

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

RAFAELA DOS SANTOS GONÇALVES

**AS DIMENSÕES DO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA, ASSISTIDA
PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS ANA NERY NO
MUNICÍPIO DA CACHOEIRA- BA.**

CACHOEIRA - BAHIA

2012

RAFAELA DOS SANTOS GONÇALVES

**AS DIMENSÕES DO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA, ASSISTIDA
PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS ANA NERY NO
MUNICÍPIO DA CACHOEIRA- BA**

Monografia, apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.
Orientador (a): Marina Cruz

CACHOEIRA – BAHIA
2012

RAFAELA DOS SANTOS GONÇALVES

**AS DIMENSÕES DO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA, ASSISTIDA
PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS ANA NERY NO
MUNICÍPIO DA CACHOEIRA- BA**

Monografia, apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.
Orientador (a): Marina Cruz

APROVADA: em ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Marina Cruz
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof. Ms^a. Albany Mendonça
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof. Dr^a. Valéria Noronha
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Dedico este trabalho a Deus, pois sem ele nada seria possível!

AGRADECIMENTOS

Ao autor mais importante por esta conquista e que dirige meus passos: **DEUS**. Serei eternamente grata a ti Senhor!

Aos meus pais, Antônio e Irene, que sempre me incentivaram para que continuasse meu estudo e por tudo que representam em minha vida.

Ao meu irmão Rafael por todo carinho e prestatividade.

Às minhas tia Celeste e Tereza por vibrarem comigo essa tão sonhada e realizada vitória.

À minha amiga - irmã Vitória Bastos por me transmitir a melhor energia positiva através de sua alegria contagiante. Minha neguinha nossos destinos realmente foram traçados desde a maternidade!

Ao meu namorado DELindo por todo apoio, carinho e compreensão concedido durante esse tempo. Te amo vida!

À amiga, comadre e irmã Kayalla que me ensinou que a paciência é o verdadeiro caminho pra se alcançar tal fim.

Ao meu afilhado Luís Octávio que apareceu na minha vida no melhor momento. Te amo denginho da dinda!

Compreendendo que amigos sempre vão e vem, mas nunca devemos abrir mão dos poucos e bons, não posso deixar de tecer comentários sobre a minha **“TURMA DA FALTA DE PAZ VERDADEIRA”**: Aislane, Vinicius Silva, Vitória, Elisama, Ana Carla, Thialla, Tiana e Carol, que me proporcionou momentos únicos de diversão e companheirismo, mesmo diante das situações difíceis, alimentando sempre em mim que a satisfação pelo estudo só se realiza quando atribuímos a ela um toque de alegria.

À primeira turma de Serviço Social da UFRB, especialmente a Edina, Vanessa, Geisyelle, Valdirene, Sara, colegas que terei o maior prazer de citar seus nomes durante a minha trajetória acadêmica e profissional.

À querida Professora Dr^a. Marina Cruz por seu caráter ético e multiplicador de conhecimentos pilares, contribuindo inexoravelmente na minha formação acadêmica e profissional.

Apropriando-me das palavras de Isaac Newton “se cheguei a ver mais longe, foi porque subi aos ombros de gigantes”, ao Corpo Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em especial, Prof. Dr^a. Valéria Noronha, Prof. Ms^a. Rosenária Ferraz, Prof. Dr^a. Marina Silva, Prof. Ms^a Albany Mendonça, Prof. Ms. Fabrício Fontes demonstro a minha terrena gratidão pela contribuição cedida durante a minha jornada acadêmica, ensinando sempre que para além do conhecimento ofertado, a ética e a honestidade são o que de fato dignifica o homem.

Enfim, o meu muito obrigado a todos aqueles que acreditaram na concretização deste sonho e me apoiaram incondicionalmente nesta vitória.

Na dura realidade vigente parece que cuidar do outro significa privar-se de si mesmo, sair de cena, deixar de viver, deixar de amar, deixar de se cuidar.

Rafaela Gonçalves

RESUMO

O presente trabalho dedicou-se a estudar a temática do cuidado prestado à pessoa idosa. Trata-se de um tema que ainda carece de muita pesquisa, sobretudo no que se refere às implicações do cuidado para a pessoa que realiza tal atividade. Atenta a essa questão, o estudo em tela procurou compreender as principais implicações enfrentadas no cotidiano do cuidador de idoso, e além de procurar analisar o envelhecimento e a velhice através das suas múltiplas dimensões, a saber: biológicas, demográficas, sociais, políticas, econômicas e culturais. O *locus* da pesquisa empírica foi o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Ana Nery, tendo sido entrevistados os cuidadores de idosos, sendo os últimos atendidos pelo CAPS em decorrência de algum tipo de transtorno psíquico. Para conseguir uma maior aproximação com a realidade dos cuidadores familiares, utilizou-se a metodologia qualitativa e como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, aplicada com 5 (cinco) cuidadores, os quais residem na cidade da Cachoeira. Com a pesquisa, pode-se verificar que os cuidadores demonstraram que a dinâmica do processo de cuidar requer deles bastante dedicação, tempo e um certo “isolamento” de uma vida social mais ativa, tendo em vista que o cuidado do idoso dependente requer bastante deles, estando os mesmos sobrecarregados, sendo necessária uma maior intervenção estatal em políticas sociais que se responsabilizem também pelo processo de cuidado.

Palavras-chave: 1. Idoso 2. Dependência 3. Cuidado 4. Família

ABSTRACT

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento tem sido bastante discutido nos últimos tempos, resultado de um processo conhecido como transição demográfica, no qual ocorreu a redução da mortalidade e da fecundidade e, como consequência, o aumento considerável da proporção de idosos num determinado contexto populacional em decorrência de determinantes como: mudanças dos estilos de vida, avanços científicos e tecnológicos, principalmente, relacionados às melhorias nas condições de atenção sanitária e de assistência médica. Por outro lado, o aumento da expectativa de vida ainda não tem sido necessariamente acompanhado de uma boa qualidade de vida, a qual é tão defendida e almejada pelas políticas e pelos grandes teóricos que versam sobre a velhice e o fenômeno do envelhecimento.

Esse processo acontece também em nosso país, onde houve um rápido crescimento demográfico sem ocorrer um planejamento e redimensionamento de políticas públicas que atentem para as demandas desse grupo etário e do novo desenho demográfico do Brasil, trazendo, assim, sérios problemas em termos de recursos financeiros, sociais, sobretudo na área da saúde, em razão das complicações das doenças crônico-degenerativas que refletem também nas condições de vida do indivíduo que envelhece. Logo, existe uma lacuna na literatura gerontológica no que diz respeito ao envelhecimento com dependência e com fragilidade, sobretudo quando se fala de pessoas que cuidam desses idosos ou velhos dentro de suas especificidades.

Com o aumento considerável da população idosa, muitas dessas pessoas gozam de boa saúde, *“porém algumas trazem consigo para a velhice problemas adquiridos na adolescência e na vida adulta”* (SANTOS, 2003, p.9). Outras são mais suscetíveis a várias doenças em virtude da fragilidade que surge com o aumento da idade. Percebendo isso, o cuidado tem um significado preponderante, pois é através dele que os idosos conseguem minimizar as perdas de sua capacidade funcional e maximizar suas potencialidades, evitando, desse modo, os riscos de institucionalização, tão apontados pelas políticas públicas, mais incisivamente as referentes à saúde.

Sendo assim, em função de a velhice implicar em uma série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do indivíduo, ocasionando, para uma parcela desse segmento populacional, à necessidade de ser cuidado, consideramos bastante relevante

discutir a temática *“As dimensões do processo de cuidar da pessoa idosa, assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Ana Nery no município da Cachoeira-BA”*.

Como tentativa de responder a tal problema, o presente estudo tem como objetivo geral apresentar as principais implicações enfrentadas no cotidiano do cuidador ao idoso. E como objetivos específicos analisar o envelhecimento e a velhice através das suas múltiplas dimensões, a saber: biológicas, demográficas, sociais, políticas, econômicas e culturais e analisar a questão da dependência do idoso e o papel da família na prestação de cuidado.

Os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar tais objetivos consistiram, em primeiro lugar, no levantamento bibliográfico para a composição do referencial teórico e aprofundamento do tema através de livros, artigos científicos, sítios eletrônicos etc. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas de natureza semiestruturada com o intuito de compreender os significados e as experiências particulares vivenciadas pelos cuidadores.

Para analisar os dados coletados, utilizou-se como técnica de pesquisa a análise de conteúdo, pois esta permitiu a apreensão dos fatos, estabelecendo categorias como forma de mostrar com maior clareza os dados representados pelos pesquisados, a saber: qualificação do sujeito, o processo de cuidar, preconceito e atividades desenvolvidas no CAPS- Ana Nery, essas foram as categorias definidas para facilitar a compreensão dos resultados e discussões da pesquisa.

A escolha do tema é resultado do estágio curricular realizado no CAPS – Centro de Centro de Atenção Psicossocial Ana Nery, localizada no município da Cachoeira, onde tive o meu primeiro contato com a temática da família como cuidadora da pessoa idosa, e mais especificamente, de idosos com dependência cujo agravante é o adoecimento psíquico. A vivência proporcionada pelo estágio fez despertar o interesse em conhecer a importância desses cuidadores bem como suas dificuldades na administração do cuidado.

Este trabalho teve como campo de estudo, já citado, o Centro de Atenção Psicossocial, elegendo como sujeitos de estudo os familiares dos idosos da instituição. A relevância dessa pesquisa, por sua vez, é dar visibilidade à importância do apoio a essas famílias que assumem essa responsabilidade tão complexa de prestar cuidados a idosos fragilizados e/ou dependentes, mais precisamente, indivíduos com comprometimento psíquico.

Para tanto, a monografia está organizada em três capítulos. O primeiro, intitulado *“As múltiplas faces do envelhecimento”*, faz um resgate sobre a velhice e o processo de envelhecimento na perspectiva da multidimensionalidade, uma vez que a velhice embora seja inerente a todo o ser humano, esse processo é vivenciado de maneira individual, pois o envelhecimento ultrapassa as dimensões cronológicas e biológicas que o caracterizam,

trazendo conseqüências não só para o indivíduo que envelhece, mas também para a sociedade, que merecem a atenção do Estado. Daí, portanto, ser necessário conhecer os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e analisar suas implicações a curto e a longo prazo.

O segundo capítulo, designado “O processo de cuidar: implicações e desafios” versa sobre a tarefa dos cuidadores e suas dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso acometido por uma doença cognitiva que compromete sua capacidade funcional, levando-o a dependência. Tal limitação ocasiona, muitas vezes, sobrecarga física, financeira e emocional em decorrência da ausência de recursos e suportes adequados que possibilitem um cuidado qualificado beneficiando não só o indivíduo que está doente, mas também os envolvidos que dedicam grande parte do seu tempo a essa missão tão árdua e não são assistidos de forma digna.

O terceiro capítulo, “Metodologia e análise dos dados: conceitos e aspectos centrais da pesquisa empírica” trata da trajetória metodológica utilizada na elaboração da pesquisa, sendo divididas nas seguintes seções: aspectos metodológicos, lócus da pesquisa, sujeitos da pesquisa, análise dos dados, resultados e discussões.

Por fim, resgatando todo o contexto da pesquisa, nas considerações finais sintetizo a análise da obra consoante com o que está alicerçado na literatura, refletindo sobre as análises produzidas através dos depoimentos dos cuidadores familiares, verificando que a velhice e a questão da dependência, bem como os cuidados necessários para o enfrentamento dessas demandas, são importantes desafios que caminham juntos, gerando uma preocupação quanto às políticas públicas para atender a essa demanda.

Por ser uma pesquisa exploratória tendo *“como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceito e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.”* (GIL, 2007, p.43), esse trabalho inicial é passível de uma nova investigação mais ampla, considerando-se que outros contextos e um número maior de entrevistados que se dedicam ao cuidado de pessoas idosas com dependência podem suscitar outras questões e dimensões para além da realidade pesquisada neste trabalho de conclusão de curso.

2- AS MÚLTIPLAS FACES DO ENVELHECIMENTO

2.1 Características biológicas, sociais, políticas, econômicas e culturais do envelhecimento

Compreender a dinâmica do envelhecimento nos dias de hoje, nos remete a pontuar as dimensões biológicas, econômicas, sociais, culturais, políticas e demográficas que incidem sobre a população que envelhece, principalmente quando se trata de um envelhecimento não acompanhado de qualidade de vida, o qual pode acarretar em inúmeros problemas que geram impactos diferentes para o indivíduo em processo de envelhecimento, para a família, sendo necessário do Estado, políticas sociais capazes de garantir um envelhecimento com mais dignidade.

Desse modo, não restam dúvidas que o processo de envelhecimento deve ser compreendido a partir de uma perspectiva mais abrangente, isto é, a partir de uma perspectiva multidisciplinar. A esse respeito Papaléo Netto (2006, p.4) versa que:

O aumento acentuado do número de idosos trouxe conseqüências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõem este grupo etário. Era necessário buscar os determinantes de saúde e de vida dos idosos e conhecer as múltiplas facetas que envolvem a velhice e o processo de envelhecimento. Ver simplesmente pelo prisma biofisiológico é desconhecer a importância dos problemas ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que pesam sobre eles. Ao contrário, é relevante a visão global do envelhecimento como processo e o idoso como ser humano.

Conforme Scharfstein (2004), dentro da visão gerontológica¹, o processo de envelhecimento do sujeito idoso deve ser compreendido a partir do enfoque biopsicossocial.

¹ A título de informação é necessário salientar que a Gerontologia é uma “ciência” multidisciplinar, que estuda os processos sociais decorrentes da velhice e do envelhecimento, sendo que a Geriatria é a parte da medicina que diz respeito às doenças ligadas a velhice e ao envelhecimento. De acordo com Papaléo Netto (2006) a Gerontologia é, portanto, definida como uma disciplina multi e interdisciplinar, tendo como seus objetivos o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais, enquanto a geriatria tem sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde.

Ou seja, há uma interação entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais sobre o envelhecimento.

Na mesma direção, temos as contribuições de Schneider e Irigaray (2008, p.585) para os quais a velhice, considerando suas peculiaridades, deve ser compreendida a partir da relação que estabelece com os aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Os autores enfatizam que essa interação se institui segundo as condições da cultura, na qual o indivíduo está inserido. Portanto, condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há, assim, uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo.

Partindo dessa perspectiva, o indivíduo é um ser multidimensional, tendo em vista que os fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais, intelectuais afetam seu envelhecimento e conseqüentemente, interferem no seu modo de vida, na sua relação com o meio e na conseqüente repercussão no coletivo. (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004).

Ressalte-se que a relação entre os aspectos assinalados é fundamental para a categorização de um indivíduo como velho ou não, mesmo assim, o que em geral acontece, é a mera adoção do aspecto cronológico para definir uma pessoa como velha ou não. Assim, no geral, alguém definido como idoso² quando chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Todavia, o conceito, fundamentado apenas no critério da idade e não numa perspectiva multidimensional não configura como uma boa medida para uma apreensão do desenvolvimento humano enquanto processo, pois a idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que ultrapassam as meras dimensões da idade cronológica (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008).

Partindo da perspectiva de que a velhice deve ser analisada dentro de um determinado contexto, a observação dos autores mencionados parece claramente exata:

Determinar o início da velhice é uma tarefa complexa porque é difícil a generalização em relação à velhice, e há distinções significativas entre diferentes tipos de idosos e velhices. A idade é um fato pré-determinado, mas o tratamento dado aos anos depende das características da pessoa,

² Na realidade, existe uma diferença quanto a categorização de uma pessoa como velha, de acordo com as condições socioeconômicas do país onde reside, Por exemplo, a definição, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, puramente baseada na idade cronológica, concebe como idoso aquele que atingiu 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, adotando o mesmo recorte da OMS, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas. Entretanto, alguns direitos como a gratuidade do transporte coletivo público urbano e semi-urbano só é concedida aos maiores de 65 anos (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008).

tornando-se difícil saber que critérios utilizar para se definir o início da velhice, pois os aspectos que caracterizam este período são questões ainda controversas provocando inúmeras discussões entre os profissionais e atraindo a atenção de estudiosos (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008 p.589).

