interface**, Botucatu. v. 21, n.62, p.641-50. 2017

RELVAS, A.P. **O ciclo vital da família, perspectiva sistêmica**, Porto: Afrontamento. 1996.

RIBEIRO, L.H.M.; NERI, A.L.; PINTO, J. M.; FALSARELLA, G.R.; TORRES, S.V.S.; REZENDE, T.C.B.; **Desempenho de atividades de vida diária e fragilidade**. In: Neri, A. L. (Org.). Fragilidade e qualidade de vida na velhice, 189-208. Campinas (SP): Alínea. 2013.

RICOTTA, L. **Quem grita perde a razão**: a educação começa em casa e a violência também. São Paulo: Annablume, p. 14-66, 1999.

RITT, C.F. **Violência Doméstica e Familiar Contra o Idoso**: o Município e a Implementação das Políticas Públicas Previstas no Estatuto do Idoso [dissertação mestrado em Direito]. Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC; 2007.

ROCHA, C.. **Violência contra os idosos**. In: Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Orgs. Cristiane Brasil et al., Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.

ROCHA-COUTINHO, M.L. **Transmissão geracional e família na contemporaneidade**. In: Barros ML, organizador. Família e gerações. Rio de Janeiro: FGV; p. 91-106. 2006.

- RODRIGUES, R.A.P. et al . Violência contra idosos em três municípios brasileiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 783-791, Aug. 2017.
- RODRIGUES, T.F.; MARTINS, M.R.O. **Envelhecimento e Saúde**. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança. Instituto Hidrográfico, 2014.
- RODRIGUES, T.P. et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p.772-778. 2010.
- ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: FALCÃO, M.C. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 1995.
- ROQUE, C.J. **Cuida e ser cuidado**: compreendendo as significações desse processo para familiares cuidadores e idosos dependentes usuários de um Centro Dia. 2014. 216 f. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.
- SAAD, P.M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. **Séries Demográficas**, v. 3, p. 153-166, 2016.
- SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação. Perseu Abramo, 2004.
- SANTOS, M.S. **Memória Coletiva e Teoria Social**. São Paulo. Annablume, 2ª ed., 2012.
- SANTOS, V.B.; TURA, L.F.R.; ARRUDA, A.M.S. As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 497-509, 2011.
- SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.5, p.1141-1147. 2012.
- SANTOS, A.J. et al. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 72, p. 53-77, 2013.
- SANTOS, R.A.A.S. et al. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. **Rev Pesqui Saúde**. 2016.
- SANTOS, S.M.A. **Idosos, Família e Cultura**: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3. ed. Alínea, 2010
- SÃO JOSÉ, J. Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. **Sociologia - Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, n.temático, Envelhecimento demográfico, p. 123-150, 2012.
- SARTI, C. **Família e individualidade**: um problema moderno. In: FALCÃO, Maria do Carmo. **A família contemporânea em debate**. Sao Paulo: Cortez, 1995.
- SARTI, C. A. **A família como ordem simbólica**. Psicologia USP, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 25-49, 2011.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de idosos dependentes**. Diagnósticos e intervenções. Lisboa: Quarteto, 2007. (Coleção Enfermagem)

SETÚBAL, H.C.R. **O cuidado e a ética do cuidado**: um diálogo entre Leonardo Boff, Carol Gilligan e Nel Noddings. 2010. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2010.

SCHENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SILVA, I.T.; JUNIOR, E.P.P.; VILELA, A.B.A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n. 2, p. 275-287. 2014.

SILVA, M.J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 527-532, 2014.

SILVA, I.C.N. et al. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

SILVA, L.W.S. Envelhecimento e contextos familiares: olhares sobre a família no século XXI e a inserção de cuidados profissionais nesta estrutura relacional humana. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.6, "Dossiê Gerontologia Social", pp.331-344. 2013

SILVA, L. **Ação social na áera da família**. Lisboa: Universidade Aberta. 2001.

SILVA, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016.

SILVA, E. A.; FRANÇA, L.H.F.P. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-177, fev./jun. 2015.

