

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Envelhecimento e transtornos mentais mais comuns no idoso: representações sociais de cuidadores, profissionais de saúde e idosos de Botucatu.

**Ana Cláudia Ovíle**

**Botucatu - 2006**

**Ana Cláudia Ovíle**

Envelhecimento e transtornos mentais mais comuns no idoso: representações sociais de cuidadores, profissionais de saúde e idosos de Botucatu.

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista - UNESP para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração em Saúde Pública**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira**

**Botucatu - SP**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: SELMA MARIA DE JESUS

Ovile, Ana Cláudia.

Envelhecimento e transtornos mentais mais comuns no idoso:  
representações sociais de cuidadores, profissionais de saúde e idosos de  
Botucatu / Ana Cláudia Ovile. – 2006.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de  
Medicina de Botucatu, 2006.

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Assunto CAPES: 40602001

1. Idosos - Saúde mental - Aspectos sociais - Botucatu (SP) 2. Saúde  
pública

CDD 362.204250981

Palavras-chave: Envelhecimento; Demência; Depressão; Representação social;  
Pesquisa qualitativa

*Dedicatórias*

---

*Em memória de minha mãe,  
Edil Gardim Ovíle.*

*Para Sempre*

*Por que Deus permite  
que as mães vão se embora?  
Mãe não tem limite  
é tempo sem hora,  
luz que não se apaga  
quando sopra o vento  
e chuva desaba,  
veludo escondido  
na pele enrugada,  
água pura, ar puro,  
puro pensamento.  
Morrer acontece  
com o que é breve e passa  
sem deixar vestígio.  
Mãe, na sua graça,  
É eternidade.  
Por que Deus se lembra  
- mistério profundo -  
de tira-la um dia?  
Fosse eu Rei do Mundo,  
baixava uma lei:  
Mãe não morre nunca,  
Mãe ficará sempre  
Junto de seu filho  
e ele, velho embora,  
será sempre pequenino  
feito grão de milho.*

*Carlos Drummond de Andrade*

*Ao meu pai, Ovídio Ovíle,  
pela confiança e incentivo.*

*Ao Fábio, por estar ao meu lado.*



*Aos meus tios, Flávio e Neuza,  
pelo apoio.*

*À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira,  
por sua paciência e por dividir comigo a arte da pesquisa.*

*Agradecimientos*

---

**Este trabalho concretiza muito mais que um desejo alicerçado na busca e construção do conhecimento; ele está articulado a um projeto de vida e contou com a colaboração de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram generosamente em algum momento para que ele pudesse se realizar – a todas elas, meus sinceros agradecimentos.**

**À agência de fomento CAPES pelo apoio financeiro.**

**Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pela generosidade intelectual e por compartilhar diversos ensinamentos.**

**À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli Teresinha Ferreira Martins, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mirian Céli Pimentel Foresti e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gimol Benzaquen Perosa pelas importantes contribuições no Exame Geral de Qualificação.**

**Aos funcionários da Biblioteca, do Departamento de Saúde Coletiva e do Departamento de Neurologia e Psiquiatria, pela disponibilidade.**

**Aos participantes dessa pesquisa, sem os quais ela não poderia ter sido realizada.**

**À minha família e a todos que sabem que foram importantes de alguma forma nessa trajetória de descobertas e trabalho.**

**Um agradecimento especial à Rejane Marques e à Adriana Cesaretto, pelo incentivo e fundamental ajuda na transcrição das entrevistas.**

**Aos colegas de pós-graduação por dividirem seus conhecimentos e pelo apoio moral.**

**Aos amigos Cristiane Lara Mendes Chiloff, Helen Isabel de Freitas e Marcelo Dalla Vechia pela disponibilidade nos bons e maus momentos.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>OBJETIVOS</b> .....	38
<b>METODOLOGIA</b> .....	40
1.Contexto da pesquisa.....	40
2.Técnica de obtenção de dados.....	41
3.Participantes da pesquisa.....	43
4.Funcionamento dos Grupos Focais de Discussão.....	45
4.1-Papel do moderador.....	45
4.2-Funcionamento.....	46
4.2.1-Vinheta sobre depressão.....	48
4.2.2-Vinheta sobre demência inicial.....	48
4.2.3-Vinheta sobre demência avançada.....	48
5.Preparo dos dados para análise.....	49
6. Análise dos dados.....	49
6.1-Análise de conteúdo.....	50
6.2-Procedimento da análise.....	51
7.Considerações éticas.....	54
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>CONCLUSÕES</b> .....	119
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	122

<b>ANEXOS</b> .....	132
---------------------	-----

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – categorias relacionadas ao papel social do idoso e grupos focais onde foram encontradas.....	56
<b>QUADRO 2</b> – categorias relacionadas aos cuidados e recursos e grupos focais onde foram encontradas.....	72
<b>QUADRO 3</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/compreensão sobre o caso descrito e grupos focais onde foram encontradas.....	91
<b>QUADRO 4</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/causas e grupos focais onde foram encontradas.....	92
<b>QUADRO 5</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/tratamento e grupos focais onde foram encontradas.....	95
<b>QUADRO 6</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/recursos e grupos focais onde foram encontradas.....	101
<b>QUADRO 7</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – demência/compreensão sobre os casos descritos e grupos focais onde foram encontradas.....	103
<b>QUADRO 8</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – demência/causas e grupos focais onde foram encontradas.....	104
<b>QUADRO 9</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – demência/tratamento e grupos focais onde foram encontradas.....	107
<b>QUADRO 10</b> – categorias relacionadas à saúde mental do idoso – demência/recursos e grupos focais onde foram encontradas.....	111

## RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional tem se acompanhado de importante transição epidemiológica. Depressão e demência são as principais causas de anos vividos com alguma incapacidade. Representações sociais de profissionais de saúde e da comunidade em geral contribuem para que estas doenças sejam confundidas com processo natural de envelhecimento, retardando seu diagnóstico e tratamento. Objetivo: Investigar representações sociais de médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família (PSF) de um município do interior paulista, idosos saudáveis e cuidadores de idosos dependentes acerca do envelhecimento, do papel social do idoso na comunidade e de problemas de saúde mental em idosos, particularmente depressão e demência, além de formas de cuidar desses problemas a partir da perspectiva das representações sociais consideradas como uma forma de conhecimento e explicação da realidade que orienta as práticas de determinados grupos. Método: A coleta de dados realizou-se utilizando Grupos Focais de Discussão, com perguntas norteadoras e vinhetas de casos. As discussões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Os dados foram processados empregando-se a análise de conteúdo, para se estabelecer categorias temáticas de análise. Resultados: Os grupos identificaram a desvalorização do papel social do idoso, atribuída ao fim do trabalho ou à perda da saúde. A família foi apontada como cuidador preferencial para idosos dependentes, reconhecendo a sobrecarga que a falta de apoio institucional pode acarretar, inclusive para a rede básica de atenção à saúde. Os grupos reconheceram os casos de depressão e demência como problemas de saúde, mas por vezes confundiram os sintomas descritos com outras patologias. Demência foi abordada como não tratável propondo-se apoio à família como alternativa de assistência. Houve forte tendência em associar os quadros ao processo natural de envelhecimento. Comunidade e profissionais de saúde precisam ser mais bem preparados para identificar e intervir nos problemas de saúde mental do idoso. Para tanto, é preciso que se amplie o conhecimento sobre o assunto assegurando a implantação e ampliação de redes complementares de apoio formal e informal complementadas com a participação dos diversos setores da sociedade.



## ABSTRACT

Introduction: The population aging has been followed by an important epidemiological transition. Depression and dementia are the main causes of years lived with some impairment. The social representation of professionals of health and the community in general has contributed to these diseases to be confused with the natural aging process.

Objective: to investigate doctors and nurses's social representation for the 'Program of Health of the Family' in a small town of São Paulo State, healthy older people and older people's caretakers about the aging, the social status in the community and problems of mental disorders in the elderly, particularly depression and dementia, besides investigating ways of dealing with these problems through the perspective of social representation considered as a kind of knowledge and explanation of reality which guides the practices of certain groups.

Method: The data were collected in focus groups discussions, where guiding questions and vignettes were used. The discussions were recorded in audio and then transcribed. The data were processed and the content was analyzed to establish thematic categories of analysis.

Results: The groups identified the depreciation of the elderly status, attributed to retiring or health loss. The family was pointed as the preferential caretaker for dependent older people, the overload that the lack of institutional support can bring, also to primary care services, was recognized. The groups recognized depression and dementia as a health condition, but sometimes made some confusion with the symptoms described in other pathologies. Dementia was understood as having no possibility of treatment and support to the families as a kind of assistance was proposed. There was a strong tendency of associating both disorders to something natural to the aging process.

There is a need to raise awareness about identifying and making appropriate interventions in older people's mental health condition. So, it's necessary that the knowledge about this issue is enlarged to assure the setting up of complementary nets of formal and informal support involving the State structure and also the neighborhood communities.

*Introdução*

---

O envelhecimento populacional está ocorrendo rapidamente. Em 1990, a maioria da população mundial (58%) tinha sessenta anos ou mais, a maior parte vivendo em países em desenvolvimento. Para 2020, esta proporção deverá ser de 67%. Nesse período, a população idosa deverá aumentar em aproximadamente 200% nos países em desenvolvimento, enquanto nos países desenvolvidos esse aumento deverá ser de 68% (Murray & Lopez, 1996).

Diferentemente do que foi observado nos países desenvolvidos, onde o processo de envelhecimento da população ocorreu de forma gradual, nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, tal processo vem ocorrendo em um curtíssimo espaço de tempo e de maneira bastante rápida (Brasil, 2000; Carvalho & Garcia, 2003).

No período de 1950 a 2025, conforme projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, em termos proporcionais, a faixa etária a partir dos sessenta anos de idade é a que mais cresce. Calcula-se que em 2025 o país ocupará o 6º lugar quanto ao contingente de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade de sessenta anos ou mais (Brasil, 2000; Garrido & Menezes, 2002).

Naturalmente, a melhoria das condições de vida de uma população concorre para o aumento da expectativa de vida da mesma. No Brasil, o processo de urbanização, motivado pela industrialização e pelas políticas desenvolvimentistas iniciadas na década de 1960, proporcionou à população maior acesso aos serviços de saúde e melhores condições de vida, diminuindo a mortalidade. No entanto, as condições de vida da maioria da nossa população ainda estão bem longe do ideal. Além disso, com o crescente acesso aos programas de planejamento familiar, no final da década de 1960, teve início um declínio

generalizado da fecundidade no país, contribuindo para o processo de envelhecimento da população (Paschoal, 1996; Carvalho & Garcia, 2003; Camarano, 2003).

Diferentemente do ocorrido nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida da população dos países em desenvolvimento ocorreu desvinculado de um desenvolvimento social, estando mais associado à importação da tecnologia e avanços na área da saúde (vacinas, antibióticos, equipamentos), reduzindo de maneira importante a mortalidade por doenças infecto-contagiosas. (Ramos, 1992; Berquó, 1996).

Palloni & Peláez (2003) sugerem que a maioria das pessoas que chegarão aos sessenta anos, após o ano 2000, na América Latina e Caribe, foram beneficiadas por importantes melhorias na sobrevivência durante a infância, principalmente pelos avanços relacionados à medicina e saúde pública; mas tal ganho não resultou em um aumento real dos padrões de vida dessa população. E mais, o processo de envelhecimento nesses países acentua as grandes desigualdades sociais já existentes, pois ao contrário dos países desenvolvidos, nossas economias são muito frágeis e a pobreza crescente. Os mesmos autores lembram ainda que os grupos mais sensíveis aos indicadores de pobreza são justamente as crianças e os idosos.

Dessa forma, o processo de envelhecimento no Brasil ocorre paralelamente a um importante crescimento econômico e à industrialização, o que não equivale a um desenvolvimento social significativo (Ramos, 1992).

Entretanto, profundas modificações ocorreram na organização social e no padrão de vida das famílias. A mulher passou a ser incorporada à força de trabalho e as famílias foram ficando cada vez menores, talvez pelas próprias exigências e pela competição do mercado de trabalho (Ramos, 1987; Camarano, 2003). Soma-se a isso o fato de que o aumento da expectativa de vida favorece que as famílias sejam compostas, agora, por várias gerações.

Esses e outros fatores como o aumento do número de divórcios, segundos e terceiros casamentos, migração ou imigração dos membros mais jovens em busca de melhores oportunidades e a diminuição da disponibilidade desses para adultos mais velhos, interferem no estabelecimento de mecanismos de apoio mútuo entre seus integrantes para dar conta de cuidar de seus idosos (Paschoal, 1996; Brasil, 2000; Pelloni & Pelláez, 2003).

Porém, muitos são os idosos que ocupam o lugar de principal provedor financeiro com renda fixa em suas famílias através do benefício previdenciário; e muitos continuam exercendo alguma ocupação remunerada mesmo após a aposentadoria (IBGE, 2003). Especialmente quanto às famílias brasileiras, 86% delas têm um idoso, em sua maioria mulheres viúvas ou separadas, como chefe, conforme ressaltam Camarano & El Ghaouri (2003).

Cerqueira & Oliveira (2006), lembram que a complexidade das questões relacionadas ao idoso e aos seus cuidados aumenta devido às modificações estruturais sofridas pelas famílias brasileiras nas últimas décadas e alertam que apesar disso, é a família que quase sempre passa a exercer os cuidados necessários aos seus idosos, sendo que dentro dela uma pessoa, geralmente uma mulher, tomará para si a responsabilidade de cuidar. Além disso, as autoras lembram que a “eleição” do cuidador obedece a parâmetros muito particulares que podem envolver sentimentos de solidariedade entre cônjuges, responsabilidade filial e moral, e sentimentos de culpa, de modo que a habilidade ou não do cuidador na tarefa de cuidar não é determinante (Cerqueira & Oliveira, 2006).

Nesse sentido, entender o contexto atual das famílias e sua organização torna-se fundamental tendo em vista que esta é a principal forma de apoio à população idosa em nosso país, ou seja, o apoio informal, que pode ser precário por não contar com equipamentos sociais de suporte (Saad, 2003).

Contudo, considera-se que as famílias não devam assumir sozinhas as responsabilidades pelo envelhecimento da população, como se isso não fosse uma questão de saúde pública. Karsch (2003) chama a atenção para o fato de haver uma tendência a indicar que idosos incapacitados sejam cuidados em casa por suas famílias, inclusive por uma questão de redução de custos para o Estado. Porém, nem sempre a estrutura familiar é observada, não correspondendo, na maioria das vezes, ao modelo ideal de família nuclear com membros mais jovens disponíveis para cuidar dos mais velhos. Não se quer dizer que não se deva cuidar de idosos em casa, mas sim que não se pode fazê-lo sem retaguarda; com idosos cuidando de outros idosos e descuidando de si mesmos; com cuidadores sobrecarregados que podem adoecer a qualquer momento.

Também a figura do cuidador merece a mesma atenção que os idosos quando se trata de prevenir agravos à saúde, pois não são raros os relatos de cuidadores que acabam enfrentando problemas sociais, dificuldades no trabalho e até mesmo apresentando sintomas psiquiátricos relacionados à depressão, além de outros problemas de saúde (Zarit, 1997; Brasil, 2000; Néri & Sommerhalder, 2002; Torres, 2004). Cerqueira & Oliveira (2006), citando George & Gwyther (1986) apontam que os efeitos negativos para saúde do cuidador relativos à tarefa de cuidar têm sido chamados de impacto ou sobrecarga e podem ser definidos como *“problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de idosos doentes”*.

O Estado deve representar um papel importante especialmente quanto ao apoio e à promoção de saúde para os idosos, fornecendo orientações à assistência familiar, informações e assessoria de especialistas, além de serviços de saúde mais adequados, mediante medidas como a capacitação dos recursos humanos, não se omitindo da

responsabilidade de cuidar desse grupo da população que inclui também seus cuidadores (Brasil, 2000; Caldas, 2003; Cerqueira & Oliveira, 2002).

Com a transição demográfica caracterizada pelo envelhecimento, ocorre também uma transição epidemiológica que se constitui na mudança, em menos de quarenta anos, do perfil de morbidade típico de uma população jovem, para um perfil composto por doenças relativas às faixas etárias mais elevadas. O idoso consome mais serviços de saúde, porém não recebe, na maioria das vezes, uma abordagem adequada, talvez pela dificuldade encontrada pelas autoridades sanitárias em implantar novos modelos e métodos mais adequados às especificidades desta faixa etária, pela rapidez com a qual ela vem aumentando (Paschoal, 1996; Palloni & Peláez, 2003).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (Brasil, 2000) aparece como uma tentativa de responder às novas exigências desta parcela da população, com o propósito de balizar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, a assistência às suas necessidades de saúde, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Mas, na prática, ainda há muito que ser feito.

Um idoso será considerado saudável, conforme a política mencionada acima, se tiver sua capacidade de autodeterminação mantida e conseguir realizar tarefas cotidianas, ainda que tenha alguma doença crônica, pois nem toda doença crônica comprometerá a sua capacidade de levar uma vida independente e autônoma (capacidade funcional). Depressão e demência incidem diretamente sobre a questão da dependência e da autonomia e estão entre as principais causas de anos vividos com alguma incapacidade (Veras, 1994; Murray & Lopez, 1996; Cerqueira, 2003).

São vários os fatores associados à prevalência da depressão na velhice, entre eles as limitações e perdas (físicas, econômicas, sociais e afetivas) bem como a falta de um papel social para o idoso. Quanto à demência, fatores hereditários e estilo de vida podem estar associados ao seu aparecimento. As síndromes demenciais associam-se com depressão em 30% a 40% dos casos (Carvalho & Fernandez, 1996; 10/66 Dementia Research Group, 2000a).

Especialmente no que se refere à demência, embora o principal fator de risco para seu desenvolvimento seja o avanço da idade, Prince (1997) alerta para o fato de que ainda são raros os estudos de prevalência de demência nos países em desenvolvimento. Os casos de demência deverão aumentar em oito vezes nos próximos cinquenta anos nos países em desenvolvimento, justamente por conta do aumento significativo da expectativa de vida nesses países, que deve aumentar em dez anos nesse período (Huang; Shih & Saczynski, 2005).

Por outro lado, na nossa sociedade, a velhice não é percebida como mais uma etapa da vida que pode ser vivenciada de forma saudável; ao contrário, ela é percebida como sinônimo de problema, inutilidade e até mesmo de doença (Birman, 1995).

Almeida (2003) lembra que o idoso, na maioria das vezes, acaba sendo representado como uma pessoa improdutiva, debilitada e doente, de modo que sua imagem está intrinsecamente associada à decadência e à dependência. Para Veloz, Schulze & Camargo (1999) *“mesmo entre as pessoas acima dos sessenta anos, as percepções das perdas, das incapacidades e das doenças são aspectos salientes das representações da velhice”* (Veloz, Schulze & Camargo: 1999, p. 481).

Teixeira, Schulze & Camargo (2002) ressaltam a necessidade de entendimento dos problemas de saúde da comunidade para que os serviços de saúde possam realmente



resolvê-los. Assim, “*as necessidades de saúde de um idoso não devem ser deduzidas somente a partir de pessoas doentes*” (Teixeira, Schulze & Camargo: 2002, p.358).

Enfim, ao idoso fica vetada a possibilidade de viver seu processo de envelhecimento com expectativas de conquistas e ganhos, restando apenas perdas e limitações, já que tais concepções incidem diretamente não apenas na identidade do idoso, mas também nas práticas sociais a ele dirigidas.

Assim, consideramos a existência de uma multiplicidade de concepções sobre o mundo, e também sobre a saúde e o cuidar em nossa sociedade. Elas se manifestam em condutas, idéias e imagens e são importantes em termos de material para a pesquisa social. São construções sociais próprias das diferentes culturas e servem de base para a construção do conhecimento e explicação da realidade por parte dos atores sociais, orientando todas as práticas sociais. Elas encontram sua via de expressão nas rotinas dos diferentes grupos e culturas e sua plasticidade também está condicionada ao cotidiano dessas relações coletivas; ou seja, elas se manifestam, se reproduzem e se modificam a partir dessas relações (Minayo, 2000).

Dessa forma, das multiplicidades de conceitos decorrem também as práticas sociais de saúde que variam de acordo com a época, cultura ou grupo social. Embora elas sejam influenciadas pelas práticas do senso comum já que a população leiga frequentemente constrói explicações e alternativas acerca da saúde e da doença; tem nas regras estabelecidas pelos especialistas (medicina oficial) um caráter dominante ao passo que este saber oficial está inserido no campo da ciência – forma hegemônica (na sociedade ocidental) de entendimento da realidade; sendo assim, o saber oficial é, em certa medida, imposto como único saber legítimo e passível de escuta (Campos, 1992; Spink, 1992; Minayo, 2000).

O saber oficial se caracteriza por estar centrado na noção de “cura enquanto retorno a um estado anterior” e a partir desse pressuposto veicula práticas que visam “manter, recuperar e promover a saúde” Nesse sentido, muitas vezes os próprios pacientes e/ou familiares, ao buscarem o auxílio de um serviço de saúde, trazem consigo a demanda pelo “retorno” que se encontra impregnada nesta concepção de “cura” – o que pode, senão inviabilizar, ao menos dificultar muito não somente a possibilidade desses pacientes e/ou familiares implicarem-se num processo adaptativo de busca pela saúde; como também a atuação dos próprios profissionais de saúde que muitas vezes se lançam nessa “impossível missão” (em busca do retorno) que certamente levará todos à frustração (Spink, 1992).

Conforme Neri (2002) a teoria evolucionista de Darwin foi o marco inicial para a elaboração das principais teorias sobre o desenvolvimento biológico humano que conhecemos. O mesmo aconteceu com as teorias sobre o desenvolvimento psicológico que, apoiadas por estudos behavioristas e psicométricos, principalmente os ocorridos na metade do século XX, corroboraram o conceito vigente sobre envelhecimento relacionando-o a limitações e incapacidades. Neste modelo, arraigado às teorias evolucionistas, o processo de desenvolvimento seria marcado por processos sucessivos de crescimento, culminância e declínio. Portanto, a velhice seria um momento involutivo caracterizado por perdas biológicas irreversíveis desconsiderando os fatores sociais e individuais.