Isso posto, é fundamental fazer menção às diversas concepções da velhice, de acordo com as perspectivas que a caracterizam. Biologicamente, pode-se dizer que a velhice é uma fase caracterizada por alterações naturais e gradativas que ocorrem no corpo humano, sendo mais evidente nesse último estágio da vida (ZIMERMAN, 2000). Quanto à idade psicológica, a mesma pode ser definida em consonância com os padrões de comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida, tendo essa influência direta na forma como as pessoas envelhecem. Nesse caso, acredita-se que o envelhecimento seria resultado de uma construção que o indivíduo fez durante toda a vida (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008).

Socialmente, um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem, dependendo de como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade ou cultura particular. Por outro lado, pode-se inferir que a pessoa é definida como idosa quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa. A sociedade atribui aos aposentados o rótulo de improdutivos e inativos. Portanto, a concepção social de velhice traz uma série de implicações para a pessoa idosa, a depender do papel que a sociedade a atribui e/ou impõe (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008).

Ainda quanto ao aspecto social da velhice, Pacheco (2005) *apud* Schneider e Irigaray (2008) assinala que a aposentadoria, nas sociedades ocidentais, tem sido considerada como um rito de passagem para a velhice, acentuando sua vinculação à terceira idade, numa sociedade de consumo, onde apenas o novo é cultuado como fonte da renovação, do desejo, da posse. Essa associação traz consigo a concepção de que velhice corresponderia uma fase de inatividade e até mesmo inércia.

Debert (1999) *apud* Schneider e Irigaray (2008), por outro lado, possui outro entendimento dessa perspectiva à medida que não considera a aposentadoria como uma passagem para a velhice, compreendendo-a não como um momento de descanso e recolhimento, mas sim um período de atividade e lazer. A partir das contribuições dos autores, podemos observar o quanto a velhice é uma experiência heterogênea e complexa, pois para alguns a aposentadoria pode significar o desengajamento da vida social e, para outros, o início de uma vida social prazerosa, composta por atividades e lazer.

Diante do exposto, atesta-se, que apesar de o envelhecimento ser um fenômeno inerente à condição do ser humano, não há um demarcador preciso que possa expressar quando a velhice inicia exatamente pelo fato de a velhice ter diversas “marcas”, a saber:

físicas, sociais, psicológicas, culturais, espirituais, as quais ocorrem de forma bem diferenciada em cada indivíduo, havendo, na verdade, uma interlocução entre esses elementos, podendo ser alguns mais evidentes e outros não. (Papaléo Netto, 2006).

Considerando o exposto, temos as pertinentes contribuições de Baldessin (1996) *apud* Papaléo Netto (2006), o qual observa que algumas pessoas parecem velhas já aos 45 anos de idade e outros “jovens” aos 70 anos. Portanto:

Se o início exato da velhice é rigorosamente indefinido e, portanto, torna-se difícil tentar fixá-lo, maior dificuldade talvez resida nas diferentes formas como a sociedade vê o fenômeno e o idoso: preconceituosa com aqueles que têm origem em classes sociais mais baixas, benevolente com os que ocupam classes sociais mais elevadas (BALDESSIN, 1996 *apud* PAPALÉO NETTO, 2006, p. 10).

Papaléo Netto (2006, p.4) argumenta que o impacto social na velhice é, de certo modo, mais importante que o aspecto biológico, uma vez que a autonomia e a capacidade funcional comprometida associada à precária condição socioeconômica, dificuldade de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, levando-o a dependência e ao isolamento social, faz com que a sociedade se encontre diante de uma situação duplamente contraditória: de um lado, depara-se com o crescimento acelerado da população de idosos e, de outro, a omissão perante a velhice ao associar esse segmento populacional a um leque de expressões e atitudes preconceituosas, retardando, desse modo, a implementação de ações que visem minorar o pesado fardo dos que ingressam na velhice.

O autor supracitado reforça, com propriedade, que não pode entender tal omissão, quando se sabe que a preocupação com a velhice é tão antiga quanto à origem da civilização.

Nas sociedades primitivas os velhos eram objetos de veneração e de respeito. Confúcio, nascido em 551 a.C. e falecido em 479 a.C., considerava que todos os membros de uma família devem obedecer aos mais idosos. É óbvio que em sua doutrina há uma supervalorização da tradição e dos ensinamentos dos mais velhos. Hoje, o que se nota é uma inversão desses valores, que é fruto, entre outros fatores, da Revolução Industrial, dos avanços tecnológicos e da valorização excessiva de teses desenvolvimentistas, que têm como objetivo a força da produção, obviamente muito mais próxima dos jovens do que dos idosos. (PAPALÉO NETTO, 2006, p.4).

Na mesma linha de pensamento de Papaléo Netto, Helman (2005) *apud* Schneider e Irigaray (2008, p. 587) observa que:

Na sociedade moderna as pessoas idosas tendem a ter um *status* muito mais baixo, pois, atualmente, é o jovem que freqüentemente tem maiores habilidades e um conhecimento mais amplo em determinadas áreas da vida. Os jovens são mais hábeis para absorver e compreender as últimas inovações tecnológicas, e em uma velocidade muito mais rápida. Eles têm acesso a muito mais fontes exteriores de conhecimento do que tiveram seus pais e avós pelos meios de comunicação, livros e internet.

Porém privilegiar o social não subestima a importância do biológico, do corpo. (BRITTO da MOTTA, 2006). Nos dias atuais o envelhecimento ainda aparece associado a enfermidades e perdas, e é na maioria das vezes compreendido como apenas um problema médico, sendo, portanto, ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade. (NERI & FREIRE, 2000 *apud* SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008 p.586).

Dá a explicação cultural que constrói representações definindo socialmente o idoso e sua vida sempre marcados pelo preconceito e pelas disputas em torno da divisão social do trabalho e da centralidade dos papéis sociais presentes na família (aposentadorias e pensões baixas, precariedade de recursos no campo da saúde, o descaso, o abandono, a violência física, financeira emocional contra idosos, etc.). (BRITTO da MOTTA, 2006).

Partindo desse pressuposto, Papaléo Netto (2006) lembra que o quadro atual perante a velhice é de desvantagem pelo fato de sua capacidade fisiológica de trabalho poder estar associada a uma ou mais doenças crônicas, não tendo a pessoa idosa como enfrentar essa competição desigual, dando origem à marginalização e até mesmo à perda da condição social do idoso ou idosa.

Em síntese, é consenso na literatura que versa sobre a velhice e o envelhecimento de que a heterogeneidade é uma das marcas mais apropriadas para se caracterizar e/ou definir a velhice enquanto fenômeno social. Logo, essa fase e processo não podem ser compreendidos por um único viés, pois existem outras condições, a saber: físicas, funcionais, sociais, psicológicas e culturais que podem influenciar no envelhecimento individual e social. “*Essas considerações deixam claro que, ao lado dos problemas médicos, psicológicos e legais muito mais acentuados e freqüentes na velhice, assumem particular importância os problemas sociais nas classes mais desfavorecidas.*” (PAPALÉO NETTO, 2006 p. 10).

2.3 . Envelhecimento no Brasil: aspectos demográficos

Anteriormente a esta discussão, foram apresentadas as relações entre os fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos e psicológicos que influenciam no processo de envelhecimento. Agora, nesta seção, serão discutidas as alterações demográficas da população brasileira, sendo um aspecto importante para compreender melhor o processo de envelhecimento do país.

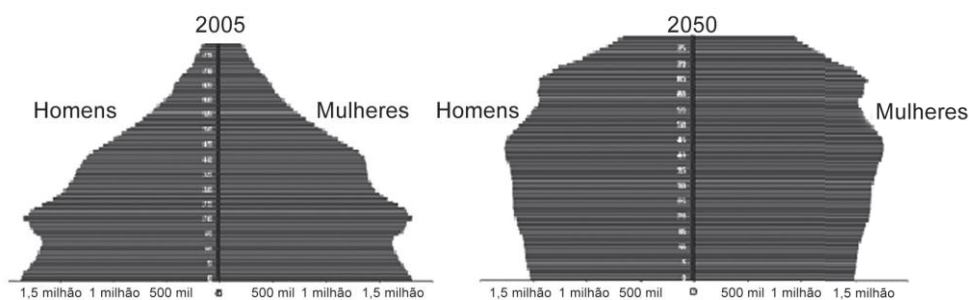
O envelhecimento populacional consiste no aumento considerável da proporção de idosos numa determinada população em decorrência da alteração de indicadores de saúde, referentes principalmente à queda da mortalidade e a queda da fecundidade. (FREITAS, 2004).

Partindo desse pressuposto, a composição de uma determinada população depende do binômio fecundidade/mortalidade, sendo um erro acreditar que o aumento da expectativa de vida é o único elemento causal do envelhecimento populacional. Desse modo, uma população se torna envelhecida, quando a proporção de idosos aumenta, ocorrendo de fato uma redução no número de jovens, ou seja, é preciso que a fecundidade caia. (FREITAS, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o envelhecimento humano é definido como a mudança na estrutura etária da população, produzindo, assim, um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, conforme assinalado antes é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade.

O efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil tem produzido transformações no padrão etário da população, sobretudo a partir de meados dos anos de 1980, ou seja, visivelmente o formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, cede lugar a uma pirâmide populacional com base mais estreita e vértice mais largo, característico de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento, como demonstram os gráficos a seguir (MS, 2010).

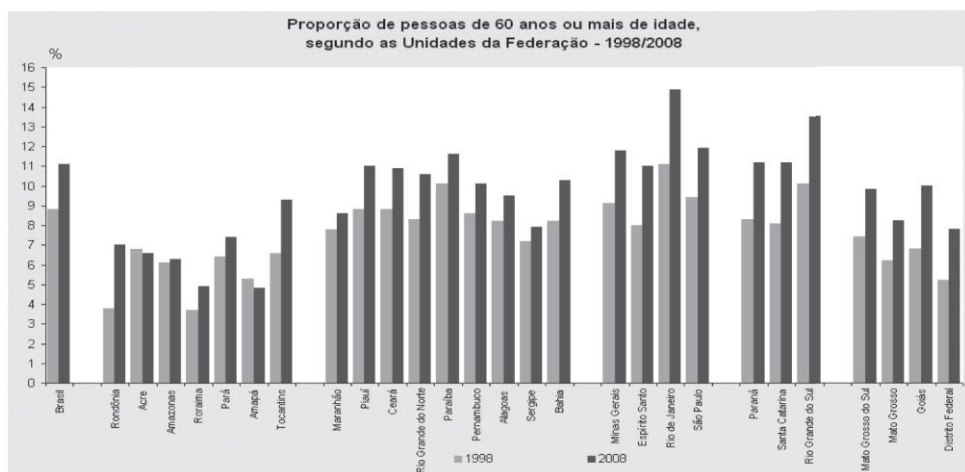
Gráfico 1 - Pirâmides etárias derivadas da projeção para a população brasileira em 2005 e 2050



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Com relação à percentagem de idosos nos estados do Brasil, em 2008, todas as Unidades Federativas do Sudeste e Sul apresentaram percentuais de idosos acima de 10%, conforme é mostrado no gráfico. (MS, 2010).

Proporção de pessoas idosas segundo as Unidades da Federação - 1998 a 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 1998/2008

A partir dos gráficos ilustrados, pode-se dizer que o Brasil caminha rapidamente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido; fenômeno este que implicará na

adequação de políticas sociais que contemplem de forma significativa as demandas desse grupo etário em todos os aspectos, em especial nas áreas da saúde, previdência e assistência. (MS, 2010).

O processo de envelhecimento iniciou-se nos países desenvolvidos no começo do século passado, e somente a partir de 1950 tornou-se marcante nos países em desenvolvimento, portanto com 50 anos de defasagem, em função da descoberta de antibióticos no final da década de 1940, a criação de unidades de terapia intensiva e das vacinas, na metade do século passado, e o conceito da mudança de estilo de vida, na década de 1960, dentre outros fatores que contribuíram para o aumento da longevidade. . (FREITAS, 2004).

Vale destacar também que, nos países em desenvolvimento os avanços da tecnologia, principalmente aqueles aplicados à medicina, foram os fatores mais determinantes para a mudança do perfil demográfico da população, e não o aumento do nível de qualidade de vida. (FREITAS, 2004).

A migração rural também foi um fator crucial no processo de envelhecimento populacional, uma vez que a população jovem em busca de melhores condições de vida, de trabalho e de melhores salários, migra das regiões mais pobres para as mais desenvolvidas deixa seu local de origem e seus familiares mais velhos, aumentando a proporção destes em relação às demais faixas etárias. (FREITAS, 2004).

Toda essa discussão faz com que se pense também sobre os desafios que são postos a uma sociedade atravessada pela desigualdade social onde nem todos envelhecem com saúde desenvolvendo, desta forma, uma velhice acompanhada por preconceitos, doenças crônico-degenerativas e incapacitantes que juntamente leva o idoso à dependência, ao isolamento, necessitando assim de cuidados que nem sempre é prestada de forma eficiente como maneira de minimizar as perdas desencadeadas durante essa fase da vida, “situação esta que é agravada pela pobreza e pela escassez de serviços públicos e privados no atendimento médico e social do idoso, principalmente quando se encontra fragilizado”. (RODRIGUES & RAUTH, 2006 p.186).

O envelhecimento humano ao mesmo tempo em que representa um grande avanço científico significa também um enorme desafio para o conjunto da sociedade, pois altera a vida do indivíduo que envelhece, bem como influencia na relação com o coletivo (família e comunidade) e na formulação de políticas públicas “para atender as novas demandas surgidas principalmente no âmbito da saúde, da assistência e da seguridade social”. (RODRIGUES & RAUTH, 2006 p.186).

Portanto, embora o aumento da expectativa de vida seja o resultado de políticas de incentivos na área da saúde e de progresso tecnológico, por outro, ele acarreta um enorme desafio colocando outras demandas e pressões como, por exemplo, as que recaem sobre os sistemas de saúde e Previdência Social. Ainda, o idoso, caracteristicamente, apresenta múltiplas doenças, exigindo a adoção de protocolos de avaliação adequados à sua condição, maior tempo de internação, atenção multidisciplinar, conseqüentemente desencadeando maiores gastos em relação às faixas etárias mais baixas. Logo, “um dos grandes desafios deste século será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional.” (FREITAS, 2004 p.34).

Destarte, o grande desafio que se apresenta perante o envelhecimento, é o de alcançar uma maior expectativa de vida acompanhada de uma qualidade de vida, pois o prolongamento da vida deve ser pleno de significado e dignidade e não representar anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, dependentes, vítimas do isolamento social e dos tristes quadros depressivos; e *“para responder a este desafio, o primeiro passo é o conhecimento demográfico e epidemiológico próprios dessa faixa etária.”* (FREITAS, 2004, p.34).

2. 3. Autonomia e dependência na velhice

Nos países desenvolvidos o envelhecimento se deu de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, já nos países em desenvolvimento esse processo vem ocorrendo de forma efervescente, sem ter havido de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes. (MS, 2010).