SILVA, E.A.; FRANÇA, L.H.F.P. Violência e maus-tratos contra as pessoas idosas. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v.8, n. 22, p.1-152, maio-ago. 2013.

SILVA, J.V.F. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.

SIMÕES, C.CS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. **Rio de Janeiro: IBGE**, p. 119, 2016.

SOARES, A. **As emoções do care**. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho de care*. São Paulo: Atlas, 2012.

SOEIRO, M. **Envelhecimento Português: desafios contemporâneos**-Políticas e Programas sociais. Estudo de Caso. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais) - Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2010.

SOUSA, K.T.; MESQUITA, L.A.S.; PEREIRA, L.A.; AZEREDO, C.M. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3513-3520, 2014.

SOUSA, P.A.F. Health care system in Portugal: accomplishments and challenges. **Acta paul enferm.** v. 22, p. 884-894. 2009.

SOUZA, A.S.; MENEZES, M.R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.12, n. 1, p. 87-102. 2009.

SOUZA, R.A.; et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos.. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, n.3, p. 469-76. 2014.

SOUZA, A.S. **O cuidado com idosos hipertensos: representações sociais de familiares**. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. 2005.

SZYMANSKI, H. **Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional**. *Estud Psicol*. V. 21, n. 2, p 5-1, 2004.

SZYMANSKI, H. **Teorias e “teorias” de famílias** In: CARVALHO, M.C.B.(org). *A Família Contemporânea em Debate*, 2ª edição, São Paulo. Editora Cortez, 1995.

TARALLO, R.S.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. Semantic and cultural equivalence of the Intergenerational Exchanges Attitude Scale (IEAS). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 453-463, 2016.

TEIGA, S.A.M. As relações intergeracionais e as sociedades envelhecidas. Envelhecer numa sociedade não Stop—O Território Multigeracional de Lisboa Oriental Dissertação (Mestrado)-Escola Superior de Educação de Lisboa, 2012.

TORRES, G.D.V.; REIS, L.A.D.; REIS, L.A.D.; FERNANDES, M.H.; ALVES, G.D.S. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.3, p. 366. 2012.

TORRES, G.V. et al. Primary health care in Portugal: evolution, current situation, progress and challenges. **Journal of Nursing UFPE**, v. 5, n. 2, p. 522-532, 2011.

VASCONCELOS, P. Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. **Análise Social**, v. 37, n. 163, p. 507-544, 2002.

VAZ, L.C.S.; SANTOS, K.O.B.; FERRAZ, D.D. Condições de saúde e trabalho entre cuidadores de idosos frágeis. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p. 319-329, 2018.

VELOSO, E. A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002. In: **Actas do VI Congresso Português**. 2008.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas**. Avanço ou retrocesso?. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

VILLA, S.B. Os formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. OBSERVATORIUM: **Revista Eletrônica de Geografia**, v.4, n.12, p. 02-26, dez.2012.

WACHELKE, J.F.R., et al. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.13, n.2, p. 107-116. 2008.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALL, K. Apontamentos sobre a família na política social portuguesa. **Análise Social**, p. 431-458, 1995

WANDERBROOKE, A.C.N.S.; MORE, C.L.O. O campo. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, Dec. 2013.

_____. Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 435-442, Dec. 2012 .

WINTER, K.H.; BOULDIN, E.; ANDRESEN, E. Lack choice in caregiving decision and caregiver risk of stress. **Preventing Chronic Disease**. v.7, n. 2, p. 1-11. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva: World Health Organization; 2002.