Tal modelo, articulado à vigência do modelo capitalista em nossa sociedade onde as possibilidades de ocupar um lugar privilegiado ainda são determinadas pela capacidade de produção, pode explicar as práticas de saúde dirigidas ao idoso, centradas na eficácia (entendida como possibilidade de retorno a um estado anterior e não de aproveitamento de pontencialidades de acordo com a plasticidade do indivíduo). Em consonância, o

envelhecimento só pode ser entendido como adoecimento, sofrimento e perdas (Neri, 2002; Minayo & Coimbra, 2002; Debert, 1999).

Nesse contexto, fica inviabilizada a possibilidade de reconhecer um lugar para o envelhecimento em nosso processo de desenvolvimento que não seja o lugar da doença; inviabilizando, conseqüentemente, as possibilidades de diagnosticar e intervir (tratar) patologias que têm no fator cronológico um fator de risco, porém não determinante.

Tendo em vista que um dos fatores que podem minimizar os efeitos negativos dos cuidados prestados, melhorando o bem-estar do cuidador (além de sua própria saúde e da ajuda que recebe dos familiares) é a ajuda que recebe de instituições, fica evidente a urgência em romper com este paradigma para que se possam ampliar as possibilidades, não apenas de inserção social do idoso, mas também de práticas sociais e conseqüentemente práticas de saúde que permitam ampliar a compreensão acerca do que realmente vem a ser adoecimento na velhice (Minayo & Coimbra, 2002; Cerqueira & Oliveira, 2006).

Por tudo isso, tanto depressão quanto demência são geralmente subestimadas por profissionais de saúde, familiares e pelos próprios pacientes, talvez porque a velhice esteja associada à doença ou porque os próprios limites entre as modificações normais, que ocorrem com o passar dos anos, e aquelas indicativas de alguma patologia sejam extremamente imprecisos, levando muitas vezes a diagnósticos tardios ou até mesmo a erros na avaliação cognitiva do idoso (Luders & Storani, 1996; Machado, 2003).

Com essa preocupação, um estudo sobre envelhecimento e saúde mental em países em desenvolvimento foi realizado em Goa, Índia. Seus autores relatam que o processo demográfico caracterizado pelo envelhecimento nos países em desenvolvimento é complexo e trouxe repercussões epidemiológicas; e que, embora existam muitas evidências acerca da prevalência significativa de transtornos mentais nesta parcela da população,

pouco se sabe sobre a organização dos cuidados e sobre a compreensão da comunidade a esse respeito. O estudo teve por objetivo investigar a “percepção cultural” sobre aspectos da saúde mental de idosos, especialmente depressão e demência e sobre o papel social do idoso em diferentes grupos da comunidade. Tratou-se de um estudo qualitativo que utilizou grupos focais de discussão para a coleta dos dados. Foram realizados grupos com pessoas idosas residentes ou não em lares para idosos, trabalhadores da saúde (incluindo um grupo com “conselheiros de vila”, semelhantes aos agentes comunitários de saúde) e cuidadores de idosos. Seus achados sugerem que o acesso ao cuidado adequado para idosos com transtornos mentais e doenças degenerativas e às informações sobre esses transtornos precisa ser ampliado, tanto na comunidade quanto entre os trabalhadores de saúde e aponta para a necessidade de diretrizes para o desenvolvimento de serviços de apoio apropriados para esse fim. (Patel & Prince, 2001).

Assim, torna-se de fundamental importância o entendimento de como a comunidade percebe o envelhecimento, com a finalidade de otimizar os serviços de saúde, tornando-os mais adequados às novas exigências apresentadas por uma população que vem conquistando o direito de envelhecer, porém precisa fazê-lo de forma saudável (Minayo & Coimbra, 2002).

*Justificativa*

---

Conforme Turato (2005), a vida das pessoas e dos grupos está organizada em torno dos significados que elas constroem acerca dos mais diversos fenômenos, portanto, na área da saúde, conhecer o que pensam os pacientes, os familiares e os próprios profissionais é fundamental para o planejamento desses serviços, já que os cuidados com a saúde, própria ou do outro, são estruturados por tais significados.

Para tanto, considera-se a natureza social indissociável da linguagem, que surge na espécie humana a partir da necessidade de transformar a natureza a fim de garantir sua sobrevivência e ao longo da história foi perdendo seu caráter exclusivamente prático-sensorial (palavra = coisa), articulando-se com significados; sejam eles objetivos, abstratos ou metafóricos, próprios a cada época (Lane, 1994). É a partir da linguagem que se explica, se descreve, se questiona ou se aceita a realidade, através da atribuição de um sentido pessoal aos significados elaborados socialmente. Nesse sentido, pode-se dizer que é através dela que se elaboram noções do que é o mundo e isto depende do grupo social do qual se faz parte. (Lane, 1984).

Nessa perspectiva, a linguagem constitui uma mediação privilegiada, possibilitando a compreensão das relações e representações sociais por ela expressas; é esta particularidade que a torna uma forma especial de comunicação, ou seja; o fato de permitir revelar e transmitir sistemas de valores e representações (sendo ela mesma um deles) de grupos específicos em contextos igualmente específicos (Minayo, 2000).

O termo representação social, na sociologia durkheimiana, é usado como sinônimo de “representações coletivas”, entendidas como um conjunto de saberes referentes a uma dada estrutura social. Esta estrutura social é entendida, nesta abordagem, como uma realidade completamente externa ao indivíduo, exercendo neste último, uma ação coercitiva. Desse modo as representações sociais referem-se a um largo espectro de formas

de conhecimento e são entendidas como dados absolutos caracterizando uma concepção estática, tanto da sociedade, como das próprias representações sociais (Sá, 1993).

Conforme Sá (1993), embora Moscovici tenha buscado na sociologia durkheimiana algumas bases conceituais para o desenvolvimento de uma “psicossociologia do conhecimento”; ele difere daquela concepção em aspectos cruciais, pois considera a sociedade de uma forma muito mais dinâmica e as representações sociais como *“modalidades específicas de conhecimento que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”* (Moscovici, apud Sá:1993, p.23); portanto possuem a força de criar realidades sociais.

Jodelet (1984), com relação às representações sociais, chama a atenção para o seguinte: *“o fato de que se trate de uma forma de conhecimento acarreta o risco de reduzi-la a um evento intra-individual, onde o social intervém apenas secundariamente; o fato de se tratar de uma forma de pensamento social acarreta o risco de diluí-la nos fenômenos culturais e ideológicos”* (Jodelet:1984, p.36).

A mesma autora propõe a seguinte definição para representações sociais:

*“Representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”* (Jodelet:1989, p.36).

Autores como Weber, representando a Sociologia Compreensiva e Marx, representando a Dialética, também fazem importantes contribuições ao estudo das representações sociais. Sinteticamente, o primeiro autor enfatiza a dimensão subjetiva e individual do “fato social”; da construção do conhecimento da realidade social. O segundo

autor ressalta a importância do modo de produção da vida material dos indivíduos na determinação do seu modo de vida e sua consciência; porém propõe a existência de uma relação dialética entre “vida material” e “idéias”; entre “realidade” e “homens”; ambos influenciando-se mutuamente (Minayo, 2000).

Diversos outros autores também contribuem de maneira profícua para as discussões acerca das representações sociais; o estudo de Minayo (2000) traz um resumo das principais abordagens do tema contribuindo para uma aproximação inicial com o assunto.

Minayo (2000) lembra que *“Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a, enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social”* (Minayo:2000, p.158).

Portanto, compartilhamos com a autora a noção de que o conjunto estrutural e suas maneiras de se comportar; ou seja, os comportamentos sociais, podem ser o ponto de partida para o entendimento das representações sociais, ao passo que elas se tornam evidentes e se estabelecem (cristalizando-se) em comportamentos e procedimentos (Minayo, 2000).

Nesse sentido, podemos dizer que as representações sociais, enquanto imagens do real (e não conformação do real), são o substrato para uma aproximação da análise do social e possui na linguagem um importante instrumento de veiculação e acesso; porém a própria palavra não pode ser deslocada de seu contexto de modo que é preciso também entender as ideologias que a engendram.



Do ponto de vista metodológico, a Hermenêutica Crítica (ou Hermenêutica-Dialética) contempla esta tarefa ao considerar a importância de analisar tanto o contexto como a práxis, trabalhando com os seguintes pressupostos: *“o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura”*. (Minayo: 2005, p. 88).

Conforme Minayo *et al* (2005) a Hermenêutica é mais um caminho de pensamento que uma técnica específica à medida que ela não determina técnicas de tratamento de dados. Ela valoriza elementos de outras abordagens (fenomenologia, interacionismo simbólico), considerando, como lembra Ayres (2005) seu compromisso com a crítica e com a historicidade de qualquer conhecimento. Dito de outra forma, a hermenêutica contém a proposta de um processo contínuo e permanente de reflexão.

Minayo (2000), citando Gadamer (1987), ressalta que *“a Hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos... seus pressupostos são que o homem como ser histórico é finito e se completa na comunicação. Mas a compreensão dessa comunicação é também finita: ocupa um ponto no tempo e no espaço”* (Minayo:2000, p.220).

Por tudo isso se considera que atitudes, preconceitos e valores são socialmente aprendidos, desempenhando um papel normatizador do comportamento, além de institucionalizar várias práticas, especialmente no que se refere aos padrões de normalidade (Neri, 2003; Almeida, 2003). Fatores como experiência pessoal, cultural e visão dos profissionais de saúde e da comunidade acerca do envelhecimento podem contribuir para que tanto a depressão quanto demência muitas vezes sejam confundidas com alterações normais do processo de envelhecimento e não vistas como doenças (Prince, 1997, Patel,

1995; Cerqueira et al, 2005). Dessa forma, poucos diagnósticos dessas patologias são realizados nos serviços de atenção básica à saúde, ou então são realizados tardiamente. Portanto, identificar as representações sociais da comunidade acerca do envelhecimento e dos transtornos mentais mais comuns no idoso é imperativo para que ações de saúde possam ser planejadas, inclusive na esfera preventiva, tanto nos serviços de saúde como na comunidade em geral.

Com base nessas concepções, propõe-se o presente estudo.

*Objetivo*

---

O presente trabalho tem por objetivo:

**Investigar representações sociais de médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família (PSF), de idosos saudáveis e de cuidadores de idosos dependentes, residentes no município de Botucatu (SP), sobre:**

- **O envelhecimento,**
- **O papel social do idoso na comunidade,**
- **Problemas de saúde mental em idosos, particularmente depressão e demência,**
- **Formas de cuidar desses problemas.**

*Metodologia*

---

A pesquisa qualitativa foi o desenho proposto para este estudo, considerando-se que o pesquisador deve buscar, no universo das ações e relações humanas, algo que é invisível ao olhar comum, ou seja, os significados individuais ou coletivos dessas ações e relações (Turato, 2005).

Especialmente no que diz respeito à pesquisa qualitativa aplicada à saúde, entender não o fenômeno em si, mas o que os fenômenos saúde-doença representam na vida das pessoas e como eles se constituem e se manifestam, compõe a empreita do pesquisador, privilegiando o caráter processual da construção do conhecimento. A pesquisa qualitativa constitui, portanto, uma metodologia de pesquisa social que se apóia nos pressupostos das Ciências Humanas e deve considerar o caráter histórico, provisório e dinâmico de seu objeto de estudo, ou seja, os fenômenos culturais e processos relacionais específicos que só adquirem sentido dentro de um conjunto onde se encontram: o pesquisador-observador, os seres humanos, os grupos e as sociedades (Minayo, 2000; 2002).

Com essa compreensão da pesquisa qualitativa, serão descritas a seguir as etapas percorridas neste estudo.

**1. Contexto da pesquisa:** o presente trabalho foi realizado no município de Botucatu, localizado à sudeste do Estado de São Paulo. O município foi fundado a 14 de abril de 1855 e possui uma área total de 1.486,4Km<sup>2</sup>. Conforme dados da Fundação SEADE – 2005, Botucatu possui uma população de 117.305 pessoas, sendo 59.967mulheres e 57.338 homens; e a densidade demográfica conforme o último censo, realizado no ano de 2000 é de 72,43hab/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2003). Ainda conforme a Fundação SEADE – 2005, a população acima dos 60 anos no município é de 13.576 habitantes, portanto compreendendo 11,57% da população total, porcentagem acima da média

brasileira. O sistema de saúde de Botucatu é composto por quatro pronto-socorros e quatro hospitais; dentre os quais destaca-se o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, com seu pronto-socorro, enfermarias e ambulatórios especializados. A cidade conta ainda com dezessete postos de saúde (entre Unidades Básicas de Saúde, Unidades do Programa de Saúde da Família e Postos Estaduais); além de um Ambulatório Regional de Especialidades. Quanto às formas de assistência ao idoso no município de Botucatu, vale ressaltar que o único ambulatório de geriatria funciona no Centro de Saúde Escola; Unidade de Saúde vinculada a FMB-UNESP. Nesta unidade, o idoso pode contar com cuidados médicos e de enfermagem além de atividades grupais indicadas para sua faixa etária. O Centro de Convivência do Idoso (CCI) é outra opção para idosos, trata-se de uma entidade municipal que atende em média quarenta idosos por dia e oferece atividades sócio-educativas, recreação e alimentação. O Centro de Convivência “Aconchego” (descrito adiante) é uma opção para idosos com restrição de autonomia. O município conta ainda com onze casas de repouso e possui um Conselho Municipal do Idoso recentemente implantado, além de casas de repouso e grupos de terceira idade. ([www.botucatu.sp.gov.br](http://www.botucatu.sp.gov.br)).

**2. Técnica de obtenção dos dados:** os dados foram coletados por meio de grupos focais de discussão (GFD) compostos de cinco a dez pessoas; conforme a metodologia descrita inicialmente por Robert Merton (Morgan, 1998); além do moderador e seu assistente. O Grupo Focal de Discussão (GFD) é uma técnica privilegiada, considerando que são os significados construídos pelas pessoas acerca dos mais diversos aspectos de suas vidas o que se pretendeu buscar nesta pesquisa. O GFD é forma de entrevista em grupo que possibilita captar, na comunicação entre os participantes, os dados

sobre o que se deseja investigar, sendo esses encorajados a fazer questões, trocar experiências e pontos de vista. É particularmente útil para explorar não somente o que as pessoas pensam, mas porquê e de que maneira pensam, sendo assim sensível às variações culturais. Passou a ser amplamente utilizado na área da saúde, partir da década de 1990, com a finalidade de avaliar serviços e intervenções, examinar experiências pessoais sobre doença e serviços de saúde, além de ser uma técnica efetiva para explorar atitudes e necessidades pessoais, principalmente no que diz respeito aos usuários de serviços de saúde. Caracteriza-se, assim, como um instrumento para auxiliar a estruturação desses serviços e das ações em Saúde Pública. Oferece vantagens por não discriminar pessoas que não podem ler ou escrever, além de encorajar pessoas relutantes a serem entrevistadas ou que acham que não têm nada a dizer. É uma forma rápida e conveniente de colher dados de diferentes pessoas simultaneamente. Entretanto, por se tratar de uma técnica pautada na interação social, algumas considerações acerca de seus condicionantes são necessárias: a presença de outros participantes da pesquisa pode comprometer a confiabilidade da sessão. Pode haver silêncio individual e discordância entre os participantes, contudo, isto não representa necessariamente uma limitação para a utilização do GFD para a pesquisa. Questões sobre a hierarquia nos grupos devem ser consideradas, para não prejudicar a comunicação entre os participantes. Esta técnica não é indicada para estudos de frequência (Kitzinger, 1995; Patel *et al*, 1995 Carlini-Coltrin, 1996; Krueger, 1998; Minayo, 2000).

Para Minayo (2000) o GFD traz como especificidade a busca dos valores dos entrevistados, ocupando lugar privilegiado no tratamento de questões de saúde quando abordadas no âmbito do social.



**3. Participantes da pesquisa:** os sujeitos desta pesquisa foram captados de três principais grupos: profissionais de saúde, idosos sem comprometimento de sua autonomia e cuidadores de idosos dependentes. Procurou-se convidar integrantes em 20% a mais do que o número ideal de participantes (quatro a doze pessoas) prevenindo-se contra possíveis ausências. Observaram-se questões como hierarquia e homogeneidade dos grupos, a fim de facilitar a livre expressão entre seus integrantes. Neste sentido, houve um cuidado para que o grupo preservasse um equilíbrio entre a diversidade e a uniformidade; ou seja, mantivesse características heterogêneas dentro de uma composição homogênea (ex: experiência profissional aproximada, no caso dos profissionais de saúde; e mesmo grau de envolvimento na problemática avaliada pela pesquisa, no caso do grupo de idosos sem comprometimento de sua autonomia e do grupo de familiares). Embora em termos gerais seja recomendado que os integrantes de um mesmo grupo não se conheçam entre si ou não conheçam o moderador; o fato de os participantes não preencherem tal requisito não se mostrou problemático; já que os participantes foram previamente selecionados, mostrando total aderência aos objetivos desta pesquisa.

Num primeiro momento compareceu-se a uma reunião realizada com médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família (PSF), explicando-se os objetivos da pesquisa, apresentando o convite para a participação no estudo. Da mesma forma, fez-se contato com a diretoria do CCI “Aconchego” e com a coordenadora de um grupo de idosos sem comprometimento de sua autonomia; também com a finalidade de explicar os objetivos da presente pesquisa e realizar o convite formal, obtendo-se a autorização para que os convidados participassem das reuniões.

Após isso, a pesquisadora formalizou o convite para os participantes através de telefone, informando o horário e o local dos encontros.

**- Profissionais de saúde (dois grupos):**

- Médicos do programa local de Saúde da Família – constituíram um grupo com cinco integrantes dos oito que compunham o quadro de médicos do programa no município
- Enfermeiras do programa local de Saúde da Família – constituíram um grupo com sete integrantes das oito que compunham o quadro de enfermeiras do programa no município.

O grupo de médicos foi composto por quatro mulheres e um homem e a média de idade dos participantes foi 42,4 anos. O grupo de enfermeiras foi composto apenas por mulheres e a média de idade foi de 33, 7 anos.

Esses profissionais de saúde foram convidados por se entender que têm um papel fundamental na detecção de situações de vulnerabilidade e na construção de estratégias de atenção que se complementam com a rede de serviços especializados e hospitalares, sendo de suma importância sua possibilidade de identificar os problemas de saúde prevalentes em sua área de abrangência (Silvestre & Costa Neto, 2003).

**- Idosos sem comprometimento da sua autonomia – um grupo (dez integrantes)**

O grupo de idosos foi composto por pessoas com sessenta anos ou mais que tinham sua capacidade funcional mantida possibilitando sua participação e entendimento do grupo. Dentre os grupos que possuíam tais características, optou-se por um grupo de mulheres que se reúne regularmente para realização de diversas atividades, como dança *sênior* e atividades manuais, caracterizando um espaço de trocas sociais. Este grupo é composto por

peessoas que têm o Centro de Saúde Escola de Botucatu (CSE) como referência e, a partir dessa unidade de saúde, foram encaminhadas para um grupo de convivência. O nível de escolaridade dessas mulheres variou entre ensino médio incompleto a completo. A maioria das integrantes sempre teve o lar como ocupação, contando com benefícios ou aposentadoria como renda familiar. A média de idade das participantes foi de 72,7 anos.

#### **- Cuidadores de idosos dependentes – um grupo (dez integrantes)**

O grupo de cuidadores foi composto por dois homens e oito mulheres com média de idade de 63,9 anos. Estas pessoas possuíam familiares idosos atendidos pelo Centro de Convivência do Idoso – CCI “Aconchego”, uma entidade sem fins lucrativos que conta com apoio técnico de profissionais especializados, estagiários e voluntários para promover atendimento aos idosos portadores de dependência e com perda da autonomia, e que tem na sua maioria diagnóstico de demência.

O Aconchego funciona em espaço cedido pela Prefeitura, tem como objetivo: proporcionar estimulação física e social ao usuário, e períodos de descanso, apoio e orientação aos cuidadores. O Aconchego funciona de segunda à sexta – feira, em meio período. O atendimento é gratuito, sendo critério de admissão que o candidato tenha mais de 60 anos e apresente incapacidades físicas e/ou mentais.

### **4. Funcionamento dos Grupos Focais de Discussão**

**4.1 - Papel do moderador:** Coube ao moderador (A.C.O. – responsável por esta pesquisa) conduzir o grupo de forma que todos os tópicos do estudo fossem cobertos. Para

tanto é recomendado que moderadores de GFD tenham experiência com trabalhos em grupo, que a pesquisadora possuía, em função de seu treinamento profissional\*.

As intervenções do moderador ocorreram no sentido de incentivar as trocas entre os participantes dos grupos e assegurar que todos tivessem possibilidade de se expressar; sem, entretanto, influenciar as respostas garantindo a maior naturalidade possível entre as comunicações, facilitando a discussão.

Ao assistente coube a tarefa de anotar as questões pertinentes, além de garantir o funcionamento adequado do equipamento de gravação em áudio, para posterior transcrição de cada grupo, o que possibilitou o tratamento e análise dos dados obtidos. Assegurou-se que o grupo fosse realizado em local neutro e agradável.

**4.2 - Funcionamento:** No início de cada grupo foram feitas as apresentações: primeiramente do moderador, que esclareceu os objetivos da pesquisa e como funcionaria o grupo e depois do assistente. Os integrantes do grupo se auto-apresentaram.

Em seguida, iniciou-se a exploração do foco do estudo mediante um roteiro de tópicos, estabelecido a priori, que continha as questões norteadoras da discussão, as quais foram colocadas aos participantes mais como solicitações para que se comentasse aquele assunto, do que propriamente como perguntas diretas.

