



U N I C A M P

Faculdade de Educação

1994

EDINETE BELEZA DO NASCIMENTO E SILVA

**PREPARANDO ADULTOS PARA A CONVIVÊNCIA
COM FAMILIARES IDOSOS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL**

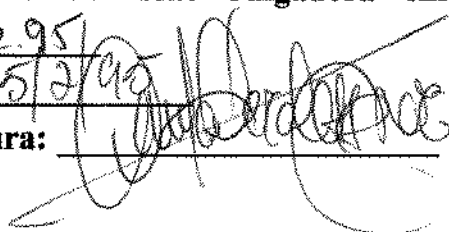
EDINETE BELEZA DO NASCIMENTO E SILVA

**Este exemplar corresponde à redação
final da Tese defendida por Edinete
Beleza do Nascimento e Silva e apro-
vada pela Comissão Julgadora em**

15.12.95

Data: 15/12/95

Assinatura:



**PREPARANDO ADULTOS PARA A CONVIVÊNCIA
COM FAMILIARES IDOSOS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1994

**Tese apresentada como exigência parcial
para obtenção do título de DOUTOR
EM EDUCAÇÃO na Área de concentra-
ção: Psicologia Educacional, à Comissão
Julgadora da Faculdade de Educação da
Universidade Estadual de Campinas, sob
a orientação da Prof^a Dr^a Anita Libera-
lesso Neri.**

Comissão Julgadora:

Márcia Regina S. de Brito
Ailton
Cristina de Almeida
Márcia Regina S. de Brito
Cely, -

*Para Gustavo, Guilherme e Regina, que
dão sentido a minha existência.*

In memoriam

Papai João e Mãe Preta, pelo amor incondicional.

Pepeta, exemplo ideal de um ciclo de vida.

AGRADECIMENTOS

A Dr^a Anita, que muito mais que orientadora é a amiga sempre presente.

A Eliane pelo apoio e pela ação no momento da incerteza.

A Dolores pelo estímulo e orientação no computador e nas traduções.

A Helenice, amiga e companheira durante o transcorrer do curso.

A Dulce pela revisão do português.

Aos jovens, Danilo, Heloisa, Henrique e Luiz Alfredo pela ajuda nas traduções dos textos.

Ao Jorge pela disponibilidade e colaboração nas análises estatísticas.

A CAPES e a UFSCar pelas condições oferecidas para a realização desse trabalho.

“Esperança

O pesado coração do outono

Aliviado no inverno

Por alguém que se importou”

Glória McNulty

RESUMO

Foram realizados dois estudos relacionados à convivência familiar com idosos. O primeiro foi uma pesquisa de levantamento voltada para a identificação das características e das necessidades de uma população adulta que mora no mesmo domicílio com idosos relativamente saudáveis e independentes. Foram contatados 828 funcionários e professores de uma Universidade Pública, localizada numa cidade de médio porte do Estado de São Paulo, para saber quantos residiam com parentes idosos; as características sociológicas dessas famílias e dos idosos; as razões pelas quais residiam no mesmo domicílio e o grau de autonomia funcional e financeira dos idosos. Esse levantamento gerou um grupo constituído por 153 pessoas das quais 45 manifestaram interesse em participar de um programa psicoeducacional sobre velhice e sobre relações familiares envolvendo idosos e seus familiares mais jovens. Dentre estes foi selecionado um segmento de 25 sujeitos - os de escolaridade superior - dos quais 16 efetivamente participaram do programa. O conteúdo foi decidido com base nas sugestões dos sujeitos e abrangeram questões relativas ao envelhecimento normal e patológico, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais; relações intergeracionais e estereótipos em relação à velhice e ao velho. As atividades de ensino envolveram exposições, discussões em grupo, análise de casos e simulações de papéis. O segundo estudo consistiu em ministrar o curso e avaliar o impacto dessa programação administrada em 8 sessões semanais com duas horas de duração cada uma. Para tanto foram realizados um pré e um pós-teste constando de uma Escala de Atitude em relação à velhice e de uma Escala de Ônus percebido quanto ao contato e eventual cuidado ao idoso. Resultaram alterações estatisticamente significativas em atitudes relativas aos domínios da autonomia, da instrumentalidade e da desejabilidade social dos idosos, muito embora os sujeitos não tivessem revelado opiniões acentuadamente negativas quanto a nenhuma dessas dimensões. O ônus percebido era relativamente pequeno e o único item em que ocorreu alteração significativa foi o da implicância dos idosos. Os dados sugerem que programas educacionais podem contribuir para a mudança de atitudes, o que foi confirmado pelas avaliações qualitativas realizadas pelos sujeitos a respeito do programa.

ABSTRACT

Two studies about living together with aged people were carried out. The first was a survey to identify the characteristics and needs of an adult population which lives with relatively healthy and independent elderly people in the same house. 828 workers and teachers of a public university located in a medium size city in the state of São Paulo were asked if they lived with aged relatives. The next step was investigating the sociological characteristics of those who did, as well as of the aged people; the reasons for which they live in the same house and the elders' degree of functional and economic autonomy. The result of this survey showed a group of 153 people, of which 45 were interested in taking part in a psychological and educational program about old age and familiar relationships involving elders and their younger relatives. Among these, a smaller group of 25 subjects was chosen — those who had been to university — of which 16 actually took part in the program. The content was based upon the subjects' suggestions and included topics about normal and pathological aging, in its biological, psychological and social aspects; relationships between generations and stereotypes concerning old age and old people. The teaching activities involved expositions, group discussions, analysis of individual cases and role simulations. The second study consisted of teaching the course and evaluating the impact of this program given in 8 weekly sessions with 2 hours of duration each. In order to achieve this, two tests were carried out, one before and one after the course. They consisted of a scale of attitude concerning old age and of a scale of onus noticed when relating to and eventually taking care of aged people. The result was statistically significant changes in attitude concerning autonomy, instrumentality, and the feeling that the elders are desirable in society, although the subjects had not showed strong negative opinions about neither of these matters. The noticed onus was relatively little and the only item in which a significant change occurred was that of the elders' ill will. The data suggest that educational programs may contribute to the changing of attitude, what was confirmed by the qualitative evaluations carried out by the subjects concerning the program.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 O Idoso	7
2 A Família e o Idoso	13
3 Necessidade de Orientação	20
ESTUDO I	24
1 Método	27
2 Resultados	29
2.1 Características do Familiar	29
2.2 Características do Idoso	31
2.3 Atitudes dos Familiares em Relação ao Idoso	36
2.4 Necessidades Apontadas pelos Familiares quanto à Orientação para Lidar com Idosos	38
3 Discussão	39
ESTUDO II	45
1 Objetivo	50
2 Método	50
2.1 Sujeitos	51
2.2 Procedimentos	51
3 Resultados	56
3.1 O comportamento das variáveis da Escala Neri para medida de atitudes em Relação à Velhice, no pré e no pós-teste	56

3.2 O comportamento das Variáveis Escala de Ônus adaptada de Kinney para Medida das Dificuldades em Lidar com o Idoso, no Pré e Pós-teste	71
3.3 Comparação entre a Escala Neri e a Escala de Ônus Adaptada	83
3.4 Opiniões dos sujeitos sobre a eficácia do programa	85
4 Discussão	95
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	115

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 - Frequência dos níveis de pontuação no pré e pós-teste67

Tabela 2 - Valores das médias para os itens da Escala Neri que
diferiram significativamente do pré para o pós-teste68

Tabela 3 - Frequência dos níveis de dificuldade no pré e pós-teste82

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1 - Pontuação na Escala Neri para cada sujeito, antes e depois do programa	63
Quadro 2 - Tendências das variáveis no pré-teste na análise de correspondência da Escala Neri	69
Quadro 3 - Tendências das variáveis no pós-teste na análise de correspondência da Escala Neri	70
Quadro 4 - Pontuação individual na Escala de Ônus	77

ÍNDICE DAS FIGURAS

Figura 1 - Nível funcional das pessoas que responderam ao questionário	30
Figura 2 - Frequência relativa de idosos por grau de parentesco com os informantes	30
Figura 3 - Distribuição dos idosos por ano do nascimento	31
Figura 4 - Distribuição dos idosos por estado civil	32
Figura 5 - Distribuição dos idosos por grau de escolaridade	32
Figura 6 - Distribuição dos idosos por tipo de renda	33
Figura 7 - Distribuição dos idosos conforme sua forma de participação nas despesas domésticas	34
Figura 8 - Frequência relativa com que o idoso faz viagens	36
Figura 9 - Frequência relativa dos motivos alegados pelos familiares para ter idosos morando em sua companhia	37
Figura 10 - Frequência relativa de respostas aos sete níveis de intensidade nos 25 itens da Escala Neri	61
Figura 11 - Perfis dos itens da Escala Neri, considerando-se as médias no pré e pós-teste	62
Figura 12 - Frequência relativa de respostas aos cinco níveis de intensidade nos 26 itens da Escala de Ônus	75
Figura 13 - Perfis dos itens da escala de ônus, considerando-se as médias no pré e pós-teste	76

INTRODUÇÃO

O número de brasileiros com mais de 60 anos tem aumentado nas últimas décadas. A partir do ano 2000 a proporção de idosos na população estará igual ou muito próxima às dos países do primeiro mundo (VERAS, 1987; NERI, 1990; SILVA, 1992).

Atualmente, nos países desenvolvidos, o indivíduo vive em média até os 75 anos, quase quatro vezes mais do que na época do Império Romano quando, em média, não se passava dos 20 anos. A expectativa de vida ao nascimento cresceu em todo mundo, sendo esse crescimento mais acentuado nas últimas décadas, nos países menos desenvolvidos. No Brasil, em 1960, havia uma diferença de 15 anos em relação aos Estados Unidos na expectativa de vida ao nascer. Nos dias atuais está em menos de 10 anos e a projeção para 2025 será de um pouco mais de quatro anos. Este fato provavelmente nos levará, no início do século, a níveis de natalidade e mortalidade compatíveis com qualquer país europeu com estratificação muito parecida. (RAMOS, 1993).

O processo de envelhecimento que desponta em nosso país caminha para uma rápida intensificação, principalmente se considerarmos que a transição demográfica se dará em uma faixa de tempo três vezes menor do que a que se deu na Europa, que foi em torno de 200 anos. Este fenômeno, ao contrário do que ocorreu nos países mais desenvolvidos — que foi gradual e coincidiu com grandes transformações de ordem sócio-econômica, com avanços voltados às condições de vida e bem-estar da população, incluindo-se aí os idosos — surge em um momento de profunda crise econômica em que as desigualdades e os problemas sociais se tornam mais intensos (SAAD, 1991; RAMOS, 1993).

VERAS (1987) chama a atenção para o fato de que, desde o início da década de 70, mais da metade das pessoas com mais de 60 anos vive em países em desenvolvimento. As projeções demográficas sugerem que, a partir de 1980 e até o final do século, ocorrerá um aumento de 75% da população idosa nesses países, sendo este grupo etário o que mais crescerá. No Brasil, em particular, a projeção para o início do próximo século é o de um aumento de 28% da população idosa - quase três vezes o aumento da população total, passando o número de idosos de 7,5 milhões para quase 30 milhões.

Muitos fatores contribuem para que isso ocorra. Além da diminuição do índice de natalidade, percebe-se também que, com o avanço da medicina, tem diminuído o índice de morbidade e de mortalidade por doenças infecciosas e aumentado por causas não infecciosas (doenças cardiovasculares, afecções respiratórias, câncer, principalmente), que têm incidência maior em adultos e idosos. Muitas doenças consideradas anteriormente incuráveis e fatais passaram a ser curáveis ou controláveis, favorecendo assim o crescimento progressivo da população de idosos.

A tendência atual é termos um número crescente de pessoas na faixa etária entre 50 e 60 anos com perspectivas de viverem 20 anos ou mais. Porém não podemos garantir ou mesmo pensar numa qualidade de vida global favorável para a maioria. Pelo contrário, é provável até que, na sua maioria, os idosos sejam funcionalmente incapacitados e debilitados quanto à saúde. Isto porque no Brasil, como em outros países subdesenvolvidos, dada a predominância de condições precárias de trabalho, educação, saúde pública e moradia para a maior parte da população, é de se esperar um envelhecimento funcional precoce de pessoas que, na sua juventude, padeceram de doenças debilitantes, ou que

viveram desnutridas boa parte de suas vidas. O aumento acelerado da população idosa economicamente desfavorecida tende a acarretar graves e crescentes pressões sobre a sociedade que, no Brasil, no momento, vê seus serviços públicos de saúde e seguridade social em estado de completa falência.

Segundo KALACHE (1987), o envelhecimento da população é um fenômeno universal independentemente de o país ser desenvolvido ou não. O que difere são os mecanismos que levam ao envelhecimento. A elevação do nível de vida, a urbanização das cidades, a melhoria da nutrição e das condições de higiene contribuíram como fatores positivos para o envelhecimento, nos países do Primeiro Mundo já a partir da década de 40. Nos países do Terceiro Mundo, esses mesmos fatores tornaram-se acentuados a partir de 1960. O autor observa que, apesar de a vida média ter aumentado de um modo geral, o limite de vida para o ser humano gira em torno de 85 anos (alguns autores consideram 110 anos), não tendo tal limite biológico se alterado em milênios. Portanto, quanto maior o número de pessoas que atinge o limite biológico, menor é a chance de que a expectativa de vida possa crescer de modo significativo, isto é, a tendência é para a estabilidade de um índice.

Isto nos leva a observar que estamos passando de uma baixa para uma alta proporção de idosos na população, com tendências à estabilidade. O principal problema decorrente do envelhecimento populacional é o aumento da demanda por serviços nos domínios da saúde, educação e benefícios tanto para idosos como para as famílias. Se os indivíduos que envelhecem conseguirem manter a saúde e a autonomia, o impacto individual e social do envelhecimento é menor. Mas, se ao contrário, esta vida prolongada for acompanhada por doenças crônicas,

dependência muito acentuada, funções deterioradas, os problemas decorrentes poderão se tornar difíceis de serem absorvidos pela família, pela sociedade e pelo indivíduo.

Este quadro demográfico e econômico é agravado pelo fato de o Brasil estar se transformando num país essencialmente urbano. As várias correntes de migração interna que se sucederam no país a partir de 1940, levando grandes contingentes rurais para as cidades, acarretaram significativas mudanças sociais que se fizeram sentir sobre os estilos de vida familiar, os arranjos domiciliares, os padrões de nupcialidade, os valores familiares e as relações intergeracionais. A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a diminuição na taxa de natalidade e a ascensão educacional dos mais jovens são outros fatores que, associados aos anteriores vieram a determinar alterações nas formas tradicionais de se conviver com os idosos. Essas alterações podem ser fonte de sentimentos de desamparo, desprestígio, quando os idosos passam a se sentirem inúteis no novo ambiente (LUCENA, 1988).

No início da formação da sociedade brasileira, o patriarcalismo era a forma dominante de composição familiar. O domínio do patriarca se estendia para além do próprio núcleo familiar abrangendo afilhados, compadres, protegidos, escravos e agregados. Nos séculos XVIII e XIX esse homem atingia o apogeu de seu prestígio e poder em torno dos 50 anos. Os filhos gravitavam em torno da casa paterna, onde os velhos eram o centro das atenções. De uma certa maneira este padrão de vida familiar e os valores a ele associados se mantiveram intactos em certas regiões do país, de forte tradição agrária e pastoril. A migração de grupos provenientes dessas regiões para as regiões industrializadas ou em vias de industrialização, nas quais eles se alocaram principalmente nas

periferias de grandes centros urbanos, foi marcada por fortes conflitos de valores, que se refletiram especialmente na vida familiar.

Por falta de espaços, as novas moradias, dificultam o acolhimento dos parentes idosos ou favorecem o conflito por determinarem coabitação de pessoas mais idosas com jovens e adultos. A diminuição na família do número de crianças para cuidar muitas vezes rouba ao idoso a oportunidade de ser útil. A exigüidade do espaço físico impossibilita o exercício da horticultura ou de pequenas criações. A dispersão das pessoas pelo trabalho, a excessiva valorização da televisão, as dificuldades de transporte, a impossibilidade do exercício de lazer e das práticas religiosas habituais no novo ambiente tornam o velho desadaptado e sem função. Quando ele adoece, é raro haver pessoas disponíveis para cuidar dele, uma vez que em geral a maioria trabalha. Com isso sua qualidade de vida global tende a ser pior que em suas regiões de origem.

Assim sendo, ao se analisarem os motivos e os efeitos da migração para as cidades, percebe-se que, enquanto para os jovens esta pode ser uma perspectiva atraente, para o idoso pode ser apenas um evento que concorre para o aumento da solidão e de problemas financeiros (VERAS, 1987; GOMES, 1983).

É importante considerar que vivemos numa sociedade culturalmente pluralista, cheia de contradições e entrecortada por interesses sociais econômicos e políticos, muitas vezes antagônicos. O problema relacionado aos idosos é um exemplo dessa situação, pois é evidente a contradição existente entre os conhecimentos científicos que têm possibilitado uma vida mais longa e a falta de medidas paralelas com o objetivo de proporcionar ao idoso uma qualidade de vida satisfatória,

para que ele possa permanecer atuante e aceito na sociedade. Sabemos também que a experiência da velhice no Brasil é heterogênea, isto é, há poucos idosos que têm acesso a esse bem-estar proporcionado pela ciência e pela sociedade e muitos que não têm.

Em pouco tempo, na sociedade brasileira, existirão muitos idosos vivendo por mais tempo, e provavelmente mal, como reflexo da deterioração da situação econômica pela qual passamos. É de se prever, nesse quadro, um possível aumento de preconceito e marginalização das pessoas mais velhas, em virtude do isolamento e rejeição que em grande parte lhes são impostos.

Com o crescimento da população idosa, que está sendo mais rápido do que a do poder econômico, torna-se necessário que a sociedade se inteire dessa situação e que busque os caminhos para a solução, pois, como afirma VERAS (1987), a questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou pelo menos amenize a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas.

Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer condições mais adequadas para vivê-la.

1. O Idoso

O idoso por várias épocas e culturas já ocupou desde o anonimato até posições significativas na sociedade. Mesmo em épocas remotas, o fator determinante do bem-estar e do prestígio do idoso já era

ligado não só ao seu papel religioso e político no grupo como também às condições econômicas deste. Em algumas culturas da antiguidade, foi tido como sábio detentor de poderes e crenças, sendo merecedor de todo o respeito. No período pré-industrial, de um modo geral, era mantido integrado na organização familiar, formada por um grupo de pessoas que vivia sob o mesmo teto, sendo protegido e amparado, ocupando uma posição de destaque. Na sociedade capitalista, o idoso vem sendo marginalizado na medida em que seu ritmo de produção se torna mais lento.

Vários parâmetros são utilizados para se considerar um indivíduo como idoso. Dentre eles os mais frequentes são: a idade cronológica, os aspectos psicológicos, os sociais e funcionais do indivíduo. No entanto não podemos esquecer que o envelhecimento não se manifesta de forma homogênea, ocorrendo de modo diferenciado de acordo com vários fatores individuais e sócio-culturais. Quando levamos em consideração a capacidade funcional, o conceito de envelhecimento cronológico tem uma relevância menor, pois, como afirma CANÇADO (1992), o organismo, além de ser uma programação genética, sofre também as consequências dos impactos, dos hábitos de vida e do meio ambiente a que foi submetido.

Segundo KUHLEN (1964, in NERI, 1991), o curso da vida pode ser visto em termos de movimento de expansão e contração, havendo na primeira metade da vida uma tendência à expansão. A partir da meia idade passa a dominar uma contradição entre esses movimentos. No entanto, a sensação de não haver alcançado os objetivos da própria vida, mais do que o declínio biológico, pode ser responsável pela dificuldade de ajustamento na velhice.

À medida que a vida se torna mais longa, as pessoas se tornam mais diferenciadas uma das outras e as que atingem 60 anos ou mais, de um modo geral, não desejam ser jovens novamente, embora possam desejar sentirem-se jovens. Na realidade o que desejam é envelhecer com serenidade e com a certeza de que apreciaram bem as experiências da vida (NEUGARTEN, 1979).