Como argumenta Papaléo Netto (2006), os múltiplos aspectos do envelhecimento e da velhice justificam a concepção de que o estado de saúde ultrapassa os limites puramente biológicos e o controle das doenças. Assim:

O aumento da expectativa de vida representa metade do sucesso do envelhecimento, dependendo a outra da metade da qualidade de vida. A maior longevidade expõe os seres vivos por mais tempo aos fatores de risco, resultando em maior possibilidade de desencadeamento de doenças crônico-degenerativas, de incapacidades e de perda da autonomia, constituindo um desafio a ser enfrentado ao longo da vida (FREITAS & PINHEIRO, 2004 p.272).

Neri (1993) *apud* Freitas & Pinheiro (2004) diz que a qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à interação de vários fatores construídos ao longo da vida. Esses fatores contemplam carga genética, estilo de vida, suporte econômico e ambiente físico, proporcionando uma melhor independência e autonomia para a realização das tarefas diárias.

Para Papaléo Netto (2006), a autonomia é definida como a capacidade de decisão, de comando; e a independência como capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Já Evans (1984), citado por Papaléo Netto (2006), chama de autonomia o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras, e argumenta que, para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como um objetivo global, pois pode ser restaurada por completo, mesmo quando o indivíduo continua dependente.

Paschoal (1996) *apud* Papaléo Netto (2006 p.11) exemplifica essas afirmações ao dizer que *“uma senhora com fratura do colo do fêmur, que ficou restrita a uma cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia, apesar de não ser totalmente independente.* Explicitando e diferenciando com mais precisão os termos dependência e independência, Papaléo Netto (2006, p.11) argumenta que:

Independência e dependência são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a uma pessoa e dependente em relação a outras.

As definições elucidadas acima transmitem a impressão de que a dependência sempre se refere a uma relação social, não sendo, portanto, um atributo individual, mas sim de um indivíduo em relação a outros. (WILKIN, 1990 *apud* PAPALÉO NETTO, 2006). Para uma melhor compreensão deste assunto, no próximo capítulo será destacado como foco principal deste estudo, a tarefa de cuidar do idoso dependente.

Diante disso, os conceitos aqui assinalados são fundamentais, haja vista o objeto de estudo deste trabalho, isto é, os cuidados dispensados às pessoas idosas como algum tipo de dependência, assistidos pelo Centro de Atenção Psicossocial- CAPAS Ana Nery, da cidade da Cachoeira- BA. Em geral, essas pessoas idosas têm um processo de envelhecimento não acompanhado de qualidade de vida, por conta de problemas de saúde, dificuldades econômicas, de participação social e política, dentre outros fatores, sendo de grande valia

conhecer como os cuidadores avaliam e percebem os cuidados que têm realizado para com essas pessoas.

Sabe-se que o aumento da expectativa de vida com qualidade de vida está intrinsecamente relacionado às condições socioeconômicas e de saúde do indivíduo que envelhece. Consoante com essa afirmativa, de acordo com Freitas & Pinheiro (2004, p.265), temos que: *“os fatores econômicos têm profundas repercussões sobre a saúde. São bem conhecidos os efeitos adversos da baixa capacidade econômica e o possível aparecimento de doenças.”* Em outros termos, as classes sociais mais privilegiadas estão menos sujeitas à agressão ambiental e ao desenvolvimento das doenças ensejadas, porém há o limite da vida, do qual nenhuma classe social, raça ou gênero estaria isenta.

Se as classes sociais mais privilegiadas possivelmente terão uma expectativa de vida melhor, qual será o destino dos idosos mais fragilizados, dependentes, desinformados que se encontram em desvantagem economicamente, com condições de saúde desfavoráveis, dificuldades de adaptação às exigências do mundo moderno e ausentes de apoio e suportes que possam contemplar suas demandas, buscando um envelhecimento digno e com qualidade de vida dentro dos seus limites e possibilidades?

Este é um dilema que exige do conjunto da sociedade e do Estado uma atenção maior, sendo urgente a adoção de medidas e políticas, tanto de caráter biomédica quanto biopsicossocial, que favoreçam um envelhecimento com autonomia e capacidade funcional, populacional, gerador de relevantes contribuições culturais, econômicas, sociais e afetivas. (FREITAS & PINHEIRO, 2004). Portanto, *“envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver constitui-se em grande desafio para os indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida.”* (RODRIGUES & RAUTH, 2006 p.191).

Diante do exposto, percebe-se que para alcançar um envelhecimento com qualidade de vida é fundamental garantir uma maior autonomia e independência, a partir da compreensão dos múltiplos aspectos inerentes ao envelhecimento. Isso requer maiores investimentos em políticas sociais públicas, as quais concebam a pessoa idosa através de seus diversos “envelhecimentos”. Vale frisar que o Estado tem responsabilidades para com o envelhecimento, sendo o seu dever desenvolver políticas e programas que propiciem um envelhecimento saudável de forma a minimizar o sofrimento oriundo das seqüelas das doenças crônico-degenerativas típicas do envelhecimento. (FREITAS & PINHEIRO, 2004 p. 272).

Porém o que se vê atualmente, é que as famílias brasileiras acabam, geralmente, assumindo essa responsabilidade de cuidar do seu ente mais velho em função de um acelerado processo de envelhecimento que não foi acompanhado por um desenvolvimento socioeconômico do país, levando ao descompromisso das políticas públicas em contemplar as demandas desse recorte populacional que gradativamente vem sendo comprometido por doenças, incapacidades e fragilidades.

3. O PROCESSO DE CUIDAR: IMPLICAÇÕES E DESAFIOS

3.1. Envelhecimento com dependência: breves considerações

Conforme discutido anteriormente, a velhice tem diversas faces. Não necessariamente o aumento da expectativa de vida, ou melhor, da longevidade vem acompanhado de qualidade de vida. Portanto, deve-se considerar que o aumento da população idosa também traz consigo o aumento de pessoas vivendo com dependência.

Esse aspecto configura como um dos grandes desafios no âmbito da saúde pública, o qual requer novas concepções quanto ao aspecto do cuidado para com essas pessoas a partir de uma perspectiva multidimensional, a fim de que lhes sejam asseguradas, dentro do possível, melhores condições e qualidade de vida. Portanto, esse desafio requer maiores intervenções econômicas, de saúde e sociais, necessitando assim, de políticas e programas sociais condizentes com as implicações da dependência, de modo que as demandas das pessoas idosas que sofrem algum tipo de dependência sejam atendidas numa perspectiva de totalidade (AREOSA & AREOSA, 2008).

Para Caldas (2003), o termo “dependência” liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a “fragilidade”. Esta é definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente (HAZZARD et al., 1994 *apud* CALDAS, 2003).

Para compreender o processo de envelhecimento com dependência, é necessário refletir sobre as doenças crônicas relacionadas a esse seguimento populacional, visto que dentre os grupos etários social e biologicamente mais vulneráveis inclui-se o dos idosos, sendo necessário, portanto, considerar o crescimento dos desafios relacionados ao envelhecimento. Vale destacar que as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não e, uma vez que determinada doença compromete a capacidade física ou mental de um indivíduo, este, por sua vez, dependerá de algo ou alguém para realizar suas atividades diárias, visto sua situação de “incapacidade” nesse processo.

Llera & Martín (1994) *apud* Caldas (2003) afirmam que a cronicidade observada na maioria dos idosos necessita de uma abordagem abrangente para ser bem avaliada, já que as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não. Portanto, faz-se necessário classificar a incapacidade em graus de dependência diferentes, a saber: leve, parcial ou total, sendo exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários. E, para se avaliar o grau de dependência, utiliza-se o método de avaliação funcional³, que é bastante conhecido e aplicado na prática geriátrica, mostrando-se um indicador sensível e relevante para avaliar necessidades e determinar a utilização de recursos.

Cabe salientar que embora a dependência se traduza por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida, não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente, pois a depender do grau de limitação e dificuldade, ela pode reverter-se, logo, é um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados. (CALDAS, 2003).

Tendo em vista que o número expressivo de idosos e portadores de deficiência física precisa continuar desenvolvendo atividades laborais, Areosa (2004) *apud* Areosa & Areosa (2008) alerta também para os obstáculos que a população brasileira se defronta no cotidiano, tais como: problemas como acessibilidade (em especial as barreiras arquitetônicas, que dificultam o acesso e o deslocamento), o uso de equipamentos e instrumentos inadequados, os quais podem agravar e deixar seqüelas significativas nos “deficientes” e pessoas idosas com dependência.

Logo, são diversos os obstáculos que os idosos enfrentam diariamente para viver nas cidades brasileiras. São calçadas cheias de buracos; edifícios sem rampas de acesso para pedestre ou sem elevadores. Os ônibus, também, na sua maioria, com degraus, exigem muito esforço para o embarque ou desembarque. Portanto, é mais que necessário a criação de espaços acessíveis, onde todas as pessoas sintam-se incluídas, que garantam a adaptação de qualquer indivíduo, até mesmo daqueles que apresentam perdas funcionais mais graves. Se as nossas cidades não se prepararem para essa mudança do perfil de sua população, provavelmente esse contingente populacional e as pessoas com deficiência em geral ficarão excluídos da sociedade, preso ou isolado em sua residência. É urgente que medidas de

³ Esse tipo de avaliação é conhecido na geriatria com avaliação geriátrica global (AGG) ou avaliação geriátrica multidimensional. É, portanto, um método direcionado ao idoso frágil, avaliando-o multidimensionalmente, sendo realizada por uma equipe interdisciplinar que aborda os aspectos médicos, funcionais e psicossociais, enfatizando a análise da capacidade funcional como peça-chave para estabelecer o grau de dependência e fragilidade do idoso.

acessibilidade sejam adotadas para evitar esse futuro, e garantir que esse segmento da sociedade possa desfrutar dos prazeres de nossas cidades, conjugando sempre o envelhecimento com autonomia e capacidade funcional preservadas. (NERI, 2007).

Porém, vale salientar que há muito que se fazer para contemplar as necessidades desse segmento populacional, uma vez que, quando se pensa em criar medidas que promovam a interação desse indivíduo, *“é preciso melhorar outros aspectos sociais para que possam contribuir para as condições de saúde e participação social mais ativa por parte das pessoas”* (AREOSA & AREOSA, 2008 p.148). Logo, é necessário direcionar medidas que levem em consideração a diversidade desta população enquanto gênero, classe social e etnia, condições socioeconômicas, de moradia, habitação, meio ambiente, transporte etc.

Desse modo, é importante expor que as condições de dependência variam de indivíduo para indivíduo, sofrendo influências dos fatores adversos como a qualidade do cuidado recebido ou restrições ambientais que dificultam o deslocamento. E pensar no melhoramento das condições de vida deste contingente populacional pode implicar, muitas vezes, em pensar em soluções práticas de facilitação da vida, não só do dependente, como também do cuidador (pessoas que auxiliam nas atividades diárias), tendo em vista que grande parte do cuidado aos idosos é colocada sob a responsabilidade da família, em especial das mulheres. (CAMARANO, 2002 *apud* AREOSA & AREOSA, 2008).

3.2. A família na condição de cuidador

Como foi tratado anteriormente, o aumento do número de idosos e a questão da dependência são dois desafios importantes que caminham juntos, gerando uma preocupação para quem vai desenvolver a tarefa de cuidar dessas pessoas, tendo em vista as situações adversas que perpassam esse processo. Até o momento, no Brasil, a família é que vem arcando sozinha com essa situação, não havendo uma contribuição significativa e impactante do Estado quanto a incentivos e apoio financeiro e psicossocial às famílias que desenvolvem o cuidado para com os idosos dependentes. (AREOSA & AREOSA, 2008).

Sabe-se que o aumento da expectativa de vida e da população idosa resultou das alterações tecnológicas associadas à mudança de estilo de vida, que por sua vez influenciaram na baixa fecundidade e baixa mortalidade infantil, nas mudanças nas relações de gênero através do ingresso das mulheres no mercado de trabalho, entre outros motivos. Ademais, cabe mencionar que o prolongamento da vida, em virtude de uma falta de reorganização social, foi acompanhado também de um aumento da violência urbana como assaltos,

ocorrências no trânsito, etc, influenciando desse modo no crescimento da população com deficiência no Brasil, ou seja, entre a população idosa aparecem às pessoas dependentes, necessitando urgentemente de cuidados especiais. (AREOSA & AREOSA, 2008).

Para os autores supracitados, ao conjugar envelhecimento e deficiência, considerando que ambas as situações não significam necessariamente estar doente, o apoio social é um elemento fundamental para a pessoa de mais idade poder manter-se com autonomia e ter um envelhecimento satisfatório, sem tantos efeitos negativos, sendo detentora de uma melhor saúde física e mental, destacando dentro desse contexto, a família como a principal fonte de apoio informal.

O cuidado, por sua vez, segundo Freitas & Pinheiro (2004), é definido como o desvelo e a atenção que se dedica a alguém. Já Santos (2003) explica que este processo é uma dimensão ontológica do ser humano, pois este autor apropriando-se da contribuição de Boff (1999) diz que o cuidado é mais que uma tarefa, implicando num valor substantivo que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade entre os indivíduos.

Na perspectiva do envelhecimento, os cuidados prestados resultam do nível de dependência, variando desde o cuidado integral ao parcial, adequados às necessidades do paciente e pode ser realizado por qualquer pessoa, denominada de cuidadora, devendo receber adequado treinamento para tanto. (FREITAS & PINHEIRO, 2004).

Para Santos (2003) na literatura gerontológica existe um consenso de que o cuidado pode ser implementado tanto pela família como pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Todavia, são utilizadas diferentes tipologias para caracterizar os cuidadores de acordo com seus vínculos com a pessoa a quem dispensam o cuidado, a saber: cuidadores formais compreendendo todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviços; cuidadores informais que são os familiares e demais atores do grupo doméstico, incluindo ainda amigos, vizinhos, entre outros.

Sendo assim, este autor foi muito claro ao dizer, que ainda que o cuidado seja comum a todas as culturas, e embora suas formas de expressão possam ser as mais variadas; se buscarmos um ponto comum a todas, verificaremos que parece ser a família, pois esta quem essencialmente executa e se responsabiliza pelo cuidado.

De acordo com Debert & Simões (2006), é a família nuclear que o instrumental jurídico se atém, ao estabelecer, na Constituição, que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice e que os programas de apoio aos idosos devem se dar, preferencialmente, dentro de seus domicílios. Assim, “*considera-se uma obrigação da família*

nuclear cuidar de seus membros vulneráveis, dando a essa instituição uma nova centralidade.” (p.1372).

O Estatuto do Idoso estabelece também, no seu artigo 3º, como dever da família zelar pelo bem-estar do idoso bem como obrigação da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar à pessoa idosa a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao trabalho, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Nos termos da Resolução n. 145/04 da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a partir do art. 203 da Constituição Federal, a família é uma instituição social e central, no âmbito das ações da política de assistência social, por se constituir em um complexo de relações privilegiadas e insubstituíveis de proteção e sociabilização primárias dos cidadãos, provedora de cuidados aos seus membros (crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência), porém igualmente a ser cuidada e protegida pelo Poder Público. (SIMÕES, 2010).

Cortelletti, Casara & Herédia (2004) complementam ao afirmar que a família exerce um papel fundamental na saúde do idoso, quando lhe proporciona condições de satisfazer suas necessidades físicas, psíquicas e sociais, pois a vida no grupo familiar garante ao idoso a qualidade de vida, uma vez que o idoso sozinho acaba se descuidando de uma série de atividades da vida diária. No entanto, para que isso ocorra, essa mesma família também precisa estar protegida socialmente, o que requer do Estado um maior investimento em políticas sociais relacionadas ao cuidado de pessoas com dependência.