Em cada grupo foram explorados dois grandes tópicos que chamaremos de A e B respectivamente. O tópico A foi subdividido em quatro questões e o tópico B em seis, descritas a seguir.

---

\* A pesquisadora é psicóloga e realizou curso de aprimoramento profissional em psicologia da saúde; no qual recebeu formação teórica, treinamento e supervisão em práticas grupais.

As questões propostas foram baseadas em pesquisa já citada, realizada em Goa, Índia (Patel & Prince, 2001). Assim sendo, num primeiro momento, os grupos foram convidados a refletir e se manifestar sobre as seguintes questões destinadas a investigar a compreensão dos mesmos acerca do papel social do idoso; formas de cuidado e recursos disponíveis na comunidade:

**Envelhecimento, situação do idoso na família e na comunidade, seus papéis, funções e atividades (tópico A):**

- Quando uma pessoa envelhece, que papel ela tem e qual ela poderia ter na família e na sociedade?
- Se o idoso não tem mais um trabalho remunerado, ou porque já se aposentou, ou porque sempre trabalhou em casa, o que ele poderia fazer?
- Quando um idoso torna-se dependente qual seria a situação ideal para ele ser cuidado?
- Que recursos há para os idosos nesta comunidade?

Após ter sido esgotado esse tópico segundo o critério da exaustividade (Minayo, 2000), foram apresentadas questões sobre:

**Saúde mental (tópico B):** três vinhetas foram apresentadas para os grupos, descrevendo: um idoso com depressão, um idoso com demência e um idoso com demência avançada. As vinhetas não mencionavam depressão ou demência pelo nome, mas descreviam uma pessoa idosa em condições similares às que podem ser encontradas por qualquer membro de uma família ou comunidade.

**4.2.1 - Vinheta sobre depressão:** a vinheta descreve uma mulher de 73 anos que se queixa de diferentes problemas e preocupações o tempo todo, geralmente sente dores generalizadas e fraquezas no corpo, sente-se muito cansada. Ela não está fazendo suas tarefas domésticas que normalmente fazia. Tem dificuldade para dormir; e ainda fica muito preocupada com questões financeiras, com seus filhos e sua casa. Está irritada consigo mesma e com os amigos, e não consegue relaxar e desfrutar adequadamente sua vida (anexo 4).

**4.2.2 - Vinheta sobre demência inicial:** a vinheta descreve um homem de 75 anos que, recentemente, começou a ter esquecimentos e confundir os nomes das pessoas, que antes ele conhecia bem. Muitas vezes parece que não consegue lembrar de coisas recentes; se vai ao mercado para comprar alguma coisa acaba voltando de mãos vazias, pois não lembra o que tinha ido comprar. Ele repete muitas vezes a mesma coisa durante uma conversa e às vezes parece falar só do passado. Sua família percebeu a mudança há um ano. Desde então tem ficado cada vez pior (anexo 5).

**4.2.3 - Vinheta sobre demência avançada:** a vinheta descreve o mesmo homem da vinheta anterior agora com 78 anos. Ele apresenta dificuldades em reconhecer sua esposa e outros membros bem próximos. Permanece em uma cadeira a maior parte do dia. Ele nunca começa uma conversa, mas responde às questões sorrindo ou dizendo alguma coisa, mas suas respostas geralmente não têm sentido. Às vezes fica impaciente e agitado, perguntando as mesmas coisas toda hora. Se ele sai de casa fica perdido e tem que ser trazido de volta por algum vizinho, o que é problemático especialmente durante a noite.

Às vezes fica irascível e agressivo sem razão aparente. Precisa ser lembrado de ir ao banheiro, devido a sua incontinência urinária (anexo 6).

Após cada vinheta, os grupos foram convidados a refletir e se manifestar sobre as seguintes questões destinadas a investigar a compreensão dos mesmos acerca dos casos descritos; suas causas e tratamentos:

- O que vocês acham que está acontecendo com esta pessoa?
- Isto é um problema de saúde?
- Qual é o nome que se usa para isto que esta pessoa tem?
- O que pode ter deixado esta pessoa assim?
- O que pode ser feito por esta pessoa? De quais cuidados ela necessita?
- O que há disponível em Botucatu para cuidar dela?

**5. Preparo dos dados para análise:** houve gravação em áudio de todas as discussões dos grupos, preservando-se a identidade de seus integrantes, além do registro escrito na própria sessão, para assinalar a seqüência das diferentes pessoas que falavam. Foram realizadas transcrições “*verbatim*” das falas, assim como leituras sucessivas dos textos resultantes, e as falas identificadas e separadas segundo os temas circunscritos pelas questões da pesquisa.

**6. Análise dos dados:** sob essa perspectiva teórica, utilizou-se nessa pesquisa a análise de conteúdo das falas apresentadas pelos participantes do estudo com o propósito de identificar as representações sociais relativas aos tópicos descritos.

**6.1 - Análise de Conteúdo:** Os dados foram analisados empregando-se a Análise de Conteúdo (AC), para se estabelecer as categorias empíricas baseadas nos temas das falas apresentadas pelos participantes dos grupos.

Para Bardin, a AC pode ser definida como:

*“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin: 1977, p. 42).

Conforme Minayo (2000), a AC teve em seus primórdios fortes influências do positivismo, preocupando-se mais com o rigor quantitativo (frequência, caráter descritivo) e com a objetividade (conteúdo manifesto) do que propriamente com os significados das comunicações que analisava. Esta tendência ainda pode ser encontrada em relação ao tratamento dos dados em AC. Contudo, novos procedimentos mais próximos às técnicas qualitativas foram incorporados, especialmente após os anos que sucederam à Segunda Guerra; tais procedimentos estão associados às abordagens antropológicas, sociológicas e psicológicas que, juntamente com a Psicanálise e o Jornalismo, tentam ultrapassar o alcance simplesmente descritivo encontrados nos conteúdos manifestos para chegar a uma interpretação mais profunda desse material através da inferência.

Triviños (1987) apóia a idéia de que a AC pode auxiliar a desvendar ideologias implícitas tanto em diretrizes legais como tendências e valores que num primeiro momento não podem ser apreendidas. O mesmo autor lembra ainda que, após a Segunda Guerra



houve uma agudização dos movimentos de propaganda projetando importância à AC, permitindo que outras áreas de conhecimento tivessem acesso ao seu emprego o que certamente colaborou para seu desenvolvimento. O autor destaca ainda que em 1948 a AC alcançou méritos de método com Berelson e Lazarsfeld; mas indica que apenas em 1977, com a obra de Bardin, o método foi descrito e detalhado em profundidade (Triviños, 1987).

De qualquer forma, o esforço da AC é ultrapassar o nível do senso comum na interpretação do material a ser analisado à medida que possibilita a articulação do material “concreto” produzido pelas entrevistas (transcrição das falas) com aspectos relacionados ao contexto no qual foi produzido, o que envolve tanto a cultura como aspectos psicossociais (Minayo, 2000).

**6.2 - Procedimento da análise:** Seguindo a orientação metodológica proposta por Minayo (2000) realizou-se leitura flutuante do conjunto das comunicações. Posteriormente procedeu-se a organização do *corpus* formado pelos conteúdos apresentados pelos participantes dos grupos, de forma que este pudesse responder a algumas normas de validade: *exaustividade* (contemplando todos os tópicos estabelecidos no roteiro até que os conteúdos começassem a se repetir); *representatividade* (contemplando todo o universo disponível); *homogeneidade* (estabelecimento de critérios precisos dos temas e interlocutores que orienta a reunião dos dados segundo um mesmo princípio ou aspecto da representação) e finalmente *pertinência* (material analisado adequado ao objetivo do estudo e ao seu referencial teórico).

Descreveremos a seguir os principais passos seguidos para a análise dos dados:

1º) Ordenação dos dados: esta etapa englobou o conjunto das entrevistas resultantes dos grupos focais de discussão e incluiu: (a) transcrição das fitas-cassete; (b)

releitura do material; (c) organização dos relatos em uma determinada ordem (ex: relacionados ao papel social do idoso; relacionados ao reconhecimento da patologia em questão); iniciando assim o processo de classificação.

2º) Classificação dos dados: a classificação foi realizada a partir dos dados obtidos iniciando o processo de categorização e desdobrou-se nas seguintes etapas:

(a) leitura exaustiva das transcrições das entrevistas que permitiu apreender as idéias centrais acerca dos tópicos em foco (Envelhecimento, situação social do idoso na família e na comunidade, seus papéis, funções e atividades e Saúde mental do idoso); o critério de classificação partiu da identificação dos temas (de variáveis empíricas) observadas no material.

(b) constituição dos “*corpus*” de comunicações, que foram compostos pelas transcrições das entrevistas com os diferentes grupos tendo em vista que cada um deles constituiu um conjunto específico de informações. A partir daí, procedeu-se uma leitura transversal de cada conjunto, recortando-os em unidades de registro tomadas como palavras ou frases representativas de determinado tema suscitado pelas questões referentes aos tópicos investigados.

Esta etapa começou a partir de uma classificação “bruta” que foi sendo “lapidada” à medida que o processo de aprofundamento da análise foi evidenciando temas relevantes permitindo gradualmente um processo de unificação da análise.

(c) para completar o processo de classificação, empregou-se o estabelecimento de categorias que para Bardin, podem ser definidas como:

*“...rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos”* (Bardin: 1977, p. 117).

As categorias podem ser usadas em qualquer tipo de pesquisa qualitativa por possibilitar o agrupamento do material em torno de conceitos capazes de abranger características comuns entre as comunicações. Desse modo, empregou-se o uso de categorias a fim de estabelecer as classificações, agrupando os elementos das entrevistas (palavras e frases) em torno de conceitos representativos que, na perspectiva da Representação Social, permitem maior aproximação com os conteúdos relativos ao envelhecimento, papel social do idoso na comunidade e problemas de saúde mental em idosos, particularmente depressão e demência, além de formas de cuidar desses problemas presentes no conjunto de significados das opiniões expressas pelos entrevistados.

As categorias obedeceram a um único critério de classificação: partiram das falas relacionadas aos tópicos em questão; permitiram situar todas as respostas, garantindo o princípio da exaustividade e ainda foram mutuamente exclusivas, ao passo que uma mesma resposta não pôde ser incluída em mais de uma categoria (Minayo, 2002).

No decorrer da apresentação dos resultados e discussão serão expostas as listagens das categorias e os grupos focais onde foram encontradas.

**7. Considerações éticas:** O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista, FMB-Botucatu, recebendo parecer favorável em Primeiro de Março de 2004, de modo que as atividades de campo só tiveram início após o consentimento do órgão responsável citado acima, obedecendo assim às premissas éticas necessárias (anexo 1). Ao início de cada grupo, foi fornecida a cada membro, uma folha com questões para autopreenchimento procurando coletar informações básicas sobre o participante (anexo 2), juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido exigido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – UNESP (anexo3). As fitas ficarão sob os cuidados da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, orientadora desse trabalho, do Departamento de Neurologia e Psiquiatria, integrante do programa de pós-graduação em saúde coletiva; ambos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

## *Resultados e Discussão*

---

Os dados a seguir estão organizados da seguinte forma: a) apresentação das categorias empíricas estabelecidas indicando os grupos focais onde foram encontradas; b) apresentação e discussão dos resultados relativos a cada tópico exemplificados com trechos das entrevistas referentes a cada uma das categorias.

## PAPEL SOCIAL DO IDOSO

Foram elaboradas categorias a partir das respostas às questões descritas a seguir destinadas a investigar as representações dos grupos sobre papel social do idoso na família e na comunidade:

**Quadro 1:** Categorias relacionadas ao papel social do idoso e os grupos focais onde foram encontradas.

<b>Papel social do idoso</b>	<b>GF onde foram encontradas</b>
-Quando uma pessoa envelhece, que papel ela tem e qual ela poderia ter na família e na sociedade? - Se o idoso não tem mais um trabalho remunerado, ou porque já se aposentou, ou porque sempre trabalhou em casa, o que ele poderia fazer?	
Envelhecimento como possibilidade de transmissão de experiências e sabedoria	Médicos, enfermeiras e cuidadores
Envelhecimento como momento para o lazer e lazer	Todos os grupos
Envelhecimento como momento de perdas e dependência	Todos os grupos
Envelhecimento como isolamento e marginalização	Todos os grupos
Envelhecimento como possibilidade de exploração pelo meio social	Médicos, enfermeiras e idosos
Trabalho voluntário como forma de ter um papel social reconhecido	Médicos, enfermeiras e cuidadores

### Envelhecimento como possibilidade de transmissão de experiências e sabedoria

A representação social evidenciada pela categoria envelhecimento como possibilidade de transmissão de experiências e sabedoria, aparece nos dois grupos de profissionais de saúde e no de cuidadores que citam exemplos de outras culturas, nas quais o envelhecimento vem acompanhado de status e respeito; sob esta ótica, a sabedoria trazida pelas vivências e construída durante uma vida é apontada como qualidade que poderia ser aproveitada em programas comunitários, creches e escolas.

*“Eu fico pensando assim, que o envelhecimento traz sabedoria, né? A pessoa passou por um monte de experiências, de situações, de desafios e com certeza ela aprendeu com isso, né? Mesmo que tenha sofrido com isso, ela deve ter aprendido muitas coisas” (E4-grupo médicos).*

*“... Se você perguntar o papel do idoso, ele não tem papel. Em outras culturas, em outros países, a gente percebe que o idoso tem o papel, às vezes de educador, de trazer a experiência dele, de cuidar de crianças, de ensinar culinária, sei lá... O que ele tiver de experiências, como no Japão... Aproveitar essa experiência que ele tem. Acho que a nossa comunidade, no Brasil, isso não é levado em conta” (E6-grupo enfermeiras).*

*“... Como eu falei, por exemplo, no Japão, nesses lugares, nas empresas se utiliza muito a experiência dos idosos, então eles sabem fazer melhor um tipo de coisa, é colocado pra ensinar... a característica das avós mesmo, de paciência, muitas vezes é colocada pra cuidar de crianças em escolas infantis...” (E6-grupo enfermeiras).*

*“Experiência, sabedoria, maturidade né?” (E10-grupo cuidadores).*

*“Eu acho que é uma força que a gente dá, porque a gente vê tanta menina... que nem vocês aí... às vezes desesperadas... e a gente não tá desesperada. A gente... consegue equilibrar. E... então eu acho que... nessas horas que... de problemas dos filhos, dos netos... tem que dar uma força... ser forte. E a gente tem que aprender ser forte... e a gente consegue ser forte nas horas necessárias... eu acho!” (E7-grupo cuidadores).*

O grupo de idosos não atribuiu valores positivos ao envelhecimento, não compartilhando das manifestações apresentadas pelos outros grupos. As manifestações desse grupo indicam uma representação do envelhecimento como um momento de perdas e dependência, como veremos adiante.

#### Envelhecimento como momento para o prazer e lazer

Todos os grupos fizeram referências à necessidade e ao direito de o idoso fazer aquilo que lhe dá prazer respeitando sua rotina e seu desejo, tal atividade também foi sugerida pelos informantes dos grupos de Goa, Índia que referiram, além da realização de atividades domésticas e econômicas, a possibilidade de os idosos proporcionarem ou exercerem atividades de lazer como um papel social para eles (Patel & Prince, 2001). Os grupos de médicos e enfermeiras referiram a necessidade de ampliação das possibilidades de lazer. O grupo de cuidadores ressalta que ficar em casa e respeitar a rotina também podem ser formas de sentir-se bem. O grupo de idosos enfatiza que isso seria fundamental para que as pessoas continuassem saudáveis durante toda a vida. Ferrari (1996), aborda o lazer como essencial ao desenvolvimento humano. Lembra, entretanto, que na nossa cultura o lazer surge na aposentadoria sem que haja nenhum preparo para sua apropriação, assim o tempo livre acaba sendo confundido com ócio e gerando tédio para muitos tendo



em vista que a maioria das pessoas organizou toda sua vida em torno do trabalho e tem dificuldades em reorganizá-lo, tal dificuldade reflete também no investimento em projetos de vida para o futuro. O idoso saudável foi representado em função de sua autonomia, associada à possibilidade de passear, viajar e cuidar de sua própria casa em estudo realizado por Teixeira *et al* (2002) sobre a representação social da saúde na velhice apontando para a importância da independência na manutenção da saúde e desenvolvimento dos idosos.

*“Tem que fazer o que dá prazer...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Eu acho que tem que trabalhar com os talentos das pessoas, independente da idade”(E4-grupo médicos).*

*“Tudo que ela quiser, tudo que ela gostar, porque sabe... eu não concordo com esse negocio de que vovó tem que fazer crochê tem que fazer. Eu mesmo não... quando ficar velha não vou fazer crochê, entendeu... a gente tudo fica achando que coisa de idoso tem que ser crochê e tricô. Eu mesmo vou pastar, porque eu não sei fazer... eu sei fazer um pouquinho de crochê e olha lá... então assim, entendeu?” (E6 – grupo enfermeiras).*

*“Outra coisa que eu vi, agora eu lembrei também, é... eu vi um grupo, um negocio de grupo de viagens, eu achei interessante... não era nada viagem longa, coisa curtinha, mas... grupo de passeio, sei lá, então que eles se encontravam todo dia.. sei lá..quarta, quinta, não sei, e iam passear...” (E1 – grupo médicos).*

*“Eu acho que teriam que ter atividades que trouxesse alegria pra eles, que trouxesse interação, que trouxesse essa sensação que tá bom tá vivo! Porque ele tá descartado, que alegria ele vai ter de viver? Nenhuma! Nenhuma...” (E4 – grupo médicos).*

*“Eu sou mais... de ficar retraída, gosto de ficar em casa... gosto de ter meus... horários... gosto de ficar quieta...”(E1-grupo cuidadores).*

*“Eu conversei com uma pessoa idosa muito conservada e perguntei pra ele, falei: -Que, que ce faz que você ta tão conservado? Sabe o que ele falou pra mim?... -Eu não faço nada contra minha vontade! ” (E10-grupo idosos).*

Entretanto, tal possibilidade é apontada pelo grupo de idosos como legado dos “outros”, pois a realidade por eles vivenciada é a de ficar cada vez mais sujeito às vontades alheias, acarretando perdas contínuas de sua autonomia. Tal achado também mostra semelhança com os achados descritos por Patel & Prince (2001) onde os idosos relataram sofrer com o excesso de autoridade dos filhos.

*“Ah é... eu continuo fazendo tudo né, pros filhos! Porque tem algum sistema, algum recurso, sem ser vocês mesmo? Não tem, tem?” (E1-grupo idosos).*

### Envelhecimento como momento de perdas e dependência

Nesta perspectiva, as falas apresentadas nos grupos de médicos e enfermeiras indicam que o idoso é representado como tendo potencialidades que poderiam ser aproveitadas, o que, no entanto, não lhes assegura um papel social privilegiado.

*“... pelo contrário, quando a pessoa envelhece, às vezes se torna uma preocupação pros familiares, nem se levando em conta os benefícios que ela traria, a experiência e tudo mais que o idoso tem...” (E6-grupo enfermeiras).*

“... traz uma história rica de coisas... e que pela sociedade... ela é vista como... uma pessoa já inútil...” (E2-grupo médicos).

Ao contrário, o envelhecimento é apontado como um momento de declínio significativo de seu papel social. Para o grupo de médicos, este declínio está relacionado à aposentadoria e conseqüente perda do potencial financeiro; do lugar de contribuinte e das possibilidades de reconhecimento de seu potencial enquanto sujeito ativo e responsável. Assim, o fim do trabalho aparece interferindo fortemente na perda do papel social do idoso. Tal resultado é semelhante aos descritos por Veloz *et al* (1999), onde “a representação social do envelhecimento como não-trabalho reflete a crença de que a aposentadoria significa o começo do desengajamento social” (Veloz *et al*: 1999, p.490). Segundo Ferrari (1996), a aposentadoria é um momento importante na vida de qualquer pessoa, pois estimula a consciência do envelhecimento e pode demarcar a falta de um papel social, além de dificultar a elaboração de projetos futuros. Debert (1999), citando Schüller (1989) aponta para a necessidade de revisão das relações entre fim do trabalho e entrada na velhice à medida que mudanças ocorridas no sistema produtivo tendem a redefinir as relações entre idade e trabalho ao destacar que, na Inglaterra, diferentes configurações do cenário produtivo podem ser observadas por conta de fenômenos como aposentadoria antecipada (que retira do mercado de trabalho um contingente mais jovem da população); aumento da idade para ingressar no mercado de trabalho e predomínio de ocupações de meio turno para diversas idades. No Brasil, entretanto, a relação entre trabalho e envelhecimento parece ser outra. Dados sociodemográficos do IBGE (2003) apontam para um grande contingente de

idosos ocupados, mesmo quando aposentados ou pensionistas. Só na região sudeste, este contingente era de 19,59% no período de 2003 ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)).

Campino & Cyrillo (2003), analisando dados provenientes do projeto SABE\* (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) sobre a situação de ocupação e renda dos idosos do município de São Paulo, relatam que 28,6% dos idosos que compunham a amostra continuavam trabalhando à época da pesquisa e ressaltavam a necessidade de ter remuneração e garantir a sobrevivência como justificativa para continuarem exercendo alguma ocupação (Campino & Cyrillo, 2003).

*“Eu ouvi o depoimento de um Sr. Que é professor, e ele disse que no dia seguinte que ele se aposentou, ele não poderia dar mais a opinião dele no conselho da escola... quer dizer, até a véspera a opinião dele era válida” (E4-grupo médicos).*

O grupo de enfermeiras apresenta posição semelhante ao grupo de médicos, e acrescenta que nem mesmo quando o idoso exerce a função de provedor financeiro da família, ele consegue garantir um lugar positivamente privilegiado no seio desta.