YAZAKI (1991) diz que a situação atual do idoso é função de três variáveis: independência econômica, autonomia física e autonomia emocional. As três estão inter-relacionadas, mas a autonomia emocional pode aparecer alterada em razão do nível em que se encontram as outras duas, na história de vida de cada um. As três variáveis resultam do investimento que cada indivíduo pode fazer no decorrer de sua vida, isto é, seu estágio de desenvolvimento na Terceira Idade é consequência do passado de cada um, que depende não só do idoso mas também da interação com a família e com a comunidade. O grau de dependência física ou econômica reflete-se no seu atual poder de decisão no ambiente familiar. Quando não tem independência, tende a delegar o seu poder de decisão a outro membro da família que tenderá a ampará-lo de acordo com as conveniências, necessidades e disponibilidades da vida intrafamiliar. Uma vez dependente desse apoio, o idoso pode acabar isolado e se sentir discriminado.

As pessoas idosas, de um modo geral, são mais vulneráveis a certas doenças. No entanto a relação velhice/doença não é obrigatória e a restrição de atividades não é tão comum como se pode imaginar, considerando-se que oito entre 10 idosos não têm deficiências que restrinjam a prática da maioria de suas atividades. Sabe-se também que geralmente a inteligência não é afetada e que o declínio nas funções

intelectuais e as deficiências na memória se tornam mais comuns na velhice, mais por questões afetivas, sociais e ambientais do que por questões biológicas. Portanto, os eventuais problemas que costumam aparecer na velhice são causados pela interação de múltiplos fatores (MORGAN, 1979; NERI, 1990).

Na maioria das vezes, a pessoa idosa é saudável física e mentalmente, embora a velhice seja uma condição humana em que costumam acontecer enfraquecimento físico e aumento da susceptibilidade à perda de controle (econômico, físico, de liderança, do meio ambiente, entre outros). O idoso necessita, como qualquer pessoa, de apoio, compreensão e convívio social. Percebe-se, porém, que muitos idosos fazem da velhice um problema, sentindo uma ansiedade exagerada, julgando-se incapazes, inválidos e dependentes da família e da sociedade. Assumem, muitas vezes, uma atitude de passividade ou de agressividade. Outros encaram essa fase com relativa tranquilidade, adaptando-se a essa condição com uma tolerância maior para com as ocorrências da vida (SILVA, 1988). Segundo NEUGARTEN (1965), quanto mais longa for a vida, mais mudanças e reviravoltas terá, sendo mais desafiador desvendá-la. Na velhice, surgem fatos velhos e novos: alguns relacionados com renúncia, como perda de trabalho, de amigo, de autoridade; outros, associados aos triunfos da sobrevivência - o reconhecimento de que a pessoa vivenciou muitas experiências e de que é possuidora e conhecedora das grandes verdades. Portanto, não devemos descrever a velhice só em termos de seus problemas e sim também de suas liberdades e conquistas.

YAZAKI (1991) , RAMOS (1991), e CANÇADO (1992) dizem que embora muitos aspectos possam ser comprometidos com o

avancar da idade, a situação geral do idoso é a seguinte:

- ☞ em geral, o estado de saúde é melhor que o assumido;
- ☞ em geral, os idosos são vigorosos;
- ☞ a dependência e a institucionalização são mais exceção do que regra;
- ☞ a maioria dos idosos residentes na comunidade está cognitivamente intacta e completamente independente.

QUEIROZ (1988) agrupa os problemas que acometem os idosos sob seis enfoques principais:

- ☞ social : ausência de família, solidão;
- ☞ habitacional: ausência de um lar, má acomodação;
- ☞ econômico: falta absoluta de recursos, aposentadoria ou pensão insuficiente;
- ☞ psicológico: estado de dependência, perda de capacidade de liderança;
- ☞ cultural: analfabetismo ou instrução rudimentar, dificuldades de convivência com pessoas mais jovens;
- ☞ médico: doenças, dificuldades de locomoção, incapacidade física e/ou mental.

Estes fatores determinam o isolamento da pessoa idosa. A aposentadoria é um fator relevante nesse processo, pois ela, que é o sonho de todo trabalhador, transforma-se em pesadelo quando se

concretiza, em função principalmente da perda econômica com a qual ela está associada desde a sua implantação. Dados estatísticos nos dão conta de que atualmente as pessoas passam mais tempo aposentadas do que na ativa. Também existe uma tendência de proporção de um não contribuinte corresponder a um trabalhador na ativa que recolhe para a previdência (CANÇADO, 1992).

Esse é um aspecto muito sério que constitui uma preocupação para quem trabalha ou convive com o idoso, principalmente se levarmos em consideração o fato de que em nosso país o Estado não considera como prioridade os problemas relacionados com o idoso. Até a década de 30, a velhice não era vista como uma questão social, uma vez que a participação do idoso era inexpressiva e a família guardava ainda muitas características da família extensa e, nessa condição, responsabilizava-se por seus velhos. Essa situação mudou sem que o Estado tivesse acompanhado o ritmo dessa transformação.

Os idosos que possuem independência física e econômica podem optar por morar em suas próprias casas, mantendo uma distância física dos filhos, inserindo-se ao mesmo tempo em uma convivência familiar e social mais ampla, inclusive com outros idosos, pois, como afirma YAZAKI (1991), o convívio com alguém da mesma faixa etária propicia um certo conforto emocional ainda que não preencha o conforto material. No entanto, não podemos esquecer que ficar viúvo ou sozinho é uma ocorrência natural nessa etapa da vida. Morar só, porém, é privilégio de um pequeno grupo.

De um modo geral, e no Brasil em particular, a pessoa idosa dificilmente permanece sozinha em sua residência. Quando perde o cônjuge e não tem mais filhos em sua companhia, por não ter condição de

arcar com as despesas, ou por limitações físicas, termina por morar com filhos ou parentes próximos. Na casa deles, muitas vezes procura realizar alguns trabalhos leves (costura, cozinha, olhar crianças, entre outros), para ocupar o tempo livre e se sentir mais útil, contribuindo nas atividades domésticas da família. Mas isso não evita que, muitas vezes, seja a causa de discórdias e ressentimentos.

De certa forma, podemos pensar como ALARCON (1986), que os idosos, em maior ou menor grau, enfrentam condições que restringem a sua qualidade de vida, limitam o desenvolvimento de suas potencialidades, tornando-os mais vulneráveis até mesmo a diversas enfermidades. Mas também não podemos nos esquecer da família que deve ser preparada para conviver de uma forma saudável com seu parente idoso, ampará-lo quando necessário, evitando, ao mesmo tempo, sobrecarregar um só de seus membros. É importante também que a imagem do idoso seja valorizada e respeitada dentro do seu próprio meio familiar.

2. A Família e o Idoso

Um aspecto comum relacionado ao envelhecimento é a presença de uma geração interdependente, isto é, a noção de uma geração cuidando de outra, onde o papel da família continua importante, embora sofrendo transformações.

Nos dias atuais, a família que tem um idoso em sua companhia defronta-se às vezes com problemas de difícil solução. Um dos grandes problemas reside exatamente em proporcionar cuidados,

afeto e proteção a um ser que pode se tornar cada vez mais dependente. Em casos de carência econômica, problemas de relacionamento e dificuldade real de desempenhar as tarefas e papéis de cuidado, pode ocorrer que o amparo ao idosos dependente torne-se um verdadeiro problema para a família que pode ver na institucionalização um alívio para seus conflitos.

Como no Brasil prevalece a idéia de que a família deve responsabilizar-se pelo idoso, e como paralelamente existem escassos recursos de apoio que possam acudi-la nesse momento, muitas vezes a proteção ao idoso se transforma num sério problema. Este é agravado pela relativa desestruturação da própria rede de apoio familiar ocasionada pelas migrações rurais e pela urbanização (YAZAKI, 1991). Nesse quadro, a decisão de institucionalizar o idoso nem chega a se configurar com uma questão parecida à que aparece na literatura internacional, envolvendo culpa e dúvida. HÔTE (1988) questiona se existe mesmo um verdadeiro problema social nas relações entre parentes idosos e jovens, ou se o baixo nível de renda não seria mais determinante que os conflitos entre as gerações. Ou seja, a família talvez não dê a assistência necessária, sobretudo porque ela mesma não dispõe de recursos necessários. Segundo COSTA (1992), no Brasil, a ampla maioria das pessoas com mais de 60 anos reside com famílias com renda per capita inferior a um salário mínimo.

RAMOS (1991) verificou que os idosos, em sua maioria, vivem em domicílios multigeracionais muito embora esse arranjo domiciliar apareça mais como estratégia de sobrevivência do que como opção cultural afetiva. Os domicílios multigeracionais parecem garantir ao idoso os cuidados de que necessita, mas não garantem o apoio afetivo,

nem bem-estar físico e psicológico, principalmente aos mais dependentes.

Muitos estudiosos da área de Gerontologia têm feito pesquisas envolvendo o relacionamento intergeracional, por perceberem que este é um aspecto que não pode ficar em segundo plano, quando se pensa em promover melhores condições de vida não só para o idoso, como também para a sua família. O ritmo de vida nos dias atuais, associado ao uso da televisão como lazer nas horas vagas, contribuem para que as pessoas, embora convivendo sob o mesmo teto, mal se vejam, quase não sobrando tempo para os membros da família desenvolverem um hábito tão salutar — conversarem entre si — que pode propiciar o entendimento de muitas situações e colaborar provavelmente para um melhor relacionamento.

Trabalhando com famílias em conflito, ALLEN (1987) verificou que situações que favorecem a aproximação subjetiva permitem aos participantes de programas educacionais falarem mais de si mesmos, sobre suas experiências e que muitos benefícios podem advir dessas trocas . Em seus programas, pessoas de várias idades de uma mesma família conversavam sobre tópicos significativos de suas personalidades. Segundo a autora, a autodescoberta é um meio de comunicação vantajoso tanto para quem fala como para quem ouve. Fatos ou detalhes que eram considerados relevantes dentro de concepções estereotipadas sobre relações intergeracionais foram diminuídos.

O idoso na maioria das vezes, no âmbito familiar e social, não desempenha um papel tão passivo como se costuma imaginar. É importante que se busquem as forças que lhe restam, no sentido de promover uma interação positiva e não nos prendermos às forças perdidas.

GREEMBERG (1988), em estudo realizado sobre o papel do idoso como recurso da família, observou que muitos pais idosos são suportes para os filhos quando estes experienciam situações estressantes como divórcio, dependência a drogas, distúrbios emocionais, entre outros. Segundo o autor, estes pais são fortemente afetados pelos problemas dos filhos e estão freqüentemente muito envolvidos. Chama a atenção para o fato de que o grupo de apoio, quando existe, é geralmente para a família nuclear que se defronta com estes problemas, mas não se estende à família extensa, isto é, não envolve nesse apoio os pais idosos e os avós.

PRATT (1989) estudou a influência dos filhos nas decisões das mães idosas no que se refere à saúde, finanças e decisões domésticas. Nesse trabalho constatou que as pessoas idosas recebem uma quantidade significativa de conselhos de seus filhos e que os membros da família são influentes na rede de decisões do idoso. No mesmo estudo relata que as idosas se comportaram, de um modo geral, com o que se costuma chamar de "autonomia consultiva", ficando com a decisão final, após consultarem a filha. A autora sugere que a filha pode promover a autenticidade nas decisões da mãe, tornando-se uma observadora atenta dos valores e preferências da mesma, considerando-se que a sua influência é baseada largamente no conhecimento íntimo das preferências da mãe. Sugere também que programas educacionais para idosos e família devem levar em consideração o profundo envolvimento da filha cuidadora nas tomadas de decisão das mães, uma vez que existe uma clara evidência da sua influência nessas decisões.

FINLEY (1988) fez um estudo sobre a obrigação filial, como determinante da proteção a pais idosos, e constatou que a obrigação filial é desenvolvida de forma diferente para homens e mulheres, que a variável

afeição tem um impacto menor para os homens e que a obrigação filial difere com respeito a sogros e sogras. O autor sugere que estudos longitudinais devem ser realizados no sentido de determinar se a obrigação filial influencia a afeição ou se a afeição é prenúncio de obrigação. Segundo o autor, estar livre de vínculos de obrigação e de culpa associada com o fracasso em cumprir essas obrigações não significa necessariamente abandonar os pais idosos. Essa liberdade deve descompromissar e encorajar os membros da família a desenvolver tipos de laços familiares valorizados.

Um estudo realizado por MERCIER (1989), que pesquisou a influência da distância geográfica entre pais e filhos, constatou que, quando filhos e filhas moram longe dos pais, são as filhas que tradicionalmente mantêm contato com o sistema familiar através de cartas, telefonemas e visitas. São também as filhas que assumem o papel de cuidadora, quando se faz necessário. Diferenças entre as interações dos filhos e filhas com os pais se tornam menos acentuadas quando ambos vivem perto dos pais. No entanto o filho, quando mora perto dos pais, geralmente se torna cuidador à revelia por falta de opção.

É interessante observar que, na quase totalidade das pesquisas mencionadas, a convivência dos idosos é muito mais acentuada com filhos ou parentes do sexo feminino, que são também aqueles que tradicionalmente mantêm contatos com o sistema familiar, assumindo naturalmente o papel de cuidador quando isso se torna necessário.

O planejamento familiar e o controle da natalidade, estimulados pelos governos e pelas sociedades, como já mencionamos, foram fatores que contribuíram para o aumento da população idosa. Hoje convivemos com parte de um efeito paralelo, isto é, mais idosos em

famílias menores, que se tornou objeto de estudos de pesquisadores interessados nos problemas relacionados à velhice. Tanto é que estudos como o de UHLENBERG (1990), sobre os efeitos do tamanho da família na relação mãe-filho, constataram que o número de irmãos é preditor não só da frequência da comunicação como da qualidade da mesma. Embora a comunicação seja mais frequente entre mãe e filho com menos irmãos, a qualidade dessa comunicação é melhor quando o número de irmãos é superior a dois. São as filhas e não os filhos que respondem às necessidades de cuidados das mães idosas. O papel do filho único está limitado porque depende substancialmente de sua esposa para prestar os cuidados necessários. Parece que o relacionamento positivo pais-filhos se desenvolve melhor nas famílias onde a atenção parental e as demandas são compartilhadas entre mais filhos. As mães com mais filhos estão mais propensas a receber assistência deles e a encará-los como uma fonte em potencial de cuidados. Segundo o autor, a partir dessas considerações, pode-se pensar que o tamanho da família pode vir a ser um preditor importante da avaliação do nível de cuidados individuais para idosos no futuro.

Por outro lado, o familiar com quem o idoso passa a conviver geralmente se encontra na meia idade ou até mesmo na velhice - fase em que novos papéis familiares lhes são atribuídos, como, por exemplo, a responsabilidade de ser filho de pais idosos, tendo que tomar decisões por eles à medida que envelhecem, ocorrendo então a inversão na relação de autoridade.

Muitas vezes esse convívio se torna um desafio para o familiar associado a questões tais como: limitações funcionais, estado afetivo e tipo de doença que o idoso possa apresentar.

RAPP (1991) sugere que o familiar, além das habilidades específicas para cada caso, necessita desenvolver outras habilidades gerais para lidar com a situação, que deverão servir para:

- organizar e dirigir o comportamento para soluções dos problemas;
- desenvolver recursos pessoais, como, por exemplo, manejo de tempo;
- estabelecer e manter relações sociais complexas;
- regular reações emotivas e cognitivas.

Embora o trabalho de RAPP tenha sido realizado basicamente com idosos dependentes, esse fato não invalida as suas observações que poderão servir para os familiares que, de um modo geral, convivem ou lidem com parentes idosos.

De acordo com CANTOR (1991), o papel da família continua sendo muito importante para a pesquisa gerontológica, muito embora este papel esteja mudando. É importante o papel emergente dos cuidados formais ao idoso no lar, que estão surgindo em países do primeiro mundo, substituindo os fornecidos pelos membros da família. No entanto, sugere o autor, que os cuidados formais e informais não devem ser polarizados, isto é, devem manter uma interação que possa direcionar o idoso para a sua independência e auto-aprimoramento, ao mesmo tempo assegurando uma assistência concreta, quando se fizer necessária. A família continuará a desempenhar um importante papel, mas muitas de suas funções atuais podem ser divididas com a comunidade. Portanto, o sistema informal (família) e o formal (profissional ou comunitário) devem

ser suportes mútuos, trabalhando cooperativamente e em sintonia para prover cuidados físicos ou sociais nessa fase da vida.

3. Necessidade de Orientação

A maioria das pessoas pode ter um idoso na família, e isso poderá ou não constituir um problema. Este poderá se manifestar em diversas circunstâncias, desde aquelas relacionadas com aspectos de ordem física, até o choque de gerações tão freqüente entre adolescentes e idosos, ou mesmo adultos e idosos. Muitas vezes, uma dessas situações mal compreendida e conseqüentemente mal resolvida leva a problemas sérios na dinâmica familiar, gerando muitos conflitos. O velho se torna , então, um catalizador das agressões e insatisfações dos membros da família.

NERI (1991) recomenda que os mais velhos e os mais jovens sejam esclarecidos sobre novos papéis, novas expectativas e novas necessidades de ajuda e apoio recíprocos. Segundo DONOW (1990), é bem possível que ambas as partes experimentem uma mudança de vida que pode ser desorientadora e desanimadora, na medida em que jovens e velhos vêem seus papéis de pai e filho trocados. É difícil determinar até onde vai a obrigação filial, pois mesmo sabendo que a cultura tem muita influência, não podemos esquecer a importância das diferenças sociais e individuais.

Segundo LOUZÃ (1987), a violência no âmbito familiar vem sendo estudada no que diz respeito a crianças e mulheres. Mais recentemente essa abordagem tem envolvido também idosos que são

maltratados no lar. O mesmo autor sugere que para evitar que isso ocorra, necessário se torna que a comunidade participe integralmente das ações no sentido de prevenção, e que jovens, adultos e idosos se relacionem melhor no âmbito familiar e social. Isso pode ser feito através de programas criados para atender e orientar familiares idosos, auxiliando-os a enfrentarem seus problemas e superarem deficiências físicas e sensoriais (quando existirem), facilitando sua integração na vida familiar e social.

Em um estudo exploratório REMNET (1987) verificou que, de um modo geral, as famílias intergeracionais não são preparadas para entender as transições ligadas à idade de seus pais idosos. A partir dessa informação, enumera três desafios para os gerontólogos:

1º) Usar criatividade para aumentar o acesso da família multigeracional às informações relevantes e disponíveis atualmente;

2º) Desenvolver materiais auto-instrucionais e inovadores para enriquecer a comunicação intergeracional e derrubar os limites que inibem a discussão e o planejamento das transições relacionadas à idade;

3º) Planejar programas de pré-aposentadoria para idosos, criando uma oportunidade de discussão para pais e filhos de forma compreensiva e construtiva.

O autor continua, afirmando que as atividades educacionais antecipatórias podem trazer vários benefícios tanto para a família intergeracional como para a sociedade. Podem prevenir uma crise relacionada à transição para a velhice, através do conhecimento, do desenvolvimento de novas habilidades e do uso de recursos apropriados. Ao mesmo tempo em que se diminui o estresse familiar, proporciona-se

ao idoso condições para uma melhor integração na comunidade, diminuindo a dependência e a síndrome de separação social. Com isso pode-se melhorar não só a qualidade de vida da família como também beneficiar economicamente a sociedade, a partir do momento em que a família saiba usar os serviços públicos de saúde e outros serviços de suporte comunitário.

Em estudos que realizamos (1989) com o objetivo de fazer um levantamento dos idosos residentes em uma área de uma cidade de médio porte localizada no Estado de São Paulo, e identificar as condições em que vivem, verificamos, entre outros dados, que:

1º) os idosos estavam desinformados sobre os recursos de saúde existentes na comunidade onde vivem;

2º) existia uma tendência para considerar velhice como doença e um sentimento de que a velhice atualmente é mais desrespeitada do que antigamente.

Em função do que observamos, sentimos a necessidade de buscar formas de atuação não só junto ao idoso como também junto à família, visando a um melhor preparo para uma melhor aceitação da velhice.

Um programa de orientação à família, envolvendo atividades para serem desenvolvidas pelo idoso, associado a informações através de cursos ou palestras aos familiares parece ser de grande utilidade, podendo contribuir para diminuir o isolamento social do idoso e estimulando a sua participação em atividades sócio-culturais. Ao mesmo tempo orientaria os membros mais jovens da família a lidarem com o idoso e também com a

sua própria velhice.