Além disso, segundo Caldas (2003), é preciso destacar que, embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não têm família. Há outros, cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar dos idosos dependentes. Para este autor, uma das razões para que a família tenha se tornado a principal fonte de cuidados para os idosos se dá pela impossibilidade de atender à demanda gerada pelo aumento da população idosa, usada como justificativa para se repassar a esta instituição as responsabilidades e, contudo, as instâncias que poderiam respaldar o idoso, desobrigam-se de investir nessa área.

As políticas públicas de vários países, incluindo o Brasil, reconhecem oficialmente a contribuição dos cuidadores informais, dos voluntários e do setor privado para complementar a assistência pública, porém a respeito do financiamento do cuidado comunitário permanece um desafio a ser enfrentado. Assim, *“que parcela cabe às famílias no tratamento do paciente idoso dependente de cuidados? E qual é a parcela que cabe ao Estado?”* (CALDAS, 2003 p.776).

Ao responder tal indagação, o autor em tela afirma que a dependência precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública, haja vista que seu impacto sobre a família e a sociedade não pode ser subestimado. No Brasil, existe uma Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999 *apud* Caldas, 2003), que reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, porém aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.

3.2.1. Novos arranjos familiares

Em decorrência dos avanços tecnológicos e científicos que influenciaram na baixa taxa de fecundidade, no aumento da expectativa de vida, seguido do aumento da proporção da população com mais de 60 anos de idade, juntamente com o declínio da instituição do casamento, o conseqüente aumento do número de divórcios, as transformações nas relações de gênero em função do controle da natalidade e da inserção da mulher no mercado de trabalho, o prolongamento da vida acompanhado de doenças crônico-degenerativas e demências, dentre outros fenômenos sociais, contribuíram para o surgimento de novos arranjos familiares, tornando o cuidado ao idoso uma tarefa cada vez mais complexa. (PEIXOTO *et al*, 2004).

Com o processo de urbanização e modernização das cidades brasileiras, a organização da família conjugal sofre várias mudanças, sobretudo com as alterações no papel da mulher. Esta, em função da regulação da sexualidade que a mantinha restrita às funções prioritariamente domésticas de cuidar dos filhos e do marido, passa agora a se engajar no mercado de trabalho em busca de uma carreira profissional e, a partir da década de 1960, em escala mundial, difundiu-se a pílula anticoncepcional que interferiu decisivamente na sexualidade feminina, abalando os “alicerces familiares” e concomitantemente inaugurando novas mudanças na família. (ROSA, 2011; SARTI, 2003).

Com base nos fatores apresentados, pode-se dizer que, segundo Debert & Simões (2006, p.1369), “*os diferentes tipos de famílias em torno dos quais se organiza a maioria dos domicílios brasileiros tendem a abarcar um complexo de relações de parentes e não parentes, gerado por casamentos, divórcios e recasamentos*”. Entre as famílias com filhos,

predominam os arranjos nucleares biparentais, porém a instabilidade das relações afetivas e a proporção crescente de mulheres solteiras com filhos fazem com que haja um número crescente de crianças vivendo com famílias monoparentais, chefiadas, em sua maioria, por mulheres que ingressam no mercado de trabalho, acumulando papéis tanto de provedoras quanto de cuidadoras.

De acordo com Camarano et al., (2004) apud Debert e Simões (2006), os arranjos familiares com a presença de idosos no Brasil podem ser divididos em: famílias de idosos, em que o idoso é o chefe ou o cônjuge, e as famílias com idosos, em que estes são parentes do chefe ou do cônjuge. E, em ambos os tipos verifica-se também um aumento na proporção de mulheres como chefe de famílias, existindo assim, mais famílias de idosos compostas pela mãe e seus filhos e por mulheres vivendo sozinhas.

Embora a Constituição de 1988 considere um dever da família cuidar dos seus membros vulneráveis, enquadrando esta instituição no centro das políticas sociais, a família não se preparou ou não contou com os devidos recursos para enfrentar as mudanças socioculturais que acabaram por gerar novos modelos familiares e, por conseguinte, o desencadeamento de novas demandas sociais e novos papéis. Essa situação é mais agravante em famílias que se encontram sobrecarregadas em consequência das baixas condições socioeconômicas, físicas, ambientais, domésticas e emocionais, ou seja, fragilizadas e impossibilitadas de cumprir suas “funções” de educadora protetora e cuidadora de seus membros (CORTELLETTI, CASARA & HERÉDIA, 2004; ROSA, 2011).

Ainda, conforme Debert e Simões (2006), diante do predomínio de um modelo de política social que prega a redução ou minimização do Estado no provimento de serviços sociais e sua ação pontual, clientelista, seletiva e assistencialista, voltados para os segmentos econômica e politicamente mais expressivos, responsabilizando a família pelo cuidado dos seus dependentes, mais famílias se vêem com meios reduzidos para enfrentar crescentes demandas de apoio no que tange aos cuidados especiais, suporte emocional etc. aos seus membros mais vulneráveis, tanto jovens quanto idosos.

É importante considerar também que um fator que influencia na alteração dos papéis sociais da família, decorrente das mudanças estruturais está relacionado ao papel da mulher. Esta, por sua vez, que desempenhava papéis tradicionalmente definidos dentro do grupo doméstico, com o processo de industrialização passa a exercer funções externas que a deslocam desse grupo. Todavia, o fato de a mulher se inserir no mercado de trabalho, não a isenta de seus antigos papéis (protetora, religiosa, educadora), levando a concepção de que na relação de gênero, as mulheres, tradicionalmente, são a principal fonte de apoio e cuidado aos

seus integrantes, havendo, na verdade, um acúmulo de tarefas desempenhadas por ela tanto fora como dentro do chamado ambiente doméstico (CORTELLETTI, CASARA & HERÉDIA, 2004).

No âmago dessa discussão, Veras (1996) *apud* Papaléo Netto (2006) corrobora que o aumento da expectativa de vida da mulher é mais significativo do que o do homem, o que pode ser atribuído a fatores biológicos e diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade. Embora o aspecto econômico tenha levado a uma crescente participação da mulher na força de trabalho, a fim de contribuir financeiramente no orçamento doméstico, como consequência há ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de doença e/ou de incapacidade física. Por outro lado, devido à maior duração de vida da mulher em relação à do homem, elas estão expostas, por períodos mais longos, às doenças crônico-degenerativas, à viuvez e à solidão. Portanto, ao mesmo tempo, pertencer ao sexo feminino determina o exercício de papéis sociais que conectam as mulheres ao mundo das relações e da interdependência.

Diante do exposto, pode-se dizer que as mudanças históricas e culturais, caracterizadas pela inserção da mulher no mercado de trabalho, alterações nos papéis de gênero, separações conjugais, dentre outras expressões sociais, contribuíram para a construção de novos arranjos familiares, e dentro desse contexto, a velhice também se encontra de maneira múltipla (LINS DE BARROS, 2004; MEDEIROS, 2004).

Portanto, a família mudou assim como os velhos também mudaram. Novos modelos de famílias estão surgindo, sendo que família não é mais composta apenas pelo pai, pela mãe, e pelos filhos, existem famílias chefiadas por mulheres, outras formadas somente por mulheres, ou só por homens, algumas são chefiadas por idosos (MEDEIROS, 2004). Toda essa conjuntura sociohistórica reflete na situação da família de hoje, pois embora esta instituição seja ainda a mais responsável pelo cuidado de seus membros vivendo com dependência, conta com poucos incentivos para que possa desempenhar de forma menos problemática essa função que lhe tem sido atribuída ao longo da história.

3.3. Os desafios enfrentados pelas famílias no cuidado ao idoso

Caldas (2002) *apud* Caldas (2003) afirma que um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados

abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família por questões morais, econômicas ou éticas, não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado, quando a mesma está inserida em um contexto bastante adverso e sobrecarregado.

A família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações. Sobre o aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, essa família-cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, são importantes o suporte emocional, uma rede de cuidados, ligando a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores principais. (CALDAS, 2000, HARVIS & RABINS, 1989 *apud* CALDAS, 2003).

Goldfarb & Lopes (2006) reforça ainda a questão da sobrecarga que recai sobre o responsável direto pelo idoso dependente, observando com frequência um grande isolamento dos cuidadores. Identificados com o doente, como se fosse de sua exclusiva responsabilidade e propriedade, cortam os laços com o entorno social; deixam de receber e de fazer visitas a parentes e amigos, abandonando qualquer atividade que represente uma satisfação pessoal, enquadrando a tarefa de cuidar como único objetivo de sua vida.

Além de *“a dedicação exclusiva se tornar inevitável em certas ocasiões; providenciar cuidados profissionais particulares é impossível para a maioria das famílias brasileiras e a Saúde Pública não oferece ainda soluções alternativas”* (GOLDFARB & LOPES, 2006 p.1380).

Desse modo, o aumento do número de idosos na população tem impacto direto sobre a família, que nem sempre tem condições de proporcionar à pessoa idosa a ajuda de que necessita, situação que é agravada pela pobreza e pela escassez de serviços públicos e privados de atendimento médico e social ao idoso, principalmente quando o mesmo se encontra fragilizado. Logo, a atenção à família é outro desafio que se propõe à sociedade brasileira exigindo políticas de formação de recursos humanos para o atendimento, pesquisa, educação em saúde, atenção aos direitos e ensino de geriatria e gerontologia, contemplando a demanda de quem cuida e também de quem é cuidado. (RODRIGUES & RAUTH, 2006).

Apesar de toda a legislação vigente, a exemplo da Política Nacional do Idoso, da Constituição Federal, da Política Nacional de Saúde do Idoso, apontar que a família é responsável pelo cuidado ao idoso em relação ao atendimento de suas necessidades, não há

um sistema de apoio às famílias e definição das responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais na prática, em função de um Estado que possui reduzidas possibilidades, inexistindo, assim, uma política mais sólida no que tange aos papéis atribuídos às famílias e uma rede adequada de suporte a ser oferecida ao idoso e a sua família. Logo, é fundamental adotar medidas e ações que foquem o cuidador, até porque este diante de uma situação de doença de um membro familiar necessita de orientação e suportes especiais e adequados que propiciem um tratamento digno e qualificado, beneficiando ambas as partes. (CALDAS & MOREIRA, 2007).

3.3.1 A situação da família diante do idoso psiquiátrico

Segundo Neri (2007), focalizar o processo de envelhecimento nos dias de hoje implica destacar também o envelhecimento da pessoa com transtorno mental, uma vez que os avanços científicos e sociais que permitiram o aumento da longevidade da população, de um modo geral, permitiram também o aumento da longevidade das pessoas portadoras de atraso no desenvolvimento intelectual e ao mesmo tempo cresce também o período em que as famílias devem prestar cuidados, ocorrendo ainda o crescimento das necessidades por suportes no âmbito familiar.

Em comparação com a população geral, as pessoas com transtorno mental contam com menos possibilidades de acesso aos serviços de saúde e têm mais dificuldades em relatar suas queixas em decorrência das dificuldades de locomoção. Apresentam também maiores possibilidades de desenvolverem estilos de vida prejudiciais, tais como o sedentarismo e o comportamento sexual de risco e estão mais expostos ao abuso sexual e ao consumo de substâncias nocivas como o tabaco e as drogas. Logo, esse público especial por ser “mais dependente” que os idosos não deficientes mentais requer necessidades especiais para garantir uma vida mais saudável e significativa exigindo, desta forma, pessoal capacitado e adequações nos padrões de serviços prestados na área de saúde e na área social, porém a família continua sendo o elemento principal na rede social e da prestação de cuidados à pessoa com transtorno mental (NERI, 2007).

Goldfarb & Lopes (2006) elucidam que há uma série de fenômenos de ordem afetiva, social, econômica e de organização do cotidiano que afeta a dinâmica familiar a partir do aparecimento da doença demencial. Esta por sua vez é uma situação que acontece no entorno próximo do paciente, incluindo todas as instâncias que têm contato direto com ele: o meio

social, as instituições cuidadoras, os profissionais e, principalmente, os responsáveis diretos, neste caso, as famílias.

A história da doença mental mostra várias faces no decorrer dos tempos, porém, sempre predominaram parâmetros de tratamento que compeliram o ser humano portador de transtorno mental, aos poucos, a perder sua identidade e seus direitos e a ganhar estigmas, sendo excluído do convívio com as pessoas em sociedade. Essa condição é retratada por Falleiros (1996, p. 1), quando afirma que o paciente, *“com o tempo, deixa de ser um cidadão com direitos e deveres, ou seja, perde sua cidadania, o seu sentido de vida e passa a ser considerado um número dentro das estatísticas, alterando sua condição de ser humano para a de doente crônico”*.

Apesar disso, o cuidado ao portador de transtorno mental vem ganhando enfoque humanista, no qual a pessoa é valorizada na sua singularidade de ser humano, em detrimento de uma visão anacrônica, negativa, estigmatizada e preconceituosa em que eram atribuídas às pessoas que sofriam de algum tipo de transtorno mental ao longo da história. O movimento da reforma psiquiátrica, que ora está acontecendo no Brasil, prioriza a reinserção do paciente na sociedade, mediante políticas de saúde que visam diminuir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e o tempo de internamento, aumentar o convívio do paciente com a sua família e a criar rede de assistência (BRASIL, 2001).

Nessa nova concepção de assistência ao portador de transtorno mental, entende-se a família como coautora na promoção da cidadania, porém, observa-se que, na prática, o foco do cuidado ainda é, predominantemente, o indivíduo, marginalizando-se, assim, a família (FILIZOLA, 2003).

O cuidado, que antes era dispensado ao portador de transtornos mentais exclusivamente por profissionais de saúde, em hospitais psiquiátricos, atualmente, é estendido para a família, porém, percebe-se que ela não está sendo preparada para assumir esse papel, além de inexistir um apoio quanto à capacitação e informações sobre as implicações e as dimensões de cuidar de alguém. Lacerda (2000, p. 726) diz que *“na maioria das vezes, pouca ou nenhuma orientação é dada sobre como, quando, onde e de que forma”* deve-se cuidar de um ente querido e, se essa orientação condiz com a capacidade da família e as condições do domicílio para viabilização do cuidado.

A partir disso, a autora supracitada enfatiza que essa nova condição gera estresse inevitável, causando doença no cuidador familiar, quando ele já não está doente. Isso nos remete a pensar na necessidade de acompanhamento profissional que inclua também a família do portador de transtorno mental ou o seu significante. Para a mesma autora, significante pode

ser qualquer pessoa que se responsabilize pelo cuidado de indivíduos com problemas de saúde.

Goldfarb e Lopes (2006) corroboram com essa assertiva, ao dizer que diante de uma evolução de uma doença demencial, pode-se observar que, assim como a doença apresenta diferentes fases, a família também passa por diferentes etapas em seu processo de acompanhamento do doente, existindo um primeiro momento que é a percepção dos sintomas, haja vista que *“as demências são geralmente doenças de progressão lenta e diagnóstico difícil que afetam a memória e da qual a maioria da população tem poucas informações”* (p.1379), sendo esse período um dos mais árduos e complexos para as famílias.

Desse modo, o desconhecimento acerca da doença pode acabar colaborando para a construção da marginalização do idoso, considerado motivo de vergonha, destinado a ser ocultado como verdadeiro estigma familiar e, mais agravante ainda é quando se atribui ao doente a definição de *‘velho esclerosado, como se a perda da memória fosse algo inerente a idade avançada’* (GOLGFARB & LOPES, 2006, p.1379).

Como já foi exposto, os autores acima reforçam ainda a questão da sobrecarga que recai sobre o responsável pelo cuidado ao idoso dependente, levando-o a condições de estresse e provocando diferentes transtornos de saúde e, por conseguinte, uma diminuição da qualidade dos cuidados oferecidos ao indivíduo. Observa-se também que um cuidador que passa entre 5 e 15 anos responsável em tempo integral ao paciente com alto grau de dependência acaba organizando sua vida em torno dessa tarefa, renunciando, sem perceber, sonhos e projetos de realização pessoal e trabalhos que lhe outorgavam satisfação e renda.