*“E aí, muitas vezes, quando é um idoso dependente, eles (familiares) usam pra... usam o dinheiro, a renda deles (idosos), e eles não cuidam direito. Isso é que é mais triste”. (E3 – grupo enfermeiras).*

---

\* O Projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) compõe um Estudo Multicêntrico coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde realizado num total de sete países da América Latina e Caribe.

Carvalho et al (2004) propõem que enquanto as necessidades referem-se ao campo do coletivo e dizem respeito às grandes questões do envelhecimento; as demandas referem-se ao campo do particular e dizem respeito ao encontro do idoso com o profissional e com o serviço de saúde.

Identificá-las é fundamental para a construção de um modelo adequado de assistência. Nesse contexto, o idoso aparece como vítima de um sistema social preconceituoso que não consegue atender suas necessidades e demandas, seja através de políticas de planejamento urbano; seja possibilitando acesso aos avanços tecnológicos ou aos serviços de saúde, apresentados pelos informantes dos grupos de médicos e enfermeiras enquanto reflexos da marginalização dos idosos.

*“... a sociedade, ela não está preparada nem para esse processo de envelhecimento, né. A sociedade como um todo assim. Os serviços de saúde agora que tão começando a ter essa cabeça pro envelhecimento, né! A coisa da prevenção, do cuidado do, de toda essa fase ai, né” (E2 – grupo médicos).*

*“... dificuldade de acesso a serviços de saúde... não existem ainda, programas específicos, voltados pro idoso...” (E3 – grupo enfermeiras).*

*“Na população... Na população carente mesmo, que a gente trabalha, na periferia... Não adianta. O que eles vêm é pro posto, e eles querem que a unidade de saúde assuma integral... Essa é a realidade local...” (E3 – grupo enfermeiras).*

O grupo de idosos faz alusão ao preconceito vivenciado pelos idosos, especialmente por parte da família, seja pela questão da diferença de escolaridade ou pela diminuição da saúde. Para este grupo, enquanto a idade aumenta; a saúde diminui, acarretando problemas

na realização das tarefas cotidianas. Esses problemas foram atribuídos à diminuição da acuidade visual; à diminuição da paciência para realizar tarefas repetitivas; ao cansaço e às cobranças provenientes tanto da família como da sociedade em geral para que as tarefas sejam realizadas com agilidade e rapidez; seja no preparo de um almoço para a família, seja na hora de sair de casa para pagar contas e fazer supermercado.

*“Se ele tiver saúde, ele pode fazer tudo que você imagina e que um jovem faz. É que quando chega a idade, começa a aparecer os problemas. Uns... um filho que já casou. Um neto né? Um monte de... Têm várias coisas que atrapalha a vida da gente. A saúde da gente não é mais... nem todo mundo tem a mesma saúde. Depois dos 65 começa a aparecer as coisas, a gente já, já acorda que a gente tá ficando velho. Porque até os 65, ce não acorda, você é jovem! Agora depois dos 65 né? Não sei vocês...” (E10-grupo idosos)*

*“Já não enxerga!!(risos)” (E5-grupo idosos)*

*“É... não tem mais paciência, né?” (E8-grupo idosos)*

*“É verdade sim. Eu... desde que comecei assim na cozinha, com 13/14 anos... é!? (...) 10, 12 pessoas. Agora faz... a vida inteira eu cozinhei! A vida inteira! Vou na casa dos meus filhos sempre eu que faço comida. E agora (..) comida pra 8... então... daí eu fiquei nervosa, fiquei mesmo (...) eu não sou mais aquela que fazia pra... 15, 20 sabe? Pra mim era fíchinha aquilo.. na mocidade. Agora eu já to tão cansada (...). To me achando velha. A gente vai... apesar de gostar, em si...” (E3-grupo idosos).*

*“É! No meu caso eu fico tão nervosa se aparecer muita gente (risos) que aí que eu em atrapalho mesmo” (E8-grupo idosos).*

*“Eu até dentro de casa, assim sozinha, faço bem. Eu faço bem. Mas eu me atrapalho muito assim... por exemplo, hoje, agora... pagar conta, eu gostaria de pagar uma conta por vez, mas tem sentido? Não dá...” (E1-grupo idosos).*

*“É por que os tempos mudaram, né? Eu, pelo menos, só tenho até a 4ª série... então, elas (filhas) não... já são formadas, né?... e elas corrigem mesmo!” (E8-grupo idosos).*

*“Não é assim? Então, a gente acorda que tá ficando velho e já... aquilo já abate um pouco a gente. A própria... a gente já começa a medir o tanto de vida que a gente vai ter...” (E10-grupo idosos).*

*“E a pessoa já tá carregada de doença!” (E6-grupo idosos).*

O grupo de cuidadores compartilha da idéia de desvalorização e marginalização sofrida pelos idosos e também aponta a diminuição da saúde como ponto importante no que diz respeito à desvalorização do idoso na sociedade.

*“Olha... é muito importante... porque é o seguinte... eu estou com 75 anos de idade. A cabeça, graças a Deus (...), mas no meu ponto de vista (...) ele é muito desprezado (...) marginalizado... eu noto muito isso... entendeu? Pela própria família?! E se estiver doente... começa daí... eu vejo minha senhora (...) é mais nova que eu (...) hoje eu cuido dela... e não deixo ninguém cuidar, porque eu sei como é que é. Já passei por várias fases aí... sou muito envolvido com idoso... sempre fui da, da... dos vicentinos, sempre mexi com idosos.. no asilo... então ... o que eu via ali... eu sinto pra mim... tomara que não aconteça isso pra mim... se acontecer... pra mim, eu to preparado, pro que vai me surgir... pela família, porque os primeiros a se distanciar são da família” (E5-grupo cuidadores).*

### Envelhecimento como isolamento e marginalização

A representação do envelhecimento como de isolamento e marginalização dos idosos está presente em todos os grupos.

*“... aí os amigos também vão se distanciando.. eles se senta num lugar e fica lá desesperado...” puxa vida... Eu ia no vizinho... Acendia um cigarro, batia um papo... E desta forma então, ele vai ficando... Não... Não chega perto... A cabeça dele né? Não funciona mais... Às vezes, não seja assim*

*porque daí pode ser que ele é esclerosado (...) porque ele é marginalizado! Pela sociedade e é também pelo próprio lado das famílias (...) eu acho que começa por aí, porque ele percebe, ele não vai ficando velho... Ele vai percebendo... Quando ele assimila as coisas, (...) tanto faz. Eu assim...Eu mesmo não guardo pra mim... Eu deixo... Deixo as coisas passar ” (E5-grupo cuidadores).*

*“Ele tá excluído!” (E2-grupo médicos).*

*“O idoso é discriminado ainda, na sociedade...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“(...) eles acham que o idoso cheira mal, cheira veio...” (E8-grupo idosos).*

*“Vai falar... minha filha, Deus o livre! Única filha é... me trata que ... nossa (...) uma professora teria que tratar muito bem. Tudo acha que é errado, é difícil, é isso e aquilo, ai...” (E1-grupo idosos).*

Para o grupo de idosos, resta apenas a possibilidade de estar com outros idosos, pois caso contrário, não terão escuta.

*“Sabe o que um idoso pode fazer por outro? Que eu acho importante, que o jovem (...) sentar e conversar, com o idoso ele (...) conversar um com o outro” (E10-grupo idosos).*

*“Porque em casa, acha que a gente incomoda” (E1-grupo idosos).*

*“Quando a família ta lá em casa, eles conversam entre eles” (E10-grupo idosos).*

*“Conselho, porque todo mundo evoluiu e eles acham que a gente é... atrasada e eles não aceitam...” (E10-grupo idosos).*

O Estado, instituição que orienta e define os papéis desempenhados durante o curso de vida na sociedade contemporânea, vem construindo a noção de velhice como problema social paralelamente à crescente valorização da idade cronológica no contexto político e



jurídico como critério para definição de investimentos, direitos e deveres (Bourdieu, 1983; Minayo & Coimbra, 2002). Para os participantes dessa pesquisa, o envelhecimento representa marginalização, seja por parte do Estado, seja por parte da família, como mostram os seguintes exemplos:

*“Eu acho assim... o senhor falou do relacionamento entre o idoso e a pessoa que não é idosa, eu acho que o que precisa no Brasil é uma educação, uma aprovação e educação... em relação ao idoso, porque o senhor vê que na Ásia, o tratamento do idoso é completamente diferente, mas porque lá existe uma educação... desde... pequenininho... falando como que se trata... o idoso. Aqui... o próprio governo já faz uma discriminação do idoso, quando ele faz um concurso, ele já põe... é... quantos... quanto anos pode prestar concurso!? certo...” (E10-grupo cuidadores).*

*“... às vezes, a família é... se afasta... tem 5 netos... uma mesma é a que mais... me visita... a outra (...) neta (...) não vai... é difícil .. e ela sente falta!” (E5-grupo cuidadores).*

*“Eu acho que até assim... até nós, né, a gente não pára pra pensar que a gente vai envelhecer, vai se defrontar com isso, no momento como ta hoje... mas realmente a gente é discriminado (...) e às vezes a gente .. O idoso... Parte nossa aqui, né.. Que a gente faz um tratamento diferenciado talvez, né...Mas o idoso, assim ele não é prioridade...Vamos supor... Dentro de um contexto até de saúde, mesmo... A gente coloca como prioridade, mas na verdade se a você for ver... A gente não dá tanta prioridade...” (E2-grupo enfermeiras).*

*“É aquilo, a nossa sociedade não privilegia o velho, né, gente de mais idade, né!” (E1 – grupo médicos).*

*“Então, assim, eu tava... eu vim a pé pra cá, eu moro aqui pra cima, perto da escola X, e eu vim a pé pra cá, e, eu vi assim, aqui é um bairro de idosos, né, falam... tradicionalmente, tal, os aposentados... não sei o quê... É horrível andar nessa cidade! Então, a rua Y! Horrível! Não dá! Calçada cheia de buracos, com*

*lodo! Choveu esses dias, então tem lodo! Tal! Rua cheia... então, assim, não tem nenhum preparo para o idoso num bairro onde tem um grande número de idosos” (E2-grupo médicos).*

### Envelhecimento como possibilidade de exploração pelo meio social

O momento da velhice também é representado como possibilidade de exploração do idoso, ressaltado pelos grupos de médicos, enfermeiras e idosos. Para eles a exploração se manifesta na associação do idoso à figura de um cuidador: aquele que cuida da casa e dos netos para que os filhos possam trabalhar e exercer suas atividades sociais; à figura de um provedor financeiro: único membro da família a possuir renda fixa através de aposentadoria ou benefícios; ou ainda aquele que favorece lazer através da possibilidade de oferecer um local para que os familiares possam passear e descansar. Tais alternativas são citadas como sinônimo de exploração dos idosos e não de reconhecimento e valorização desses.

*“Pelo contato que eu tenho com os pacientes... eu sei que os netos xingam, ofendem, falam “Ah, você tá velho, não serve pra mais nada...” “ não sabe fazer isso ou aquilo...” “ não lava minha roupa direito...” às vezes a pessoa tá até fazendo um favor, agradecer e o outro acaba humilhando...” (E3-grupo médicos).*

*“Então é isso daí. Eu sou assim. O que me prende mais, além da enfermidade é esse problema de filho e de neto. A gente nunca pára de criar neto. É criando neto, é cuidando: Mãe fica com fulano pra mim? Mãe faz isso pra mim? Mãe... É isso! Então nós não podemos desprender a nossa vida...” (E2-grupo idosos).*

*“A minha tem a coragem de me chamar aqui no bairro pra ir lá... pra lá da Central buscar ela de carro. Eu vou fazer 70 anos em setembro, e buscar ela pra lá da Central, pra levar ela no dentista, sendo que, um quarteirão e meio ela chega na rua X, mais um pouquinho ela sobe na Catedral. A gente tem que sair*

*de casa, buscar ela lá, levar ela no bairro, mas aí... ela aproveita: pra ir no banco, pra ir pagar conta, pra ir ao dentista. Chama eu. Outro dia tava chovendo, tava chovendo à tarde e ela me chamou daqui, pra ir lá levar ela na São Benedito, no ponto que era um quarteirão e meio?!? E eu fui! Olha como eu sou burra?"* (E10-grupo idosos).

*"E suga dinheiro da gente? Suga trabalho da gente né?"* (E8-grupo idosos).

*"Coisa que eu já observei assim nas famílias que a gente atende, é que às vezes o papel do idoso na família, é a renda familiar. Então ninguém trabalha... Rs... Não cuida direito do idoso, ele fica lá largado, mas não deixa ir pra asilo, não deixa acontecer nada, porque eles precisam daquela aposentadoria. Isso eu acho super triste, porque às vezes você encontra idoso super mal-cuidado, e você chama assistente social, você chama outros serviços pra ver o que a gente poderia ta fazendo, porque às vezes é um caso mesmo, talvez se fosse pra um lugar que pudesse cuidar... Porque família... tem uma família lá inclusive que é alcoolista... Mas eles não querem... Não querem ficar sem a renda, mas também não quer cuidar... Complicado..."* (E7-grupo enfermeiras).

*"Eu penso que as pessoas mais idosas têm que respeitar... as pessoas novas têm que respeitar os mais idosos. Agora, exigir que faça as coisas? Ao contrário, os jovens é que deviam fazer"* (E6-grupo idosos).

*"O que eu vejo lá na minha área rural é que às vezes o idoso é só pra parte de lazer... Tem uma senhora que mora sozinha... Tem um sítio que é super agradável, mas os filhos só vão de feriado, fim de semana, usufrui o lugar, ma ela fica lá... Ah... a senhora mora sozinha? Ah, mora eu e Deus.. Risos... Então... Ela serve, mas... Quando convém à família, né..."* (E5-grupo enfermeiras).

### Trabalho voluntário como forma de ter um papel social reconhecido

Os grupos de enfermeiras, médicos e cuidadores apontam o trabalho voluntário exercido por idosos como alternativa para o favorecimento das potencialidades do idoso

saudável, melhorando seu autoconceito. Lafin (2004) sugere que o voluntariado exercido por idosos é uma possibilidade de sair da exclusão e exercer a cidadania. Contudo, diferentemente do que ocorre nos países ricos, nos países em desenvolvimento o voluntariado é quase sempre composto por pessoas extremamente carentes; dessa forma, embora represente uma alternativa de projeto de vida e reinserção social, o voluntariado não pode bastar como um fim em si mesmo: para que o idoso possa realmente exercer sua cidadania com dignidade, há que se garantir a satisfação de suas necessidades básicas. Portanto, observa-se que o trabalho tem papel importante no que se refere à possibilidade de reconhecimento social significativo.

*“Ele poderia contribuir no... Em programas comunitários. Se ele já é um aposentado, ou se ele nunca... Se trabalhou em casa, por exemplo, uma dona de casa, da terceira idade. Ele poderia ser inserido em programas comunitários onde ele se sentisse útil...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Ah, eu acho que dependendo da profissão que ele tinha, entendeu... Nem sempre ele precisa ficar afastado... Dependendo, se ele for um profissional liberal, por exemplo... Se ele for um enfermeiro... Risos... Não sei...Ela pode doar um certo tempo do trabalho dela pro posto de saúde... Sei lá, dando uma palestra pra gestante... Ela pode fazer essas coisas...” (E6-grupo enfermeiras).*

*“Eu acho assim, você falou o idoso. Eu acho assim... que ele é muito importante , é... quando ele está bem, como está esse senhor aqui, e que ele possa... que o idoso possa ser aproveitado... nas firmas... pra ... tem muita... firmas que abrem e precisa de uma pessoa pra... passar o que ele aprendeu, pra ensinar os jovens... por exemplo... mecânico, serralheiro né? .. .como que se diz... trabalhar com montagem né? Carpinteiro, pintura... enfim, até... quando ele é contador... orientar os jovens, como se faz... que já é contador, e que estudou um trabalho de contador e vai estudar como que tem que ser feito... eu acho que ... o idoso ... se ele ta inteiro e tem condições de contribuir... acho que esse.. é o papel do idoso que poderia ser aproveitado até pelo governo..pela própria faculdade né? Inclusive você vê aí.. tem a estrada de ferro... é...*

*inativa... se o governo amanhã quiser... reativar isso... pode aproveitar e procurar esses... esses idosos que trabalham, que têm conhecimento... eu acho assim... que o idoso, se ele está bem, ele pode ser... muito útil... inclusive essas casas que fazem trabalho voluntário... e que muitos gostariam de ir trabalhar... sem... sem remuneração nenhuma... essas casas que prestam serviços à comunidade, se elas têm condições de dar alguma coisa pro idoso, seria muito bom, porque seria... um ganho a mais... porque tem muito idoso aí que tá precisando de dinheiro né? Então eu acho que essa é a contribuição do idoso, a partir do momento que ele esteja com a cabeça boa (...) Eu acho.. que essa é a contribuição do idoso” (E3-grupo cuidadores).*

Com relação ao papel social do idoso, os grupos de médicos, enfermeiras e cuidadores apontam a possibilidade de reconhecimento positivo a partir do momento em que experiências e sabedorias acumuladas ao longo da vida pudessem ser transmitidas. Entretanto, a idéia de envelhecimento como momento de perdas e dependência associadas à diminuição da saúde e ao final do trabalho prevaleceu entre todos os grupos para os quais o isolamento e a marginalização são evidentes. Essa forma de representação do envelhecimento foi marcante no grupo de idosos. Para os grupos de médicos, enfermeiras e idosos além de isolamento e marginalização, muitos idosos são explorados financeiramente ou em atividades domésticas, sem reconhecimento de sua importância, especialmente na família. Os grupos de médicos, enfermeiras e cuidadores apontam o trabalho voluntário exercido por idosos como possibilidade de reconhecimento social positivo.

## CUIDADOS E RECURSOS

Foram elaboradas categorias a partir das respostas às questões descritas a seguir destinadas a investigar as representações dos grupos sobre formas de cuidado e recursos disponíveis na comunidade:

**Quadro 2:** Categorias relacionadas aos cuidados e recursos e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Cuidados e Recursos</b>	<b>GF onde foram encontradas</b>
-Quando um idoso torna-se dependente qual seria a situação ideal para ele ser cuidado? -Que recursos há para idosos nesta comunidade?	
Família como cuidador preferencial	Todos os grupos
Cuidados como sobrecarga para a família	Médicos, enfermeiras e cuidadores
Atendimento aos idosos sobrecarregando os serviços de saúde	Médicos e enfermeiras
Ausência de recursos para cuidar dos idosos	Médicos, enfermeiras e idosos
Serviços disponíveis (Aconchego/CCI/Casas de repouso/Asilo)	Cuidadores e idosos

#### Família como cuidador preferencial

Quanto aos cuidados, houve consenso entre os grupos em eleger a família como principal cuidador para os idosos considerando a afetividade como parte importante da tarefa de cuidar. Conforme Leme & Silva (1999), a família tem papel de destaque dentre as estruturas sociais, pois é o espaço da intimidade e aponta que especialmente no caso dos idosos, respeitar seu “habitat” pode ser decisivo para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental. Segundo Minayo & Coimbra (2002), como o envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo de forma intensa, outras instituições além da família estão passando a prestar mais atenção as questões relativas a essa faixa da população; contudo, a abordagem privada do envelhecimento continua presente nas políticas e práticas sociais de cuidado ao idoso delegando à família a responsabilidade maior sobre os cuidados em detrimento das mudanças em sua estrutura, composição e dinâmica que acarretam em dificuldades práticas e relacionais. As primeiras podem ser associadas às questões financeiras e às demandas por cuidados que muitas vezes encontram, entre outras, barreiras físicas que dificultam a

adaptação arquitetônica das casas no espaço físico restrito das moradias por conta da urbanização. As segundas, aos conflitos entre gerações por conta da distância cultural entre os diversos membros que agora compõem a família, caracterizada por diversas gerações convivendo num mesmo espaço, muitas vezes restrito.

Assim, nos exemplos a seguir, percebe-se que a família vem sendo representada como cuidador preferencial para idosos dependentes, reconhecendo-se a importância da afetividade, muitas vezes associada à responsabilidade filial ou entre cônjuges; além do fato de tentar se proteger de cobranças sociais (Cerqueira & Oliveira, 2006). Nesse sentido, embora haja o reconhecimento de que mudanças ocorreram na organização e estrutura da família dificultando os cuidados, ela continua sendo depositária de expectativas e cobranças em relação aos cuidados não se questionando, até esse momento, a ausência ou precariedade do apoio institucional reproduzindo o discurso das práticas sociais de cuidado ao idoso que tendem a responsabilizar a família pelos cuidados referindo-se ao envelhecimento quase sempre como problema (Veras, 1995; Minayo & Coimbra, 2002; Saad, 2003). A idéia de obrigação dos membros mais jovens para com os mais velhos de uma família no que diz respeito aos cuidados também foi encontrada no estudo realizado na Índia, conforme Patel & Prince (2001), assim, a representação da família enquanto cuidadora dos idosos foi comum nos dois países, apesar de suas diferenças culturais.

*“No domicílio, né... Com a família... Em casa...” (E2,5 e7-grupo enfermeiras).*

*“Quem pode suportar isso aí, acho que é o núcleo familiar...” (E2-grupo médicos).*

*“Eu acho que é a família em primeiro lugar. Se tiver vários filhos vão... fica... vamos supor: a pessoa determina lá: dois ou três meses com cada um né? Pra não cansar um só. Às vezes as condições dele*

não dá... se a família é pequena (...) também mesma coisa. Agora no caso de não ter família... alguém tem que cuidar né?” (E10-grupo idosos).

“Olha eu acho melhor em casa. Da minha família foi tudo em casa, sabe? Eu cuidei da minha sogra, eu que... ela mora em Pereiras... que ela... ficou doente, e veio aqui e cuidei com todo carinho! Até o final! E a minha mãe... morreu com 97... eu saía daqui... 250km e ia lá pra (...)... de dois em dois meses sabe? Minha mãe com 90 anos... ela vinha aqui na minha casa ainda! Traziam ela. Meu pai era bem de vida sabe? E ... o meu irmão... não o caçula, o caçula é ... já faleceu (...). e o outro que era solteiro, tinha uma empregada que cuidou da mãe até o fim sabe? E depois no final puseram uma enfermeira...” (E3-grupo idosos).