Considerando-se que o idoso quase sempre, independentemente da condição sócio-econômica, recorre à família em busca de apoio, é que pensamos em realizar este trabalho, composto por dois estudos.

ESTUDO UM. Levantamento sobre características sócio-culturais, biológicos e psicossociais de idosos vivendo na comunidade segundo depoimento de seus familiares. Apresenta também uma análise dos dados referentes às demandas de cuidados desses idosos e às necessidades de informações para os familiares.

ESTUDO DOIS. A partir dos dados obtidos no primeiro estudo, foi feita uma seleção dos familiares interessados em receber informações sobre o processo de envelhecimento. Para 16 pessoas que conviviam com idosos e que se voluntariaram, foi dado um curso de orientação abordando os aspectos sugeridos pelo grupo. Foram aplicados questionários antes e após as reuniões para verificar se uma iniciativa de natureza educacional como a que promovemos poderia ter algum impacto sobre essas predisposições comportamentais.

ESTUDO I

O envelhecimento populacional está aos poucos se tornando uma realidade no Brasil que não pode mais ser chamado de "um país de jovens", repetindo uma tendência inicialmente restrita aos países desenvolvidos. Mesmo assim esse fato continua difícil de ser incorporado na forma de pensar da sociedade em geral e dos pesquisadores dessa área em particular. No entanto, o aumento populacional dos idosos repercute, em maior ou menor grau, nos diversos setores da sociedade.

Durante todo o ciclo da vida são geradas desigualdades de ordem físicas, sociais e econômicas que se acumulam no tempo e diferenciam os indivíduos à proporção que envelhecem. Assim, delimitar a velhice é uma tarefa difícil, pois o início é sempre uma época particular para cada indivíduo ou para o grupo social.

Existem várias teorias sobre o envelhecimento, no entanto podemos considerar que cada organismo foi programado para viver um determinado tempo — envelhecerá e morrerá quando acabarem suas reservas. Durante esse percurso podem ocorrer e se acumular erros devidos ao acaso, fazendo com que algumas células se tornem anormais e não desempenhem suas funções. Por este raciocínio podemos pensar que, desde que estes erros sejam contornados e em condições ambientais favoráveis, o envelhecimento pode permitir o funcionamento relativamente normal do organismo.

Segundo KIMMEL (1980), a idade cronológica nem sempre oferece muitas informações sobre o indivíduo. De uma certa forma a idade percebida pode ser mais útil do que a idade cronológica,

considerando-se que ela pode refletir não só a idade cronológica como também a idade social, psicológica e biológica do indivíduo.

As pessoas de um modo geral não têm claro como se comportarão frente à sua velhice. Segundo DONOW (1990), também não suspeitam como vão se comportar quando tiverem que tomar conta dos pais ou de outros parentes idosos. Quando isso ocorrer essas pessoas poderão ser afetadas em alguns dos mais fundamentais valores humanos, como a liberdade e a autonomia.

O prolongamento da vida, a queda da natalidade, a industrialização, entre outros fatores, concorrem para que o período de formação do indivíduo se torne maior e o de atividade e produção, menor. Como consequência, o período de inatividade aumenta levando o indivíduo ao isolamento. A morte social, em decorrência desses fatos, surge antes da morte biológica. Ao atingir a Terceira Idade, o isolamento social é quase inevitável e a família transforma-se, geralmente, na única fonte de apoio sem se dar conta ou mesmo optar por isso.

Tais pontos de vista nortearam o planejamento de uma pesquisa voltada para a identificação das características e das necessidades de uma população de adultos que convive com familiares idosos no mesmo domicílio, relativamente independentes, quanto a informações e habilidades de que necessitam para lidar com eles.

Os objetivos desta pesquisa, portanto, são:

1º) Identificar características de um grupo de idosos quanto a indicadores de natureza sócio-econômica, educacional, psicossocial e de saúde;

29) Identificar as formas de arranjo familiar em que esses idosos estão incluídos;

39) Caracterizar opiniões de familiares em relação a idosos que com eles convivem e ao relacionamento familiar;

49) Verificar o interesse dos familiares em participar de programas psicoeducacionais sobre formas de lidar com necessidades de idosos;

59) Identificar temáticas de interesse para participação em eventuais programas psicoeducacionais.

1. Método

Este trabalho foi realizado numa cidade de médio porte do interior de São Paulo com professores, funcionários técnico-administrativos e funcionários de apoio de uma Universidade. O seu desenvolvimento se deu em duas etapas, da seguinte forma:

1ª etapa - Foi aplicado um questionário a todos os docentes e funcionários da Universidade buscando informações relativas à sua identificação, local de trabalho e se havia pessoas com 60 anos ou mais em sua residência. (Anexo I)

2ª etapa - Foram selecionados os sujeitos que responderam afirmativamente à questão específica do primeiro questionário. Para estes foi encaminhado um segundo questionário que constava de itens que permitiram caracterizar o idoso que morava em sua companhia e

identificar as eventuais dificuldades existentes neste convívio.

O questionário II foi constituído por 39 questões sendo 15 abertas e 19 fechadas, pertencentes à quatro áreas:

➤ Características do familiar

Constituiu-se de quatro questões abordando identificação do sujeito quanto ao local de trabalho, função, sexo e grau de parentesco.

➤ Características do idoso

Para caracterizar o idoso, foram elaboradas 20 questões que abordaram características demográficas e sócio-estruturais, problemas de saúde, grau de dependência e atividades ocupacionais e recreacionais do idoso.

➤ Atitudes do familiar frente ao idoso

Para esta área, 11 questões foram feitas, abordando aspectos referentes ao relacionamento, às razões de morarem juntos, as vantagens e desvantagens da coabitação tanto para o familiar como para o idoso.

➤ Necessidades apontadas pelo familiar quanto à orientação para lidar com o idoso.

Esta área ficou constituída por quatro questões relacionadas ao interesse do familiar em receber orientação como também ao seu interesse quanto ao idoso receber orientação.

O Anexo II contém esse questionário na íntegra.

2. Resultados

Inicialmente foram distribuídos 1.137 questionários do tipo I, com o retorno de 828, correspondendo a 72,82%. Dos devolvidos, 608 pessoas, ou seja, 73,4% disseram não ter idosos em sua companhia, 153 (18,5%) disseram conviver com idosos e 67 (8,1%) devolveram em branco.

2.1 Características do Familiar

Quanto aos que responderam afirmativamente, 34 (22,2%) foram docentes, 75 (49%) foram funcionários técnico-administrativos e 44 (28,8%) funcionários de apoio.

Para os 153 funcionários que responderam afirmativamente a questão formulada no questionário I, foi encaminhado o questionário II.

Para este segundo questionário, o retorno foi de 84, correspondendo a 55% do total enviado. As categorias ficaram distribuídas da seguinte forma: docentes 21 (24%), funcionários de nível técnico 42 (50%) e funcionário de nível de apoio 21 (25%), apenas um devolveu em branco, conforme podemos observar na Figura 1.

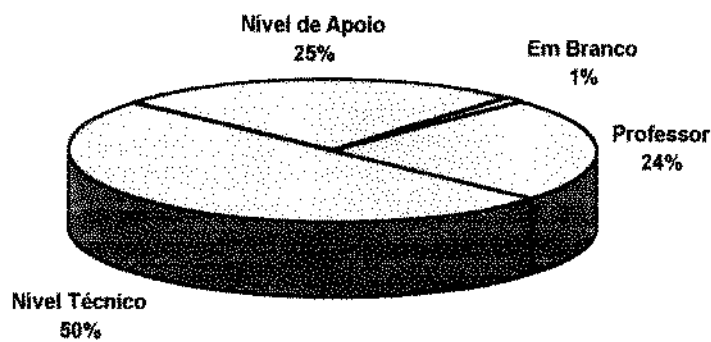


Figura 1 - Nível funcional das pessoas que responderam ao questionário.

Entre os 44 sujeitos que responderam ao questionário II, 29 eram do sexo masculino e 55 do sexo masculino, ou seja, 35% e 65% respectivamente.

Quanto ao grau de parentesco com o familiar, a maioria dos idosos eram pais 58%, 17% eram sogros e 7% cônjugê, e o restante tios, irmãos, cunhados e serviçais (Figura 2).

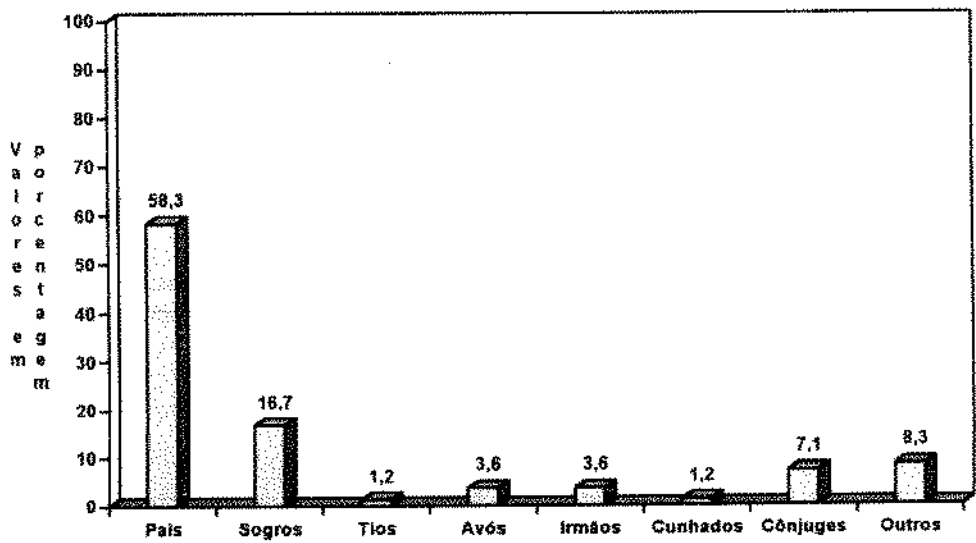


Figura 2 - Frequência relativa de idosos por grau de parentesco com os informantes.

2.2 Características do Idoso

• Demográficas e sócio-estruturais

A predominância da idade entre os idosos foi de 70 anos ou mais, com um índice de 56% compreendido nessa faixa (Figura 3), sendo 27% do sexo masculino e 72% do sexo feminino.

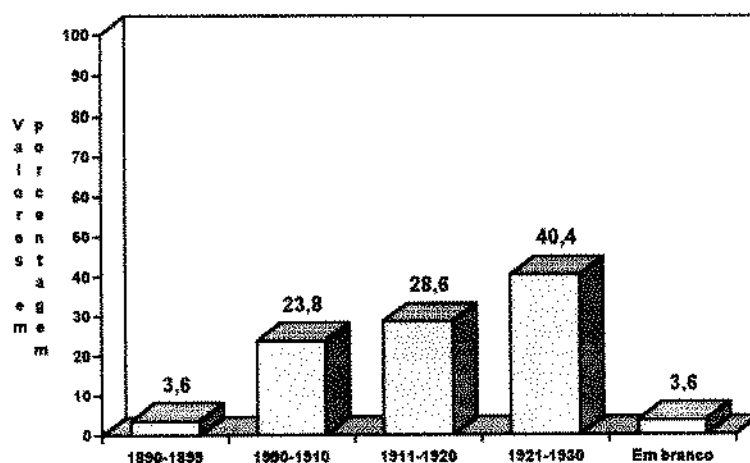


Figura 3. Distribuição dos idosos por ano do nascimento.

Independente do gênero, o estado civil que predominou entre os idosos foi o de viúvo, seguido de casado como podemos observar na Figura 4.

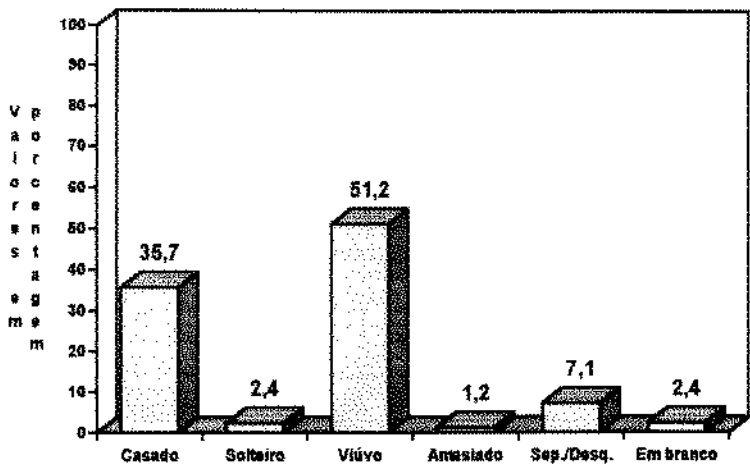


Figura 4. Distribuição dos idosos por estado civil.

Quanto à escolaridade, constatamos que 27,3% eram analfabetos , a maioria frequentou o 1º grau e uma minoria frequentou o 2º e 3º graus (Figura 5).

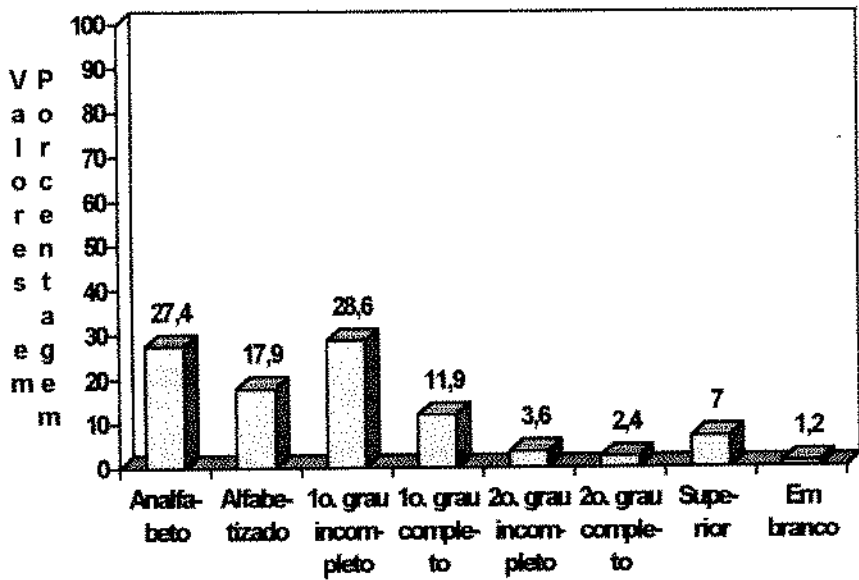


Figura 5. Distribuição dos idosos por grau de escolaridade.

Todos os homens foram descritos como aposentados e as mulheres tiveram como profissão predominante a do lar, com 36%. Em relação à fonte de renda verificou-se que 72,6% recebem aposentadoria ou pensão e 14% não tem nenhuma renda, o que pode ser melhor observado na Figura 6.

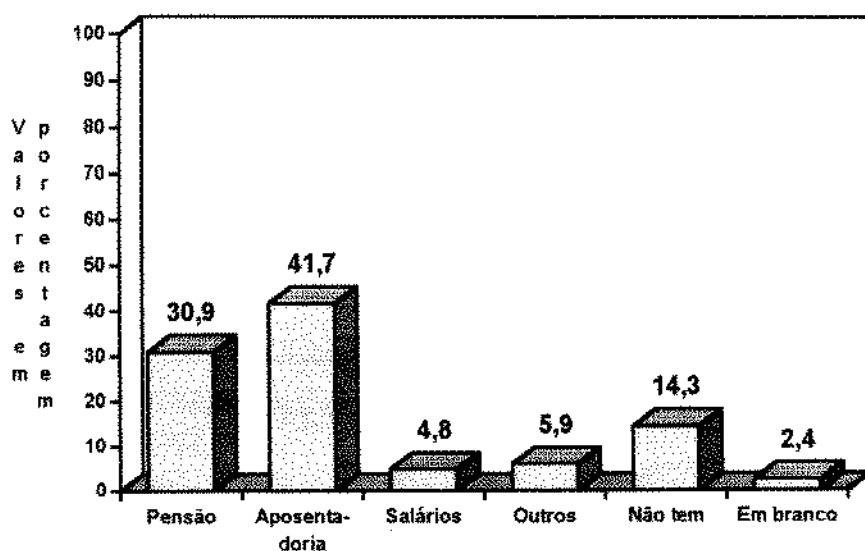


Figura 6. Distribuição dos idosos por tipo de renda.

É interessante observar que apesar de 83,3% de idosos terem algum tipo de renda, apenas 48,8% colaboram nas despesas de casa, conforme podemos observar na Figura 7.

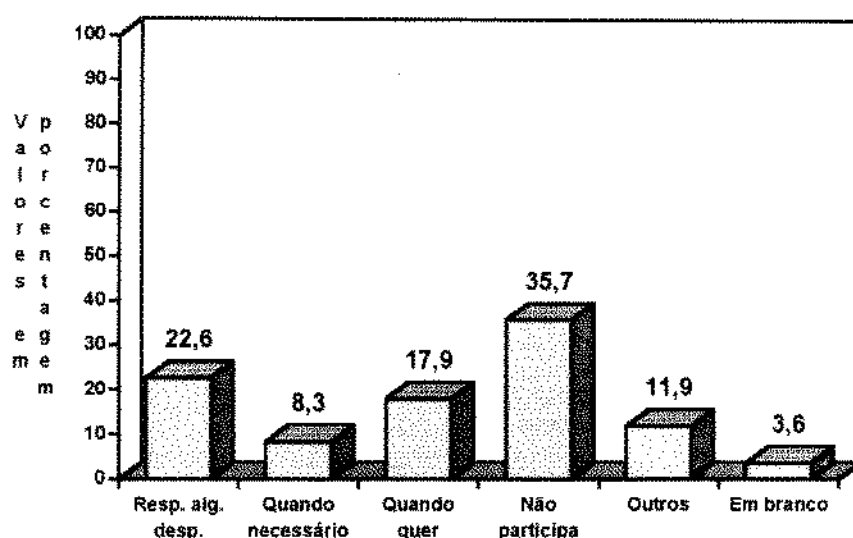


Figura 7. Distribuição dos idosos conforme sua forma de participação nas despesas domésticas.

A maioria dos idosos têm um quarto só para si (54,8%), ou compartilham-no com o cônjuge (25%). Entre os 20,2% que o compartilham com outras pessoas, o fazem ou por restrição do espaço físico ou por dependência emocional.

• Saúde

Quanto aos problemas relacionados à saúde, 83% dos idosos, segundo seu familiar, tem alguma queixa, sendo que das patologias apresentadas, as mais frequentes foram as de ordem cardiovasculares com 35%, seguida pelas osteo-articulares com 24% e neurológicas, dismetabólicas e dos órgãos dos sentidos com 12%.

No entanto, apesar das queixas, a maioria dos idosos pode ser considerada como autônoma, pois 93% deambulam sem ajuda, 92% vestem-se sozinhos, 88% são capazes de tomar o banho sozinhos e 95%

têm capacidade de alimentar-se sem ajuda. Apenas 1% tem problema grave da audição; 25% não apresentam problemas de ordem visual e apenas 7% tem problemas visuais severos e para 68% eles foram descritos como leve ou moderados.

Os problemas relacionados com o álcool e o fumo são pequenos. Só 1% dos idosos foram descritos como alcoólicos graves e 5%, como leves; 4% como protadores de problemas graves decorrentes de tabagismo e 7%, de problemas moderados.

• Atividades

Perguntou-se aos sujeitos se os idosos desenvolviam algum tipo de atividade fora de casa. Os dados obtidos foram: 21% desenvolvem, sendo em 11% dos casos, atividades profissionais remuneradas e em 6% atividades profissionais voluntárias. Os outros 4% ficaram distribuídos entre atividades religiosas, cultivo da terra e pequenos afazeres, tais como artesanais, consertos, entre outros. A proporção de idosos que não desenvolve atividades fora de casa foi alta, em torno de 79%. No entanto 69% desenvolvem algum tipo de atividade dentro de casa .

A atividade predominantemente desenvolvida em casa foi a de cuidados domésticos com 61%; 14% dos idosos cuidam de pessoas, 8% desenvolvem atividades intelectuais; 8% envolvem-se em atividades relacionadas com o cultivo da terra e 7% atividades artesanais, 2% deixaram em branco.

Segundo os informantes, 88% dos idosos têm hábito de assistir a televisão . Dentre esses, 87% o fazem diariamente.