Diante do que foi mencionado, pode-se compreender que são poucas as famílias que possuem um arsenal de conhecimento e os meios financeiros dignos para que possam prestar um cuidado digno aos idosos com adoecimento psíquico, além de que, as políticas públicas de saúde que contemplam esse aspecto ainda são insuficientes. (GOLDFARB & LOPES, 2006).

Embora a legislação aponte à família como responsável pelo cuidado ao idoso dependente, geralmente, esta instituição não está preparada para assumir esse papel, haja vista, que dentre as dificuldades encontradas por elas, destacam-se a falta de conhecimento acerca da doença e inabilidade de reconhecer situações de crise, como agir nessas situações, como se relacionar com a limitação do ente querido até mesmo as más condições de domicílio que acabam inviabilizando o cuidado, podendo até causar doença no cuidador familiar.

Em suma, muitos são os desafios a ser enfrentados quanto ao cuidado de pessoas idosas com transtorno mental. A concepção de que a família deve realizar essa tarefa, conforme explicito nas mais diversas legislações brasileiras, precisa ser revista e/ou

complementada, visto que sem condições e apoio econômico, social, educacional e cultural, as famílias vêm se sobrecarregadas e sem condições mínimas de desempenhar o cuidado. Além disso, é preciso adotar outras estratégias quanto ao cuidado de pessoas com dependência, pois nem todos têm famílias e os que têm, não necessariamente podem contar com as mesmas, por diversos fatores. Os Centros de Atenção Psicossocial têm representado uma das estratégias no que tange à divisão de responsabilidades quanto à tarefa de cuidar dessas pessoas. No entanto, muitos são os desafios a ser superados nesse processo, pois as famílias, que acompanham seus idosos nessas instituições precisam receber maiores informações e contar com maiores apoios, para que possam depois da “estadia” no CAPS, cuidar bem de seus idosos. Essa questão será abordada com mais detalhes no último capítulo deste trabalho, quando nos dedicaremos a refletir sobre a tarefa do cuidar a partir das pessoas que desempenham esse papel, tendo em vista limites, possibilidades, desafios etc.

4- METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS: CONCEITOS E ASPECTOS CENTRAIS DA PESQUISA EMPÍRICA

4.1- Aspectos Metodológicos

Com o intuito de conhecer as dimensões da tarefa de cuidar do idoso dependente, o princípio metodológico que norteou a pesquisa foi de natureza qualitativa, a qual abriga correntes de pesquisa muito diferentes por construir o conhecimento ilimitado, isto é, um conhecimento que *“não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa”* (CHIZZOTI, 2008, p.79). O cerne da pesquisa qualitativa, portanto, é a apreensão dos significados partindo do pressuposto de que há uma relação indissociável entre o sujeito e o objeto, sendo que o sujeito-observador é parte integrante e fundamental do processo de conhecimento por interpretar fenômenos, atribuindo-lhes uma razão de ser.

Consoante com a afirmação de Chizzotti (2008), Santos (2003) diz que neste modelo de pesquisa, o pesquisador pode captar e interpretar o real significado das ações dos indivíduos no contexto no qual se desenvolvem suas vidas e relações, permitindo mostrar a complexidade da vida humana com suas contradições, imprevisibilidade e criatividade para lidar com as questões do cotidiano. Aponta também como uma das características cruciais da pesquisa qualitativa, a certeza de que ninguém sabe mais sobre o fenômeno estudado do que o próprio sujeito que o vivencia. (STREUBERT & CARPENTER, 1995 *apud* SANTOS, 2003).

Diversas são as formas de realizar uma pesquisa qualitativa, partindo desse pressuposto, a abordagem metodológica ocorreu em duas etapas: pesquisa bibliografia e pesquisa de campo. A primeira, também conhecida como pesquisa de fonte secundária, abarca toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo através de publicações avulsas, jornais, teses, monografias, etc. Ela é compreendida não como uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas proporciona o exame de um tema sob novo enfoque, chegando a conclusões inovadoras. (MARCONI & LAKATOS, 2007).

Sendo assim, a pesquisa bibliográfica tem sua importância na produção do conhecimento por permitir a aproximação com diversos teóricos que versam sobre a temática,

além de permitir uma análise crítica da realidade estudada, ou seja, relacionar a teoria com a prática.

Enquanto a pesquisa de campo, esta é utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta ou descobrir novos fenômenos. As fases da pesquisa de campo requerem também a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão como forma de saber em que estado se encontra atualmente o problema, que trabalhos já foram realizados a respeito e quais são as opiniões reinantes sobre o assunto. (MARCONI & LAKATOS, 2007). Percebe-se assim que estes dois tipos de pesquisa qualitativa estabelecem uma relação indissociável na busca de conhecer e compreender o fenômeno a ser estudado.

Contudo, a pesquisa é de suma importância para a produção do conhecimento a qual mobiliza a capacidade inventiva do pesquisador e sua inteligência para elaborar a metodologia adequada ao campo de pesquisa e aos problemas que ele enfrenta com as pessoas que participam da investigação. Todavia, o pesquisador deverá *“expor e validar os meios e técnicas adotadas, demonstrando a cientificidade dos dados colhidos e dos conhecimentos produzidos.”* (CHIZZOTTI, 2008 p.85).

Com base nessa citação, na produção do conhecimento, faz-se necessário utilizar métodos e técnicas eficazes capazes de alcançar os objetivos da pesquisa. E, a adoção de um determinado método de estudo depende da natureza do objeto que se pretende estudar, dos recursos materiais disponíveis, do nível de abrangência de estudo, dentre outros fatores. Entende-se por método, o caminho para se chegar a tal fim e método científico, o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para alcançar o conhecimento. (GIL, 2007).

Desse modo, dada a natureza da indagação desta pesquisa e sua estrutura teórica e filosófica com o intuito de atingir o objetivo proposto, qual seja: *“Compreender as dimensões da tarefa de cuidar do idoso dependente”*, optou-se pela entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados que, segundo Triviños (1987), tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta das informações.

Também conhecida como entrevista não-diretiva, ou abordagem clínica é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado. O informante, por sua vez, é competente para exprimir-se com clareza sobre questões de sua experiência. O acesso às

informações, porém, requer alguns cuidados especiais, tendo em vista que a entrevista semiestruturada apresenta vantagens e limites. (CHIZZOTTI, 2008).

Embora este instrumento de pesquisa possibilite o contato imediato com questões relevantes, aprofundando a significação dos fenômenos que se estuda, todavia, dado o seu caráter de fornecer informações baseadas no discurso livre, é importante também, para o pesquisador, atentar para algumas questões como a grande quantidade de informações de dados que devem ser reduzidos, as interferências emocionais, etc. Desse modo, a entrevista requer qualidade das informações recolhidas, redução de volume de dados a elementos passíveis de análise como forma de assegurar a cientificidade da técnica. (CHIZZOTTI, 2008).

Quanto à fase de coleta de dados, a mesma aconteceu no período compreendido entre outubro a novembro de 2012. Para registro das informações, utilizaram-se gravações e anotações das respostas dos pesquisados com o intuito de se obter um maior registro fidedigno. Em seguida, os dados foram documentados para posterior análise. Vale salientar que as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos cuidadores e foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, buscou-se, no decorrer do processo de entrevista, criar um clima descontraído e de confiança entre o pesquisador e pesquisado, para que se pudesse ao máximo obter informações de grande relevância sobre o tema em estudo.

Com a utilização desta técnica, consegui perceber que para além do entendimento dos conceitos que explicam como se dá a tarefa de cuidar, compreendi também que na realidade que vivenciei a partir dos relatos dos cuidadores, surgiram explicitamente nas suas opiniões sentimentos que expressam medo, tristeza, insegurança, receio etc. Daí, a presença da liberdade total disponível para o entrevistado, podendo manifestar suas opiniões e sentimentos, como característica peculiar da entrevista semiestruturada conforme testemunho de Marconi & Lakatos (2007).

A proximidade e o interesse pela escolha do objeto a ser estudado decorreram-se da realidade vivenciada pelo estágio obrigatório da grade curricular do Curso de Serviço Social na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB, tendo como campo de estágio o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Ana Nery no município da Cachoeira-BA, concomitante com o período em que cursei a disciplina Gerontologia, ofertada pelo curso.

4.2 LÓCUS DA PESQUISA

A escolha do campo de estudo, como foi exposta, deu-se a partir da realidade vivenciada no estágio obrigatório, onde ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Ana Nery do município da Cachoeira- BA, cidade esta localizada na microrregião de Santo Antônio de Jesus, que de acordo com os dados estatísticos do IBGE, no ano de 2010, possui uma população estimada de 32.026 mil habitantes.

Os CAPS's são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, os quais foram pensados e concebidos a partir da Reforma Psiquiátrica, visando a substituição das internações em Hospitais Psiquiátricos, também chamados de Manicômios. Com este novo modelo de substituição, o cuidado com as pessoas com sofrimentos mentais seria deslocado para fora do Hospital, em direção à comunidade, com o intuito de aproximá-la dos usuários e, por sua vez, estes de seus direitos e de seus familiares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O CAPS oferece, portanto, atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis como o direito à vida, à liberdade perante a lei e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. (MS, 2004).

Segundo a portaria nº336/GM de fevereiro/2002, os CAPS são divididos por tamanho e público alvo. O CAPS I é para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, CAPS II para municípios com 70 a 200 mil habitantes, CAPS III acima de 200 mil habitantes, CAPSi para atender crianças e adolescentes e também acima de 200 mil habitantes e CAPSad atendem indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas para municípios com população acima de 100 mil habitantes. Vale frisar que, se necessário, estes parâmetros populacionais podem variar dependendo das características do município. (MS, 2004).

Apesar dos CAPS's terem suas especificidades estabelecidas, na realidade do município da Cachoeira, percebe-se que embora o tipo de CAPS seja o I, em decorrência do número de habitantes na cidade, essa instituição acaba atendendo indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, público- alvo do já citado CAPSad, sendo - a justificativa para tal o fato do- uso abusivo de substâncias ilícitas também pode ser causador de transtornos mentais.

A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas pelo profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando à integração do paciente na comunidade e sua inserção no seio familiar; os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. (MS, 2004)

O CAPS Ana Nery presta atendimento à população com sofrimento psíquico do município da Cachoeira em nível ambulatorial e nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo, sendo que o atendimento intensivo corresponde ao atendimento diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. O semi-intensivo corresponde a modalidade oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, logo, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. O não-intensivo, por outro lado, é prestado quando a pessoa não precisa de suporte contínuo, dirigindo-se à instituição apenas para consulta e aquisição de medicamentos, podendo ser atendido até três dias no mês. (MS, 2004).

A presente instituição constitui-se de uma equipe multidisciplinar com atendimento psicossocial, realizado pela assistente social e psicóloga; atendimento médico realizado pelo médico psiquiátrico e enfermeira, além das demais oficinas terapêuticas realizadas pela assistente social, psicóloga e educadora física. Há também uma equipe de apoio composta por recepcionista, cozinheira e segurança.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a equipe mínima de profissionais correspondente ao CAPS I é: um médico psiquiátrico ou médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: - psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio- técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O espaço físico da instituição na cidade de Cachoeira tem estilo residencial e está localizado em bairro de fácil acesso à população. A sua estrutura, porém, é uma lacuna que deixa a desejar em alguns aspectos, dada a precariedade da mesma, em especial pela existência de uma única sala disponível para a realização das atividades desenvolvidas, geralmente, por todos os profissionais. O atendimento que deveria ser individual, prestado a família do usuário e ao usuário, por exemplo, acontece nesse mesmo ambiente e com a participação de outros sujeitos que freqüentam a unidade sem o devido sigilo profissional, que

se faz necessário para o desenvolvimento do trabalho de qualquer profissão que prima pelos princípios éticos e pela dignidade do ser humano.

Um dos deveres éticos mais reforçados, nos artigos. 15 a 18 do Código de Ética do Profissional do Assistente Social, de 13 de março de 1993, é o sigilo profissional que se restringe às informações obtidas no exercício da profissão. O sigilo, por sua vez, significa informação reservada, uma obrigação do profissional de não divulgar fatos relatados pelo usuário ou beneficiário. A quebra do sigilo consiste um abuso de direito, além de infração ética, configura-se também em crime contra a liberdade individual (SIMÕES, 2011). No entanto, os limites e as barreiras instituições deixam o profissional em situação bastante delicada quanto a esse aspecto.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Com o objetivo de conhecer a dinâmica de cuidar de um idoso dependente, bem como as implicações na condição do papel de cuidador, optou-se por realizar o estudo com os cuidadores dos idosos que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Ana Nery nas três modalidades: intensivo, semi-intensivo e, não-intensivo; sujeitos esses predominantemente do sexo feminino com faixa etária entre 33 a 62 anos. Vale destacar que foram aplicadas cinco entrevistas, sendo que o universo de idosos que frequentam essa unidade, residindo na sede de Cachoeira, totaliza seis sujeitos, portanto, com apenas um cuidador - foi impossibilitada a realização da coleta de dados, - pelo fato da ausência do mesmo, por ocasião da entrevista, para realizar suas atividades diárias.

Segundo Chizzotti (2008), na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam dela são reconhecidas como sujeitos providos de conhecimentos e produzem práticas necessárias para intervir nos problemas que identificam. Cria-se uma relação entre o pesquisador e o pesquisado indispensável para compreender a interação entre as pessoas e os objetos, e os significados que são construídos pelos sujeitos. Procurou-se no decorrer do processo de entrevista aplicar essa concepção ativa do sujeito que fornece informações valiosas para a produção do conhecimento de uma temática pouco discutida na literatura nacional, regional e local.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Gil (2007), após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa é a análise e interpretação. A análise organiza e sumaria os dados de forma a possibilitar o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação procura o sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

A técnica escolhida para identificação dos dados foi o método de análise de conteúdo, pois através deste podemos encontrar respostas para questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (objeto), “[...] também podemos realizar a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. (MINAYO, 1996, p.74).

Segundo Bardim (1997) *apud* Marconi & Lakatos (2007), este método consiste em trabalhar a palavra, ou seja, a prática da língua realizada por emissões identificáveis, levando em consideração “*as significações (conteúdo), sua forma e a distribuição desses conteúdos e formas. Lida com mensagens (comunicação) e tem como objetivo principal sua manipulação (conteúdo e expressão).*” (p.29).

Chizzotti (2008) complementa também que essa técnica de análise procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características ou categorias conceituais que permitam passar dos elementos descritivos à interpretação ou investigar a compreensão dos atores sociais no contexto cultural em que produzem as informações.

Os dados coletados foram analisados com base nas respostas coletadas através das entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas, realizadas com os cuidadores de idosos com transtorno mental. As perguntas abertas foram analisadas de forma subjetiva, através da análise do seu conteúdo e observação do seu grau de relevância, em consonância com a revisão de literatura realizadas na construção dos primeiros capítulos deste trabalho.

4.5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção procederá à análise do estudo de acordo com as informações obtidas durante a coleta de dados. Assim, buscou-se refletir sobre as falas dos cuidadores referentes ao entendimento destes sobre a sua importância do cuidado ao idoso e suas necessidades e implicações no que concerne a essa tarefa, utilizando-se para tal do recurso de categorização do material coletado, após a transcrição e organização do mesmo sob a forma de texto.

Dessa forma, a análise e discussão dos resultados foram estruturadas da seguinte forma: qualificação do sujeito, o processo de cuidar, preconceito e atividades desenvolvidas no CAPS: contribuições para as famílias dos idosos. Para uma melhor compreensão, foram utilizadas algumas tabelas ilustrativas, contendo respostas dos participantes da pesquisa.