“Cuidar em casa né? Dentro de casa... numa cama né?” (E4-grupo idosos).

“Viu o... idoso... não chegou lá ainda... mas ele quer viver... assim... no mundo dele... ele tem o mundo dele! Mas não quer ser isolado também! Ela quer (...) essa minha senhora aí... nossa! (...) ela gosta também... festa, sair, passear, bater papo... aqui mesmo (...) Agora, em casa, não (...) ela pede pra tomar banho: Ai, eu quero tomar banho, não agüento!... eu ponho uma roupa que eu gosto, ela vai lá e tira... eu falo: Porque que você tirou minhas roupas? E ela fala: Não! É essa aqui que eu quero! Sempre que ela vem aqui a turma fala: Ai, ta bonita hoje! Ela fala: Ai (...). quer dizer, ela não ta completamente esclerosada. O dela é o Mal de Alzheimer... então é complicado né? Mas a gente leva...tranqüilo, dentro de casa... então eu digo que não quero outra pessoa, porque não vai fazer o trabalho que eu faço... nós vamos completar 50 anos de casados agora em julho... então, se eu (...) do início do casamento... sempre foi boa pra mim, pros meus filhos... tudo, quer dizer, agora não (...) e se fosse o contrário? Tenho certeza que ela faria o mesmo... (...) parei de trabalhar agora em dezembro, sou aposentado... funcionário público aposentado... mas ... eu sonhei com tanto... eu trabalhava... até dezembro... quando vi (...) ficava sozinha em casa... chegava ela tava triste, ela ficava desesperada (...) parei de trabalhar... aposentei de vez! (...) no Aconchego, aqui ela se adaptou que é uma beleza... ela não vê a hora... chega de sábado e Domingo: aí não vamos (..) hoje? (E5-grupo cuidadores).



*“Eu... eu acho assim... que... instituição... em primeiro lugar, que não é toda família... como ela... chorou aí... não é toda família que tem a coragem de deixar lá... 24 horas eu acho assim que o ideal... é como o Aconchego... que fica aqui, poucas horas. E depois volta pra casa... que você dá... uma... um relaxamento né? E depois vai pra casa!... Agora uma instituição é muito boa... pra aquelas pessoas que não têm família, que... não têm quem cuide... que vive lá, jogada... passando fome... não toma banho, não troca de roupa, não tem nada que... se você percorrer Botucatu... você vai encontrar... aos montes! Que tão com mal de Alzheimer, tão esclerosado, e outros que estão bem... mas... por causa da própria idade não têm capacidade de se cuidar...” (E3-grupo cuidadores).*

*“Acho que em casa é o melhor... o melhor local” (E8-grupo cuidadores).*

#### Cuidados como sobrecarga para a família

Apesar da representação da família como cuidador ideal, as questões relativas à sua sobrecarga foram apontadas pelos grupos de enfermeiras, médicos e cuidadores. Assim, o idoso dependente deve ser cuidado em casa e pela família, tanto pela questão do afeto, como pela própria preservação da identidade deste; mas da mesma forma, esta família precisa receber apoio e orientação, tendo em vista que as dinâmicas familiares são diversas e muitas vezes a figura do cuidador não pode contar com apoio do restante da família para dividir suas tarefas e angústias, tendo seu cotidiano completamente alterado e sua atividade social reduzida. Perracini e Neri (2002) lembram que embora outros integrantes da família possam colaborar na tarefa de cuidar, isso geralmente não se dá de forma contínua, de modo que uma única pessoa da família acaba assumindo o papel de cuidador principal, o que se caracteriza em uma responsabilidade a mais entre muitas outras que a pessoa já possui, como as responsabilidades sociais, familiares e profissionais. Nesse sentido, o cuidador se vê obrigado a reorganizar sua vida nos mais diversos aspectos, assumindo

tarefas muitas vezes desconhecidas e desgastantes, com níveis de exigência práticos e relacionais extremamente altos. Embora não se deva homogeneizar a experiência de cuidar, é fato existe um impacto negativo na saúde do cuidador, seja pela alteração brusca de sua rotina, seja pelas dificuldades no relacionamento com os idosos dependentes. Assim, muitos cuidadores sofrerão sintomas de ansiedade e depressão, terão dificuldades no trabalho, poderão desenvolver problemas comportamentais como isolamento e demonstrar sinais de cansaço e insatisfação, além de angústia e solidão (Zarit, 1997; Scafuzca, 2000; Néri & Sommerhalder, 2002; Torres, 2004; Cerqueira & Oliveira, 2006).

A representação do cuidado associado ao ônus psicológico e social decorrente ou não da possibilidade de dividir a tarefa, especialmente com outros familiares e vez por outra com algum serviço de saúde, além das dificuldades financeiras e práticas foi apresentada pelos grupos.

*“... O que acontece a maioria das vezes que a gente vê, é que uma pessoa fica com todos os encargos, e ela adocece... Os cuidadores em geral são tão adoecidos como... A pessoa que tá doente... Fica privada de toda a possibilidade dele ter alguma coisa dela mesma...” (E4-grupo médicos).*

*“Ah... Eu não penso com a família... Porquê esse cuidador? E esse cuidador, gente?” (E4-grupo enfermeiras).*

*“Eu tive uma experiência com uma idosa aqui em Botucatu, que ela até acabou falecendo. Mas no começo, quando só ela estava cuidando, a gente sentia que ela não tava bem cuidada, que tava suja, que tava... E você sentia aquele cansaço assim na filha... Você sentia que tava difícil. Você percebia que aquilo tava sendo difícil. Aí a gente começou a fazer acompanhamento desse idoso. A auxiliar começou a ir... Fazer o curativo a ajudava naquele momento, a gente começou a fazer hidratação na pele... Coisa simples... Ela animou super assim” (E7-grupo enfermeiras).*

*“Não, não é... Eu acho que é um desgaste imenso, porque o que a gente vê é que as famílias, quando é pra cuidar, elas não se unem pra cuidar. E quando é pra cobrar, elas se unem no cuidador, entendeu. Então eu acho que o cuidar do idoso... Não pode tirar ele do seu ambiente, do seu habitat e tudo, mas... Tem que ser pago uma pessoa outra... Não familiar” (E4-grupo enfermeiras).*

*“E a gente vê que quando a gente entra pra ajudar mesmo que nem a 7 falou... A gratificação que a família fica, né... Como se aquilo que a gente tivesse fazendo... Ir lá fazer um curativo, fosse a melhor coisa do mundo que você podia fazer por ela... Pra ver o grau de desgaste que o cuidador fica. Acho que o cuidador precisa mesmo de um respaldo de ajuda mesmo, pra sair um pouco da casa, pra fazer uma outra atividade, porque geralmente o cuidador fica 24 horas em cima daquilo... eu já ajudei um cuidador... Eu vi o desgaste que era, pq o idoso não dormia, chamava a noite inteira... Quando colocava soro, ficava assim a noite inteira sem dormir, e é um desgaste físico e psicológico, muito..mulher...” (E5-grupo enfermeiras).*

*“Eu acho que a família e... requer muito dinheiro né? (risos) porque eu passei uma situação dessa, eu sei o quanto que é duro!” (E8-grupo idosos).*

*“Então quando meu marido ficou doente... nossa! Foi muito difícil pra mim, porque eu lidei com doente 28 anos... e eu aposentei porque já não dava... aí meu marido ficou doente... desde março... mas ele é uma pessoa boa, ele não é estúpido, ele não é de cair muito... não reclama nada... tudo pra ele ta bom!... adora ver os filhos né? Em casa... quer ver ele feliz é a família ta em casa!” (E6-grupo cuidadores).*

O grau de incapacidade e dependência do idoso tem sido apontado por diversos autores como tendo forte impacto na saúde do cuidador (Perracini & Neri, 2002; Neri & Sommerhalder, 2002; Cerqueira & Oliveira, 2006). O grupo de enfermeiras identifica a sobrecarga como decorrente do aumento do nível de dependência e portanto do aumento das exigências em relação ao cuidador.

*“E a gente tem idosas as características que o ambiente não ajuda, então, por exemplo... Vocês lembram, banho no leito, né, o tanto de material que (...)... Bacias e baldes, e altura da cama hospitalar é ótima, porque você... Ainda assim você morre de dor na coluna, imagina na casa que a cama nem sempre é hospitalar, a maior parte das vezes é uma cama comum, que eles tem que se agachar... a cama é mole... Pra trocar lençol... Vocês lembram banho no leito o quanto é difícil... Então... E ainda assim, nós que estudamos, imagina uma pessoa que nunca fez aquilo, dar um banho assim... Uma diarréia se torna uma coisa terrível... pq assim entendeu... a pessoa já trocou varias vezes a cama, cada troca é uma novela inteira pra ser realizada, então é muito difícil... a alimentação às vezes cheia de restrições, às vezes com consistências assim cada vez mais impossíveis... Semipastoso pro semilíquido, entendeu, e fica...” (E6-grupo enfermeiras).*

Múltiplas demandas que desencadeiam cansaço e falta de tempo para realização dos cuidados pessoais, além de outras tarefas, foram relatadas pelo grupo de cuidadores. A expectativa de não saber o que está por vir, associada aos problemas comportamentais dos idosos foi relatada indicando o grau de dificuldade da tarefa de cuidar que, muitas vezes, pode desestabilizar emocionalmente o cuidador.

*“Mas dá... dá trabalho... mas a hora que ele mais dá trabalho é de manhã quando ele levanta porque... ele levanta e não sabe onde tá... nós temos que tá (...) ele não se encontra!” (E6-grupo cuidadores).*

*“Tem hora que tem que sair, não tem com quem deixar...” (E5-grupo cuidadores).*

*“É verdade... que nem, eu dou banho nele... e daí... eu quero tomar banho...daí eu falo pra ele: “Você fica sentadinho aí no sofá, que eu vou tomar banho, aí depois quando eu vou indo pro banheiro (...) então eu espero um dos filhos aparecer...”(E6-grupo cuidadores).*

*“O que ce tá falando é o que eu faço... é a mesma coisa... eu não deixo ele sozinho... eu espero quando ele vai dormir, que aí ele toma medicação noturna (...) aí é que eu vou tomar meu banho sossegadinha !” (E9-grupo cuidadores).*

*“Já faz 20 anos que ele tá doente (...) e a gente vai aprendendo, que as coisas vai aparecendo... eu não quero nem saber o que vai aparecer mais! Daqui pra frente... eu só fico esperando... porque, às vezes, as pessoas falam: ‘É... deixa quando chegar a hora, quem sabe...’ (E9-grupo cuidadores).*

*“Eu não me preocupo comigo... eu me preocupo com ele” (E6-grupo cuidadores).*

*“Um ambiente agradável pra ela, pra ela não se sentir assim... inútil e que... tá dando trabalho! Ele não pode sentir que tá dando trabalho! Então a gente tem que fazer o possível pra dizer que aquilo tudo... é normal... mesmo que pra gente já não é... mas aí, às vezes, a gente precisa dar dura... precisa falar sério, porque às vezes, eles não obedecem quem tá cuidando deles! Tem uma empregada que me ajuda...a cuidar dele... que eu andei passando esse tempo atrás (...) só que, às vezes, ele não aceita... chega de noite ele fala: Não quero tomar banho! (...) sapato é a mesma coisa... ele esconde o sapato... ele quer esse... quer aquele.. tem dia que ele vem com sapato velho aqui... que tá mais confortável no pé dele... então é esse que ele quer por... eu também não ligo... eu deixo o mais possível ele decidir...” (E2-grupo cuidadores).*

*“Mas a... minha também... ela pega as coisas escondidinhas... têm dois pés de mexerica... ela apanhava mexerica e escondia lá no quarto... agora uma coisa que eu achei interessante... esses dias eu pus o jantar... pouco... sempre pouquinho né? E... pus o prato e levei pra ela lá no quarto, porque, às vezes, ela gosta de jantar assistindo televisão... eu falei: Escuta! A senhora comeu ou jogou fora, porque foi... muito rápido! Não... eu comi tudo, eu comi tudo! E eu esses dias, em casa, senti um mau cheiro, eu procurava na cozinha, olhava na cozinha... (...) aqui não tem nada! Aí o dia que ela veio aqui, eu fui... entrei no quarto dela... pra dar uma geral... aí eu não sei porque eu fui... abri uma caixa de sapato... aquele pacote... e fui ver... o que tá tão embrulhado ali... a comida!” (E3-grupo cuidadores).*

O grupo de cuidadores aborda as mudanças ocorridas na estrutura familiar e social, como a inserção da mulher à força de trabalho e aponta que em decorrência disso há necessidade de instituições especializadas como forma de apoio ao cuidado informal (Saad, 2003).

*“Ah! Mas pensando bem... acho que daqui pra frente, principalmente, eu acho que os nossos filhos... não sei... não terão tanto tempo... pra se dedicar pra gente no futuro você... a geração de vocês... eu acho que a vida de vocês vai ser bem diferente da nossa... embora eu sempre tenha trabalhado fora, mas acho que a vida da mulher piorou... e muito e daqui pra frente nós não vamos ter, talvez... alguém... né?... que cuide da gente! Não sei... então, eu acho que pessoas especializadas... seria ideal mesmo... uns lugares pras pessoas passarem o dia... né? Porque... eu não sei gente... eu falo pros meus filhos: ‘Vocês não podem deixar suas vidas de manhã, pra cuidar de mim... não pode?!’” (E9-grupo cuidadores).*

Ainda com relação aos cuidados como sobrecarga da família, o grupo de cuidadores indica a importância dos aspectos relacionais, apontando a ocorrência de problemas comportamentais e reconhece que tais complicadores são decorrentes de um processo de adoecimento, o que só torna o cotidiano mais complicado (Perracini & Neri, 2002; Neri & Sommerhalder, 2002; Cerqueira & Oliveira, 2006).

*“Então a gente não deixa... mais sozinha! E todo lugar que eu vou, tem que levar... e ela é uma pessoa difícil de andar... acha que é jovem tem que andar de salto... sapato de salto... quando tem cinco par... de sapato baixinho, mole, de pano, de tecido, que fica o pé mais a vontade...e põe na cabeça. E outra coisa que eu acho muito difícil e ainda não me adaptei...porque ela é uma pessoa com...muito difícil.. como diz o português bem claro, ela é fingida e falsa..quando é do interesse dela, ela sabe...ser maleável...quando não é, ela é muito dura! Certo! Ela não cede! E o problema é do banho...porque eu já me propus várias vezes de dar banho nela, eu já falei: “a senhora pode não assar, que eu entro, dou banho , na senhora”. Trocar de roupa é... só quando ela acha que deve trocar. Então eu acho assim... falar de problema do idoso eu acho uma coisa muito difícil... muito problemático...principalmente se entrou na esclerose..então é uma coisa que...é uma coisa dolorosa,você ter que cuidar de um idoso nessa situação” (E10-grupo cuidadores).*

*“Sumiram coisas, sumiu dinheiro, tinha dinheiro que eu tinha recebido... a gente recebia mensalmente: onde está o dinheiro? (...) eu pus no chão do carro, o motorista empurrou com o pé... começou a culpar o motorista sabe? As meninas começaram a ficar de olho... E eu falei assim: gente vamos devagar...*

*que eu estou percebendo alguma coisa estranha, não sei exatamente o que?!... Não vamos jogar a culpa em ninguém não...Vamos ver. Depois, ele precisou ficar internado... e se vocês soubessem que o quê de dinheiro eu encontrei na minha casa! ... eram pacotinhos assim... dois, três mil reais empilhadinhos... bem feitinhos!”* (E7-grupo cuidadores).

*“... ele quer sair... eu fecho o portão... eu tenho que fechar o portão!! As vezes ele anda um pouquinho e vai até o portão, vê o cadeado fechado e fica bravo: você me trata igual cachorro, só falta a coleira... Você me... eu até deixo ele falando, eu saio e vou embora...”* (E9-grupo cuidadores).

*“A minha senhora se perdeu três vezes. Ela saía (...) um dia eu encontrei ela na Vila X (...) ela tava parada na esquina, parada, com um pacotinho de carne...”* (E5-grupo cuidadores).

Os achados desta pesquisa, especialmente os expressos pelos grupos de enfermeiras, corroboram a seguinte afirmação: embora a designação do cuidador seja informal, parece que a dinâmica da escolha está baseada em algumas regras, conforme aponta Mendes (1995):

- Gênero – com predominância para a mulher solteira
- Proximidade física – considerando aqueles que residem com ou perto da pessoa que requer cuidados.
- Parentesco – cônjuges antecedendo a presença de um filho.

A mulher, nos países ocidentais, tem seu lugar enquanto cuidadora consagrado, talvez porque a atribuição feminina de prestar cuidados e cuidar da vida familiar seja secular; enquanto ao homem ficou reservada, durante muito tempo, a tarefa de cuidar do sustento e da sobrevivência. Mesmo quando as famílias são compostas por filhos e filhas, é a mulher, mesmo trabalhando fora, quem vai assumir o cuidado ou então será alvejada pelas críticas dos familiares e pela culpa. Os filhos homens poderão prestar ajuda financeira

e vez por outra ajudar no transporte para outros locais (Baum & Page, 1991; Neri & Sommerhalder, 2002). A sociedade precisa lançar mão de outras alternativas em relação ao envelhecimento, pois a mulher exerce importante papel no sustento da família e adquiriu status relevante no quadro do mercado de trabalho, não dispondo de tempo suficiente para dar conta de cuidar dos idosos dependente que a família tende a deixar por sua conta (Saad, 2003).

*“De 10 filhos ser um... o que mora junto... Risos... Mulher... A solteira... Mora perto... é... e aí os outros às vezes manda auxílio financeiro... em datas comemorativas às vezes aparecem também... Risos... Só! E assim, quando tá dando muito problema é mais fácil colocar num asilo. A gente teve dois casos assim agora, na área, recente...” (E2-grupo enfermeiras).*

*“Geralmente é mulher...” (E7 – grupo enfermeiras).*

*“Que ficou que não casou...” (E2 – grupo enfermeiras).*

*“Mesmo aquela que casou e... Mora perto...” (E4 – grupo enfermeiras).*

*“De 10 filhos ser um... o que mora junto... Risos... Mulher... A solteira...” (E2 – grupo enfermeiras).*

Neri & Sommerhalder (2002), chamam a atenção para a escassez de estudos sobre o perfil dos brasileiros que cuidam de idosos dependentes em suas famílias, mas consideram a literatura internacional bastante vasta. Consideram, entretanto, que essa tende a associar diretamente a tarefa de cuidar a prejuízos à saúde dos cuidadores, desconsiderando a heterogeneidade dos padrões de cuidado e bem-estar do cuidador. Entretanto, a posição



ocupada pelo cuidador dentro da família, e principalmente sua subjetividade têm influencia decisiva no processo de cuidado.

Neste sentido, as designações acima elencadas, associadas as intersubjetividades marcadas por histórias de vida muito singulares foram citadas pelos informantes do grupo de enfermeiras como uma especificidade do processo de cuidado, que envolve muitas vezes sentimentos de raiva do cuidador; o que pode ser um complicador na hora de receber orientações e cuidar. De qualquer forma, o grau de incapacidade e as atividades relacionadas á manutenção da sobrevivência e ao manejo de problemas comportamentais revertem em prejuízos á saúde do cuidador. Assim, a possibilidade de dividir a tarefa de cuidar com o restante da família, inclusive contando com um cuidador contratado, o que nem sempre é possível devido à ausência de recursos financeiros; e o apoio de instituições, principalmente as de saúde, poderiam amenizar a sobrecarga dessa tarefa (Zarit, 1997; Cerqueira & Oliveira, 2002; Saad ,2003).

*“Bastante idoso acamado, é aqueles que foram ruins com as esposas...” (E4-grupo enfermeiras).*

*“A esposa quer se vingar...” (E3 – grupo enfermeiras).*

*“E aí como que você pode orientar o melhor, não sei o quê, vendo um contexto que desagrada, porque ele foi horrível pra ela, fez ela sofrer demais, teve outras “n” mulheres, mas no final quem tá cuidando é a esposa que sofreu pra caramba. Por mais que você tente orientar, esbarra no que: no sentimento dela, na historia que ela trás...” (E4 – grupo enfermeiras).*

“Porque às vezes ele não vai reconhecer o filho, aí o filho fica magoado, risos...” (E7 – grupo enfermeiras).

Cerqueira & Oliveira (2006) apontam que é sabido que nem todos os idosos necessitarão de cuidados intensivos durante seu processo de envelhecimento, muitos deles continuarão mantendo relações de reciprocidade com seus familiares e com a comunidade; mas quando a relação de dependência se estabelece, o cuidador pode sofrer ônus importante a sua saúde especialmente no que se refere à forma como ele vivencia subjetivamente a tarefa de cuidar o que não minimiza a importância de outros fatores como disponibilidade de recursos materiais e apoio social, além de apoio psicológico na melhoria e manutenção do bem-estar dos cuidadores.

O “Modelo do Estresse do Cuidador” de Pearlin et al, 1995 (apud Zarit, 1997) é um dos modelos teóricos mais divulgados para explicar o impacto negativo e a manutenção do bem estar de cuidadores de idosos. Ele distingue os *estressores primários objetivos* dos *estressores primários subjetivos*. Os primeiros estariam relacionados às atividades que o cuidador precisa realizar cotidianamente por conta das incapacidades do idoso como: alimentação, higiene e lidar com alterações de humor; já os segundos estariam relacionados aos sentimentos despertados na realização dessas atividades. Esses últimos teriam um papel determinante nos prejuízos que, com a repetição da tarefa de cuidar, poderiam afetar diversas esferas da vida da pessoa, como o trabalho e sua própria vida afetiva caracterizando-se em *tensões secundárias* que abrangem questões financeiras, conflitos familiares e no trabalho provenientes da condição de cuidador.