A frequência à igreja é em torno de 64%, em geral uma vez

por semana. Embora a frequência dos que gostam de viajar seja de 55%, viajam pouco como podemos observar na Figura 8.

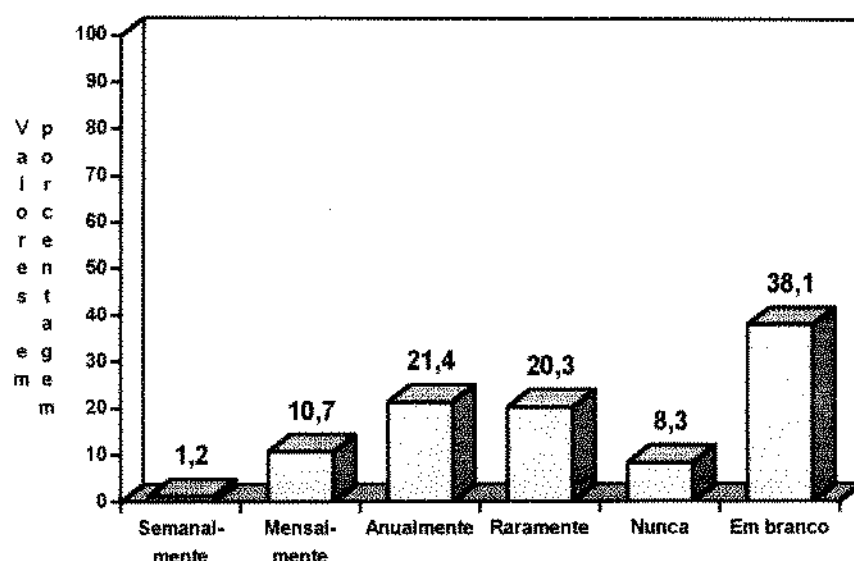


Figura 8. Frequência relativa com que o idoso faz viagens.

Visitar amigos, fazer trabalhos manuais e jardinagem obtiveram 49%, 48% e 46% de respostas respectivamente. Cinema, leitura e jogos apresentaram índices da ordem de 12%, 35% e 20%. Mesmo entre os que praticam estas modalidades, a frequência com que o fazem é muito baixa.

2.3 Atitudes dos Familiares em Relação ao Idoso

Foi perguntado ao sujeito se ele sentia alguma dificuldade no seu convívio com o idoso e 65,5% responderam que não. Apenas 29,5%

responderam que sim e os outros 5% deixaram em branco. Dos que responderam afirmativamente, o principal problema apontado foi o de relacionamento, com um índice de 54%, seguido por dependência emocional ou física e carência afetiva com 17%.

Entre as causas alegadas para o idoso morar em companhia dos familiares a que apresentou maior índice foi afetividade com 25%. Muitas vezes apareceu mais de um fator para o mesmo idoso como por exemplo, dependência física ou econômica e afetividade, como podemos observar na Figura 9.

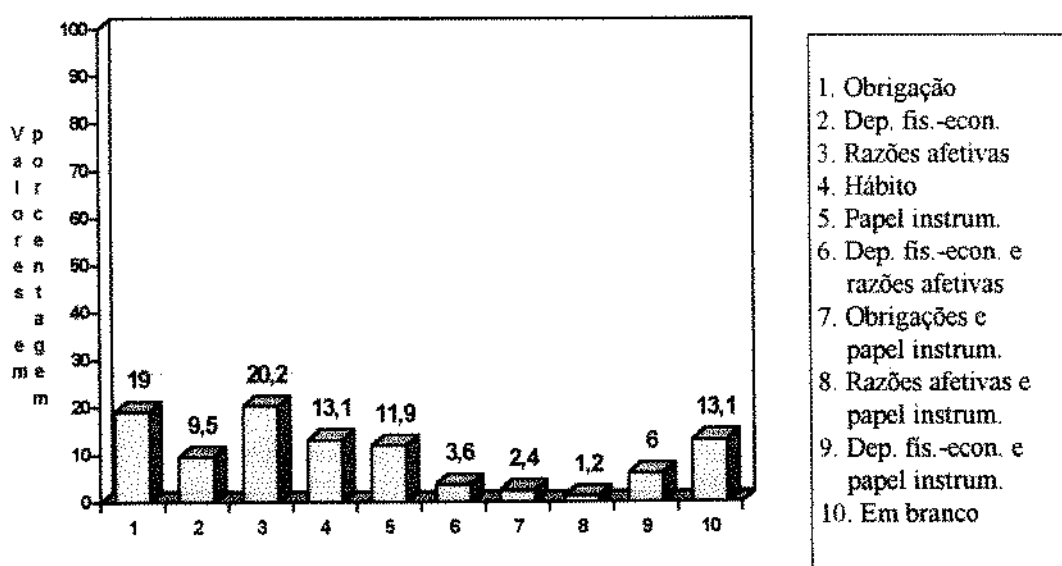


Figura 9. Frequência relativa dos motivos alegados pelos familiares para ter idosos morando em sua companhia.

As vantagens para o familiar ter o idoso morando em sua companhia foram: afetivas (27%), companhia (26%), ajudar a cuidar de crianças (17%), ajudar nos afazeres domésticos (16%) e facilitar a assistência prestada ao idoso (14%).

Entre as vantagens para o idoso morar na companhia do familiar, as razões afetivas, a companhia e segurança foram as que alcançaram maiores índices, sendo que as razões afetivas com 21% e as outras com 15%.

Quanto às desvantagens para o familiar ter o idoso em sua companhia, 52% responderam que não há nenhuma. Entre os que responderam afirmativamente, apareceram motivos tais como: choque de gerações, falta de privacidade, aspectos econômicos.

Para 44% dos familiares, não há desvantagens para o idoso morar em sua companhia. Entre os que acharam que há desvantagem apontaram com tal, a restrição da liberdade, a perda da privacidade, o envolvimento com problemas da família e ficar longe de outros parentes e amigos.

De um modo geral, os familiares acham que não há problemas de relacionamento. Mas, entre os que responderam afirmativamente, os pontos mais mencionados foram as discussões seguidas por choque de gerações, falta de interação na família, valores diferentes e exigência de muita atenção.

2.4 Necessidades Apontadas pelos Familiares quanto à Orientação para Lidar com Idosos

Dos 84 sujeitos que responderam ao questionário II, 45, ou

seja, 54% disseram que gostariam de receber orientação sobre como lidar com os idosos. No entanto quase a metade desses, apesar de terem interesse em receber orientação, não gostariam que o idoso fosse orientado.

Os temas que despertaram maior interesse foram os seguintes: relacionamento 27%, aspectos saúde/doença 20%, atividades para o idoso 7% e aspectos psicológicos do envelhecimento 4%. Porém, 40% dos informantes deram respostas genéricas a esse item, como por exemplo: "questões" ou "problemas" relacionados à velhice ou ao envelhecimento, ou então, informações sobre a velhice". Se considerarmos que nesses 40% provavelmente estejam incluídos tanto o relacionamento como os aspectos saúde/doença, podemos considerar que o relacionamento e as doenças ocupam uma posição importante nas dificuldades apontadas pelo familiar.

Entre os que gostariam que o idoso recebesse orientação, o relacionamento também atingiu um índice alto com 37%, seguido por temas gerais sobre o envelhecimento, com 30%. Os outros ficaram distribuídos entre as diversas patologias mais frequentes no idoso.

3. Discussão

Ao analisarmos o número de pessoas que convive com idosos, pudemos observar um índice em torno de 18,5%. Em trabalho desenvolvido anteriormente, constatamos que em 252 famílias estudadas existiam 22 idosos correspondendo a um índice de 14% (SILVA, 1990). RAPP (1991), em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, citou que

em 8% das residências americanas havia um familiar prestando cuidados a um idoso. Uma pesquisa realizada por SHANA (1968 apud DEBERT, 1992) relata que 20% dos idosos da Dinamarca, 28% dos Estados Unidos e 42% da Inglaterra vivem com os filhos. Estes dados justificam o interesse que tem surgido nos últimos anos em relação às pessoas que cuidam ou convivem com idosos.

O questionário foi respondido, na sua maioria, por mulheres, o que também é outro aspecto que se assemelha ao trabalho de RAPP (anteriormente citado) quanto ao cuidador. O grau de parentesco é um outro dado semelhante, ou seja, é constituído por filhos, noras e cônjuges. Dados parecidos foram encontrados também em uma pesquisa realizada por YAZAKI (1991), na grande São Paulo.

Vários trabalhos já comprovaram que a população idosa está atingindo uma idade mais avançada (KALACHE, 1987; RAMOS, 1987; NERI, 1990). Os dados coletados confirmam essa ocorrência.

O número de mulheres idosas foi mais alto do que o de homens, numa proporção de 2,4 mulheres para cada homem. Segundo LEHR (1992), a proporção americana é de 2 para 1, para as pessoas que ultrapassam os 60 anos, e de 4 para 1, para aqueles que se aproximam dos 100 anos. De acordo com KALACHE (1987) a expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens principalmente nos países desenvolvidos, chegando a uma diferença de 7,5 anos; nos países menos desenvolvidos essa diferença pode cair para 2,2 anos. A maioria dessas mulheres era do lar, uma tendência típica de seu grupo etário e de escolaridade que, à época de um possível ingresso no mercado de trabalho, permaneceram desempenhando tarefas domésticas.

O índice de analfabetos foi acentuado, principalmente se

considerarmos que os sujeitos, na sua maioria, desempenham profissões especializadas, têm mais educação formal e melhor condição econômica. Isso coincide com RAMOS (1987), que comenta que a ascensão social dos filhos nos dias atuais é mais alta na sociedade urbana onde as gerações mais novas superam as mais velhas, não só em nível educacional como também sócio-econômico.

Como foi demonstrado, uma grande porcentagem de idosos tem renda própria, mas poucos participam das despesas de casa.

A grande maioria tem um quarto só para si, a restrição do espaço físico é a principal razão para aqueles que não têm esta privacidade.

Os problemas de saúde citados, na sua maioria são de ordem crônico-degenerativa, aspecto observado em grande parte das pesquisas em Geriatria conforme asseguram BURNSIDE (1979), NICOLA (1986), KALACHE (1987).

Apesar de os idosos, quase na sua totalidade, não apresentarem limitações, o número daqueles que não desenvolve nenhuma atividade foi alto. Como afirma NERI (1993), o lazer e o tempo livre não são valorizados nas sociedades que cultuam o trabalho como valor superior. Isso fica mais evidente em uma resposta de um familiar, sobre as atividades desenvolvidas pelo idoso: "Sentada esperando a vida passar".

Conforme os dados obtidos, pudemos constatar que a televisão é a forma de distração e de obter informações mais usada pelo idoso. Este é um aspecto que deveria ser melhor explorado pela sociedade no sentido de direcionar alguns programas visando a atingir esta faixa etária.

Viagens, talvez excursões, poderiam também ser levadas em consideração pelos familiares, levando-se em conta que, apesar de uma faixa significativa gostar de viajar, quase nunca viajam.

LONG (1989, apud DEBERT, 1992), analisando o comportamento de idosos ingleses em relação ao lazer, considera que mais do que o trabalho, é o lazer que aparece como forma de manter a continuidade e dar senso de autonomia e escolha ao longo da vida. Mas este é um aspecto que não tem sido explorado devidamente entre os que convivem, trabalham ou estudam com ou sobre idosos.

É necessário que se veja no lazer mais do que uma atividade em que indivíduos de quaisquer idades se envolvem. É também uma instituição de natureza social, cultural, econômica e política. Portanto resta aos educadores ficarem alerta para evitar pensar que o envolvimento em lazer é uma simples questão de opção e de responsabilidade individual do idoso.

Os familiares, de um modo geral, negaram a existência de problemas na convivência com o idoso, mas entre os que responderam afirmativamente, o aspecto mais apontado foi o relacionamento que apareceu em vários pontos do questionário com respostas do tipo: "Seria bom que eles (os idosos) não se considerassem os donos do mundo". Este é, portanto, um aspecto importante que não deve ser esquecido quando se pretende trabalhar com idosos e familiares.

A rejeição ao idoso apareceu em algumas respostas, e de forma mais acentuada em uma em que o informante diz que há "todas as desvantagens do mundo" em morar com o idoso. Mas apareceram também respostas positivas como: "Vale a pena conhecer minha velhinha" ou que há "todas as vantagens" em morarem juntos.

Um outro dado que nos pareceu importante foi o desinteresse de alguns em receber orientação ou proporcioná-la ao idoso. No entanto nas suas respostas ao questionário apareceram problemas de saúde, tais como: depressão, arterioesclerose, diabete, hipertensão, mal de Parkison, artrose, lesão cerebral, esclerose múltipla, reumatismo, paralisia e alto grau de dependência física (andar, trocar de roupa, tomar banho), problemas de relacionamento, choque de gerações, impaciência, intromissão na educação de filhos. Um dos sujeitos que enumerou vários problemas, após responder que não se interessava em receber orientação, questionou: "Orientação para quê?".

Embora, entre muitos que não acharam necessário receber orientação, tenham aparecido respostas sugerindo relações afetivas positivas, este aspecto ficou mais evidente entre os que demonstraram interesse em receber orientação com respostas como: "Todas as vantagens possíveis"; "Ela mora comigo porque é minha ex-babá"; "É irmã de minha mãe e nós a consideramos como nossa mãe também"; "A própria convivência é uma vantagem".

De acordo com DEBERT (1992), o fato de os idosos viverem com os filhos não é garantia de respeito e prestígio, nem da ausência de maus-tratos, portanto não deve ser visto necessariamente como um indicador de uma velhice bem sucedida. Mesmo assim as relações familiares são fundamentais na assistência ao idoso no processo de envelhecimento. Os filhos ainda são a principal fonte de apoio esperada.

Embora os dados do presente estudo não possam ser amplamente generalizados por causa da especificidade da população estudada e do caráter voluntário da participação dos informantes, eles oferecem indicações para atuação psicoeducacional junto a esse grupo e a outros com características semelhantes.

ESTUDO II

A família desempenha um importante papel no apoio aos idosos, o qual pode se tornar crítico em países como o Brasil que contam com uma rede de apoio social muito restrita. A participação da família pode ser fundamental no sentido de ajudar os idosos em sua adaptação ao envelhecimento, na manutenção da auto-estima e na convivência com as perdas decorrentes do envelhecimento.

Em situações de doenças crônicas e incapacitantes que tornam o idoso cada vez mais dependente econômica, psicológica, social e fisicamente, o apoio familiar se reveste de características peculiares. As demandas psicossociais se intensificam por causa da crescente dependência do idoso e a elas se somam outras de cuidados físicos e instrumentais de vida diária. O aumento e a intensificação das demandas de cuidado tendem a alterar as relações entre os familiares e os idosos.

Idosos fragilizados impõem a seus familiares — em geral a esposa, filha ou nora — uma inversão de papéis e o desempenho de tarefas específicas, nunca experimentadas anteriormente por nenhuma das partes. Como os novos papéis tendem a conflitar com outros papéis familiares e muitas vezes com papéis profissionais, além de acarretarem sobrecarga psicológica aos cuidadores, é comum que o dispensar cuidados cause ônus pessoal e familiar.

Analizando as tarefas desempenhadas por familiares junto a idosos fragilizados, STEPHENS (1990) classifica-as em quatro domínios:

- 1^o atividades instrumentais da vida cotidiana;
- 2^o atividades físicas e de autocuidado;
- 3^o suporte emocional;
- 4^o o lidar com os próprios sentimentos.

Os problemas que envolvem a velhice e as eventuais frustrações causados pelo envelhecimento, tanto para o indivíduo quanto para seus familiares, podem ser atenuados com providências de natureza educacional, que podem ajudar as pessoas a envelhecer, a lidar com os preconceitos em relação à velhice e a construir uma realidade social e individual onde questões dessa natureza possam ser melhor trabalhadas.

A área de intervenção psicoeducacional junto a familiares que convivem ou cuidam de idosos tem recebido crescente atenção na literatura gerontológica internacional.

GATZ, BENGSTON E BLUN (1990) classificam as formas disponíveis de intervenção junto a cuidadores familiares em três grupos: aconselhamento familiar, grupos de suporte e serviços comunitários. O aconselhamento familiar não tem objetivos terapêuticos, visa a ajudar a família a resolver problemas situacionais da vida diária. Os grupos de suporte têm caráter essencialmente psicoeducacional, com a função de informar, ajudar e desenvolver redes de suporte social. Os serviços comunitários, os mais citados na literatura internacional, permitem aos cuidadores familiares tirarem folgas temporárias ou se alternarem com outras pessoas no desempenho do cuidado a idosos dependentes.

KNIGHT, LUTZKY E MACOFSKY-URBAN (1993) fizeram uma revisão de dezoito artigos, publicados nos EUA entre 1980 e 1990, sobre intervenção psicossocial em pessoas que cuidam de idosos,

na qual avaliam a eficácia das intervenções. Concluíram que, em maior ou menor grau, a maioria apresentou aspectos positivos. Ressaltam, no entanto, que a questão mais relevante não é saber se as intervenções funcionam ou não, mas sim que se levem em consideração os seguintes aspectos: quais intervenções funcionam melhor de acordo com cada caso; qual o nível ideal da intervenção (frequência, duração, períodos, etc); qual o tipo de intervenção que deve ser feita junto ao cuidador para tipos específicos de deficiência do idoso.

Os dados encontrados em uma pesquisa realizada por WHITLATCH, ZARIT e EYE (1991), com familiares de idosos demenciados, sugerem que um programa de aconselhamento familiar e individual pode ter benefícios particulares em aliviar o "distress"* do cuidador. Segundo os autores, intervenções psicoeducacionais breves podem, na verdade, ser mais benéficas do que se pensava anteriormente. É preciso levar em consideração os tipos de mudanças que podem ocorrer numa intervenção breve, bem como os objetivos que os cuidadores têm para eles mesmos e seus níveis iniciais de "distress". No entanto, a cronicidade das experiências estressantes do cuidador e o curto prazo da maioria das intervenções, ajudam a explicar por que o sucesso desses programas não alcança média muito alta. Porém para cuidadores que experienciam baixos níveis de "distress", um programa de prevenção é mais apropriado do que um para remediar.

De um modo geral, o que observamos é que trabalhos realizados com enfoque na relação idoso-família, são direcionados para idosos fragilizados e na maioria das vezes, com um alto grau de

* *stress* - resposta inespecífica às exigências impostas às capacidades físicas e psicológicas de adaptação do indivíduo.

distress - estado e processo comportamental complexo de emoções negativas. (SELYE, 1956)

dependência. No entanto, devemos nos preocupar também com idosos saudáveis e independentes, mas que, em virtude das perdas inevitáveis da velhice, podem tornar-se fonte de conflitos. Esses conflitos, como já vimos na introdução, podem ser intensificados por eventos de personalidade do idoso, das relações familiares e do contexto socio-cultural.

Segundo LUCENA (1988), a satisfação com a vida familiar tem forte relação com a conservação mais demorada das capacidades do idoso e laços emocionais estáveis na família ajudam a dar segurança ao mesmo. Por outro lado, o relacionamento intergeracional inconsistente ou hostil pode ser gerador de "distress" para ambas as partes.

É importante, portanto, que tanto pessoas que trabalham nessa área, como o familiar que convive com pessoas idosas, estejam atentos para estes aspectos, considerando-se que tais situações podem precipitar a dependência do idoso.

É difícil prever o rumo que as intervenções junto a familiares que cuidam ou convivam com idosos assumirá no Brasil, não só em virtude de nossas dificuldades econômicas, como também de diferenças de valores em relação a outras sociedades que adotam e testam tais práticas há mais tempo. Não dispomos de pesquisas nacionais publicadas sobre formas de intervenção junto a familiares, se bem que seja do conhecimento dos profissionais brasileiros da área o início de tentativas de organização de grupos de suporte a familiares de idosos de alta dependência em cidades brasileiras de grande e médio porte. Surge, portanto, a necessidade de se coletarem dados sistemáticos sobre a natureza e os resultados das intervenções, os tipos de familiares envolvidos e a metodologia utilizada.

Como pudemos observar no primeiro estudo, alguns familiares de idosos relativamente independentes demonstraram interesse em adquirir informações sobre como lidar com idosos. Talvez pessoas dispostas a participar de programas dessa natureza já sejam diferenciadas em matéria de curiosidade, necessidade e experiências. Se isso for verdadeiro e programas com essa inspiração vierem a se tornar correntes, essas pessoas poderão cumprir um papel multiplicador de grande interesse para a sociedade.