4.5.1. QUALIFICAÇÃO DO SUJEITO: Dados socioeconômicos

Seguindo a estrutura da entrevista (**ver apêndice**), o primeiro bloco diz respeito à qualificação do sujeito. O grupo de cuidadores entrevistados foi composto por (4) quatro mulheres e (1) um homem, todos residindo na sede de Cachoeira.

TABELA 1. Perfil socioeconômico dos entrevistados

	SEX O ⁴	IDA DE	ESTA DO CIVIL ⁵	CO R ⁶	ESCOLARID ADE	REND A ⁷	Nº DE FILH OS	GRAU DE PARENTE CSO
MARIA	F		S	N	Ensino Médio			Irmã
LUCIA NA	F	33	S	P	Ensino Médio		3	Filha
JANE	F	39	S	N	Ensino Médio	1 SM	1	Sobrinha
JOÃO	M	40	S	P	Ensino Fundamental	2 SM	2	Filho
GRAÇA	F	62	S	O	Ensino Médio	1 SM	1	Irmã

Fonte: coleta direta, 2012

Com base na tabela 1, pode-se perceber que há uma predominância do sexo feminino como cuidador, ainda que se trate de um pequeno número de pessoas, esse dado está em consonância com os dados encontrados para a realidade brasileira. Como já foi exposto, segundo Goldfarb & Lopes (2006), dada à construção cultural da divisão sexual do trabalho baseada nas diferenças biológicas, em que mantinha as mulheres restritas às funções prioritariamente domésticas de cuidar dos filhos e do marido, a tarefa de cuidar acaba sendo essencialmente feminina. Todavia, embora o homem tenha sido mencionado ocasionalmente na pesquisa, não se pode subestimar a participação deste na prestação de cuidados ao idoso dependente, bem como pensar sobre suas necessidades frente a esta tarefa.

Portanto, em razão da construção sociohistórica da família que defendia um modelo de família patriarcal centrada na divisão de atribuições que atribuía ao homem (marido) como provedor do lar e, à mulher (esposa) cuidar dos filhos e maridos, geralmente as mulheres (filhas, netas, esposas) são as principais responsáveis pelo cuidado ao idoso em caso de doença e/ou de incapacidades.

⁴ F- FEMININO M- MASCULINO

⁵ S- SOLTEIRO

⁶ N- NEGRO P- PARDO, O- OUTROS

⁷ SM- SALÁRIO MÍNIMO

No tocante à situação econômica, dois (2) dos entrevistados não responderam sobre sua renda e os outros, que responderam a essa questão, possuem uma renda que variam entre um a dois salários mínimos, obtidos através da aposentadoria.

Sobre o grau de parentesco, todos os entrevistados são familiares bem próximos dos idosos, sendo na sua maioria compostos por irmãos e filhos. Assim, pode-se dizer que o envelhecimento e a dependência são dois desafios que caminham em consonância, gerando uma preocupação sobre quem irá prestar cuidados aos idosos que possuem algum tipo de limitação seja física ou mental, sendo geralmente a família, em essência, que vem arcando com essa situação.

O Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso (PNI), a Constituição de 1988, assim como diversos teóricos como Caldas (2003) e Debert & Simões (2006) afirmam que é a família a principal fonte de cuidados ao idoso em relação ao atendimento de suas necessidades, assegurando-lhe, dentro das possibilidades, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao respeito, à convivência familiar e comunitária, dentre outros. Portanto, o que ocorre na vida real, em geral, é o que está preconizado na legislação, visto que os filhos e filhas maiores acabam com o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, de modo que programas de apoio aos idosos devem se dar, de preferência, dentro dos domicílios.

Embora a pesquisa aqui em unanimidade, possivelmente pelo pequeno número de entrevistados, revele que os entes familiares se constituem enquanto os principais cuidadores desse grupo etário, sendo a figura feminina como principal agente dessa tarefa, autores como Goldfarb & Lopes (2006) consideram, que em virtude dos novos arranjos possíveis na contemporaneidade, a família cuidadora nem sempre é a consangüínea. Resultado este provocado pelo processo de urbanização e industrialização, do ingresso da mulher no mercado de trabalho, da difusão da pílula anticoncepcional, refletindo, desse modo, nas mudanças da estrutura familiar que passou de numerosa a nuclear⁸.

Diante do exposto, é preciso destacar também que apesar do cuidado familiar configurar como um aspecto importante, ele não se aplica a todos idosos. Como foi elucidado nos capítulos anteriores, existem idosos que não têm família e há outros, cujas famílias são

⁸ Segundo Debert & Simões (2006), entende-se por família nuclear como uma unidade composta pelo par heterossexual e seus filhos, em que o marido é tido como o provedor do lar e a esposa se encarrega em tempo integral do cuidado dos filhos e do marido em função dos imperativos biológicos que desempenha papéis fundamentais para a sobrevivência da espécie humana, como a regulação da sexualidade, a reprodução, a operação entre os sexos etc.

muito pobres e que precisam trabalhar, não podendo deixar o mercado de trabalho para cuidar deles, ocorrendo uma ausência de alguém que cuide do idoso em caso de doença ou de incapacidade. Assim, a tarefa de cuidar pode ser estendida a outras pessoas como parentes mais distantes, amigos, vizinhos etc. (CALDAS, 2003).

Em síntese, apropriando-se das contribuições de Fortes & Neri (2006, p.1284), *“cuidar de idosos fragilizados e dependentes é uma situação normativa na vida de pessoas de meia-idade e idosas”* em decorrência, dentre outras condições, do aumento na longevidade na população, existência de uma norma sociocultural, segundo a qual os filhos têm o dever de cuidar dos pais idosos, o fato de as mulheres viverem mais do que os homens as elegem para cuidar dos maridos quando fragilizados e dependentes, para filhos e cônjuges, indistintamente, existem normas socioculturais de solidariedade, respeito e responsabilidades a serem honradas; ao cuidar, os cuidadores familiares derivam sendo de ajustamento pessoal pelo cumprimento de expectativas sociais, familiares e individuais.

4.5.2. O PROCESSO DE CUIDAR

Cuidar de idosos não é basicamente uma situação ou condição, mas um evento da vida que se prolonga e se desdobra no tempo, pois tem um curso que depende da evolução da condição da pessoa que é cuidada; ao processo de cuidar, com suas exigências e os eventos particulares que se sucedem; ao desenvolvimento do cuidador e aos ciclos de vida familiar. (FORTES & NERI, 2006).

Os autores supracitados elucidam o processo de cuidar da seguinte forma:

No decorrer dos anos, às vezes uma década ou mais, a moléstia progride, o cuidador torna-se mais hábil e mais resiliente (ou mais frágil e vulnerável); o cuidador falece e é substituído por outro membro da família; as pessoas da família e os amigos afastam-se e aproximam-se; alguns entes queridos morrem, filhos e netos se casam e nascem novos bebês; aparecem novas drogas e tratamentos no mercado; os idosos que são cuidados sofrem e se recuperam (ou não) de quedas, têm dores intermitentes e infecções que vão e vêm; os episódios de hospitalização do idoso tornam-se mais frequentes; os convênios médicos tornam-se mais caros; o governo passa a distribuir ou suspende a distribuição de certos medicamentos; a família contrata ajuda; surgem novas esperanças e outras se diluem; conflitos familiares aparecem e desaparecem. (p.1284).

Desse modo, entende-se que cuidar é um processo que envolve mudanças substantivas entre indivíduos e famílias inseridos em um determinado contexto social podendo ocasionar ganhos e perdas, evolução e declínio, facilidades e dificuldades, etc. entre quem cuida e, é cuidado. Vale destacar que, na perspectiva do envelhecimento, o bem-estar físico e emocional do cuidador familiar é um processo multidimensional e passível de múltiplas causas. (FORTES & NERI, 2006).

Na ocasião em que é feito o diagnóstico, o médico informa à família que o idoso possui uma doença psíquica, isso se torna um “marco” na vida dessas pessoas, mas representa apenas uma parte do processo de cuidar. (SANTOS, 2003).

Assim, a partir da tomada de conhecimento sobre a doença do seu ente mais velho, os cuidadores familiares acabam reagindo de diversas formas, sobretudo pelo fato dos diferentes sinais da doença que, a depender do seu grau de complexidades e nível de informação e recursos dos cuidadores sobre a mesma, desencadeia tomada de decisões e ações e ao mesmo

tempo geram conflitos, dificuldades, dúvidas entre outros fatores que permeiam o processo de cuidar.

Quando questionados sobre a doença diagnosticada pelo médico da pessoa idosa que está sob os seus cuidados, bem como os sintomas que são desencadeados pela mesma, os cuidados que a doença exige e as dificuldades enfrentadas por essa tarefa, os entrevistados demonstraram que detém certo conhecimento e responderam esses questionamentos da seguinte forma:

QUADRO I: Doença, sintomas, cuidados e dificuldades centrais no processo de cuidar dos idosos dependentes do CAPS Ana Nery

	DOENÇA	SINTOMAS	CUIDADOS	DIFICULDADES
MARIA	Esquizofrenia	Agitação	Não cuida	Tudo
LUCIANA	Alcoolismo	Alucinações gritos e xingamentos	Banho, andar limpo e boa alimentação	Teimosia, não se alimentar e tomar banho
JANE	Susto psicótico	Expressão assustada, olhos arregalados	Não precisa de muitos cuidados	Tomar banho
JOÃO	Esquizofrenia	Alucinações, tristeza, não comer e dormir direito	Dar os remédios certos, boa alimentação, beber muita água	O tempo é pouco
GRAÇA	Esquizofrenia	Anda com flor, pede esmola, finge ser pai de santo	Não precisa de muitos cuidados	Falta de liberdade

Fonte: coleta direta de dados, 2012

A partir da ilustração e sistematização dos dados coletados, sintetizado no quadro acima, nota-se que a maioria dos entrevistados conhece a doença do seu ente mais velho, bem como os sintomas apresentados e os cuidados que são necessários. Porém, independente do conhecimento acerca da doença, as dificuldades, sejam elas da mais simples a mais complexa, enfrentadas por estes cuidadores familiares, ainda permanecem. E, sobre os cuidados necessários as informações foram bastante difusas, pois alguns informaram que os idosos não precisam de muitos cuidados já outros relacionaram essa necessidade às atividades da vida diária como, por exemplo, tomar banho e alimentar-se.

Segundo Santos (2003) os cuidados com a higiene pessoal e com o corpo são os que mais requerem tempo, paciência e habilidade do cuidador, quando o idoso ainda pode realizá-los, mas não de forma totalmente correta. Não obstante, de nada resolve procurar orientar o indivíduo ou tentar ensiná-lo, pois sua capacidade de aprendizado e de absorver novas informações está muito comprometida em função da doença neurodegenerativa que está desenvolvendo.

Já Caldas (2002) *apud* Santos (2003) corrobora que à medida que a doença evolui, é fundamental ter paciência não só para entender o processo de doença, mas principalmente para conseguir implementar os cuidados requeridos pelo idoso no ritmo que este consegue desenvolver.

Por outro lado, percebe-se a partir dessa ilustração que, apenas um informante relatou não cuidar do idoso pelo fato do mesmo agredir a cuidadora. Esta situação explica como a doença pode adquirir contornos diferentes e ocasionar, por conseguinte conseqüências negativas que influenciam diretamente nas dificuldades da tarefa de cuidar, ou seja, modificando a condição de vida da pessoa que presta o cuidado, gerando conflitos e tensões familiares, medo, angústia e sofrimento.

“[...] Não cuido dela (irmã), é agressiva e desde pequena bate em mim e na minha mãe, mas agora que eu cresci eu bato também, aí ela fica mais quieta. Minha mãe nem pode falar como ela, porque se olhar muito pra ela, ela voa em cima da minha mãe, ela já derrubou minha mãe uma vez e hoje ela ta com um problema na perna”. (MARIA).

Logo, é perceptível que para além do grande grau de dificuldade deste cuidador exercer a tarefa de cuidar, o conflito e a tensão intrafamiliar ocasionado pela violência física

acabam por acarretar conseqüências alarmantes entre os cuidadores e idosos favorecendo o distanciamento entre os mesmos.

Santos (2003) foi bastante eloqüente ao contribuir com um aspecto muito importante na fase do processo de cuidar a partir da freqüência em que ocorrem as tensões e os conflitos entre os cuidadores e os idosos, os quais muitas vezes geram manifestações de agressividade por parte desses últimos, tornando-se difícil, assim, para os cuidadores reaprender a comunica-se com o familiar, pois, nessa situação de doença, com freqüência os idosos não conseguem entender o que está sendo dito ou orientado pelo cuidador e prosseguem repetindo erros. Nesse sentido, para o entendimento de alguns essa situação parece um comportamento provocativo e *“faz parte do processo de cuidar saber conduzir essas situações delicadas e procurar evitar que elas tomem proporções catastróficas.”* (p.147).

Partindo dessa análise questiono como contemplar a lei que afirma que a família é a cuidadora principal em amparar seus idosos dependentes ou fragilizados, quando se sabe que na realidade concreta esse cuidador assume sozinha essa responsabilidade tão difícil?

É muito fácil construir uma política a nível macro quando não se conhece a dura realidade do contexto brasileiro, onde a maioria das famílias carece de recursos financeiros, suporte social, emocional mais efetivo que viabilize adequadas políticas públicas às suas necessidades.

Retornando a análise sobre as dificuldades dos cuidadores, esta compreensão foi bastante nítida a partir das falas de alguns dos pesquisados, as quais podem ser demonstradas a partir dos depoimentos abaixo:

“[...] É horrível, insuportável cuidar dela, eu nem cuido mais, eu já disse que ela é a pior doente do CAPS.” (MARIA).

“[...] É muita dificuldade, precisa ter muita paciência e muito sangue na veia, porque tem momento que dar uma vontade de cometer uma atrocidade porque é difícil labutar com um tipo de pessoa assim, porque além dele partir pra cima de mim e me xingar, ele ameaça meus filhos de morte, porque não gosta deles e já disse que vai colocar veneno de rato na comida dos meninos.” (LUCIANA).

“[...] O tempo é pouco pra cuidar dela, tem dias que canso e não agüento aí, às vezes, eu durmo.” (JOÃO).

Observa-se que os entrevistados sentem-se cansados, revoltados, temerosos e sobrecarregados com a tarefa de cuidar, constituindo-se a mesma num grande desafio. Percebe-se que algumas vezes o cuidador familiar tem suas satisfações por estar cuidando de um ente querido, mas também é um trabalho que exige muito, haja vista que dispensar cuidado a alguém que esteja doente ou dependente envolve esforço mental, físico e psicológico considerável, além do ônus financeiro que esse cuidado pode vir a causar. (DERNTL, WATANABE & RODRIGUES, 2005).

As falas, portanto, ilustram muito bem esse processo desafiador, a angústia e até mesmo, um certo receio e ou medo em dispensar cuidados a pessoas idosas devido a tendência a violência, a depender do tipo de transtorno mental.

Consoante com a argumentação de Fortes & Neri (2006), a sobrecarga física e emocional, a falta de tempo para si, os conflitos familiares associados ao exercício do papel do cuidador podem causar efeitos negativos sobre a saúde e o bem-estar dos cuidadores familiares.

Partindo desse pressuposto, compreende-se que embora as políticas públicas brasileiras principalmente as relacionadas à área de saúde reconheçam a importância do cuidado para o contexto domiciliar, tendo como atores principais os membros da família, é necessário também que se ofereçam condições de infraestrutura e de suporte para que as famílias possam exercer dignamente o papel de cuidadores informais, especialmente quando se trata de um indivíduo com comprometimento psíquico. Muito, além disso, é fundamental pensar em medidas e políticas de prevenção e promoção à saúde dos cuidadores, tendo em vista que estes por passar um determinado período assumindo essa “missão”, geralmente são sobrecarregadas física e emocionalmente, estando também mais suscetíveis a doenças crônicas degenerativas, em especial a prevalência de depressão.