Atendimento aos idosos sobrecarregando os serviços de saúde / Ausência de recursos para cuidar dos idosos

Na lógica da desvalorização do idoso, os recursos institucionais para amparar esta população são apontados pelos grupos de médicos e enfermeiras como escassos e insuficientes. A ausência de recursos também foi apontada pelo grupo de idosos. O grupo de cuidadores não fez referência à ausência de recursos, talvez pelo fato de se constituir um grupo que tem acesso a alguns serviços, como é o caso do CCI “Aconchego”.

*“Do município... assim, não conheço muita coisa não... Eu conheço assim, é clube” (E3-grupo médicos).*

*“Não tem... Que eu saiba não tem estrutura” (E7-grupo enfermeiras).*

*“Porque não tem programa de internação domiciliar aqui nesse município, e... Eu não sei como é que fica... Vocês sabem?” (E3-grupo enfermeiras).*

*“É ... acho que a gente tem que ir por conta!” (E1-grupo idosos).*

Isso acaba sendo percebido como sobrecarga para a rede de atenção básica, tal como foi expresso pelos grupos de médicos e enfermeiras. A rede básica foi apontada por eles como principal alternativa para se atender os idosos, além de representar a única via de escuta para esses, que recorrem aos serviços para receber afeto e atenção (Uchoa, 2003; Lima Costa et al, 2003). Esta problemática é acentuada pela precária condição social das

famílias, já sobrecarregadas pela necessidade de trabalho e pela falta de tempo, agravada pela presença de um idoso, muitas vezes dependente. Por tudo isso, ter um idoso em casa é apresentado como significando preocupação e dificuldades. Assim, segundo os entrevistados, alternativas de cuidados deveriam ser criadas. Também para os grupos de profissionais da saúde estudados na Índia conforme descrito por Patel & Prince (2001), os idosos constituem uma parte importante do atendimento da atenção primária. Porém, esses profissionais referem que os idosos chegam aos serviços de saúde com queixas simples referentes a problemas familiares e econômicos, e precisam mais de afeto e atenção do que alguma intervenção médica. Isso sugere que embora as questões referentes ao envelhecimento sejam manifestações comuns, não são legitimadas, muitas vezes, pelos profissionais e serviços de saúde.

*“Acho que tem que sair só da responsabilidade da saúde” (E2-grupo médicos).*

*“Eles vão no posto, eles vão no posto toda hora” (E7 – grupo enfermeiras).*

*“Eles vão no posto, e também tem o outro lado, os de baixa renda também tem baixa escolaridade, tem pouco recurso, então é mais fácil de adoecer porque não ficam nutridos... Sempre não tem uma boa nutrição... Não tem uma atividade física, então o que a gente tem tentado fazer, assim igual ela falou que tem dado resultado, que é a caminhada, quer dizer... Eu acho que aqui alguns começaram com hipertenso e diabético, então a gente viu assim, um resultado na saúde. E assim, o quanto é prazeroso pra eles, porque eles conversam, trocam papos... Eles nunca faltam. Inclusive quando chove, eles reclamam da chuva” (E2 – grupo enfermeiras).*

*“Tem uns que vão todo dia ver a pressão, duas vezes por dia, porque já sabe que ali vai ter atenção...vai conversar...” (E5 – grupo enfermeiras).*

*“... mas a família já tá sobrecarregada, e ainda tem o peso a mais do idoso... Acho que não só as famílias, mas o social não tá preparado... Porque a família já tem um monte de problema, já trabalha com dificuldade” (E4 – grupo médicos).*

*“Na população... Na população carente mesmo, que a gente trabalha, na periferia... Não adianta. O que eles vêm é pro posto, e eles querem que a unidade de saúde assuma integral... Essa é a realidade local...” (E3 – grupo enfermeiras).*

*“... às vezes você fica pensando... Todo mundo trabalha a semana inteira... Corre pra lá, corre com filho... Vai ficar indo a casa vê se todo dia, se comeu... Não dá! Quem tem uma vida ativa, e tem idoso na família, não dá pra você ficar dando assistência diária, a cada dois dias, pra quem trabalha oito horas, tem filho e casa pra cuidar...” (E4 – grupo enfermeiras).*

*“... tanto que isso é verdade que há a necessidade de buscar centros de terceira idade, de formular políticas que envolvam o idoso, justamente porque ele não tem esse papel. Se ele tivesse, já seria uma coisa que fosse criada, e ninguém precisava fazer mais força pra que ele fosse aceito. Então é aí que a gente começa a ver as dificuldades... no transporte, de um ônibus que não para no ponto quando tem um idoso, de consultas... dos preços de planos de saúde, e de tantas outras dificuldades que a gente sabe que o idoso encontra, justamente por... pela sociedade tá vendo a necessidade de criar um papel pra esse idoso, que fica marginalizado, sem função nas casas das pessoas... O que não é o correto. São pessoas úteis, pessoas que tem muitas coisas que podem contribuir pra sociedade” (E6 – grupo enfermeiras).*

Tudo isso dificulta o acesso aos poucos serviços de saúde; mesmo apesar das propostas de reorientação do modelo assistencial no âmbito do SUS visando o aumento da equidade como é o caso do PSF e da própria política de atenção á saúde do idoso, que não sai do papel (Silvestre & Costa Neto, 2003).

*“Bem, a gente vai... De nós? Ah gente faz um curativo, faz movimentação ativa no leito, faz essa “massaginha”, hidrata... Porque não tem internação domiciliar como nos municípios existe já... Já tem internação domiciliar. É um outro serviço, são outras equipes, só fazem isso, porque eu já trabalhei com internação domiciliar. O Saúde da Família, eles querem que a gente assuma integralmente. Que você vá de manhã e à tarde... às vezes quer que você vá 3 vezes por dia, e você vai e assim, todo mundo fumando na casa, uma precariedade total...” (E3 – grupo enfermeiras).*

*“Que isso a gente pode tá colaborando junto. Eu acho que o Saúde da Família colabora com isso assim, além da proximidade, poder vislumbrar essas outras possibilidades, né, e você vê um ganho de muitos pacientes que começam a enxergar... Só num prazo... Né... Mas eu venho de experiências que a gente consegue fazer esse trabalho assim, de mudar um pouco. Mas tá.. o acesso ainda precisa mudar muito” (E2 – grupo médicos).*

*“Eu acho que com o Saúde da Família, deve ter melhorado, pq é mais perto o posto, é mais fácil de ir, mas mesmo assim alguns tem dificuldade” (E4 – grupo médicos).*

Outros fatores referidos especialmente pelo grupo de médicos são questões muito particulares à atuação dessa categoria profissional, que se vê pressionada frente às demandas provenientes da população idosa e ao mesmo tempo limitado pela própria organização dos serviços.

*“Olha, eu acho que... o que eu percebo assim, é que é mais fácil quando o paciente chega bem, chega bem humorado, sem se queixar... a equipe recebe muito melhor. Porque o paciente que se queixa, que se lamenta, que diz que o remédio não tá dando certo, que.. As pessoas já não querem ouvir aquilo. Passam meio de lado, e se puder passa pro outro... já vai... não é verdade? É natural isso...” (E4-grupo médicos).*

*“Não assim, quando a gente vê um velhinho assim, com essas dificuldades todas, você tem que... geralmente vê dá uma olhada pro resto da agenda sua quantos pacientes tem, né? Ai, meus Deus, esse aqui eu vou gastar... uma hora... e não vai dar tempo...” (E1-grupo médicos).*

### Serviços disponíveis (Aconchego/CCI/Casas de repouso/Asilo)

Outros recursos apontados, especialmente pelo grupo de cuidadores foram: Centro de convivência do idoso “Aconchego”, Centro de convivência do idoso municipal (CCI), casas de repouso e asilos. É provável que esse grupo tenha apontado mais recursos por terem tido que buscar alternativas de cuidados para seus familiares.

*“O aconchego (...). Pra descansar a família né?” (E1-grupo idosos).*

*“Tem muita casa de repouso que a gente... não conhece... e a gente não sabe como que funciona né? E como que o idoso é tratado... se eles pegam o dinheiro e se eles tão cuidando realmente do... do idoso como que eles tão sendo cuidado... tem o asilo que a gente acha assim... que o asilo é uma coisa assim, mais de credi.... credi-bi-li-da-de...mais de crédito né? Que a gente tenha um pouco mais de confiança... ter um pouco mais, confesso, porque eles são mais... fiscalizados ... e eles têm elementos dos próprios vicentinos... que estão ali dentro né?” (E3-grupo cuidadores).*

*“E tem aqui o Aconchego, que ta que ta aqui tentando se levantar né?” (E5-grupo cuidadores).*

*“Ah! Tem o CCI... CCI é da Prefeitura... eu acho assim, que a... já que você ta querendo... eu acho assim que nós temos que ter... mais Aconchegos e mais CCIs, porque a CCI é mais... pra aquele idoso que não ta esclerosado né?” (E10-grupo cuidadores).*

Apesar disso, com relação aos cuidados e recursos para idosos, todos os grupos consideraram a família como espaço preferencial para os cuidados. Santos (2003), ressalta

que em todo o mundo, cerca de 90% dos idosos são cuidados em casa e por familiares. A autora lembra que o “cuidador familiar” ganhou status e responsabilidades no Brasil com a Política Nacional de Saúde do Idoso (portaria nº 1.395/99), tendo em vista que tal política propôs um redirecionamento dos cuidados aos idosos para a esfera privada do interior das casas. De qualquer forma, lembra a autora “*o grande diferencial da realidade brasileira e os demais países é que, no Brasil, os cuidadores familiares que prestam cuidados aos idosos no contexto domiciliar o fazem sem contar com qualquer tipo de apoio ou sistema formal...*” (Santos:2003, p.205). Nesse sentido, aspectos referentes à sobrecarga dos cuidados para as famílias foram amplamente abordados pelos grupos de médicos, enfermeiras e cuidadores. As principais queixas referem-se ao não reconhecimento pelo restante da família e pela sociedade do papel de cuidador; ao cansaço decorrente das tarefas excessivas impostas pelo dia-a-dia; às críticas provenientes da família, dos próprios idosos e, por vezes, de profissionais de saúde quanto ao desempenho do papel de cuidador e à necessidade de ajuda institucional. O grupo de idosos ficou restrito às questões financeiras da sobrecarga. De modo geral, os recursos foram considerados escassos por todos os grupos, talvez isso possa ajudar a compreender a referência que os grupos de profissionais apresentaram com relação à sobrecarga para os serviços de saúde existentes, responsabilizando e muitas vezes culpabilizando as famílias de idosos.

A seguir serão analisadas as categorias relacionadas à saúde mental do idoso - depressão.



**Quadro 3:** Categoria relacionada à saúde mental do idoso – depressão/compreensão sobre o caso descrito; e grupos focais onde foram encontradas.

<p align="center"><b>Saúde mental do idoso – depressão</b>  <b>Compreensão sobre o caso descrito</b>                      -O que vocês acham que está acontecendo com esta pessoa?                      -Isto é um problema de saúde?                      -Qual o nome que se usa para isto que esta pessoa tem?</p>	<p align="center"><b>GF onde foram encontradas</b></p>
Depressão como doença	Todos os grupos

#### Depressão como doença

A maioria dos informantes reconheceu os sintomas descritos pela vinheta de depressão como sendo uma doença, um problema de saúde mental ou um problema de saúde pública. Alguns integrantes dos grupos confundiram os sintomas descritos no caso de depressão com sintomas de doenças degenerativas. Os termos mais comuns utilizados para descrever o quadro foram: isolamento, preocupação, problema de saúde física e mental, síndrome depressiva, depressão, problema de cabeça, osteoporose, cansaço, estresse decorrente de problemas familiares e Alzheimer.

*“(problema) Físico e mental” (E2- grupo médicos).*

*“Porque eu considero assim, né... saúde é quando a pessoa ta com dificuldade de lidar com os... com as voltas da vida, né?” (E4-grupo médicos).*

*“Tá entrando... Pode até entrar num processo de depressão. É... É um problema de Saúde Pública” (E3-grupo enfermeiras).*

“Com...(.)como diz...já tem...sistema nervoso...assim né? Depressão...seria uma coisa assim...eu acho isso!” (E1-grupo idosos).

“Ela não tem condições precisaria de um médico né? Porque senão” (E9-grupo idosos).

“Eu acho que é? Acho não, tenho certeza! Depressão profunda!” (E6-grupo idosos).

“Ela ta muito doente!” (E3-grupo cuidadores).

“É uma demência! É o começo de um... de um problema de cabeça... esses nomes que a gente dá hoje...” (E10-grupo cuidadores).

“Eu acho que só dela não conseguir fazer mais o que ela fazia, já é o início de uma doença! Né? Porque não importa nem o que está acontecendo com os filhos. O que importa é o que está acontecendo com ela... porque ela é que não está conseguindo fazer o que ela fazia mais... então por causa disso é que ta a preocupação nela... porque ela não ta conseguindo... a cabeça dela não ta conseguindo fazer o que ela fazia antes!” (E6-grupo cuidadores).

“Eu acho que é uma doença degenerativa... porque ela ta perdendo as capacidades...” (E8-grupo cuidadores).

“Eu já acho assim... que é um... deve ser doença né? Um esgotamento físico, mental... início do que... seria... de uma depressão? Depressão começa assim?” (E7-grupo cuidadores).

**Quadro 4:** Categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/causas; e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Saúde mental do idoso – depressão/causas</b> -O que pode ter deixado esta pessoa assim?	<b>GF onde foram encontradas</b>
Atribuição aos sintomas à abandono, falta de afeto, perdas e questões familiares	Todos os grupos
Sintomas identificados como “naturais” ao envelhecimento	Todos os grupos
Atribuição aos sintomas à fatores hereditários	Cuidadores

Atribuição aos sintomas à abandono, falta de afeto, perdas e questões familiares

Os grupos consideraram que o quadro apresentado na vinheta de depressão (anexo 2) é um problema comum entre os idosos e pode estar relacionado a problemas sociais e econômicos que geram muita preocupação.

Solidão, carência afetiva, perdas, falta de ocupação e aposentadoria; além da caracterização da mulher enquanto cuidadora da família foram apontados como possíveis causas para o quadro. Também no estudo realizado em Goa, Índia, o foco para estes problemas ficou concentrado nos problemas sociais em detrimento dos aspectos da saúde (Patel & Prince, 2001).

*“Às vezes os filhos saíram de casa... eles casaram... foram embora...” (E1-grupo médicos).*

*“Algum problema familiar...” (E4-grupo médicos).*

*“Solidão...” (E5-grupo enfermeiras).*

*“Ela precisa ser ouvida, né... Ser acolhida...” (E4-grupo enfermeiras).*

*“Carente... o idoso na verdade é carente. Ninho vazio” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Eu fiquei assim, depois que meu marido morreu!” (E4-grupo idosos).*

*“Brigaiada, discussão...” (E7-grupo idosos).*

*“Filho que, às vezes, falam uns palavrões...” (E6-grupo idosos).*

*“Relacionamento errado né?” (E1-grupo idosos).*

*“Precisa ver como é que vive o casal né?” (E6-grupo idosos).*

*“Ou será os filhos... o próprio problema que ela ta tendo dentro da casa dela... eu acho que em primeiro lugar tem que conversar com ela e ver o que está se passando dentro...da casa...” (E3-grupo cuidadores).*

### Sintomas identificados como “naturais” ao envelhecimento

Assim como nos achados descritos por Patel & Prince (2001), houve forte tendência em considerar os sintomas como um estado “próprio” do envelhecimento em todos os grupos, enfatizando a frequência com que esse problema acomete os idosos. Corroborando com esses achados, Veloz *et al* (1999), em um estudo sobre representações sociais do envelhecimento, encontraram a representação do envelhecimento como desgaste natural do organismo.

*“Quase todos os idosos tem essas queixas, né! (E5-grupo médicos).*

*“Acho que chama atenção o idoso que não tem queixa, né, que chega numa boa, que conversa, que dá risada, né... esse chama mais atenção que essa mulher...” (E5-grupo médicos).*

*“Eu tô achando que ela ta se conscientizando, numa fase da vida dela, das limitações que a idade tão trazendo pra ela, entendeu, e que talvez ela não tenha solução pra todas as coisas...” (E6-grupo enfermeiras).*

“Porque...a gente não sabe a situação dela como é né? E nessa idade já...a vida é assim mais ou menos né?” (E6-grupo idosos).

“É o próprio envelhecimento mesmo! É isso aí?” (E7-grupo cuidadores).

“Mas... se tem uma pessoa...de 25 anos...30...e a de 65...eu acho que é mais fácil a pessoa de 65...70... ela não tem mais agilidade... que ela tinha antigamente! Ela começa a parar mesmo! Eu vejo por mim... eu não parei...lógico! Mas eu já não faço, o que eu fazia a muito tempo atrás...então ...” (E7-grupo cuidadores).

#### Fatores hereditários como causa

O fator hereditário foi apontado como causa para os sintomas descritos na vinheta no grupo de cuidadores.

“Minha mulher teve (...) e é hereditário” (E5-grupo cuidadores).

**Quadro 5:** Categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/tratamentos; e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Saúde mental do idoso – depressão/tratamentos</b> -O que pode ser feito por esta pessoa? De quais cuidados ela necessita?	<b>GF onde foram encontradas</b>
Medicamentos, tratamento médico e psicológico	Todos os grupos
Apoio psicossocial	Cuidadores

#### Medicamentos, tratamento médico e psicológico

Tratamento médico, medicamentos e tratamento psicológico foram referidos como formas de tratamento para o quadro apresentado na vinheta de depressão (anexo 2) pelos informantes, especialmente do grupo de enfermeiras, chegando a ponderar sobre os

possíveis efeitos colaterais desses medicamentos, sugerindo uma abordagem organicista do problema, embora a busca de abordagens alternativas tenha sido referida.

*“E é muito difícil isso daí. É um problema de saúde que tem que ser tratado. As medicações hoje de auxílio, pra sair desse quadro, as medicações alopáticas, promovem vários efeitos colaterais no idoso, principalmente os derivados da fluoxetina, e... Se não tiver paciência, entendimento nesse processo, o tratamento fracassa, a família se desgasta...” (E3-grupo enfermeiras).*

Os grupos de médicos, cuidadores e idosos apresentam posição semelhante ao grupo de enfermeiras no que diz respeito às possibilidades de tratamento,0 para o quadro descrito na vinheta, sugerindo abordagens externas para o problema.

*“Não assim, ela não sabe do que ela ta precisando... Ela ta precisando de uma porção de coisas, ta precisando de atenção, ta precisando de cuidado, ta precisando de carinho e até uma medicação também, não sei, né...” (E1-grupo médicos).*

*“Eu acho que um tratamento né?” (E1-grupo idosos).*

*“... Precisa entrar no remédio! Tomei o remédio... ainda ela me deu o remédio, ela falou: (...) vai tomar o normal, pra fazer efeito mais depressa! Porque eu tava, estava ruim mesmo!” (E9-grupo idosos).*

*“Em primeiro lugar tem que levar num médico que seja bom... em primeiro lugar... um bom médico que vai analisar ela... analisar psicologicamente como é que está a casa dela, o que está se passando... Daí ele vai tratar do corpo e da alma... os dois trabalham juntos... pra que ela possa se levantar e ela possa enfrentar os outros problemas com mais tranqüilidade.” (E3-grupo cuidadores).*

No que se refere ao fornecimento do diagnóstico e tratamento da depressão, dilemas cotidianos são referidos, especialmente pelo grupo de médicos. Tais dilemas referem-se tanto às demandas da população por uma solução “mágica” identificada pelo grupo de médicos como às demandas dos próprios profissionais. As primeiras podem ser expressas por meio de um pedido de medicamentos para seus problemas, muitas vezes sociais. As segundas referem-se a alguns profissionais de saúde que pensam ter que dar conta sozinhos daquela situação: ou porque não encontram outra alternativa à demanda de solução trazida pelo paciente; ou porque são capturados pela demanda de produtividade do próprio serviço de saúde, que dispõe de pouco tempo para a realização dos muitos atendimentos e tarefas cotidianas.

*“E você tem que tomar cuidado até pra falar... “Você não tem nada, você tá deprimida” às vezes você pode até piorar” (E2 – grupo médicos).*

*“Ou o contrário, você tá deprimida, daí quer remédio, quer tomar remédio e acha que vai resolver tudo” (E1 – grupo médicos).*

*“Ou a gente pegar e medicar, também... risos” (E2 – grupo médicos).*

*“Ou também, a gente dá o remédio pra ficar livre da situação... pronto!” (E1 – grupo médicos).*

Diferentemente dos grupos de médicos estudados na Índia que reconheceram depressão como um evento comum aos idosos, e não relacionaram sua ocorrência a problemas de saúde, mas explicaram os sintomas como sendo reclamações simples sobre

problemas familiares (Patel & Prince, 2001); os informantes do grupo de médicos aqui estudados identificam o quadro de depressão, apresentado pelos sintomas descritos na vinheta, como um problema de saúde e apontaram a medicação com uma das alternativas para seu tratamento. Apesar dessa postura, identificaram que outros fatores, como os emocionais, sociais e de gênero poderiam também interferir no quadro; de forma que sanar essas faltas poderia contribuir para superar o quadro.