1 Objetivo

Partindo-se destas considerações e dos dados obtidos no estudo anterior, planejamos um estudo cujo objetivo foi verificar a influência de um programa de orientação psicoeducacional junto a familiares que convivem com idosos relativamente independentes, sobre suas atitudes em relação a idosos e suas opiniões a respeito de fatores que dificultam o relacionamento com familiares mais velhos.

2 Método

Este estudo foi realizado a partir dos dados coletados no ESTUDO I, do qual participou um grupo de funcionários administrativos e professores universitários, constituído por 84 sujeitos. O programa foi elaborado levando-se em consideração as sugestões contidas nas questões 10, 11, 34, 35, 36 e 37 do anexo II do primeiro estudo.

2.1 Sujeitos

Foram selecionados 23 sujeitos entre os 45 que manifestaram interesse em participar das reuniões de orientação, sendo seis professores e 17 funcionários administrativos. Desses 23 tomaram parte efetiva no curso de orientação 16 sujeitos (14 funcionários e dois professores). Para a seleção foi levado em consideração o nível de instrução (superior) do sujeito para facilitar a abordagem dos temas.

2.2 Procedimentos

➤ Aplicação dos instrumentos

No início da primeira e na última reunião foram aplicados aos sujeitos dois instrumentos para medidas de atitudes e opiniões. O primeiro foi a Escala Neri de Atitude em Relação à Velhice, constituída por 25 pares de adjetivos bipolares dispostos em uma escala de sete pontos. Os pares de adjetivos que constituem a Escala Neri estão distribuídos em cinco fatores e pretende avaliar: Instrumentalidade - ineficácia com 12 pares de adjetivos: autonomia-dependência com seis pares, valorização-desvalorização com dois pares, sábio-ignorante com dois e adaptação-desadaptação com três pares (Anexo III).

O segundo instrumento foi elaborado especialmente para esse estudo a partir da Escala de Ônus (Hassles Scale) de KINNEY (1989), composta por 42 itens e elaborada para ser usada basicamente em familiares de idosos portadores do Mal de Alzheimer. Como neste trabalho os idosos são relativamente independentes, foi feita uma

adaptação excluindo-se alguns itens e acrescentando-se outros. Esta nova escala ficou constituída por 26 situações típicas do convívio com o idoso. Estas situações abordam as dificuldades de ordem física e instrumental (do idoso e do familiar) , as dificuldades em relação às atitudes do idoso no cotidiano e as dificuldades associadas aos sentimentos do familiar, conforme podemos observar a seguir:

- 1 - Dificuldades associadas a questões de ordem física e instrumental: alimentação, locomoção, medicação, preparo de refeições, lavagem de roupas , despesas e perdas de objetos.
- 2 - Dificuldades associadas a distúrbios ou deficits comportamentais representadas por: queixas, conflitos com outros membros da família, agressividade verbal, desinteresse e isolamento, mau humor, confusão mental, apego excessivo ao passado, falta de respeito e envolvimento com os familiares, necessidade de monitoramento constante.
- 3 - Dificuldades associadas ao manejo de sentimentos por parte do familiar: irritação, preocupação, falta de apoio e de cooperação tanto do idoso como de outros familiares.

Com esta escala pretendeu-se avaliar o grau de dificuldade do familiar para lidar com estas situações, reconhecidas como onerosas, perturbadoras ou conflituosas em sua relação cotidiana com o idoso, numa escala de cinco pontos que pode ser melhor visualizada no anexo IV.

➤ **Aplicação do programa de orientação psicoeducacional**

O programa de orientação psicoeducacional foi desenvolvido em oito reuniões semanais com duas horas de duração mediante palestras, discussões e técnicas psicodramáticas. Os temas abordados foram os sugeridos pelos sujeitos selecionados no estudo I e que são os seguintes:

- Aspectos biológicos do envelhecimento.
- Alterações psicológicas que podem ocorrer no envelhecimento.
- Patologias mais frequentes no idoso.
- Cuidados com a saúde - medidas preventivas (higiene, alimentação, locomoção, exercícios físicos, acomodação).
- Relacionamento interpessoal.
- Atividades para o idoso - a necessidade de ocupar o tempo livre (trabalho, lazer, religião, amizades)

Nessas reuniões foram abordados os temas programados e acrescentadas informações que não constavam do programa, mas que foram solicitadas pelos participantes.

A seguir serão descritos brevemente os conteúdos e atividades ocorridas em cada reunião.

Primeira reunião - No início dessa reunião foi aplicado o pré-teste . Em seguida foram abordados temas focalizando os aspectos

biológicos do envelhecimento e as alterações que podem ocorrer nos diversos sistemas funcionais do organismo nessa fase (nervoso, digestivo, muscular, esquelético, respiratório, endócrino, circulatório e sensorial), associados ao processo de envelhecimento normal.

Segunda reunião - Para essa reunião foi programada a abordagem de temas relacionados às alterações psicológicas que podem ocorrer no processo de envelhecimento. A técnica usada para o enfoque dessa questão foi a distribuição aos sujeitos de uma relação de frases a respeito do comportamento psicológico do idoso para que julgassem se eram verdadeiras ou falsas. A partir de suas verbalizações foram trabalhadas temáticas do envelhecimento normal nos domínios cognitivo, da personalidade e da interação social.

Terceira reunião - Nessa reunião foi dada continuidade aos temas de segunda reunião bem como introduzidas informações sobre as patologias mais freqüentes em idosos. Além das patologias programadas, foram abordadas outras sugeridas pelo grupo (Mal de Alzheimer, Mal de Parkinson e Escaras).

Devido ao interesse despertado por esse tema, a quarta e a quinta reuniões foram utilizadas para seu tratamento mais detalhado.

Sexta reunião - O tema programado envolveu os cuidados com a saúde e as medidas preventivas que devem ser tomadas. Não só nessa reunião, como em todas as outras, abordou-se a importância de atividades para o idoso, com enfoque no trabalho, no lazer, na religião e na interação social. Esses temas foram discutidos em várias

oportunidades ao longo do programa não havendo necessidade nem tempo hábil para outra abordagem como estava programado anteriormente.

Sétima reunião - Nessa reunião focalizaram-se os aspectos do relacionamento interpessoal. Foi solicitado ao grupo que escrevesse uma qualidade positiva e uma negativa encontrada com mais frequência no idoso. A incidência maior foi teimosia. Em decorrência disso, optou-se em trabalhar com esse tema usando como recurso de ensino uma técnica psicodramática.

Oitava reunião - No início dessa reunião foram feitos alguns comentários gerais sobre o programa, aplicou-se o pós-teste e, para encerrar, foi passado em vídeo cassete, o filme *Meu Pai uma Lição de Vida* (direção de Gary David Goldberg, 1989). Com este filme e a discussão que se seguiu, pretendeu-se retomar e concluir a discussão sobre aspectos abordados nas reuniões, tais como: a capacidade do idoso em aprender coisas novas, a importância da relação familiar, o estresse servindo para agravar a doença física e desencadeando alterações psíquicas, e a teimosia do idoso, entre outros.

Nessa reunião foi também entregue aos sujeitos um questionário para a avaliação reativa do curso, constituído por quatro itens e que solicitava informações sobre: aspectos positivos relacionados às reuniões, aspectos negativos, relato de experiências com o idoso influenciadas pelas reuniões e sugestões para melhorar os próximos programas (Anexo V). Foi marcado um prazo de 24 horas para que o questionário fosse recolhido.

3 Resultados

Foram realizadas análises estatísticas descritivas univariadas comparando os dados do pré e do pós-teste.

Por meio de análises multivariadas buscamos, também, padrões de correlação entre os dados dos dois instrumentos, no pré e pós-teste.

Além disso foi feita uma análise de frequência de comparecimentos, da quantidade e conteúdo das perguntas das intervenções dos participantes durante o programa de ensino e do conteúdo da avaliação sobre o curso.

São estes dados que descrevemos a seguir.

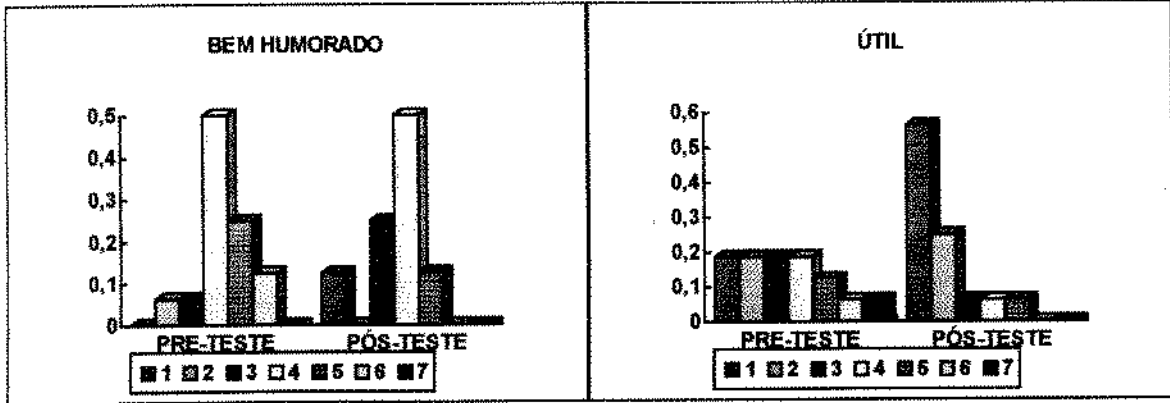
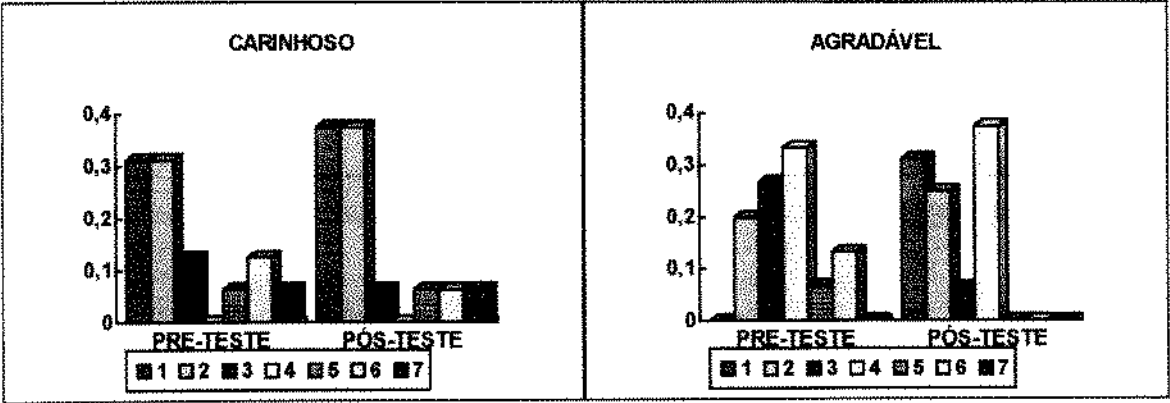
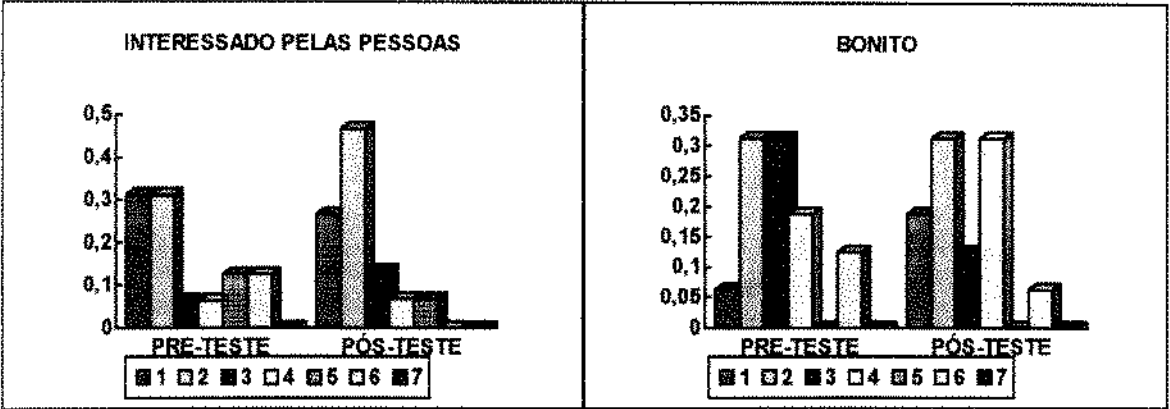
3.1 O Comportamento das Variáveis da Escala Neri para Medida de Atitudes em Relação à Velhice, no Pré e no Pós-teste.

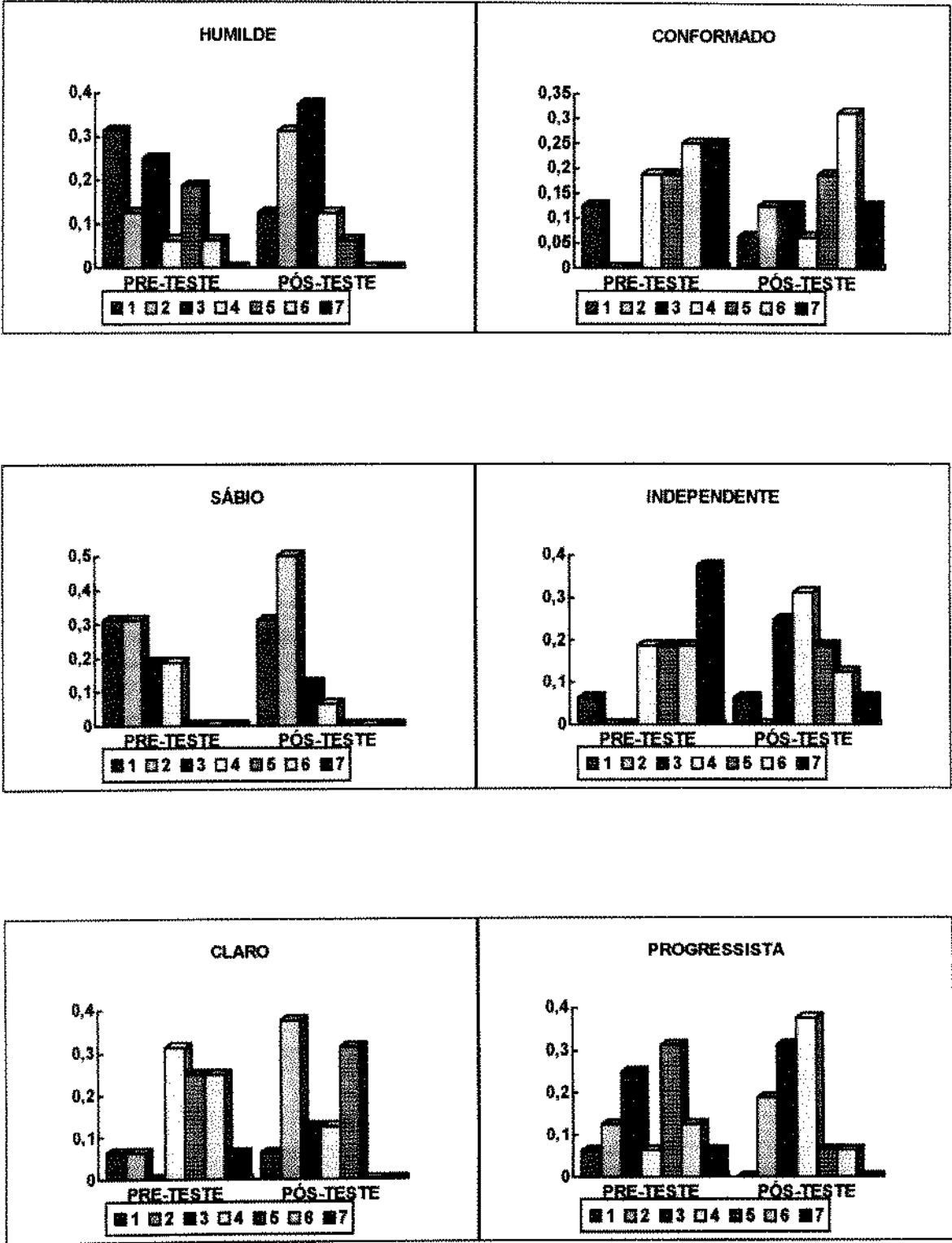
Foi feita inicialmente uma análise da frequência de respostas aos 25 pares de adjetivos que compõem a Escala Neri para o pré-teste e para o pós-teste, (lembrando que nesta escala a variação de pontuação vai de um a sete, sendo que um é antagônico de sete, como por exemplo, *feio-bonito*, *valorizado-desvalorizado*, etc.) a qual resultou nos histogramas que aparecem na Figura 10.

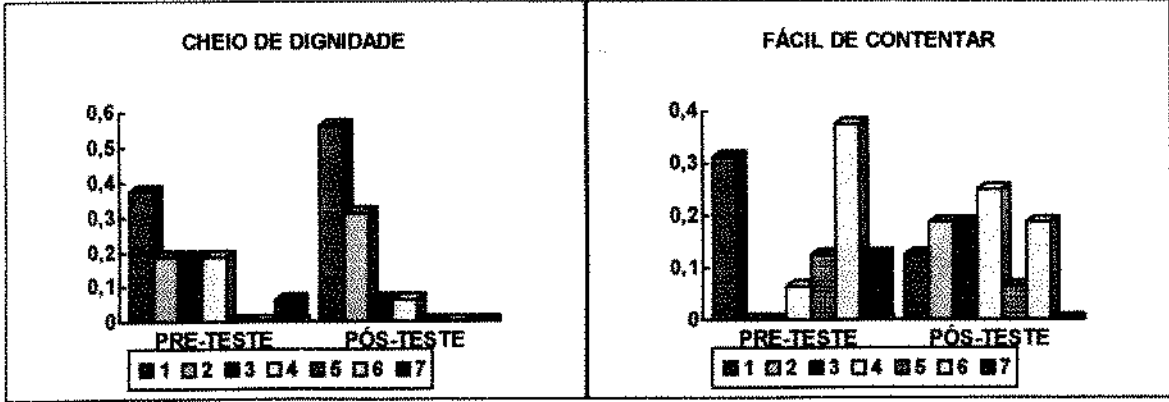
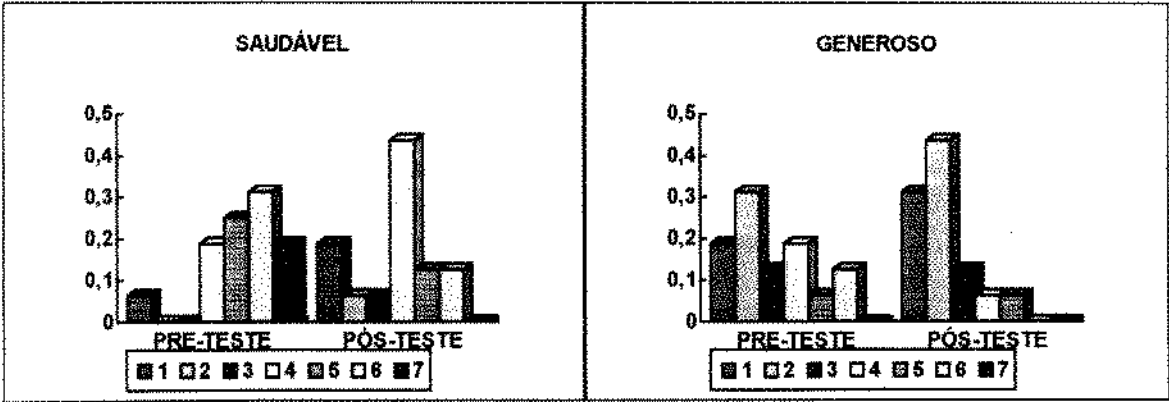
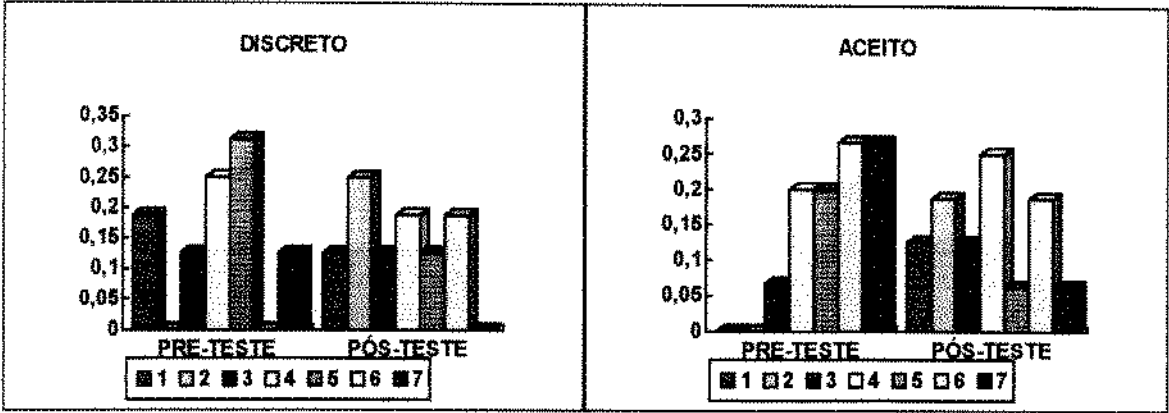
Observando-se os 25 adjetivos no pré-teste notamos que o comportamento deles é, no geral, heterogêneo, sendo possível, porém, identificar algumas regularidades. Assim, as variáveis, *interessado pelas*

peessoas, bonito, carinhoso, útil, humilde, sábio, generoso, cheio de dignidade, interessante e seguro acumulam a maior parte das respostas nas categorias 1, 2 e 3; as variáveis *agradável, ativo, bem humorado, claro, saudável, atraente, produtivo e cordial* têm uma tendência a equilibrar suas frequências relativas em torno da categoria intermediária (4) e os adjetivos *conformado, independente, discreto, aceito, progressista, fácil de contentar, valorizado* tendem para as categorias 5, 6, e 7.