Para que ocorra essa ação faz-se necessário conhecer não somente as necessidades de cuidado da pessoa dependente, mas também conhecer a realidade dessas famílias bem como suas demandas, crenças, seus valores e suas práticas socioculturais, para que se possa apropriá-las de modo mais eficaz. (SANTOS, 2003).

Embora o cuidado seja considerado como um possibilitador inerente à existência humana, sendo que sem ele o ser desestrutura-se de maneira a atingir a morte, como afirma

Boff (1999), a tarefa de cuidar que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observada em situações nas quais os cuidadores não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade, podendo gerar eventos estressantes, cansaço, apatia e isolamento entre quem cuida e quem é cuidado, surgimento e agravamento de doenças em ambos as situações, dentre outros fatores. Toda essa conjuntura reflete na necessidade de um apoio para essas famílias como mecanismo que possibilite um cuidar mais digno, logo menos sobrecarregado. Os entrevistados demonstraram que precisam de apoio nesse sentido, pois se encontram numa situação estressante e merecem maiores momentos para o descanso, atividades próprias, lazer etc.

Na realidade brasileira, onde há uma baixa cobertura dos programas de cuidados institucionais, a família no cuidado ao idoso, destaca-se como alternativa mais viável, principalmente em função da escassez dos recursos financeiros. As PNI e a PNSI reforçam a necessidade de que os cuidadores informais recebam treinamentos básicos no que tange a cuidados com a higiene pessoal, medicação de rotina, etc, salientam também a necessidade de formação de núcleos de apoio que possibilitem a troca de experiências entre os cuidadores como forma de evitar tanto o isolamento dos idosos quanto dos próprios cuidadores. (CAMARANO & PASINATO, 2004).

Sobre a participação em algum grupo de apoio, as pessoas que cuidam dos idosos, em sua maioria, disse que não participava, porém alguns acreditam que esse suporte seria fundamental para o enfrentamento das necessidades da família. Vejamos através do seguinte depoimento:

“[...] Não participo, porém eu acho importante só que até onde eu sei em Cachoeira não tem um programa de apoio que nos ajude a enfrentar essa situação, porque acaba afetando a mente de quem está por perto, pra gente cuidar de pessoas assim tem que tá com a mente bastante equilibrada.” (LUCIANA).

Sendo assim, a partir da aproximação da realidade estudada descortinou-se que os cuidadores familiares sentem a ausência de uma rede de suporte mais qualificada oferecendo maiores esclarecimentos sobre a doença e melhor assistência na área da saúde. Logo, carecem de treinamento, capacitação e orientação específicas para realizar o exercício do cuidar de forma menos penosa.

Fazendo um paralelo com essas discussões, foi perceptível a ausência de apoio quando se questionou sobre o que é cuidar de uma pessoa idosa com transtorno mental e sobre quais as principais necessidades para melhorar o cuidado:

“[...] É sofrer, tomo muito susto com ela, eu só durmo tomando gardenal. Preciso cuidar de mim, da minha vida, trabalhar. Eu não posso trabalhar, porque se eu deixar minha mãe em casa só, ela bate nela. Eu só durmo tomando gardenal.” (MARIA).

“[...] É ter que se responsabilizar bastante, é tomar cuidado pra não fazer imundície na casa e na alimentação. Eu não durmo porque tenho medo das ameaças dele, se você vim aqui em casa de madrugada, duas horas eu já tou acordada. É difícil você cuidar de três crianças e cuidar de uma pessoa que não quer se auto-ajudar.” (LUCIANA).

“[...] O dinheiro não serve só pra comprar remédio, precisa comprar comida, roupa, sair. O salário mínimo é um salário escravo.” (GRAÇA).

Verifica-se, então, que os cuidadores familiares demandam apoio, sobretudo de ordem financeira e emocional, razões estas que influenciam diretamente na qualidade do cuidado prestado, clamando, assim, para uma nova atenção, não só para quem envelhece com dependência, mas também para aqueles que cuidam de quem depende de atenção e cuidado. No geral, as falas acima revelam o quão dispendiosa e cansativa pode ser a tarefa de cuidar, quando o cuidador é responsabilizado sozinho por esse processo. Surgem doenças, medos angústias e inquietações, que poderiam ser amenizadas com um apoio mais técnico e econômico por parte do Estado.

Embora as legislações vigentes (PNI e PNSI), determinem que a assistência a esse grupo etário deva ter como questão básica a sua permanência no domicílio, de forma autônoma por tempo integral e afirmem que a família e a assistência primária/atenção básica à saúde⁹ são os pilares desse cuidado, ainda assim é na família, onde se concentra toda a assistência informal com todas as lacunas e dificuldades postas em função de um estado

⁹ A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, utilizando como estratégia prioritária para sua operacionalização o Programa Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2011).

reduzidor no provimento de recursos e serviços sociais quanto ao processo do cuidado, configurando esse, na verdade, como um “*pseudo*” cuidador, marcado por eventos estressantes e de muita angústia.

Ao perguntar sobre o tempo em média que se dedicam à tarefa de cuidar, as atividades que desenvolvem fora de casa e suas opções de lazer, os entrevistados responderam respectivamente o seguinte:

“[...] *Vendo micheline de vez em quando.*”

“[...] *A semana toda cuidando dele porque trabalho dentro de casa*”.

“[...] *Não tenho lazer, só fico em casa.*” (LUCIANA).

“[...] *Nada, tenho uma vida sedentária.*”

“[...] *Não tenho lazer.*” (JANE).

As afirmações apresentadas reforçam o que segundo Goldfarb & Lopes (2006) chamam de sobrecarga que recai sobre o responsável direto pelo idoso dependente, observando com frequência um grande isolamento dos cuidadores. Identificados com o doente, como se fosse de sua exclusiva responsabilidade e propriedade, cortam os laços com o entorno social; deixam de receber e de fazer visitas a parentes e amigos, abandonando qualquer atividade que represente uma satisfação pessoal, enquadrando a tarefa de cuidar como único objetivo de sua vida. Os cuidadores do CAPS encontram-se isolados nessa tarefa, não havendo nem mesmo grupo de apoio que possam orientá-los nesse tipo de trabalho, refletindo de fato nas limitações em conciliar suas atividades como cuidadoras e o autocuidado.

Porém, em outras situações, percebeu-se também que alguns dos entrevistados embora se dediquem a essa tarefa, têm tempo para o lazer e exercem outras atividades, deixando o idoso sob os cuidados de outros parentes, vizinhos ou até mesmo, deixando-o sozinho, diminuindo um pouco a sobrecarga que acomete ao cuidador:

“[...] *Pinto casa.*”

“[...] Todos os dias eu cuido dela, porque eu trabalho de motoboy, mas de manhã, de tarde e de noite eu tenho que olhar ela.”

“[...] Eu saio, vou a Salvador, mas é mais dia de domingo que eu brinco.” (JOÃO).

“[...] Faço academia, resolvo assuntos do cotidiano como comprar, pagar, ir ao banco.”

“[...] Todos os dias eu cuido dele, porque tem que viver na vigilância, senão ele não toma os remédios.”

“[...] Vou à academia, gosto de seresta, sou sócia de um clube, vou à festa entre amigos, vou a Salvador e quando viajo coloco ele na casa da minha irmã.” (GRAÇA).

Essas considerações nos fazem refletir sobre os conceitos em torno da autonomia, dependência e fragilidade na velhice, pois durante a pesquisa de campo, observou-se que a maioria dos idosos, embora com sua capacidade comprometida, provocada pela perda das suas habilidades mentais, é ativa no que diz respeito à realização de suas atividades básicas ao se locomover nos ambientes: ir à igreja, à barbearia, à casa do vizinho, à padaria etc. Explicando, desta forma, o tempo que os cuidadores têm para descansar e se “divertir” um pouco.

Como afirma Caldas (2003), a dependência está intimamente ligada à fragilidade, que por sua vez, é definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Para Papaléo Netto (2006), a autonomia é definida como a capacidade de decisão, de comando; e independência como capacidade de realizar algo com seus próprios meios.

Contudo, as condições de dependência, de acordo Areosa & Areosa (2008), variam de indivíduo para indivíduo, sendo influenciados por fatores como: idade, carga genética, qualidade do cuidado recebido, restrições ambientais, etc. Nesse sentido, quanto maior a dependência, maior a responsabilidade e o tempo dispendido pelo cuidador no que diz respeito à atenção que tem que dar a esse ente familiar.

O fator idade influencia bastante ao relacionar o idoso mais fragilizado com a necessidade de cuidados, todavia, a partir da coleta de dados, os idosos apresentavam faixa etária entre 60 a 63 anos, notando-se que independente de sua limitação mental, estes conseguem exercer as atividades que lhe são delegadas no seu entorno social, podendo confirmar, assim que o envelhecimento é, portanto, um fenômeno complexo influenciado por

diversos fatores. Segundo Cortelletti, Casara e Herédia (2004), a existência de idosos “jovens” que correspondem à idade de 60 a 69 anos comparada a de idosos mais “velhos”, a partir de 80 anos, os idosos “jovens” possuem maior autonomia sem necessidade direta de intervenção da família, ainda cumprindo com a realização das atividades desempenhadas ao longo de sua vida.

Triadó & Villar (2006) *apud* Areosa & Areosa (2008, p.146) lembram ainda que na idade avançada, “*a vida depois dos 80 anos pode ser muito difícil, pois grande parte das pessoas que atingem essa idade possui problemas de saúde, que muitas vezes impede a sua independência e a autonomia.*”, ocorrendo desse modo, uma sobrecarga de quem cuida dos idosos mais velhos.

Santos (2003) afirma que somente através da evolução da doença, ou seja, das manifestações das dificuldades do idoso que o cuidador familiar vai compreendendo que terá de assumir novos papéis que extrapolam as atividades de cuidar.

Portanto, geralmente, o cuidado integral é mais necessário quando o indivíduo apresenta idade mais avançada, acompanhada de doenças que ocasionam alto grau de dependência gerando uma maior sobrecarga aos cuidadores.

4.5.3. PRECONCEITO

De acordo com Goffman (2008), o estigma pode ser caracterizado a partir do momento que um estranho que está à nossa frente, faz com que surjam evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente dos outros que se encontram numa mesma categoria. Logo, deixa-se de considerá-lo criatura comum, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída.

No caso aqui estudado não foi tão diferente, quando se perguntou se os cuidadores sofriam algum preconceito pelo fato do idoso apresentar transtorno mental:

“[...] Falam, mas eu não ligo, Deus deu problema a todo mundo pra ninguém falar mal de ninguém.” (MARIA).

“[...] As pessoas chegam na rua e falam que o meu pai tá sujo, bêbado, largado. Os ferimentos no corpo geram constrangimento pra mim, porque tem gente que não senta perto

dele por causa dessas feridas, ficam dizendo que é câncer e ele não tem câncer, é a cachaça que provoca essas feridas porque já tomou o fígado dele.” (LUCIANA).

“[...] Diziam que ela tava doida, que tinha que internar no hospício, porque nunca ia ficar boa. Minha mãe não ta doida, se internar aí que ela vai ficar doida, vai piorar.” (JOÃO).

Partindo desses depoimentos, é nítido o preconceito que as famílias desses idosos sofrem, por conta da dupla estigmatização do indivíduo, pois, além de velho é considerado “louco” por aqueles que não conhecem e não compreendem a doença, tratando, assim, o indivíduo com descaso e desdém através do estranhamento, da rejeição, da apatia pelo sujeito, sem saber que a velhice é uma etapa da vida inerente a todo o ser humano com ganhos e perdas durante o seu processo.

Com isso, Britto da Motta (2006) explica que a velhice é muito mais associada à decadência do que às propagadas sabedoria e experiência, como se costuma dizer. E não apenas atrelada a desgaste e a decadência física, mas também a doença e a dependência, numa sociedade que enaltece a juventude e a beleza jovem em detrimento do corpo velho, que é visto sempre acompanhado de perdas e proximidade com a morte.

A velhice também é vista de forma estigmatizada em meio a uma cultura que associa esse segmento populacional a um leque de expressões negativas e preconceituosas, por não considerar o velho como um ser humano, mas sim como uma ferramenta improdutiva, principalmente para economia que não se adapta mais as exigências do mundo moderno.

Se a sociedade compreendesse que a velhice é uma fase da vida somada a ganhos e perdas, assim como as demais faixas etárias, e é uma questão que preocupa o futuro de toda humanidade, uma vez que todos nós iremos envelhecer talvez essa fase humana fosse vista com mais respeito e mais atenção.

4.5.4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CAPS- ANA NARY: CONTRIBUIÇÕES ÀS FAMÍLIAS DOS IDOSOS.

O CAPS presta atendimento às pessoas com transtornos mentais em nível ambulatorial e nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo, sendo que o atendimento intensivo corresponde aquele usuário que frequenta a instituição todos os dias, o semi-

intensivo aquele que vai no mínimo oito vezes ao mês e o não intensivo que se dirige à instituição apenas para consulta e aquisição de medicamentos.

O CAPS oferece diversos tipos de atividades terapêuticas, a saber: oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento, oferecidos pelo CAPS. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais e também estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos profissionais, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício da cidadania. (BRASIL, 2004).

Quando se perguntou aos familiares sobre o que é o CAPS e se conhece as atividades desenvolvidas na instituição, alguns responderam:

“[...] É uma necessidade de auto-ajuda às pessoas e também pra aliviar as famílias porque é muito pesado cuidar de pessoas assim, o CAPS foi a melhor coisa que existiu pra mim porque dar banho e remédio.”

“[...] Tem artesanato, faz brechó, passeio para outras cidades pra conhecer outros tipos de CAPS.” (LUCIANA).

“[...] É um local onde a família encontra o apoio necessário pra ajudar seu ente querido ou a família, porque antigamente quando não tinha diante de uma crise a gente tinha que ir pra Feira de Santana ou Salvador pegar um carro particular e assim era mais difícil.”

“[...] Corte e costura pintura, fazem passeio, atividades de campo. Com essas atividades a mente trabalha mais, ocupa a mente, diminui as crises e o surgimento de outras doenças.” (JANE).

“[...] É um centro de recuperação, que acalma as pessoas quando não tem condições de tomar remédio e se tratar em casa e dar apoio a família que tem problema mental.”

“[...] Segura as pessoas o dia todo pra não beber e fumar.” (JOÃO).

“[...] É um lugar de apoio que marca consulta com o psiquiatra, despacha os medicamentos.”

“[...] Oficinas terapêuticas.” (GRAÇA).

Diante do exposto, percebe-se que as famílias conhecem o CAPS e as atividades desenvolvidas na unidade, entendendo como um lugar de apoio para as famílias, principalmente através da aquisição de medicamentos e consulta com o médico psiquiatra. Porém, a maioria alega que as atividades não ajudam no melhor cuidado ao idoso, pelo fato deste se sentir desmotivado em participar das atividades ou insatisfeito com o atendimento.

“[...] Se ela participasse ajudaria, mas ela é preguiçosa, não faz. O CAPS nem quer mais ela. Já disse que é pra gente internar.” (MARIA).

“[...] Não tem como diminuir a carga, porque ele não se autoajuda, a não ser que livre espontânea vontade quisesse se internar numa clínica pra deixar de beber.” (LUCIANA).

“[...] O CAPS já não serve porque o problema dela é tristeza, o médico do CAPS não perguntava o que ela estava sentindo e isso só faz as pessoas ficarem mais revoltados.” (JOÃO).