Como Birman (1995) aponta, o conceito de velhice é relativamente recente na sociedade ocidental, contando com pouco mais de dois séculos de existência, e é fortemente arraigado à ideologia biologicista do evolucionismo, de modo que a velhice, enquanto momento de decadência da existência humana e, portanto, de seu potencial produtivo, não possui valor e pode facilmente ser associada a valores muito negativos. Assim, a possibilidade do idoso de ocupar um lugar privilegiado na sociedade, ainda é determinada por sua capacidade de produção e reprodução de riquezas. Porém, como decorrência da aceleração e ampliação do envelhecimento populacional, a visibilidade social dos idosos tem aumentado e exigido um novo olhar para a velhice. O mercado tem forte influência na mudança do lugar do idoso na sociedade. Do ponto de vista econômico, os idosos constituem um promissor e crescente contingente de consumidores para serviços de cultura, lazer, serviços de saúde e até estética. Além disso, do ponto de vista cultural, esse novo olhar traz a possibilidade de reconhecimento da subjetividade do idoso. Isso equivale dizer que é preciso olhar para o idoso não mais como aquele que não possui um lugar social, reconhecimento ou possibilidades de projetos futuros, mas sim como uma parcela da população que vem crescendo em número e qualidade, exigindo e conquistando seus direitos (Birman, 1995; Minayo & Coimbra, 2002).



Sommerhalder & Nogueira (2000) salientam o fato de que a imagem do idoso como doente e improdutivo acaba sendo reforçada, muitas vezes, por pesquisas científicas equivocadas que tendem a associar a velhice apenas às perdas. Tal pensamento pode estar presente inclusive entre os profissionais de saúde, que têm dificuldades em dissociar doença de envelhecimento. Também os meios de comunicação e as relações intergeracionais podem transmitir preconceitos relacionados aos idosos.

O valor negativo atribuído à velhice associado ao alto índice de prevalência de sintomas depressivos nesta população (Veras, 1994; 10/66 Dementia Research Group, 2000a; Cerqueira, 2003; Gazalle, Hallal & Lima, 2004) são apontados pelos grupos de médicos e enfermeiras como complicadores para o manejo adequado desses casos, inclusive por parte da família, apontada como parte importante do tratamento, no sentido de promover afeto e compreensão (Caldas, 2002).

*“É um problema! Se for depressão, é um problema de Saúde Pública que tem que ser tratado, e muitas vezes incompreendido, né, porque a gente não tá preparado pra lidar com idoso depressivo, porque aí ele fica difícil” (E3 – grupo enfermeiras).*

*“É muito comum, muito comum na população, a gente vê isso assim... quantos vocês vêem disso por dia no posto? Por dia! A gente vê... no mínimo umas 5 a 10 pessoas chegam assim no posto todos os dias, com dor nas costas, dor no corpo.. entendeu?” (E6 – grupo enfermeiras).*

*“Acho que é até banalizado isso aí, como é normal ser velho triste” (E4 – grupo médicos).*

*“É comum, e muitas vezes banalizado. Não é um caso pra se chegar no pronto socorro...” (E2 – grupo médicos).*

*“E que a gente nem dá importância na verdade” (E4 – grupo médicos).*

*“Corriqueiro...Todo mundo chega com essa história...” (E5 – grupo médicos).*

*“E não se dá nenhuma orientação...” (E4 – grupo médicos).*

*“Ou até, depois de alguma vezes que essa pessoa começa a repetir a vinda nos serviços, a equipe se sensibiliza. Ou o médico, ou a enfermeira, ou mesmo o agente comunitário que trouxe...” (E2 – grupo médicos).*

*“Isso PSF, agora se for no posto...” (E4 – grupo médicos).*

*“Se for no posto comum...” (E2 – grupo médicos).*

*“Diazepam... dá diazepam...” (Es 4 e 5 – grupo médicos).*

*“Se a família não sabe reconhecer isso... Quer dizer... O filho começa a pegar no pé... Começa a ficar irritado, tal... A família, a tendência é se afastar...” (E2 – grupo enfermeiras).*

### Apoio psicossocial

O apoio psicossocial foi apontado como possibilidades de tratamento pelo grupo de cuidadores, porém sempre advindo da família, esses achados corroboram os achados descritos por Patel & Prince (2001).

*“Tem que tratar o ambiente...” (E8-grupo cuidadores).*

*“Tem que ter o afeto, o carinho também... a paciência... um monte de coisa!” (E6-grupo cuidadores).*

*“Eu acho assim: aqui nós estamos falando da parte material, da parte física assim... mas eu acho muito importante também uma religião, um conhecimento espiritual... e saber porque que a gente ta sofrendo... porque que a gente ta passando por aquele problema... conhecer as doutrinas sabe?... não é só o médico... o remédio...” (E1-grupo cuidadores).*

**Quadro 6:** Categorias relacionadas à saúde mental do idoso – depressão/recursos; e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Saúde mental do idoso – depressão/recursos</b> -O que há disponível em Botucatu para cuidar dela?	<b>GF onde foram encontradas</b>
Aconchego/CCI	Enfermeiras e cuidadores
Postos de saúde, PSF	Médicos
Asilos e outros recursos	Enfermeiras
Ausência de recursos	Todos os grupos

#### Aconchego/CCI

Os grupos de enfermeiras e familiares apontaram o CCI municipal e o “Aconchego” como recursos, porém denotando a idéia de escassez e falta de conhecimento dos recursos existentes para idosos na comunidade.

*“Aquele CCI lá, que é Centro de Convivência do Idoso, mas eu não sei...” (E5-grupo enfermeiras).*

*“Ah! O Aconchego!” (E1-grupo cuidadores).*

*“Só...só o Aconchego não..eu acho assim..” (E8-grupo cuidadores).*

*“Eu conheço o grupo da terceira idade aqui do bairro, porque o posto onde eu trabalho também é aqui no Monte Mor, e fica nessa região do bairro...” (E2-grupo médicos).*

### Asilos e outros recursos

*“Acho que fica mais o recurso dos próprios bairros, centros comunitários, centros de terceira idade, igrejas, que quando não atrapalha, ajudam, né... Algumas né... É, porque tem muitas que atrapalham...” (E6-grupo enfermeiras).*

Embora tenham alguns recursos tenham sido citados, houve consenso em considerar a natureza escassa dos recursos da comunidade, tanto os de saúde quanto os espaços sociais, ficando aos idosos reservada a filantropia e a caridade (Birman, 1995).

*“A gente precisava de mais braços, né? (E4-grupo médicos).*

*“Pra encaminhar, nossa, demora pra caramba pra vir uma vaga, pra psicologia, psiquiatria é complicado” (E7-grupo enfermeiras).*

*“Se precisar de um apoio desse tipo aí...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Eu não conheço nenhum (recurso)!” (E4-grupo idosos).*

*“Não tem nada!” (E4-grupo cuidadores).*

*“Eu acho que não tem” (E2-grupo cuidadores).*

Passaremos agora a apresentar as representações identificadas pelas categorias relacionadas à saúde mental do idoso relacionadas as vinhetas que descreviam os casos de demência (anexos 3 e 4).

**Quadro 7:** Categoria relacionada à mental do idoso – demência/compreensão sobre os casos descritos; e grupos focais onde foram encontradas.

<p align="center"><b>Saúde mental do idoso – demência</b>  <b>Compreensão sobre os casos descritos</b>                      -O que vocês acham que está acontecendo com esta pessoa?                      -Isto é um problema de saúde?                      -Qual o nome que se usa para isto que esta pessoa tem?</p>	<p align="center"><b>GF onde foram encontradas</b></p>
Demência como doença	Todos os grupos

### Demência como doença

Os sintomas descritos foram reconhecidos como sendo relatos de doenças, um problema de saúde física e mental ou um problema decorrente da idade. Os termos mais usados para descrever o quadro foram: esclerose, esclerose múltipla, arteriosclerose, Parkinson, mal de Alzheimer, depressão, amnésia e problema dos neurônios, demonstrando que os grupos, por vezes, confundiram os sintomas de demência com sintomas de outras doenças degenerativas ou até mesmo com sintomas de depressão embora, de uma forma geral, parece haver claramente estabelecida a representação dos sintomas descritos como doença. Na Índia, os casos de demência também foram reconhecidos como doença, mas foram, por vezes, associados a definições bastantes vagas como “problemas dos nervos” ou “nervos fracos” (Patel & Prince, 2001).

*“Ta super orgânico isso daí, né?... Aí assim, uma pessoa que ta num processo de esclerose, de esquecimento, de evolução de... Bem orgânico assim, né? Memória recente completamente prejudicada...” (E2-grupo médicos).*

*“Mal de Alzheimer, que aparece no “Fantástico”. Risos...” (E3-grupo médicos).*

*“Então, me deu essa impressão também... Doença de Alzheimer...” (E7-grupo enfermeiras).*

*“Ah? Não... mais arteriosclerose, né... Um processo arteriosclerótico...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Mas ele tá patológico, né? Esse repetição de coisas, fraco, impaciente, agressivo...” (E4-grupo enfermeiras).*

*“Eu acho que é a doença... que vai perdendo, vai perdendo...” (E4-grupo idosos).*

*“Não vê (...), a pessoa começa a se afastar... da família... tudo... da gente... é o começo do Alzheimer (...), minha sobrinha tão nova e... tá lá (...), tá uma velha!” (E8-grupo idosos).*

*“É uma doença (...) mas então...ela ataca pessoas com...30 anos...40 anos pra frente! Se não tratar, não acertar o tratamento, ela pode... a pessoa vai perdendo... a audição, os movimentos do braço, perna... nem na cadeira de rodas não pode mais andar né? Aqui em Botucatu tem bastante. Parece que têm 16 pessoas que teve esse caso. A minha vizinha mesmo tinha! E ela descobriu...” (E6-grupo idosos).*

*“Alzheimer, demência, até a esclerose... aí é difícil né?” (E10-grupo cuidadores).*

*“Parkinson”(E6-grupo cuidadores).*

**Quadro 8:** Categorias relacionadas à saúde mental do idoso – demência/causas; e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Saúde mental do idoso – demência/causas</b> -O que pode ter deixado esta pessoa assim?	<b>GF onde foram encontradas</b>
Atribuição aos sintomas a fatores sociais e familiares	Médicos, idosos e cuidadores
Atribuição aos sintomas a fatores genéticos e biológicos	Enfermeiras, idosos e cuidadores
Sintomas identificados como “naturais” ao envelhecimento	Todos os grupos

### Atribuição aos sintomas a fatores sociais e familiares

A história de vida associada a fatores psicossociais foi apontada como possível causa para os sintomas apresentados na vinheta pelos grupos de médicos, idosos e cuidadores. Este resultado é semelhante ao encontrado na Índia, que atribuiu aos sintomas a negligência e a falta de cuidados pela família (Patel & Prince, 2001).

*“Eu fico achando... nunca fiz trabalho nenhum, só achando mesmo, que se a gente fosse investigar mais esse esquecimento, a gente encontraria tristezas, traumas, um monte de coisas por de baixo... né, mortes, às vezes ficou viúva, às vezes separação de filho... eu fico achando isso...” (E4-grupo médicos).*

*“Ah! Deixar eu acho... por exemplo, muita preocupação não? Muito desgosto... pode? Não pode?” (E1-grupo idosos).*

*“Perda de filho, às vezes...” (E7-grupo idosos).*

*“Tava na ativa, mas de repente parou por aposentadoria ou... por uma doença física... qualquer parada que tenha uma pessoa de idade... por algum motivo né?” (E4-grupo cuidadores).*

### Atribuição aos sintomas a fatores genéticos e biológicos

Fatores hereditários também foram apontados como possíveis causas para o quadro pelos grupos de enfermeiras, idosos e cuidadores.

*“Da discussão, né do Alzheimer... Se a pessoa tiver predisposição genética de ter, né” (E2-grupo enfermeiras).*

*“Tem fator hereditário, né?” (E4-grupo enfermeiras).*

*“Eu conheço um senhor, não sei se São Paulo, se ele era de São Paulo, mais ou menos...então eu comecei...desde o começo...que eu trabalhava pra ele. E ele começou assim com esquecimento...e tal e ele não era tão velho..é velho, mas a segunda esposa dele me falava que era de família, que pai e mãe eram assim. E foi... aí ele começou..” (E1-grupo idosos).*

*“Ou um outro fator... um AVC, uma isquemia né? Uma outra coisa no cérebro” (E10-grupo cuidadores).*

*“Uma queda de cabeça... e isso vem a desencadear... muito futuramente” (E8-grupo cuidadores).*

#### Sintomas identificados como “naturais” ao envelhecimento

Assim como nos resultados descritos por Patel & Prince (2001), o desgaste do organismo e o processo natural do envelhecimento foram apontados como possíveis causas para os quadros apresentados. Os informantes consideraram que demência é um problema muito comum aos idosos, às vezes passando a impressão de algo próprio e inexorável ao envelhecimento, alicerçando a idéia de valores negativos associados á velhice, retardando ou impossibilitando o diagnóstico e a busca de ajuda para o quadro.

*“Mas é uma coisa que acontece... é, na verdade... o idoso, ele começa a ter memória de... de longo prazo dele de volta, né. A memória de curto prazo fica deletada, e volta a memória de longo prazo. Por isso que ele volta a falar do passado, da infância...” (E3-grupo enfermeiras).*



*“Eu acho que até o próprio desgaste natural do corpo, né de envelhecimento, de célula nervosa, de... De... Do quadro como um todo, né, que já tem uma perda” (E5-grupo enfermeiras).*

*“Eu acho que isso aí pode ser pelo próprio desgaste do organismo, fisiológico... Ele não precisa ter... É o que elas falaram... Ele não precisa ter tido uma decepção na vida pra ter um Alzheimer... Se é que é um Alzheimer” (E5- grupo enfermeiras).*

*“É alguma coisa mais ou menos isso aí, né? Envelhecimento... Distúrbios fisiológicos do envelhecimento... Esse esquecimento, volta ao passado, ficar quietinho num canto...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Esquecimento não é doença! Acho que é da idade? Não é doença não!” (E6-grupo idosos).*

*“Mas eu... voltando ainda no mal de Alzheimer... do moço aí... porque você sabe que o cérebro, na medida que você vai envelhecendo, ele vai diminuindo... na medida que ele vai diminuindo, às vezes, não fazem o mesmo trabalho... e elas vão secando, e na medida que elas vão secando, ela vai atingindo a.. esclerose... uns têm mais rápido e outros menos rápido” (E3-grupo cuidadores).*

*“Eu acho que vem da idade” (E8-grupo cuidadores).*

Diferentemente dos resultados encontrados no estudo de Goa, Índia (Patel & Prince, 2001), neste estudo não houve referência ao uso de álcool, problemas nutricionais e pobreza como causas dos sintomas relatados.

**Quadro 9:** Categorias relacionadas aos tópicos sobre saúde mental do idoso – demência/tratamentos; e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Saúde mental do idoso – demência/tratamentos</b> -O que pode ser feito por esta pessoa? De quais cuidados ela necessita?	<b>GF onde foram encontradas</b>
Não tem cura (dificultando o tratamento)	3
Necessidade de apoio e orientação para a família	3

### Não tem cura (dificultando o tratamento)

Os grupos abordam o tema como não tratável. O grupo de médicos expressou a necessidade de prevenção dos agravos, além da necessidade de apoio á família como as únicas alternativas de intervenção.

O grupo de enfermeiras traz uma representação da existência de total dependência do idoso quando portador de demência, referindo como possibilidade de cuidados apenas os de higiene, segurança e fisiológicos.

*“É um quadro que não vai voltar ao que era antes” (E3-grupo médicos).*

*“Não tem cura... É degenerativa... É uma doença crônico degenerativa, auto-imune, quer dizer... Ela aparece, não tem uma causa explícita, bem definida...” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Trabalhar coma prevenção, né, assim, se tiver que cair na cama, a evolução é essa, evitar as complicações clínicas, né, as tais das escaras... pneumonias... é triste, é...” (E2-grupo médicos).*

*“Muitas vezes é... igual essa novela que acabou, que a Glória Menezes tava um dia falando na televisão... que as pessoas, no começo do Alzheimer, se motivada, se trabalhadas, se incentivadas direto... a doença estaciona” (E6-grupo cuidadores).*

*“Porque ele vai voltando tudo, até parar de andar, parar de falar...” (E4-grupo enfermeiras).*

*“Se for isso mesmo, é um processo que cada vez vai piorar, é degenerativo, né, então a família precisa ta... Ter um apoio, porque vai ser difícil, né...” (E7-grupo enfermeiras).*

*“Porque é difícil né? Esquecer? Mas não tem remédio” (E1-grupo idosos).*

*“Mas não tem remédio...risos” (E7-grupo idosos).*

*“Porque não existe remédio pra isso ainda... talvez né?” (E10-grupo cuidadores).*

*“Não tem cura né?” (E4-grupo cuidadores).*

Como descrito por Patel & Prince (2001), os grupos de médicos apontaram que, embora se tratasse de um problema de saúde física, nada poderiam fazer tendo em vista o caráter incurável desse problema.

Diferentemente dos achados descritos por Patel & Prince (2001), neste estudo não houve relatos acerca do grande estigma que carregam as pessoas portadoras de demência, nem da sobre a dificuldade que elas encontram para conseguir vagas em asilos ou lares para idosos.

#### Necessidade de apoio e orientação para a família

Os grupos ressaltam o papel da família enquanto cuidadora e a necessidade de suporte constante para as famílias, que precisam aprender a ser pacientes e continuar a investir nos cuidados. Quanto ao apoio para as famílias, o grupo de idosos ficou restrito às questões financeiras.

*“Porque... Isso dá a família tem que ter muito apoio familiar, porque se você não tiver paciência... A gente não tem às vezes, viu... Porque eu vejo minha mãe quando repete alguma coisa na mesma conversa, eu falo: mãe, já falou, tem 5 minutos! Então na verdade a gente não tem preparo emocional também” (E3-grupo enfermeiras).*

*“Quem pode suportar isso aí, acho que é o núcleo familiar, e aí falando assim PSF, a família não é assim uma coisa que tem estrutura, ela não tem uma estrutura. A maioria das famílias já está desestruturada. Há casais de jovens que você vê assim, que casaram porque engravidou, então assim, que valor esse neto vai dar pro avô, por exemplo? Se a filha não quis engravidar... Então assim, tem toda uma... Quando você não tem uma família estruturada, pode até chegar nesses casos, mas você vê que a família ainda cuida, você vê essa preocupação. Você tem que ter esse núcleo familiar muito bem estruturado” (E2-grupo médicos).*

*“E eu acho que o ideal é não separar da família, né. Agora que precisava de um suporte pra essa família... precisava!” (E7-grupo enfermeiras).*

*“E infelizmente isso ainda ninguém sabe... como tratar um doente... infelizmente... eu só acho que precisa de paciência, amor, carinho” (E9-grupo cuidadores).*

*“Não dou conta lá em casa! Porque é filho, é neto, é a minha mãe... uma semana fica comigo e uma com a minha irmã... então aquela semana que eu fico sem ela, voa tão depressa, porque eu tenho tanta coisa pra fazer... que quando ela volta, eu não fiz nem metade ainda...” (E9-grupo cuidadores).*

*“Eu acho que tinha que tentar ver alguma outra atividade pra ele também, né, na casa, ou dentro da casa, ou... não sei... Ou trazerem mesmo... Tem que ter alguma atividade pra tentar evitar que fique cada vez pior esse processo, igual no caso anterior que nós vimos, não é mesmo?!” (E7-grupo enfermeiras).*

*“É que tá muito cara essa mão de obra de doença” (E1-grupo idosos).*

*“... tem que arrumar alguém... pagar uma pessoa pra ajudar e ficar em casa” (E4-grupo idosos).*

Na Índia, houve consenso em considerar que se a família reconhecesse que há um problema e recebesse ajuda, os cuidados dispensados aos idosos com demência poderiam ser melhores e menos desgastantes (Patel & Prince, 2001).

**Quadro 10:** Categoria relacionada à saúde mental do idoso – demência/recursos; e grupos focais onde foram encontradas.

<b>Saúde mental do idoso – demência/recursos</b> -O que há disponível em Botucatu para cuidar dela?	<b>GF onde foram encontradas</b>
Ausência de recursos	Todos os grupos

#### Ausência de recursos

Todos os grupos consideraram escassos os recursos existentes. Em estudo realizado em Goa, Índia houve consenso em considerar que existe um descaso público com relação aos recursos para idosos dependentes, pois os que existem são escassos, carregados de estigmas e insuficientes (Patel & Prince, 2001).

*“Eu sei de algumas clínicas de repouso que cuidam de paciente assim... Que não é recurso pra mim...” (E2-grupo médicos).*

*“É difícil o acesso porque não tem vaga...Então essa parte de neurologia, tal, mas que nem; a vaga parece que só pra agosto!” (E2-grupo enfermeiras).*

*“...Talvez instituições religiosas estejam atendendo esse tipo de idoso abandonado, sem família, mas eu não conheço aqui, não, mas deve existir, será que não tem? (E3-grupo enfermeiras).*

*“Eu não sou daqui. Eu vim embora, faz pouco tempo... já tem um ano, já faz um bom tempo que eu tô aqui. Mas a parte da juventude, essa parte assim, eu não vivi aqui. Então eu não tô por dentro! Mas eu acho que Botucatu não tem assim...(...) deveria ter. Assistência...” (E6-grupo idosos).*

*“Olha! Sábado e domingo se você ficar doente, nem particular, nem posto, nem... (...)” (E9-grupo idosos).*

*“Ah não! O Aconchego não vai resolver né? Eu acho que primeiro você tem... você que ir ao médico. Fazer o histórico... mas até conseguir...” (E6-grupo cuidadores).*

*“... não só em Botucatu, mas em todo o Brasil, estamos precisando e carentes de um atendimento melhor e aberto à população idosa” (E3-grupo cuidadores).*

Pôde-se observar na análise dos dados apresentada, segundo as categorias que emergiram dos mesmos, que foi possível identificar as representações sociais dominantes nos grupos estudados acerca do envelhecimento, da saúde e da doença; lembrando, como já definido, que as representações sociais são formas de conhecimento e explicação da realidade que orientam as práticas de determinados grupos, e podem ser entendidas como um saber prático (Jodelet, 1989; Minayo, 2000).