No pós-teste o comportamento das variáveis, no geral, é bem mais regular do que no pré-teste. Analogamente ao pré-teste notamos que as variáveis *interessado pelas pessoas, bonito, carinhoso, agradável, útil, humilde, sábio, claro, discreto, generoso, cheio de dignidade, ativo, produtivo, interessante, seguro e cordial* têm tendência a acumular grande parte da frequência nas categorias 1, 2 e 3, enquanto as variáveis *bem humorado, independente, aceito, saudável, fácil de contentar e progressista* têm uma tendência a equilibrar suas frequências em torno da categoria intermediária (4) e, finalmente, as variáveis *conformado, valorizado, atraente* tendem para as categorias 5, 6 e 7. Com exceção de *humilde, conformado, progressista, saudável, fácil de contentar, atraente e seguro*, houve uma tendência de melhora para todos os itens da Escala no pós-teste, com respostas concentradas nos pontos positivos da escala.







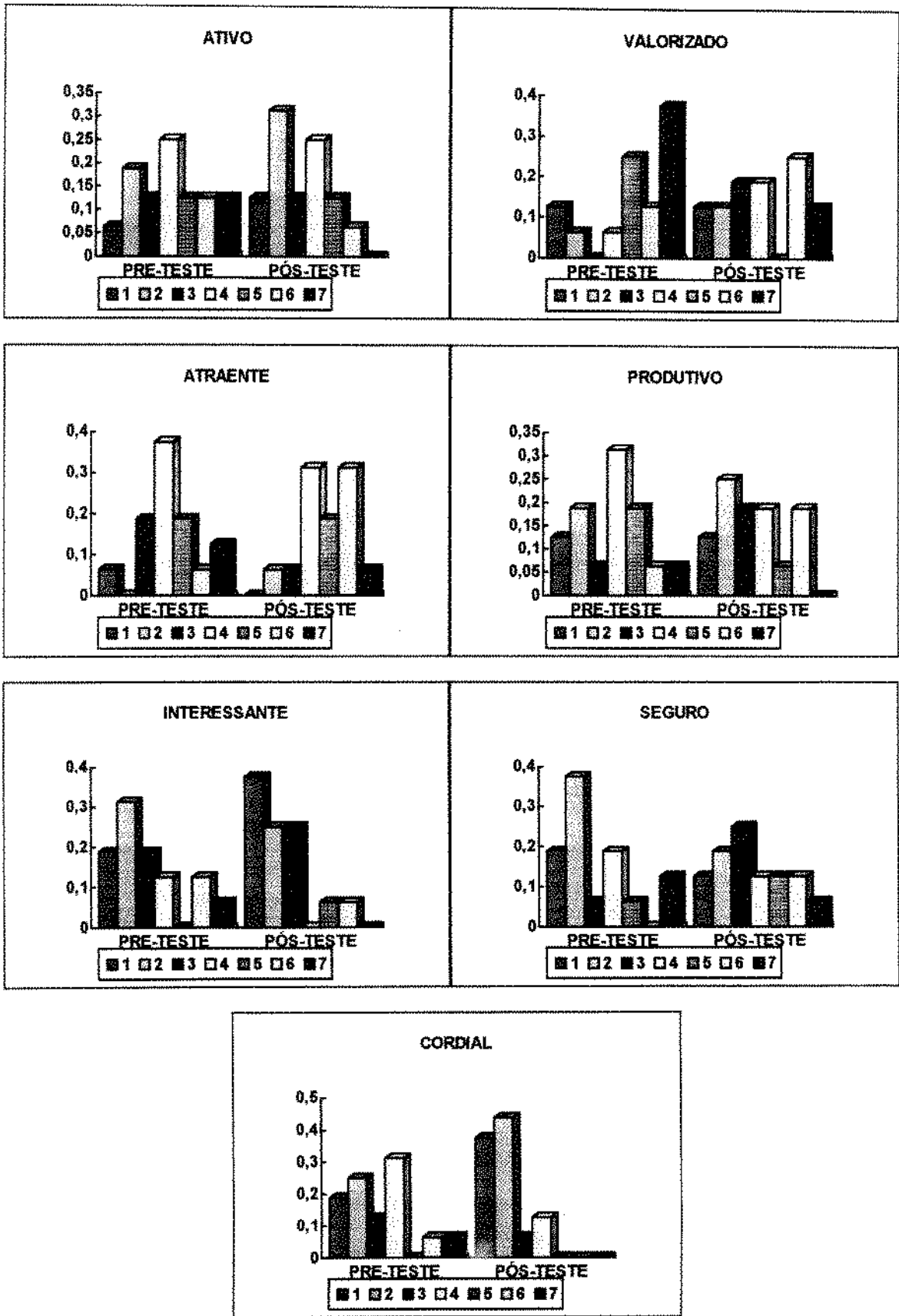


Figura 10 - Frequência relativa de respostas aos sete níveis de intensidade nos 25 itens da Escala Neri.

Num segundo momento, foram construídos perfis das variáveis no pré e pós-testes, assumindo-se, portanto, que as escalas eram contínuas. Esses perfis podem ser observados na Figura 11. Para melhor visualização, os adjetivos positivos foram dispostos à esquerda e os negativos à direita.

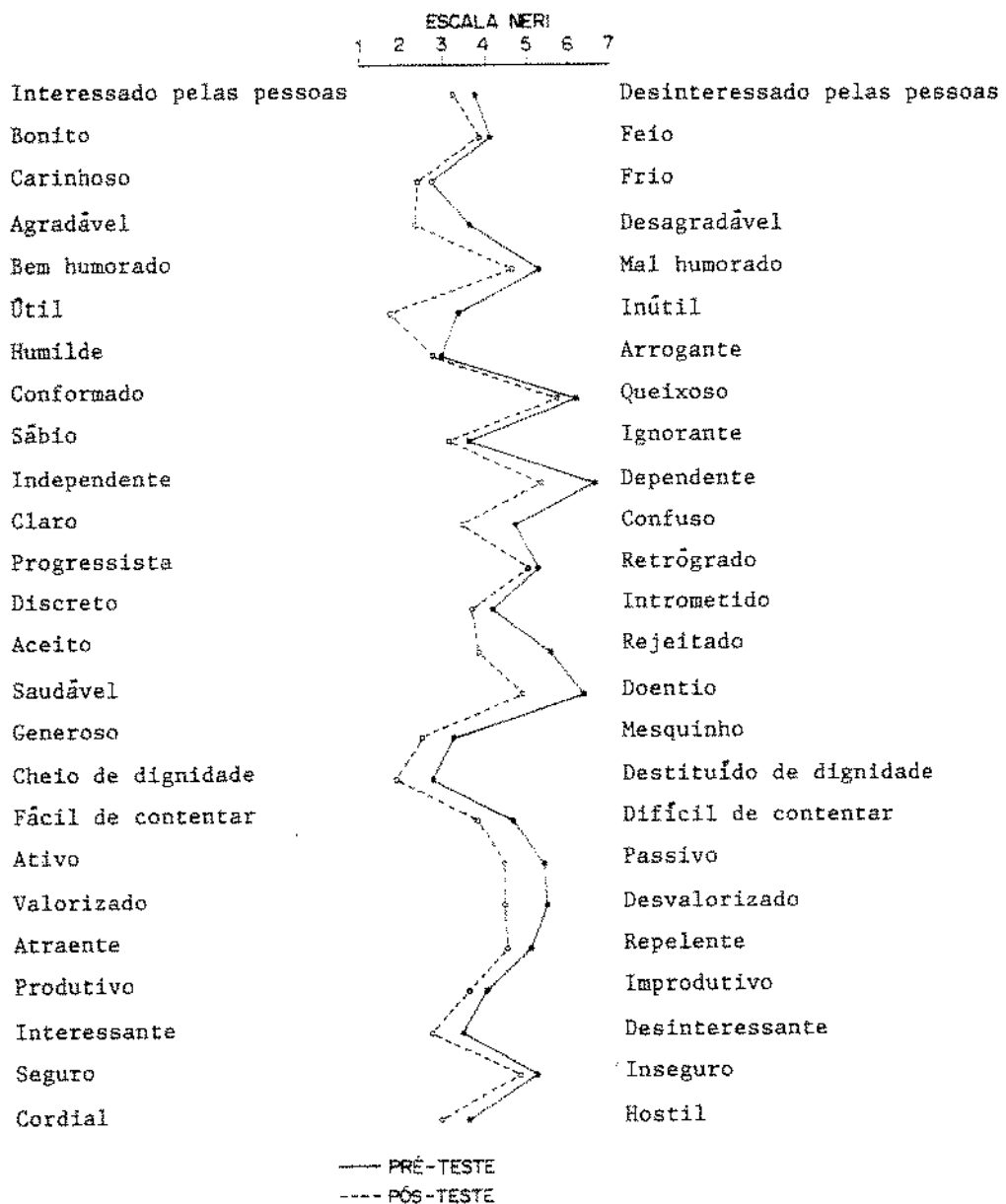


Figura 11 - Perfis dos itens da Escala Neri, considerando-se as médias no pré e pós-teste.

Analisando-se os perfis, podemos dizer que, no pré-teste, cinco adjetivos se encontravam com pontuação positiva , 12 na pontuação negativa e oito se encontravam com uma pontuação intermediária. No pós-teste 10 ficaram com pontuação positiva, seis com pontuação negativa e nove na pontuação intermediária. No entanto, todas as variáveis tiveram sua pontuação, em maior ou menor grau, direcionada para uma pontuação mais positiva.

Para se ter uma visão das alterações ocorridas na pontuação de cada sujeito, foi feita uma análise dessa pontuação, antes e depois da aplicação do programa, na Escala Neri. Os dados encontrados são os que aparecem no Quadro 1.

QUADRO 1 - PONTUAÇÃO NA ESCALA NERI PARA CADA SUJEITO, ANTES E DEPOIS DO PROGRAMA.

Sujeitos	Pré-teste							Pós-teste						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1	10	4	1	2	1	2	5	9	7	3	2	2	-	2
2	4	5	4	4	3	4	1	2	10	2	7	4	-	-
3	2	2	5	3	4	3	6	-	5	9	4	6	1	-
4	2	1	1	9	9	2	1	4	-	1	11	5	3	1
5	1	3	4	8	5	3	1	5	7	6	5	1	1	-
6	2	3	1	5	6	4	4	6	6	4	6	2	-	1
7	7	1	-	-	1	7	9	1	14	2	2	1	5	-
8	2	6	5	8	3	1	-	3	10	5	5	1	1	-
9	7	-	5	10	2	-	1	8	1	5	8	3	-	-
10	4	8	3	2	5	2	1	3	3	2	5	5	5	2
11	1	3	3	8	4	5	1	4	6	3	9	2	1	-
12	1	2	2	2	-	9	2	4	9	4	-	3	5	-
13	1	8	3	6	3	1	3	3	8	4	3	3	2	2
14	4	2	2	2	4	4	7	10	8	5	2	-	-	-
15	11	8	2	2	2	-	-	18	6	-	-	-	1	-
16	3	4	6	8	2	2	-	4	6	3	7	2	3	-

De acordo com os dados deste quadro, podemos observar que antes da aplicação do programa, 13 sujeitos assinalaram, embora em poucos itens, a pontuação mais negativa (7), sendo que seis deles marcaram mais de três itens nesta pontuação. Após a aplicação do programa, cinco sujeitos assinalaram esta pontuação sem contudo ultrapassar dois itens. Os sujeitos 5, 6, 7, 11 e 14 foram os que apresentaram o maior número de itens direcionando-se para a pontuação positiva, diminuindo portanto significativamente sua pontuação negativa, sendo assim considerados os que mais mudaram o conceito e, quem sabe, suas atitudes em relação ao idoso.

Os sujeitos 1, 3, 6, 7 e 14 foram os que apresentaram maior número de itens com a pontuação mais negativa antes da aplicação do programa e que mais se direcionaram para uma pontuação positiva após o programa. Para esses sujeitos os itens que estavam com pontuação negativa antes e após a aplicação foram os seguintes:

Sujeito 1

Pré-teste

Pontuação 5 : discreto.

Pontuação 6 : saudável, fácil de contentar.

Pontuação 7 : conformado, seguro, dependente, aceito,
valorizado

Pós-teste

Pontuação 5 : saudável, produtivo.

Pontuação 6 : não houve pontuação.

Pontuação 7 : conformado, seguro.

*Sujeito 3***Pré-teste**

Pontuação 5 : Interessado pelas pessoas, bem humorado, progressista, atraente.

Pontuação 6 : Independente, claro, cordial.

Pontuação 7 : conformado , aceito, saudável, ativo e valorizado.

Pós-teste

Pontuação 5: claro, fácil de contentar, ativo, cordial, carinhoso e seguro .

Pontuação 6: valorizado.

Pontuação 7: não houve pontuação.

*Sujeito 6***Pré-teste**

Pontuação 5: discreto, humilde, claro, ativo, atraente.

Pontuação 6: interessado pelas pessoas, progressista, fácil de contentar, valorizado.

Pontuação 7: conformado, independente, generoso, e seguro.

Pós-teste

Pontuação 5: discreto e seguro.

Pontuação 6: não houve pontuação.

Pontuação 7: conformado.

*Sujeito 7***Pré-Teste**

Pontuação 5: produtivo.

Pontuação 6: bonito, agradável, bem humorado, útil, fácil de contentar, ativo, interessante.

Pontuação 7: conformado, sábio, independente, claro, progressista, discreto, aceito, saudável, atraente.

Pós-teste

Pontuação 5: bem humorado.

Pontuação 6: independente, discreto, aceito, saudável e valorizado.

Pontuação 7: não houve pontuação.

*Sujeito 14***Pré-Teste**

Pontuação 5: carinhoso, bem humorado, conformado, aceito.

Pontuação 6: agradável, humilde, claro, generoso.

Pontuação 7: útil, cheio de dignidade, valorizado, produtivo, interessante, seguro, cordial.

Pós-teste

Nenhum item ficou com pontuação negativa.

Observamos também que todos os sujeitos mantiveram alguns adjetivos na mesma pontuação após a aplicação do programa. Cinco sujeitos apresentaram itens em pontuação positiva e 11 em

pontuação negativa. Desses 11 sujeitos, sete deles assinalaram *inconformado*, e 5 assinalaram *inseguro*, sendo esses os itens que apresentaram a maior frequência entre os que não tiveram suas pontuações alteradas.

Na frequência da pontuação dos itens constantes do tabela 1, antes da aplicação do programa, 42% estavam do lado positivo e 38% no lado negativo. Após a aplicação do mesmo, 62% ficaram em pontuação positiva e 19% com uma pontuação negativa, conforme podemos observar.

Tabela 1 - Frequência dos níveis de pontuação no pré e pós-teste.

	Níveis							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
pré-teste	62	60	46	80	61	50	41	400
	15,50	15,00	11,50	20,00	15,25	12,50	10,25	100%
pós-teste	84	107	57	76	40	28	8	400
	21,00	26,75	14,25	19,00	10,00	7,00	2,00	100%

O teste estatístico Qui-quadrado comparando o pré e o pós-teste confirmou as diferenças obtidas com o seguinte resultado $\chi^2_6 = 50,616 \rightarrow p < 0,0001$, acusando diferença significativa entre o pré e pós-teste- teste na escala Neri.

Para saber se as mudanças ocorridas foram significativas realizamos ainda o teste de Wilcoxon, que é uma prova não paramétrica para amostras pareadas. Foi detectada uma diferença significativa ao nível de 10%, entre o pré-teste e o pós-teste, para 12 itens, conforme podemos observar no Tabela 2.

Tabela 2 - Valores das médias para os itens da Escala Neri que diferiram significativamente do pré para o pós-teste.

Agradável	-2,2934	0,0218
Mal humorado	-2,2228	0,0262
Útil	-2,2424	0,0249
Dependente	-2,5111	0,0120
Claro	-2,5558	0,0106
Aceito	-2,4995	0,0128
Doentio	-2,4111	0,0159
Generoso	-1,7338	0,0830
Cheio de dignidade	-2,3664	0,0180
Passivo	-1,7782	0,0754
Interessante	-1,6449	0,1000
Cordial	-2,2228	0,0262

Foi feito também um teste paramétrico, o t-Student, assumindo-se hipoteticamente que os dados pudessem ser contínuos, uma vez que as escalas eram de sete pontos. Como era de se esperar, os resultados foram idênticos aos testes não paramétricos.

Com base nesses dados, podemos dizer que apesar de os sujeitos apresentarem uma tendência de melhora em quase todas as

variáveis, as que efetivamente obtiveram mudanças significativas foram aquelas apontadas no teste de hipóteses.

Após a análise univariada, decidimos realizar uma análise multivariada, com o objetivo de verificarmos a interação conjunta das variáveis. Foi escolhido como método a análise de correspondência que permite observar como os sujeitos associavam os significados no pré-teste e como passaram a associar no pós-teste.

Os resultados evidenciam quatro tendências de associação, que podem ser vistas no Quadro 2 onde as variáveis assinaladas com asteriscos (*) são as que tiveram comportamento significativamente alterado do pré para o pós-teste.

QUADRO 2 - TENDÊNCIAS DAS VARIÁVEIS NO PRÉ-TESTE NA ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA DA ESCALA NERI.

Grupo A - Interessado pelas pessoas, sábio, independente*, claro*, aceito*,
saudável *, ativo* e seguro.

Grupo B - Carinhoso, valorizado e atraente.

Grupo C - Útil*, humilde, generoso*, cheio de dignidade*, produtivo,
interessante*, e cordial*.

Grupo D - bonito, agradável*, bem humorado*, conformado, progressista,
discreto e fácil de contentar.

É interessante notar que as variáveis que diferiram do pré para o pós-teste aparecem em sua maioria nos grupos A e C, isto é, cujas

avaliações foram contrapostas. No Anexo VI aparece a representação gráfica dessas tendências resultantes da análise de correspondência aplicada aos resultados do pré-teste.

Foi realizada outra análise de correspondência entre as variáveis se comportando no pós-teste, a qual produziu os resultados que aparecem no Quadro 3 e Anexo VI.

QUADRO 3 - TENDÊNCIAS DAS VARIÁVEIS NO PÓS-TESTE NA ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA DA ESCALA NERI.

Grupo A - Interessado pelas pessoas, humilde, progressista, discreto, cheio de dignidade*, atraente e seguro.

Grupo B - Bonito, bem humorado*, conformado, Claro*, ativo*, produtivo.

Grupo C - Carinhoso, útil*, sábio e generoso*.

Grupo D - Agradável*, independente*, aceito*, saudável*, fácil de contentar, valorizado, interessante* e cordial*.