Diante dos fatos apresentados, compreende-se que as atividades realizadas no CAPS pouco auxiliam no melhor cuidado ao idoso, não por elas serem ineficientes, mas, pela

realidade vivenciada no estágio supervisionado juntamente com o depoimento dos cuidadores dos idosos, percebeu-se que estes não se sentem motivados e contemplados em participar das atividades que de praxe são: corte e costura, artesanato, etc. Talvez falte mais dinamismo entre essas atividades como forma de evitar funções rotineiras, pois, às vezes, determinada função acaba não condizendo com a necessidade do indivíduo que está em processo de tratamento acompanhado de medicação.

Em suma, a partir das análises das entrevistas conclui-se que o cuidado ao idoso dependente é uma tarefa difícil e complexa, pois há uma sobrecarga entre os cuidadores seja por um desgaste físico, financeiro ou emocional, compreendendo que a tarefa de cuidar não deixa de ser um trabalho que pesa sobre a vida desses cuidadores, tornando a vida mais penosa e podendo influenciar na qualidade de vida do cuidador. Logo cuidar de pessoas idosas é estressante e geralmente leva a problemas emocionais, físicos, interpessoais e ocupacionais etc.

Quando o Estatuto do Idoso afirma que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, dentre outros direitos, discordo em parte dessa afirmação, sobretudo à ordem a quem ela se dirige as responsabilidades e retifico, em primeiro lugar, que é dever do Estado, segundo, da sociedade e por fim, da família assegurar os direitos a esse segmento populacional, dado ao contexto brasileiro que concentra um grande número de famílias de baixa renda com péssimas condições de moradia, saneamento, educação, trabalho etc e ainda são tuteladas como os principais responsáveis por uma tarefa que exige total atenção, carinho, orientação e suportes especiais necessários frente àqueles que envelhecem com algum tipo de dependência.

Finalizando, o envelhecimento, a dependência combinado à tarefa de cuidar acaba geralmente regulando o modo de viver dos cuidadores, ou por restringir algumas das suas atividades que os satisfazem, ou também por gerar cansaço em função das dificuldades supramencionadas que fazem parte do enfrentamento desta missão. Se as legislações da saúde (PNI E PNSI) entendem que os cuidadores são os principais aliados no processo de atenção ao idoso no domicílio, faz-se necessário efetivar um sistema de apoio que atenda as necessidades também dos cuidadores, principalmente em termos de qualidade de vida, pois, a incapacidade do idoso reflete também nas condições de vida e de saúde de quem cuida, ocasionando como já foi discutido: estresse, ansiedade, perda da liberdade, doenças, cansaço, dentre outros fatores, objetivando, deste modo, orientar sobre como cuidar do outro, além da família pensar

na possibilidade de cuidadores secundários como forma de minimizar a sobrecarga dos cuidadores primários.

O Programa Saúde da Família (PSF), por exemplo, é um grande instrumento para efetivação para esse tipo de assistência, uma vez que, por sua proximidade com o território e com a comunidade, tem uma visão mais ampla do contexto de vida cotidiana desses idosos e de seus cuidadores e das potencialidades de cuidado comunitário, como por exemplo: equipamentos sociais e rede social de apoio. (BRASIL, 2011). Todavia, é preciso que essa rede funcione de fato e que as famílias e seus respectivos cuidadores possam contar com o apoio em nível de capacitação, financeiro e emocional. Ademais, pensar em possibilidades de cuidado institucional para evitar a sobrecarga dos cuidadores e evitar situações de violência, negligência e abandono das pessoas cuidadas.

5. Considerações Finais

Durante os capítulos construídos nesse estudo compreendemos que nas estatísticas e na literatura gerontológica é comprovado que o grupo etário com idade igual ou superior a 60 anos vem crescendo velozmente, dada a alteração do perfil demográfico onde houve a redução das taxas de natalidade e mortalidade provocada pelos avanços científicos e tecnológicos. Porém, mesmo com o aumento da longevidade nem todas as pessoas envelhecem com saúde ou com qualidade de vida.

Devido às mudanças estruturais na sociedade brasileira acompanhado de baixos investimentos em recursos na saúde, assistência social, previdência; em termos também de habitação, moradia adequada, saneamento básico, trabalho, alimentação, dentre outros determinantes sociais, muitos idosos encontram-se fragilizados e enfermos para continuar progredindo nessa fase da vida com tantas limitações, necessitando, assim, de cuidados em longo prazo.

As políticas sociais e de saúde do idoso como a PNI, PNSI e o Estatuto do Idoso priorizam a manutenção do idoso no seu espaço doméstico; todavia, na realidade cruel e lastimável, os programas de assistência domiciliar acabam sendo de responsabilidades do grupo familiar que, muitas vezes, são ausentes de recursos, suportes, treinamentos e orientações específicas que promovam o cuidado adequado, implicando concomitantemente em efeitos adversos nas condições de vida e de saúde dos cuidadores.

Diante disso, assim como vimos na literatura, observou-se também que as famílias são os principais cuidadores dos idosos, e dentro desse contexto, em gênero, as mulheres que realizam o cuidado, fato este explicado pelo imperativo social e afetivo do passado que delega o papel da mulher como cuidadora do lar, dos filhos e do parceiro.

Por outro lado, no estudo exploratório, foi perceptível a confirmação de que no processo de cuidar, as famílias apresentam seu grau de dificuldade através do cansaço, tristeza, da sobrecarga física, financeira e psicológica, dos conflitos intrafamiliares gerados pela violência e, inclusive, ameaças de morte, da falta de liberdade, do aparecimento de doenças como a depressão, etc. Desse modo, compreende-se que cuidar sem dependência já é difícil, quanto mais com o idoso que apresenta dependência.

Se as instituições de saúde deliberam que as famílias sejam os grandes aliados na atenção ao idoso, não obstante, faz-se necessário também atender as necessidades relacionadas às demandas de saúde e bem-estar social dos cuidadores, pois além de

assumirem essa função, geralmente, eles têm outros papéis a desempenhar e precisam também cuidar de si.

Apropriando-me da contribuição de Debert (1999) *apud* Santos (2003) parece que garantir ao idoso a manutenção dos vínculos afetivos na esfera doméstica é mais uma tática política de reduzir os gastos públicos com a área de saúde, além da baixa relação custo-benefício do cuidado institucionalizado, do que realmente se preocupar com a questão de quem cuida e de quem é cuidado.

Para tanto, entendendo a importância de atender a clientela dos cuidadores, acredito que, antes de se pensar em construir políticas que primem pelo cuidado no seio familiar ao indivíduo que envelhece com dependência, seria fundamental em primeiro lugar rastrear, ou seja, conhecer quem são esses idosos e cuidadores. Mais precisamente é preciso saber como vive esses dois recortes em termos de condições, de saúde, assistência, trabalho, educação, saneamento, moradia, para depois implementar ações efetivas que possibilitem um cuidado menos difícil, portanto, um envelhecimento mais digno de acordo com as necessidades e especificidades de cada população.

Santos (2003) considera que as políticas públicas devam atender as demandas da população, sugerindo assim que se crie um rede de comunicação entre os membros e gestores dessas políticas e os profissionais, técnicos e familiares que as implementem na esfera da saúde pública e privada, e também no espaço doméstico buscando de tal forma uma maior aproximação entre as políticas e as necessidades da população idosa e de seus familiares. Além de capacitação dos recursos humanos dos serviços de saúde, a exemplo, o Programa de Saúde da Família, como treinamentos específicos na área da geriatria e gerontologia, otimizando o uso desse recurso já existente.

Diante do exposto, percebi que o que a literatura convencional discute sobre o cuidador do idoso tem sentido em grande parte com o que observei em campo. Todavia, talvez se tivesse realizado a pesquisa com outros tipos de cuidadores, poderia ter obtido uma dimensão maior desse estudo. Portanto, ratifico que esse trabalho consiste em um estudo exploratório, não pretendendo generalizar a realidade de Cachoeira dado ao pequeno número de pessoas entrevistadas. Por outro lado, embora o número de pesquisados seja um número quantitativamente pequeno, não quer dizer que o trabalho não esteja em consonância com outros estudos de caráter quantitativo, ou até mesmo qualitativo. Cabe salientar que esse trabalho é a primeira obra podendo apontar outras discussões em outros municípios do Recôncavo ou de âmbito nacional.

Espero que essa reflexão possa trazer boas inspirações, impulsionando novos conhecimentos não só na perspectiva gerontológica, mas também em novas construções de políticas adequadas a realidade dos idosos e dos cuidadores, levando assim produtivos debates e soluções para agora e para o futuro.

6. REFERÊNCIAS

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; AREOSA, Antônio Luiz. **Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados**. Revista Texto e Contextos. Porto Alegre v. 7n. 1 p. 138-150. Jan/jun. 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRITTO da MOTTA, A. **Visão antropológica do envelhecimento**. In: Freitas, Elizabete Viana de et al. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2ª edição, 2006, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.8, pp 78-82.

CALDAS, CP. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 773-81.

CALDAS, Célia Pereira; MOREIRA, Márcia Duarte. **A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso.** Rev. de Enfermagem, v.11, 3ª edição, 2007, pp.520-525.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas.** In.: CAMARANO, A. A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253–292.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências humanas e sociais/** Antônio Chizzotti. 9. ed. – São Paulo: Cortez, 2008 p. 83-85.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (org.). **Idoso Asilado: um estudo gerontológico.** Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS, 2004.

DEBERT, G. G. (1999). **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Universidade de São Paulo/FAPESP.

DEBERT, G.G. & SIMÕES, J.A. **Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea.** In: Freitas, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª edição, 2006, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 146, pp-1366-1373.

DERNTL, AM; ROGRIGUES, SLA; WATANABE, HAW. **A saúde de idosos que cuidam de idosos.** In: Rev Esc Enferm, USP, 2006; v.40, n.4, pp 493-500.

FALLEIROS, M. N. **Travessia para o amanhã. Relacionamento Interpessoal Terapêutico com o doente mental crônico.** Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FILIZOLA, C. L. A. et al. **A história da família de Rubi e seu filho leão: trabalhando com família de usuários com transtorno mental grave através do modelo calgary de avaliação e intervenção na família.** Texto e Contexto Enfermagem, v.12, n. 2, p. 182-90, abri./jun. 2003.

FORTES, A.C.G & NERI, A.L.N. **A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família.** In: *Tratado de*

Geriatrics e Gerontology, 2ª edição, 2006, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 135, pp 1277-1288.

FREITAS, Elizabete Viana de. **Demografia e epidemiologia de envelhecimento**. PY, Lígia et al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2004, p.19-38.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**/ Antônio Carlos Gil. – 5.ed.- 8. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada**/ Erving Goffman; [tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes]. – 4.ed.- Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOLDFARB, DC; LOPES da COSTA, RG. **Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações**. In: Freitas, et al. *Tratado de Geriatrics e Gerontology*, 2ª edição, 2006, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 147, pp 1374-1382.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>> Acesso em: 09/11/2012.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. **Envelhecimento, Cultura e Transformações Sociais**. In: PY, Lígia et al. *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 39-60.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007, p.29.

MEDEIROS, Suzana Aparecida Rocha. **O Lugar do Velho no Contexto Familiar**. In: PY, Lígia et al. *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 185-200.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 6º ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: editora Alínea, 2007.

PAPALÉO NETTO, M. **O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: Freitas, Elizabete Viana de et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª edição, 2006, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.1, pp 02-12.

PASCHOAL, SMP. **Autonomia e independência**. In: Papaléo Netto M (Ed). *Gerontologia*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. Atheneu, 1996, pp.26 -43.

PEIXOTO, Clarice Ehlers (org.). **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

RODRIGUES, N.C.; RAUTH, J. **Os desafios do envelhecimento no Brasil**. In: Freitas, Elizabete Viana de et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª edição, 2006, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.18, pp 186-192.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: 3ª edição, Cortez, 2011.

SANTOS, Silva Maria Azevedo dos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

SCHARFSTEIN, Eloisa Adler. **Intervenção Psicossocial**. In: Ligia Py; Jaime Lisandro Pacheco; Jeanete Liasch Martins de Sá; Sara Nigri Goldman. (Org.). *Tempo de Envelhecer- Percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau, 2004, v., p. 321-344.

SCHNEIDER, RH; IRIGARAY, TQ. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia. Campinas, 25 (4): 585-593, 2008.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social.** 5ª edição. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social; v.3).

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: ATLAS,** 1987.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais.** Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

7- APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I- Perfil Socioeconômico do Entrevistado:

Entrevistado:

Idade:

Endereço:

1. Sexo:

- (A) Feminino
- (B) Masculino

2. Estado Civil:

(A) casado (B) solteiro (C) divorciado (D) separado (E) união estável (F) outros

3. Como você se considera:

- (A) Branco (a).
- (B) Pardo (a) / mulato (a).
- (C) Negro (a).
- (D) Amarelo (a).
- (E) Indígena.
- (F) Outros.

4. Grau de Escolaridade

- (A) Não estudou.
- (B) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).
- (C) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).
- (D) Ensino médio (2 grau) incompleto.
- (E) Ensino médio (2 grau) completo.
- (F) Ensino superior incompleto.
- (G) Ensino superior completo.

5. Trabalha?

6. Se sim, onde?

7. Qual sua renda?

() menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () mais de 3 salários mínimos

8. Recebe algum benefício social do governo?

9. Se sim, qual tipo de benefício que recebe?

BPC Bolsa família outros

10. Quantos filhos você tem?

1 2 3 4 5 mais de 5

11. Qual o seu grau de parentesco com a pessoa idosa que está cuidando?

nenhum filho (a) neto(a) outros

II- Saúde

1. Sofre alguma doença diagnosticada pelo médico? Caso sim poderia me falar qual:

2. Faz uso de medicamentos?

Sim Não

Caso sim, quantos por dia costuma tomar:

3. Onde adquire os medicamentos?

4. Tem acompanhamento médico?

sim não

5. Se sim onde?

Posto de Saúde

Médico particular

outros

6. Gosta de cuidar do idoso ou idosa?

Sim Não

7. Se sim, por quê?

8. Se não, por quê?

9. Além de cuidar do idoso que outras atividades desenvolvem fora de casa?

10. Quantas horas em média na semana dedica à tarefa de cuidar?

11. Poderia me relatar sobre suas opções de lazer?

12. O que você entende por transtorno mental?
13. Como você caracteriza o idoso que tem transtorno mental?
14. Você conhece o tipo de transtorno mental que o idoso que está sob seus cuidados, sofre?
- () Sim () Não
- Caso sim, qual:
- Caso não, nunca teve interesse em perguntar?
15. Sofre ou já sofreu algum preconceito pelo fato do idoso apresentar transtorno mental?
16. Quais são as principais dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso com transtorno mental?
17. Relate sobre a tarefa de cuidar de uma pessoa idosa com transtorno mental?
18. Você conhece a doença do idoso que está cuidando? Caso sim, quais os principais sintomas e cuidados que a doença exige?
19. Caso não, como faz para cuidar do idoso?
20. Participar de algum grupo de apoio a pessoas que cuidam de idosos? Caso sim ou não, fale sobre esse aspecto:
21. O que você entende por CAPS?
22. Você conhece as atividades desenvolvidas no CAPS?
- () Sim () Não
23. Se sim, quais são as atividades?
24. Você acha que as atividades desenvolvidas pelo CAPS ajudam para um melhor cuidado ao idoso?
- () Sim () Não

25. Se sim, por quê?
26. Se não, quais as sugestões que faria:
27. Em sua opinião enquanto cuidador quais são as principais necessidades para melhorar o cuidado ao idoso?
28. Fale, no geral, sobre o que é cuidar de uma pessoa idosa com transtorno mental ou demência.