Nessa perspectiva, os temas predominantes nos relatos dos grupos entrevistados indicam uma representação do papel social do idoso desvalorizada frente à comunidade, à medida que este não se encontra mais economicamente ativo. Perda da saúde e erros

cometidos no passado com relação aos familiares também foram indicados pelos grupos estudados, como possíveis causas para a desvalorização dos idosos, assim, mesmo quando esse era o principal provedor financeiro de uma família, era percebido como fardo.

Pode-se inferir que os grupos estudados vêem a sociedade, do modo como está organizada, desprovida de estratégias adequadas para possibilitar o pleno desenvolvimento dos idosos, que sofrem práticas discriminatórias expressas através do abandono ou peso que representam para a família, da ausência de planejamento urbano, da dificuldade de acesso à saúde, de oportunidades de trabalho que não apenas o voluntário, que possibilitassem que, por exemplo, idosos aposentados pudessem continuar contribuindo com suas habilidades e experiências para a sociedade (Minayo, 2003).

A resultante disso é que envelhecer é representado como se tornar algo desvalorizado, doente, excluído e estigmatizado. Essa representação, dominante nos grupos estudados, parece refletir os valores culturais dominantes na sociedade, que tendem a associar aos idosos aspectos negativos como inutilidade e doença, o que dificulta seu reconhecimento social de forma positiva e reforça sua permanência em um lugar de discriminação (Minayo & Coimbra, 2003).

Esta associação impacta inclusive nos cuidados prestados pelos serviços de saúde, de modo que ao idoso ficam reservadas apenas possibilidades de estar “fisicamente ativo” e, vez por outra, exercer algum trabalho voluntário, que não se traduz em mudanças significativas para seu reconhecimento social, já que todo esse quadro é agravado pelas desigualdades sociais e conseqüente falta de oportunidades. Nesta investigação, notou-se que especialmente os grupos de médicos e enfermeiras perceberam os serviços de saúde, apontados como escassos como único espaço de escuta para os idosos (Lima-Costa et al, 2003; Uchoa, 2003).

Com relação à identificação dos sintomas de depressão, fatores socioeconômicos e psicossociais foram associados ao desenvolvimento do quadro descrito. O grupo de médicos apontou também para a necessidade de tratamento medicamentoso para o quadro descrito, reconhecendo assim um caráter orgânico na etiologia dos sintomas depressivos, embora os médicos estudados criticassem o fato de, muitas vezes, haver uma medicalização de problemas sociais, tanto por demanda dos pacientes, como da própria equipe e serviços de saúde. Os grupos de enfermeiras e idosos tenderam a falar da depressão como um quadro natural ao processo de envelhecimento, embora a reconhecendo como um problema de saúde. Ainda com relação à depressão, o grupo de médicos questionou o fato de haver uma banalização de sintomas depressivos quando manifestados em idosos, o que poderia estar justamente relacionado ao valor negativo atribuído à velhice (Birman,1995; Sommerhalder & Nogueira,2000; Almeida, 2003; Uchôa, 2003; Minayo e Coimbra, 2003). O grupo de cuidadores apontou ainda o fator hereditário como mais uma das causas da depressão.

Dificuldades nos cuidados dos quadros de demência, abordados como não tratáveis, foram referidas pelo grupo de médicos. Assim sendo, prevenir agravos e trabalhar com as famílias, oferecendo-lhes apoio e orientação foram vistos como as únicas alternativas de assistência para idosos portadores de demência e suas famílias, não tendo havido nenhuma referência a possíveis tentativas de tratamento farmacológico. Os grupos estudados associaram fatores hereditários e estilo de vida ao quadro de demência. Cerqueira (2003), em um estudo sobre prevalência de declínio cognitivo em idosos, salienta a importância da realização de pesquisas que contribuam para o aumento do conhecimento sobre esse transtorno, tendo em vista o impacto negativo que ele acarreta tanto ao portador, aos seus familiares e ao Estado. Além disso, os estudos sobre a avaliação dos fatores de risco para



demência e sua prevalência, especialmente nos países em desenvolvimento são escassos ou apresentam resultados variáveis atribuídos muitas vezes ao uso de diferentes critérios diagnósticos e diferentes critérios de avaliação.

A família foi apontada como local privilegiado para os cuidados aos idosos, em todos os grupos estudados. Exceto o grupo de idosos que manifestou preocupações mais restritas aos aspectos financeiros, todos os outros fizeram sucessivas ponderações acerca da sobrecarga que pode representar a prestação de cuidados. Receber apoio formal, e contar com a possibilidade de dividir os cuidados foram apresentados como fundamentais para o bem-estar tanto do cuidador como do idoso, assim o Estado deveria modificar sua postura com relação aos cuidados para idosos, não deixando apenas a encargo das famílias toda a responsabilidade, e preocupando-se em efetivar políticas existentes que, embora teoricamente proponham a ampliação de serviços e programas específicos, na prática esses ainda são muito restritos (Karsh, 2003).

Caldas (2004) aponta que a tarefa de cuidar envolve não apenas prover as necessidades básicas, mas também o cuidado existencial, ou seja, aquele que alcança o mundo subjetivo do paciente e abrange o autocuidado, autovalorização e até a cidadania, tanto daquele que cuida como daquele que é cuidado. Os grupos de enfermeiras e cuidadores foram mais enfáticos com relação às características do cuidador, fazendo interessantes considerações acerca das peculiaridades do cuidado, citando o envolvimento afetivo, a história de vida e as perdas sociais vividas pela figura do cuidador (Perracini & Neri, 2002; Neri & Sommerhalder, 2002; Cerqueira & Oliveira, 2006).

Situações cotidianas envolvendo afetos como amor e culpa, além de dificuldades nos cuidados também foram bastante referidas pelo grupo de cuidadores, justamente por ser este um grupo que vivencia diariamente esta realidade.

De modo geral, as representações sobre envelhecimento e saúde mental do idoso aqui encontradas não diferem das encontradas em estudo similar a este, realizado em Goa, Índia (Patel & Prince, 2001). Nesta pesquisa verificou-se que os participantes mostraram um grau de conhecimento um pouco mais elevado, especialmente no que diz respeito às condições de saúde dos idosos. Outro aspecto que se destaca como diferente do estudo indiano (Patel & Prince, 2001), refere-se à indicação de quem da família deve cuidar, revelando a diferença cultural entre os dois países. Destaca-se também como possível explicação para as diferenças de informação sobre as doenças descritas nas vinhetas, que o estudo na Índia realizou-se em área bastante pobre do país, e este estudo realizou-se no sudeste brasileiro, numa cidade com uma rede de serviços de saúde bastante desenvolvida e uma população que tem acesso a essa rede, e supostamente, tem também mais acesso a informações.

Considerações acerca das limitações do método aqui utilizado merecem destaque. Algumas dificuldades na realização dos grupos focais devem ser apontadas, embora, provavelmente, não tenham interferido nos resultados da pesquisa. No grupo de médicos, chamou atenção o predomínio de dois integrantes que, por sua atuação enfática, podem ter inibido os demais participantes; e mesmo após insistentes solicitações da coordenadora para que todos se expressassem, algumas pessoas falaram menos que as outras, embora todos tenham manifestado suas opiniões. Outro aspecto que merece destaque foi a ocorrência de uma certa ambigüidade em relação à pessoa idosa, que de um lado era caracterizada como vítima social, como impotente, ao mesmo tempo que a velhice era valorizada como época

de viver o prazer, de se permitir fazer apenas o que se deseja, de expressar e oferecer a experiência; revelando uma atitude de supervalorização do idoso, afetando a percepção sobre seu papel social (Palmore, 1990).

O grupo de enfermeiras demonstrou preocupação em, algumas vezes, querer avançar para o tema seguinte, mesmo quando a coordenadora considerava que aquele tópico não havia sido suficientemente coberto; o que pode ter limitado a ocorrência de respostas mais ricas, muitas vezes preponderando concordâncias com as manifestações já expressadas pelas colegas.

O grupo de idosos teve dificuldades em pensar alternativas de cuidados, especialmente no que se referia aos quadros de depressão e demência, reverberando sobre seus próprios sintomas. O grupo demonstrou imensa necessidade de falar de si, utilizando muitos exemplos próprios, centrando suas falas em suas próprias vivências e dificuldades, talvez pela sua experiência de vivência grupal.

O grupo de cuidadores demonstrou certa satisfação com relação à oferta de serviços disponíveis, diferentemente dos outros grupos que os consideraram escassos, talvez por se tratar de um grupo que tem acesso aos poucos serviços de cuidados para idosos dependentes, embora tenha apontado para a necessidade de ampliação dos mesmos.

Reconhece-se a impossibilidade de generalização dos dados aqui obtidos, mas considera-se que os mesmos podem ser indicativos dos valores, atitudes e necessidades da comunidade em geral. Esse estudo vem somar-se aos dados disponíveis da literatura nacional sobre envelhecimento e sobrecarga de cuidadores, não esgotando em sua análise a ampla contribuição que a vasta literatura internacional pode também trazer, ficando a sugestão da importância de se fazê-lo, para se compreender melhor o tema e buscar caminhos para enfrentá-lo.

*Conclusões*

---

A análise dos temas encontrados nos relatos dos entrevistados nessa pesquisa permitiram as seguintes conclusões:

#### **- Papel social do idoso**

- Embora tenha havido ponderação acerca da possibilidade de reconhecimento positivo a partir do momento em que experiências e sabedorias acumuladas ao longo da vida pudessem ser transmitidas, a idéia de envelhecimento como momento de perdas e dependência associadas à diminuição da saúde e ao final do trabalho prevaleceu entre todos os grupos para os quais o isolamento e a marginalização dos idosos são evidentes.
- As possibilidades de reconhecimento social positivo são restritas às possibilidades de exercer algum trabalho voluntário.

#### **- Cuidados e recursos**

- A família foi apontada como espaço preferencial para os cuidados aos idosos dependentes. Aspectos referentes à sobrecarga dos cuidados para as famílias relacionadas ao não reconhecimento pelo restante da família e pela sociedade do papel de cuidador; ao cansaço decorrente das tarefas excessivas impostas pelo dia-a-dia; às críticas provenientes da família, dos próprios idosos e, por vezes, de profissionais de saúde quanto ao desempenho do papel de cuidador e à necessidade de ajuda institucional, além de questões financeiras interferem no cuidado.
- Os recursos para idosos dependentes foram considerados escassos por todos os grupos, levando os grupos de médicos e enfermeiras a referirem sobrecarga para os serviços de saúde existentes, responsabilizando e muitas vezes culpabilizando as famílias

de idosos. Assim, é necessário não apenas ampliar a divulgação dos recursos já existentes, possibilitando maior conhecimento por parte da população facilitando assim o acesso, mas também aumentar o número de recursos para idosos no município de Botucatu.

#### **-Condições de saúde mental**

- Embora os sintomas descritos pelas vinhetas de depressão e demência tenham sido reconhecidos como um problema de saúde pelos grupos, foram muitas vezes confundidos com sintomas de outras doenças mentais ou degenerativas sugerindo a necessidade de ampliar conhecimentos sobre saúde mental do idoso e suas possibilidades de intervenção, tornando tanto profissionais de saúde como a comunidade em geral mais apta a atender e identificar as necessidades dessa população.

Para finalizar, é preciso reconhecer que o envelhecimento é uma questão de saúde pública, sem, no entanto reduzi-lo a problema, doença ou ônus financeiro. Tratar das questões relativas ao envelhecimento, inclusive o adoecimento e a dependência, com mais responsabilidade social, possibilitando a construção de espaços menos preconceituosos e assegurando a ampliação de estruturas adequadas dos serviços de apoio formais e informais, complementadas com a participação dos diversos setores da comunidade deve ser a meta de nossa sociedade.

## *Bibliografia*

---

## REFERÊNCIAS\*

ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.1, p. 147-155, 2003.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. **Velhices**: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. 2004. Disponível em:<<http://www.unati.uerj.br.html>>. Acesso em: 11 jun. 2005.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BAUM, M.; PAGE, M. Caregiving and multigenerational families. **The Gerontologist**, v.31, n. 6, 1991, p. 762-769.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO. **Anais**. Brasília: Secretaria da Assistência Social, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996. p. 22.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, R. (Org). **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p. 31-48.

---

\*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals in index Medicus**. Washington, 2003. 306p.



BOTUCATU. Prefeitura Municipal. **Saúde**. Disponível em: <<http://www.botucatu.sp.gov.br.html>>. Acesso em: 26 jun. 2005.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. São Paulo: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Portaria MS 1.395/99. **Política nacional de saúde do idoso**. Disponível em: <[http://C:\Cris\Bibliografias-idosos\\_arquivos\Portaria\\_1395-GM-Política de Saúde do Idoso.htm](http://C:\Cris\Bibliografias-idosos_arquivos\Portaria_1395-GM-Política_de_Saúde_do_Idoso.htm)>. Acesso em: 24 set. 2003.

CALDAS, C. P. **A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador**. Textos sobre envelhecimento, 2004. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br.html>>. Acesso em: 11 jun. 2005.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 773-781, mai-jun. 2003.

CALDAS, C. P. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA Jr C. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 51-71.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. p. 58-71.

CAMARANO, A. A.; GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: IPEA, 2003. Textos para discussão.

CAMPINO, A. C. C.; CYRILLO, D. C. Situação de ocupação e renda. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 241-255.

CAMPOS, F. C. B. Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental. In: CAMPOS, F. C.B. (Org.). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 59-64.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 725-733, mai-jun. 2003

CARVALHO, H. B. C.; ROCHA, S. M.; LEITE, M. L. C. B. A interação do idoso á prática de saúde. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. p. 1051-1055.

CARLINI-COLTRIM, B. Potencialidades da técnica grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs). **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento:– o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 143-162.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Arranjos familiares no Brasil hoje. In: **Uma abordagem multiprofissional no cuidado do idoso**. 2006. No prelo.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores de idosos: uma ação terapêutica e preventiva. **Psicologia USP (Psicologia e Saúde)**, v.13, n.1, p. 133-150, 2002.

DEBERT, G. G. A construção e reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L.; DEBERT. G. G. (Orgs). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papius, 1999. p. 41-68.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade . In: PAPALÉO NETO, M. (Org). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 98-105..

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEAD. **Demografia. Municípios Paulistas**. Disponível em:<<http://www.seade.gov.br.html>>. Acesso em: 21 fev. 2005.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, supl. 11, p. 3-6, 2002.

GAZALLE, F. K; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 145-149, set. 2004.

HUANG, T.; SHIH, R.; SACZYNSKI, J. Epidemiology of Alzheimer's disease: quantity, location, causes, mechanisms and intervention/prevention. **Cadernos ESP-Escola de Saúde Pública do Ceará**. v.1, n. 1, p. 36-57, julho-dez. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE . **Demografia**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br.html>>. Acesso em: 21 fev. 2005.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: MOSCOVICI, S. (Ed). **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JODELET, D. Représentations sociales: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Ed). **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 861-866, mai-jun. 2003.

KITZINGER, J. Qualitative Research. Introducing focus Groups. **British Medical Journal**, p. 299-302. 1995.

KRUEGUER, R. A. **Focus Group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage Publications, 1998.

LAFÍN, S. H. F. As instituições comunitárias e o voluntariado idoso In: FREITAS, E. V. et al (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. p. 1048-1050.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LANE, S. T. M. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. o idoso e a família. In: PAPALÉO NETO, M. (Org). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 92-97.

LIMA-COSTA, M. F. *et al*. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 745-758, maio-jun. 2003.

LUDERS, S. L.; STORANI, M. S. B. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: PAPALÉO NETO, M. (Org). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 146-159.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. *et al* (Orgs). **Tratado de geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. p. 133-147.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores:** heróis anônimos do cotidiano. 1995. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 783-792, maio-jun. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000; Rio de Janeiro: abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.

MORGAN, D. L. **Focus Group as qualitative research.** Newbury Park: Sage Publications, 1988.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. **The global burden of disease:** a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2000. Boston: The Harvard School of Public Health/ WHO/ World Bank, Harvard University Press, 1996.

NERI, A.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org). **Cuidar de idosos no contexto da família:** questões psicológicas e sociais. Campinas: Editora Alínea, 2002. p. 9-63.

PALMORE, E. **Ageism:** positive and negative. New York: Springer, 1990.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO-NETO, M. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

PATEL, V. et al. Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. **Psychological Medicine**, v. 25, p. 485-493, 1995.

PATEL, V.; PRINCE, M. Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, Índia. **Psychological Medicine**, v. 31, n. 1, p. 29-38, 2001.

PELLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e Natureza do Estudo. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs). **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: – o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 15-32.

PERRACINI, M. R.; NÉRI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NÉRI, A. L. (Org). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Editora Alínea, 2002. p. 135-164.

PRINCE, M.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. e 10/66 Dementia Research Group. Dementia in Developing Countries: a preliminary consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, p. 15-20, 2000a.

PRINCE, M.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. e 10/66 Dementia Research Group. Methodological issues for population – based research in developing countries. A position paper from the 10/66 Dementia Research Group. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.15, p. 21-30, 2000b.

PRINCE, M. J. The need for research on dementia in developing countries. **Tropical medicine and health**, v. 2, p. 993-1000, 1997.

RAMOS, L. R. Envelhecimento Populacional: um desafio à saúde pública. In: PEREIRA, D.M. (Org). **Idoso: encargo ou patrimônio?** São Paulo: Corpo Municipal de Voluntários, 1992. p.60-72.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.3, p. 211, 1987.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferência de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs) **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: – o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2003. p. 201-224.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador.** Campinas: Editora Alínea, 2003.

SCZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento . **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.6, p.773-8, 2002.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 839-847, maio-jun. 2003.

SOMMERHALDER, C.; Nogueira, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. (Orgs). **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papirus, 2000. p. 101- 124.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F. C.B. (Org.). **Psicologia e saúde: Repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 11-40.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 12, n. 2, p. 479-501 . 1999.

VERAS, R. P. **Um país jovem de cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. **Estudos de psicologia**, v. 7, n. 2, p. 351-359, 2002.

TORRES, S. V. S.; SÉ, E. V. G.; QUEIRÓZ, N. C. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO, M. G. D.; NÉRI, A. L.; CACHIONI, M. (Orgs). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea Editora, 2004. 236p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 175.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005.

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 849-854, mai-jun. 2003.

ZARIT, S. H. Interventions with family caregivers. In: ZARIT, S. H.; KNGHT, B. G. (Eds). **A guide to psychotherapy and aging American Psychological Association**. Washington: APA, 1997. p. 139-159.



*Anexos*

---

ANEXO 1



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
CÂMPUS DE BOTUCATU  
**FACULDADE DE MEDICINA**

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 6802-6260 / 6802-6089 - FAX: (14) 6821-5965 - CAIXA POSTAL: 540

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
*CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO  
PSICOSSOCIAL*

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa: Envelhecimento e transtorno mentais mais comuns no idoso – a percepção de familiares, profissionais de saúde e idosos de Botucatu; realizada sob a responsabilidade da Psicóloga Ana Cláudia Oville, sob supervisão da Profª Drª Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, informo concordar em participar espontaneamente da mesma. A presente pesquisa visa investigar a compreensão da comunidade acerca de conceitos de envelhecimento, papel social do idoso na comunidade e sobre problemas de saúde mental em idosos, em diferentes grupos da comunidade de Botucatu. Este estudo será realizado por meio de discussões em grupo, as quais serão gravadas em áudio, preservando a identidade dos participantes, e posteriormente transcritas e analisadas; assegurando que o conteúdo das discussões não será identificado. Estou ciente de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Ana Cláudia Oville

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 .

Ana Cláudia Oville  
Rua Milton Meris Jaqueta, 103, Vl. Lavradores  
CEP: 18609-710, Botucatu – SP  
Fone: 3814-0566 e-mail: [anaovile@bol.com.br](mailto:anaovile@bol.com.br)

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira  
Rua Isaltino Pinheiro de castro, 467, Jd Paraíso  
CEP: 18610-160, Botucatu – SP

Fone: 3882-1821 e-mail: [ateresa@fmb.unesp.br](mailto:ateresa@fmb.unesp.br)

ANEXO 1b

**FICHA DE AUTOPREENCHIMENTO**

NOME : \_\_\_\_\_

DATA NASC .: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ESTADO CIVIL : \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE : \_\_\_\_\_

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO : \_\_\_\_\_

ENDEREÇO : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

M. é uma mulher de 73 anos que se queixa de diferentes problemas e preocupações o tempo todo, geralmente sente dores generalizadas e fraquezas no corpo, sente-se muito cansada. Ela não está fazendo suas tarefas domésticas que normalmente fazia. Tem dificuldade para dormir; e ainda fica muito preocupada com questões financeiras, com seus filhos e sua casa. Está irritada consigo mesma e com os amigos, e não consegue relaxar e desfrutar adequadamente sua vida.

### ANEXO 3

P. é um homem de 75 anos que, recentemente, começou a ter esquecimentos e confundir os nomes das pessoas, que antes ele conhecia bem. Muitas vezes parece que não consegue lembrar de coisas recentes; se vai ao mercado para comprar alguma coisa acaba voltando de mãos vazias, pois não lembra o que tinha ido comprar. Ele repete muitas vezes a mesma coisa durante uma conversa e às vezes parece falar só do passado. Sua família percebeu a mudança há um ano. Desde então tem ficado cada vez pior.

#### ANEXO 4

P. está agora com 78 anos. Ele apresenta dificuldades em reconhecer sua esposa e outros membros bem próximos. Permanece em uma cadeira a maior parte do dia. Ele nunca começa uma conversa, mas responde às questões sorrindo ou dizendo alguma coisa, mas suas respostas geralmente não têm sentido. Às vezes fica impaciente e agitado, perguntando as mesmas coisas toda hora. Se ele sai de casa fica perdido e tem que ser trazido de volta por algum vizinho, o que é problemático especialmente durante a noite. Às vezes fica irascível e agressivo sem razão aparente. Precisa ser lembrado de ir ao banheiro, devido a sua incontinência urinária.