Como podemos observar, as semelhanças entre as variáveis são diferentes do pré -teste, além disso vale a pena observar também que as variáveis que diferiram no teste de hipótese agora se assemelham a outras questões e, ao contrário do pré-teste, não se concentram em dois conjuntos opostos. Isto sugere que o padrão de resposta dos sujeitos foi diferente do pré para o pós teste.

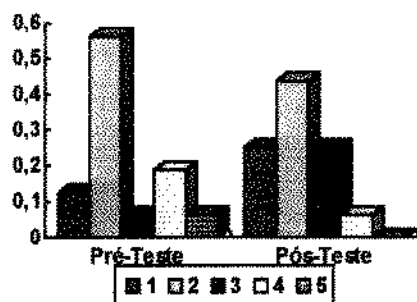
A partir das análises univariada e multivariada podemos concluir, portanto, que o programa afetou parte das atitudes dos sujeitos em relação à velhice, visto que ocorreram 12 diferenças

significativas entre as respostas no pré e no pós-teste e que os padrões de associação entre as variáveis apresentaram também algumas diferenças. Mudaram principalmente às ligadas à autonomia x dependência do idoso: *agradável-desagradável, independente-dependente, saudável-doentio, claro-confuso, ativo-passivo* e à sua instrumentalidade x ineficácia: *útil-inútil, bem-mal humorado, cordial-hostil, generoso-mesquinho, cheio-destituído de dignidade, aceito-rejeitado e interessante-desinteressante* dizem respeito à desvalorização social (Neri, 1991).

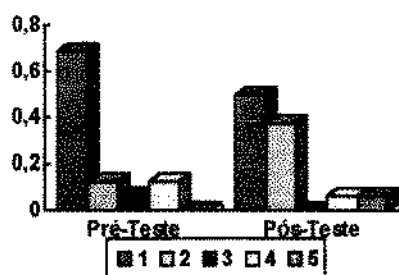
3.2 O Comportamento das Variáveis Escala de Ônus Adaptada de Kinney para Medida das Dificuldades em Lidar com o Idoso, no Pré e Pós-teste.

A Escala de Ônus adaptada é formada por 26 itens, com cinco pontuações sendo que a pontuação **um** corresponde ao menor grau de dificuldade e **cinco** ao grau mais alto. Esta escala, que pretende avaliar a dificuldade do sujeito para lidar com situações do dia-a-dia relacionada ao idoso, mostrou-se muito parecida no pré e pós-teste, para um grande número de variáveis. Como podemos notar na Figura 12, no pré-teste apenas as variáveis 6, 11, 21 e 23 tiveram um comportamento um pouco mais diferenciado, o que indica que os sujeitos relataram baixo grau de dificuldade na maior parte das variáveis. Avaliando-se as distribuições de frequência do pós-teste observamos que as variáveis 6, 18 e 23 direcionaram-se para um grau de dificuldade mais baixo.

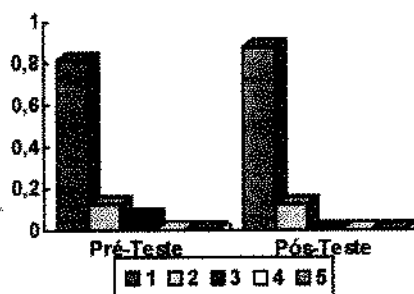
As queixas do idoso



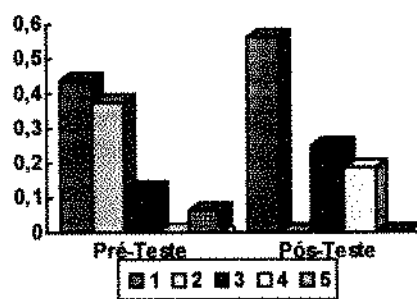
As dificuldades que o idoso tem para andar



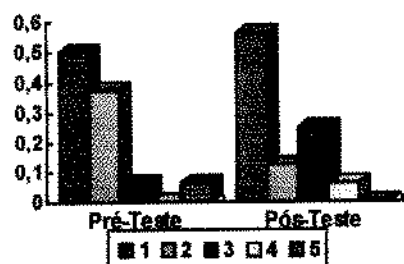
As despesas causadas pelo idoso



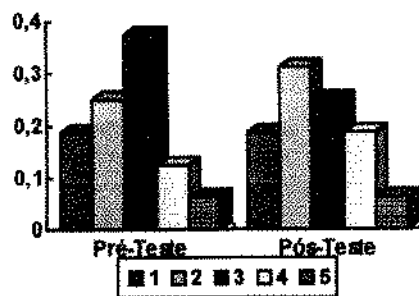
As perdas de objetos pelo idoso

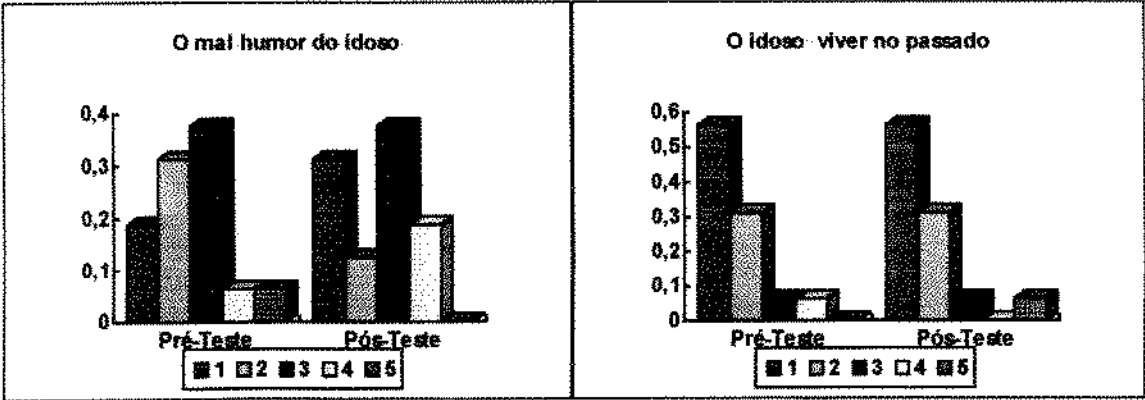
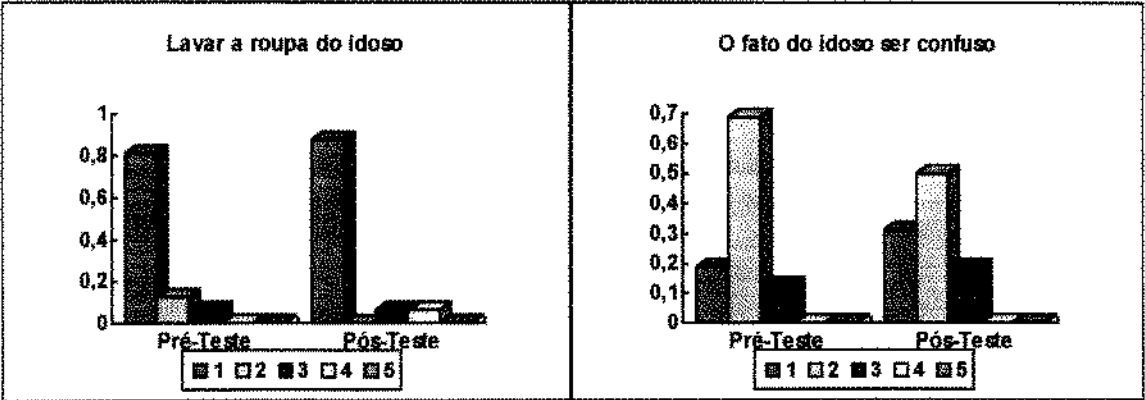
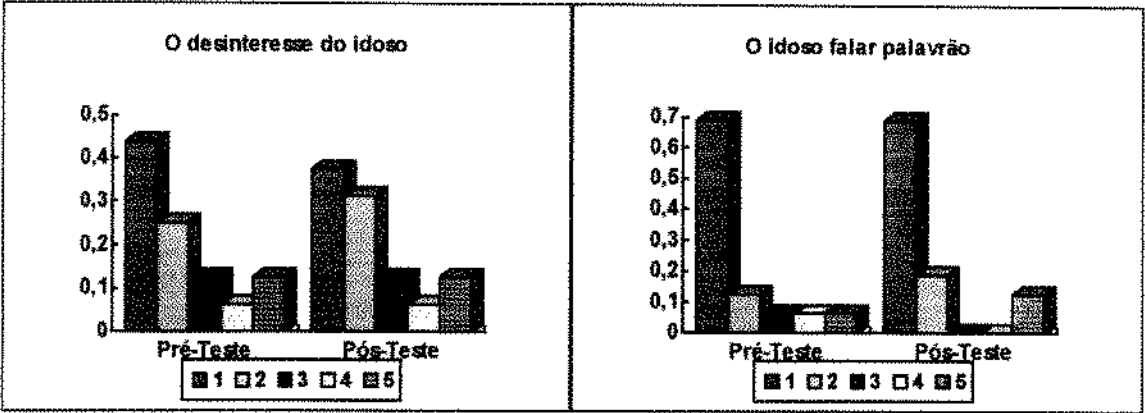


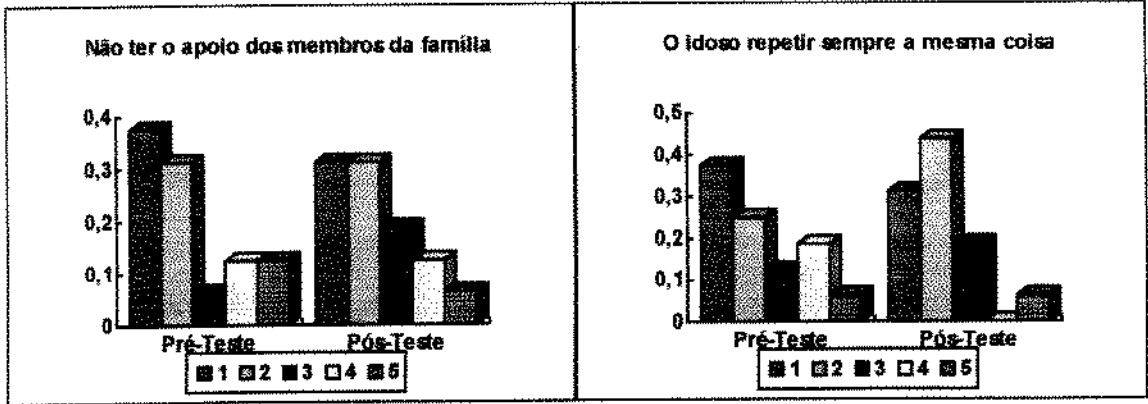
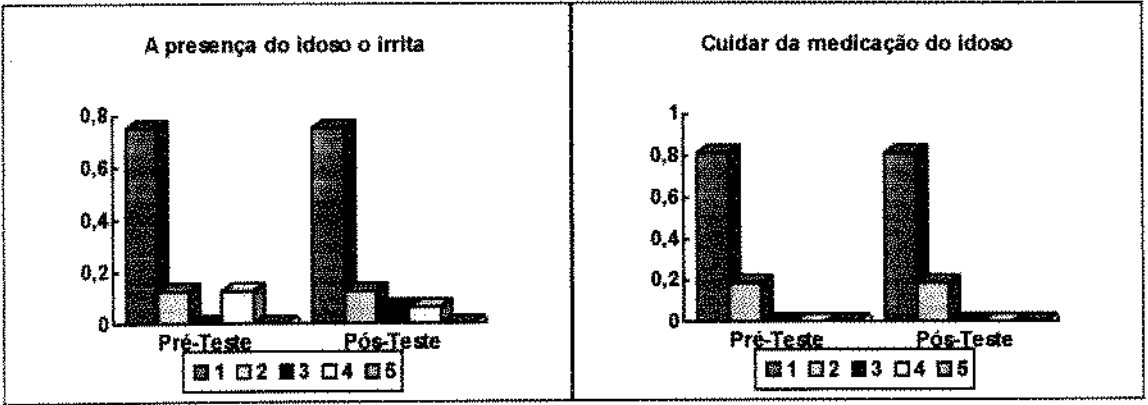
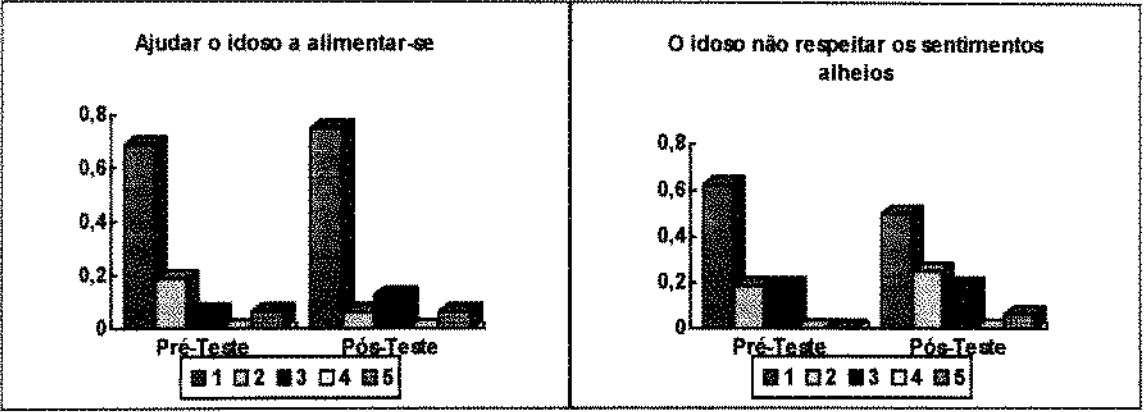
Levar o idoso ao médico ou a outro profissional



As discussões entre o idoso e a família







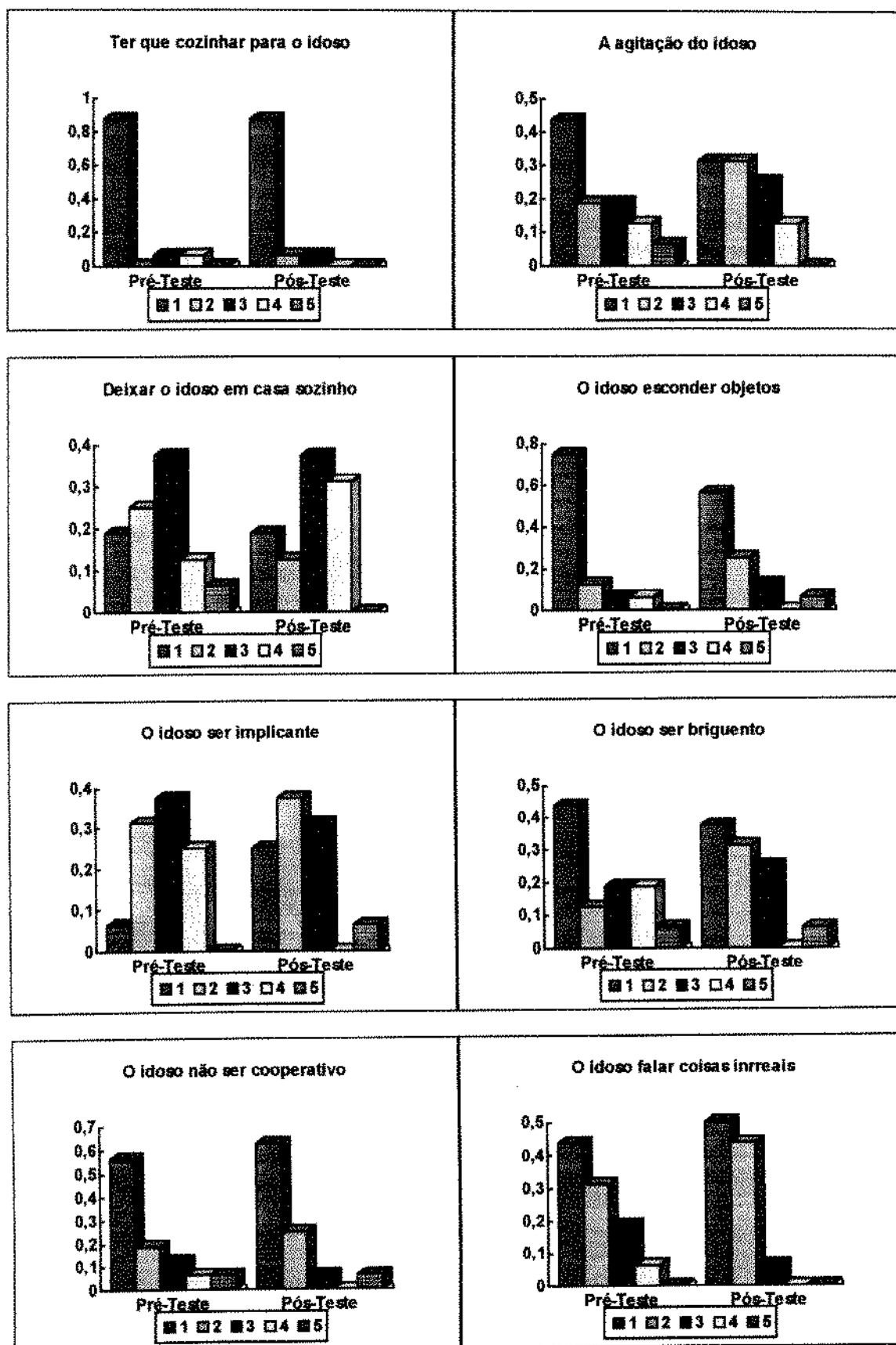


Figura 12 - Frequência relativa de respostas aos cinco níveis de intensidade nos 26 itens da Escala de Ônus.

Com fizemos para a Escala Neri, calculamos a média para as 26 variáveis e notamos que para o pré-teste 75% delas apresentaram médias inferiores a 2,3. Além disso o valor mais alto foi de 2,8. No pós-teste 75% das variáveis apresentaram média de 2,1 sendo que o valor mais alto foi o mesmo para o pós-teste.

Portanto, como podemos observar na Figura 13, o nível de dificuldade em todos os outros itens dentro da escala não chegou a atingir o nível três, o que pode significar que esses sujeitos não vêem suas eventuais dificuldades no convívio com idoso como perturbadoras, principalmente se considerarmos que na escala não havia nível zero e que dos 26 itens, 16 permaneceram no nível um, e 10 no dois.

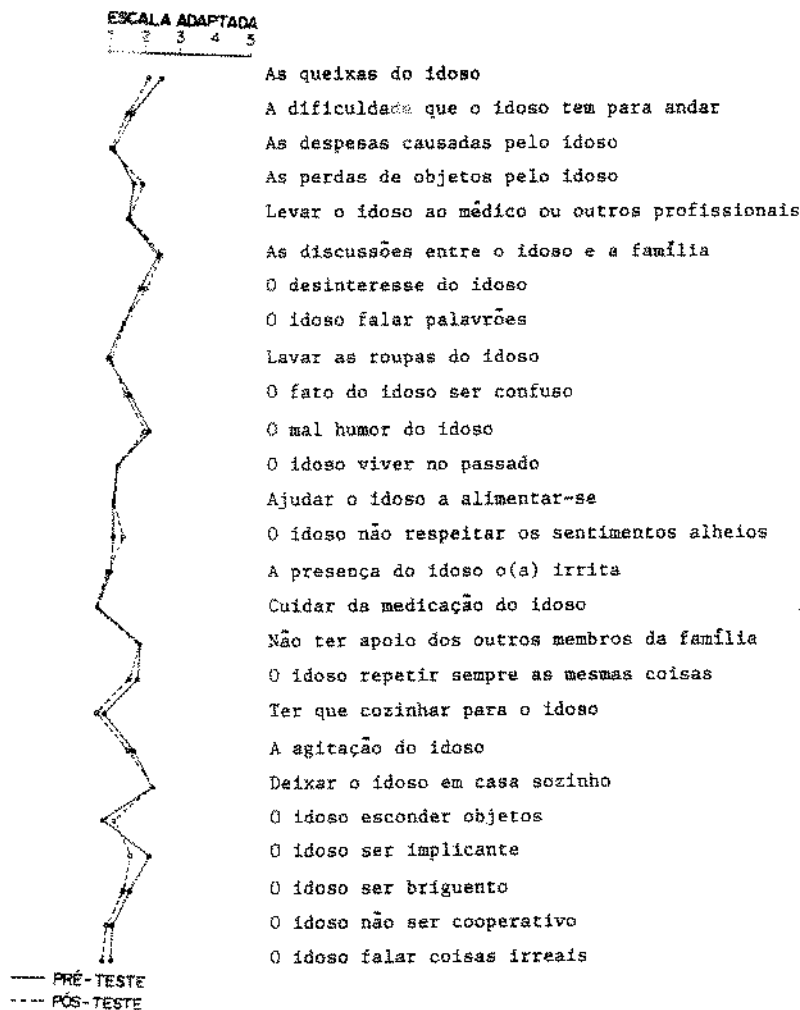


Figura 13 - Perfis dos itens da escala de ônus, considerando-se as médias no pré e pós-teste.