YUNES, J. A dinâmica populacional dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, p. 129-150, 1971

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicosociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE REFERENTES AO CUIDADOR

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 sequelas? () Não Sim ()

Quais: _____

3. Faz tratamento? () Não () Sim

Quais: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CUIDADORES

1. O que o senhor entende por cuidado?
2. Conte um pouco como é a sua rotina no cuidado ao idoso?
3. O que a senhora pensa sobre o idoso _____?
4. Como se sente cuidando do idoso com dependência funcional?
5. Você encontra dificuldades para exercer essa tarefa? O que você gostaria que fosse diferente?
6. Como era sua saúde física antes de cuidar do idoso? E como ficou após o cuidado?
7. Como era sua saúde emocional antes do cuidado ao idoso? E como ficou após o cuidado?
8. Como era sua vida social antes do cuidado ao idoso? E como ficou após o cuidado?
9. O que mudou na vida do senhor (a) após assumir o cuidado com o idoso? (ex.: Impacto na vida familiar, identidade, papel social, outras atividades sociais).
10. Em sua opinião o que são maus tratos?
11. Para você por que acontecem casos de violência contra o idoso na família?
12. Como você acha que isso acontece?
13. Você acha que alguém de sua família já pode ter tratado senhor (a) de maneira violenta? Com desrespeito ou descaso?
14. O que você entende por violência contra o idoso?

APÊNDICE C 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

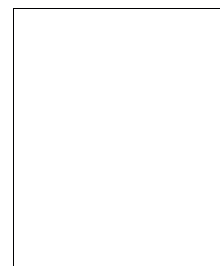
Eu _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADORES E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DEPENDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: PROPOSIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO**, e fui devidamente informada e esclarecida pela 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 sensorio-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
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

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS BRASIL

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA**
Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

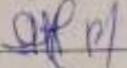
01 de Agosto de 2016
CI nº 152/2016

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,

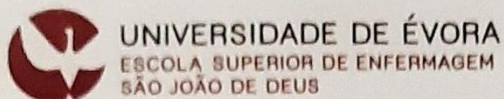


Michela Macedo Lima Costa
Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

Assessoria de Planejamento e 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
apseude.pmvc@hotmail.com

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS PORTUGAL



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Central
Prof. Doutora Laurência Gemito

Eu, Maria Gabriela Cavaco Calado, Subdiretora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora, venho por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para que a enfermeira e estudante de doutoramento em Enfermagem Elaine dos Santos Santana da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB/Jequié, a realizar um estágio doutoral na ESESJDUÉ, possa acompanhar a equipa de CCI nos cuidados aos utentes, para poder ter contacto com os cuidadores informais de idosos. O trabalho de investigação que está a desenvolver centra-se no estudo comparativo sobre os cuidadores informais de idosos nos dois países, intitulada "MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO E VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO DEPENDENTE NO CONTEXTO FAMILIAR: A PERSPECTIVA DO IDOSO E DO CUIDADOR". Mais se informa que todos os procedimentos éticos relativos ao trabalho de investigação foram salvaguardados.

Aguarda deferimento.

Os melhores cumprimentos,

Évora 4 de dezembro de 2018

A Subdiretora

(Maria Gabriela Calado)

ANEXO C- 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: 58613116.3.0000.0055

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: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepeso.jq@gmail.com

Continuação do Parecer 1.675.418

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 resolutive 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)3528-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Contribuição 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 a 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)3529-9727 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	comprometimentolucliana.pdf	05/08/2016 19:37:19	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	luclianadeclaracao.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: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO D- PARECER COMISSÃO ÉTICA UÉDocumento

1	6	0	1	2
---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Luís Sebastião, Professor Doutor Carlos Silva e Professora Doutora Constança Pinto deliberaram dar, na reunião do dia 19 de Maio de 2016, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "ESACA - Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir " dos investigadores Catarina Lino Neto Pereira, Maria Laurência Grou Parreirinha Gemitto, Maria Gorete Mendonça dos Reis, Manuel José Lopes, José Miguel Gomes Saias, Armando Manuel Mendonça Raimundo, Guida Veiga, Pablo Tomás Carús, Maria Otília Brites Zangão, Ana Isabel Carvalho da Cruz Ferreira Matos, Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes, José Francisco Filipe Marmeleira, Nuno Miguel Prazeres Batalha, Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora, Maria da Luz Ferreira Barros, Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Ana Maria Barros Pires e Felismina Rosa Parreira Mendes.

Universidade de Évora, 19-05-2016

Pelo Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Carlos Silva)