A pontuação dos sujeitos para cada item, antes e depois da aplicação do programa, foi a que se encontra no Quadro 4.

QUADRO 4 - PONTUAÇÃO INDIVIDUAL NA ESCALA DE ÔNUS.

Sujeitos	Pré-teste					Pós-Teste				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	13	1	4	2	5	17	7	2	-	-
2	19	5	2	-	-	10	5	6	2	3
3	12	8	4	1	1	6	9	8	3	-
4	6	2	10	5	3	8	-	7	3	8
5	11	4	1	6	4	12	6	5	3	-
6	7	8	2	7	2	12	3	4	5	2
7	12	12	2	-	-	16	8	2	-	-
8	18	5	2	1	-	22	3	-	1	-
9	18	5	2	1	-	17	7	2	-	-
10	9	10	2	4	1	8	8	8	2	-
11	20	4	1	1	-	22	3	1	-	-
12	15	7	2	1	1	13	5	3	3	2
13	16	7	2	1	-	14	7	4	1	-
14	15	4	5	2	-	11	8	6	1	-
15	8	10	8	-	-	14	11	1	-	-
16	9	10	7	-	-	9	11	6	-	-

Os sujeitos que apresentaram a pontuação 5 no nível de dificuldade, antes da aplicação do programa, como podemos observar no Quadro 4, foram os de número 1, 3, 4, 5, 6, 10 e 12. Os que apresentaram pontuação neste nível após a aplicação do programa foram os de número 2, 4, 6 e 12.

O nível 4, para esta escala, foi considerado como um nível de muita dificuldade e o nível 5 de muitíssima dificuldade. Levando-se em consideração essa informação que foi passada ao sujeito através do instrumento 4, os itens pontuados nesses níveis pelos sujeitos acima mencionados foram os seguintes:

*Sujeito 1***Pré-teste**

Nível de dificuldade 4: O idoso repetir sempre as mesmas coisas, o idoso ser impaciente.

Nível de dificuldade 5: Queixas do idoso, levar o idoso ao médico, não ter apoio da família, a agitação do idoso, deixar o idoso em casa sozinho sozinho.

Pós-teste

Para esse sujeito não houve pontuação nem 4 e nem 5 no pós-teste.

*Sujeito 2***Pré-teste**

Não houve dificuldade a nível de pontuação 4 e 5 para esse sujeito.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4 : a agitação do idoso, deixar o idoso em casa sozinho Nível de dificuldade 5 : dificuldades do idoso para andar, o idoso falar palavrões e ajudar o idoso a alimentar-se.

*Sujeito 3***Pré-teste**

Nível de dificuldade 4 : dificuldade do idoso para andar.

Nível de dificuldade 5: desinteresse do idoso.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4: desinteresse do idoso, lavar roupa para o idoso e o mau humor do idoso.

Não houve pontuação no nível de dificuldade 5 para esse sujeito.

Sujeito 4

Pré-teste

Nível de dificuldade 4: queixas do idoso, agitação do idoso, o idoso esconder objetos, o idoso ser implicante e o idoso ser briguento.

Nível de dificuldade 5 : o desinteresse do idoso, o idoso falar palavrões e o idoso não ser cooperativo.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4: discussão do idoso com a família, o mau humor do idoso, deixar o idoso em casa sozinho.

Nível de dificuldade 5 : o desinteresse do idoso, o idoso falar palavrões, o idoso não ser cooperativo, o idoso não respeitar o sentimento dos outros, não ter apoio da família, o idoso esconder objetos, o idoso ser implicante e o idoso ser briguento.

Sujeito 5

Pré-teste

Nível de dificuldade 4 : deixar o idoso em casa sozinho, queixas do idoso, a presença do idoso é irritante, o idoso repetir sempre as mesmas coisas, o idoso ser implicante, o idoso não ser cooperativo.

Nível de dificuldade 5 : discussões do idoso com a família, o mau humor do idoso, a agitação do idoso e o idoso ser briguento.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4 : deixar o idoso em casa sozinho, a agitação do idoso e perdas de objetos pelo idoso.

Não houve pontuação no nível de dificuldade 5.

Sujeito 6

Pré-teste

Nível de dificuldade 4: queixas do idoso, discussões do idoso com a família, o idoso não respeitar os sentimentos do outros, o idoso ser irritante, o idoso ser briguento, o idoso falar coisas irreais e o idoso viver no passado.

Nível de dificuldade 5 : perdas de objetos pelo idoso e o idoso repetir sempre as mesmas coisas.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4 : queixas do idoso, discussões do idoso com a família, o idoso não respeitar os sentimentos dos outros, o idoso ser irritante e perdas de objetos pelo idoso.

Nível de dificuldade 5 : o idoso repetir sempre as mesmas coisas e o idoso viver no passado.

*Sujeito 10***Pré-teste**

Nível de dificuldade 4 : discussões do idoso com a família, o idoso falar palavrões, o idoso ser briguento e o idoso ser implicante.

Nível de dificuldade 5 : não ter apoio da família.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4 : Discussões do idoso com a família, perdas de objetos.

Não houve pontuação no nível de dificuldade 5 .

*Sujeito 12***Pré-teste**

Nível de dificuldade 4 : desinteresse do idoso.

Nível de dificuldade 5 : ajudar o idoso a alimentar-se.

Pós-teste

Nível de dificuldade 4 : levar o idoso ao médico, o mau humor do idoso, deixar o idoso em casa sozinho.

Nível de dificuldade 5 : discussões do idoso com a família e desinteresse do idoso.

Quanto à frequência dos itens, esta escala apresentou 74,28% de sua pontuação nos níveis 1 e 2 de dificuldade, antes da aplicação do programa, não havendo praticamente diferença após a sua aplicação. O mesmo ocorreu com o nível máximo de dificuldade , tanto

antes como depois da aplicação do programa. Estes dados poderão ser melhor observados na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência dos níveis de dificuldade no pré e pós-teste.

	Níveis de dificuldade					Total
	1	2	3	4	5	
pré-teste	209	100	57	33	17	416
	50,24	24,04	13,70	7,93	4,09	100%
pós-teste	211	101	65	24	15	416
	50,72	24,28	15,62	5,77	3,61	100%

Aplicando-se o teste do Qui-quadrado de forma análoga à que foi usada na Escala Neri, o resultado foi de $\chi^2_4 = 2,085 \rightarrow p = 0,7$, o que significa não haver diferença significativa (a 5%) entre o pré e pós teste.

O teste de Wilcoxon sobre os dados da Escala de Ônus revelou a ocorrência de diferença estatisticamente significante, nas avaliações no pré e no pós-teste apenas para o item *o idoso ser implicante*, a um nível de 10%.

Os dados obtidos com a análise univariada que, em resumo, acusaram pouca ou nenhuma diferenciação do pré para o pós-teste, bem como uma tendência acentuada para respostas nas categorias 1 e 2, sugerem ser irrelevante proceder-se a uma análise multivariada.

3.3 Comparação entre a Escala Neri e a Escala de Ônus Adaptada

Para esta análise foi feito um emparelhamento entre conjuntos de adjetivos ou adjetivos isolados da Escala Neri e os itens da Escala de Ônus adaptada, a partir de um critério de semelhança de significados. Os resultados aparecem no Quadro 5, que também já apresenta as médias do grupo no pré e pós-teste. Para facilitar a compreensão, optamos por utilizar, nos itens da Escala Neri, os adjetivos situados no lado negativo, lembrando que, quanto mais distante da pontuação 1, mais próximo do adjetivo positivo e que na Escala de Ônus, quanto mais alto o número, maior o nível de dificuldade em lidar com a situação. Os asteriscos servem para indicar, como anteriormente, as variáveis que apresentaram valor estatístico significativo.

QUADRO 5 - MÉDIA DAS RESPOSTAS NA ESCALA NERI E NA ESCALA DE ÔNUS, NO PRÉ E PÓS-TESTE.

Escala Neri	pré	pós	Escala adaptada	pré	pós
Queixoso	2.8	3.5	As queixas do idoso	2.5	2.2
Dependente*	2.5	3.7	Dificuldade para andar	1.8	1.6
			As despesas com idoso	1.4	1.1
			Levar ao médico	1.7	1.8
			Lavar as roupas	1.2	1.3
			Ajudar a alimentar-se	1.5	1.5
			Cuidar da medicação	1.1	1.1
			Cozinhar para o idoso	1.4	1.2
			Deixá-lo sozinho	1.8	1.8
Confuso*	3.4	4.7	Perda de objetos	1.8	2.0
			O idoso ser confuso	1.5	1.5
			Repetir a mesma coisa	2.3	2.1
			Agitação do idoso	2.3	2.1
			Falar coisas irreais	1.8	1.6
Desagradável*	4.4	5.7	Discussões c/ a família	2.6	2.6
Desinteresse p/ pess.	4.9	5.6	Desinteresse do idoso	2.1	2.2
Hostil*	4.7	5.5	Falar palavrões	1.7	1.7
Mal-humorado*	2.6	3.4	O mau humor do idoso	2.5	2.4
			O idoso ser briguento	2.3	2.1
Retrógrado	2.9	3.4	Viver no passado	1.6	1.6
Mesquinho*	5.0	5.8	Não respeita sentimento	1.5	1.6
			Esconder objetos	1.4	1.7
Repelente	3.3	3.8	Presença irritante	1.5	1.4
Rejeitado*	2.6	4.3	A família não procura	2.4	2.4
Difícil de contentar	3.6	4.3	Não ser cooperativo	1.8	1.6
			Ser implicante*	2.8	2.2

* Itens que sofreram alterações no pós-teste segundo o teste de Wilcoxon.

Os dados constantes desse Quadro sugerem que apesar de o conceito que o familiar tem sobre idoso ter se modificado, não modificou, no entanto, sua opinião sobre o grau de dificuldade em lidar com certas situações, na convivência com seu familiar mais velho. Porém, não podemos deixar de considerar que as dificuldades apresentadas eram de pequena intensidade.

3.4 Opiniões dos Sujeitos Sobre a Eficácia do Programa

As respostas dadas ao questionário IV, foram categorizadas de acordo com a similaridade entre elas. A seguir serão apresentadas as categorias e as emissões correspondentes, em sua íntegra, para as respostas aos itens: Aspectos positivos, Aspectos negativos, Experiência junto ao idoso, influenciada pelas reuniões. Foram resumidas e agrupadas as respostas aos itens Sugestões para o próximo programa.

• Aspectos positivos

⇒ *Aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos científicos sobre o envelhecimento e o idoso:*

- "Fundamentação teórica sobre o processo de envelhecer".
- "As ocorrências sociais, biológicas, psicológicas e patológicas foram de grande valor para mim".
- "Obter conhecimentos específicos sobre a terceira Idade, dissimulando alguns conceitos folclóricos."

- "A explanação sobre a sintomatologia, causa e consequência das moléstias do idoso."

- "Esclarecimentos quanto as patologias."

- "Aspectos psicológicos."

☞ *Aprender ou aperfeiçoar habilidades de lidar com as necessidades físicas, psicológicas, sociais e ambientais do idoso:*

- "Como lidar com situações próprias do desgaste físico do idoso, de seus hábitos."

- "A compreensão de algumas deficiências genéricas da idade."

- "Esclarecimentos sobre como tratar do idoso e o seu comportamento"

- "Como lidar com situações próprias do desgaste físico do idoso, de seus hábitos e dos prováveis acidentes e suas complicações."

- "Aprender a entender as suas vontades, suas limitações e preocupações, suas intransigências, suas virtudes ..."

- "Perceber alguns erros que a gente comete na vivência diária com o idoso."

- "As atitudes que devemos tomar frente aos problemas dos idosos."

- "Maior compreensão quanto às necessidades do idoso."

- "A orientação recebida de como o idoso deve ser tratado."
- "Os fatores de como lidar com os tipos de idosos."
- "Conhecer as características de um idoso."

⇒ Refletir sobre a velhice dos outros e de si próprios, enquanto ponto de existência humana.

- "O melhor entendimento do comportamento do idoso, que para nós, seria também uma preparação para a nossa própria velhice."

⇒ Refletir sobre o papel da família na promoção do bem-estar físico e psicológico do idoso e na redução de conflitos intergeracionais.

- "A importância de respeitar as decisões e vontade do idoso."

- "A importância do carinho para o idoso."

- "O conhecimento adquirido sobre as várias condutas de meus pais."

⇒ A metodologia de ensino participativa empregada, com ênfase nas técnicas dramáticas, nas oportunidades para discussão e na clareza das exposições.

- "Dinâmica adequada."

- "Forma de abordagem dos assuntos."

- "Espírito de cooperação entre os participantes e a palestrante."

- "Exibição de filme."

- "Conduta da orientadora."

- "Temas claros e objetivos."

- "Técnica dramática."

⇒ O clima cooperativo (interativo) criado no curso, que permitiu trocas de experiências, entrosamento, bom relacionamento, contato com profissional experiente para orientação e ajuda, contato com pessoas que vivem a mesma experiência e a formação de um grupo informal de apoio a partir do curso.

- "Sinceridade dos participantes."

- "Apresentação de casos concretos pelos participantes."

- "Troca de experiências."

- "Número reduzido de participantes".

- "Possibilidade de entrosamento com as pessoas".

- "Frequência dos participantes".

- "Manifestações dos participantes".

- "A oportunidade de conhecer experiências de outras pessoas com relação a vivência com idosos".

- "Bom relacionamento".
- "Convivi com pessoas num clima de amizade muito bom".
- "Encontrei alguém com quem posso contar num momento de necessidade, no que concerne a idosos".
- "Ter contato com pessoas que convivem com idosos".

• Aspectos negativos

A ocorrência de aspectos negativos foi apontada por 6 sujeitos que mencionaram os seguintes aspectos:

- "Falta de esclarecimento prévio a respeito da abordagem"
- "Heterogeneidade do grupo".
- "Número grande de pessoas"
- "Pouco conhecimento dos participantes em relação as patologias".
- "Número reduzido de participantes".
- "A técnica psicodramática, seria melhor uma aula espositiva".
- "Duração pequena do curso".
- "Horário das reuniões (final do expediente é cansativo)".
- "Pouco material didático".

- "Local (sala de aula não é bom para este tipo de reunião."

• **Experiência junto ao idoso, influenciada pelas reuniões**

➤ **Conhecimento**

- "Adquiri uma nova visão no trato para com o idoso facilitando e muito nas soluções dos problemas ligados a sua falta de paciência, nervosismo, etc".

- "As reuniões permitiram distinguir quais as atitudes do idoso influenciadas pela idade e quais as mantidas durante toda a sua vida".

- "Acredito que com o passar do tempo, aplicando o que nos foi orientado, os efeitos serão melhor sentidos porque o resultado é a longo prazo, pois a curto prazo não nos seria possível porque devemos nos adaptar a essa realidade e aos poucos mudarmos o nosso comportamento".

- "Antes dos conhecimentos adquiridos nas reuniões, costumava não respeitar muito a vontade do idoso. Sempre tentava impor a minha. Após as palestras comecei a analisar, compreender e principalmente a respeitar suas vontades".

- "Foram várias, principalmente no que diz respeito a depressão, procurei evitar que não ocorresse".

- "Tive condições de entender melhor certos comportamentos do idoso que antes eu não tinha paciência para aceitar e lidar com

eles. Momentos difíceis que ocorrem no dia a dia, foram mais fáceis de contornar".

- "Aprendi e passei a deixar mais claro junto a meus pais e sogra sobre diversos pontos: doenças ,desavenças por falta de diálogo, contar sobre coisas vividas no dia a dia, que as vezes geravam tumultos desnecessários".

- "Não tenho experiência específica, o que me influenciou, segundo as reuniões foi a mudança de comportamento de como lidar com o idoso, observando melhor antes de tomar alguma atitude para que essa mesma atitude seja tomada com resultados positivos".

➤ *Convivência*

- "Compreendo melhor quando o idoso lá de casa deixa que o leite posto para ferver, derrame".

- "Estou procurando valorizar mais as contribuições do idoso, a partir das suas limitações".

- "Sugerir e motivar o idoso à participação respeitando as suas limitações na tarefa de casa e grupos de convivência".

- "Passei a sentir maior facilidade em conviver com as reclamações constante de tudo e de todos".

- "As reuniões vieram reforçar a forma como eu e meus filhos tratamos o idoso: com carinho, compreensão, muita paciência, obediência, etc".

- "Uma experiência isoladamente eu não me lembro, mas meu comportamento em relação ao idoso mudou, pois em várias situações do dia a dia, bate na minha cabeça o desejo de ponderar e orientar e não retrucar ou criticar o comportamento do idoso."

- "Eu já mudei a minha atitude com a minha mãe em relação ao uso das novas tecnologias da casa. Realmente ela não pode aprender algo que não é do seu interesse, por exemplo, o forno de microondas. Tenho procurado (pelo menos tentado) não direcionar tanto a sua vida, respeitando seus limites e estimulando seu potencial físico".

- "Através das reuniões, passei a ser mais paciente com o idoso e houve acréscimo de carinho por ele".

- "Mais tolerância com o idoso, ajudando-o a se sentir mais seguro e confiante no sentido de dividir seus problemas com os familiares".

• Sugestões para o próximo programa

Neste item, como as respostas se repetiram, as mesmas foram agrupadas para facilitar o entendimento. Também não foram escritas na íntegra, mas sintetizadas.

⇒ *Quanto ao Grupo*

- Homogeneizar o grupo.
- Participação dos idosos.

- Maior número de participantes.
- Manter contatos entre os participantes mesmo depois do término do programa.

⇒ *Quanto ao Conteúdo*

- Maior ênfase no aspecto psicológico do envelhecimento.
- Análise e discussão, entre os membros do grupo, de temas específicos: o idoso na comunidade, depoimento de idosos, educação, mão-de-obra informal, etc.
- Oferecer maior conhecimento sobre as patologias.
- Maior enfoque sobre o idoso no contexto nacional e internacional.

⇒ *Quanto à Metodologia*

- Reuniões em forma de aula.
- Esclarecimento prévio a respeito do programa.
- Transformar o programa em curso de extensão.
- Exibição de filmes com debate posterior.
- Reservar um dia para relatos individuais dos participantes (para evitar que sejam sempre as mesmas pessoas que falam).
- Aumentar o período do curso.

- Apostilar o material para distribuir ao grupo.
- Oferecer o curso na parte da manhã, pois, após a jornada de trabalho, torna-se cansativo.
- Maior divulgação do curso.
- Mais recurso material.
- Intercalar informações teóricas com vivências do grupo.
- Maior espaço para relato de experiências.
- Maior número de reuniões.
- Dar continuidade de orientação às pessoas interessadas.

Esta avaliação feita pelos sujeitos, de um modo geral, foi muito positiva focalizando o tipo e a qualidade dos conhecimentos adquiridos e seus efeitos sobre a convivência com idosos. Quando negativos, referiram-se a aspectos técnicos e não ao conteúdo.

Constatamos que seis sujeitos compareceram a todas as reuniões, quatro faltaram a uma reunião, três faltaram a duas reuniões e três, a três reuniões. Geralmente as faltas eram justificadas anteriormente, muitas delas por exigência do trabalho.

Muitos fatores adversos poderiam ter prejudicado o desenrolar do programa, tais como: a greve dos funcionários, assembleias marcadas para o mesmo dia e mesmo horário das reuniões e debates com as chapas dos candidatos a reitor. No entanto esses fatores não interferiam na frequência do grupo. Quando os participantes eram

questionados sobre a necessidade de transferir a reunião ou mesmo cancelá-la, todos optavam em fazê-la no dia e horário programados, independentemente do que estivesse ocorrendo na Universidade.

Foi uma experiência em que a participação e o interesse dos sujeitos muito contribuíram para o seu bom andamento.

4. Discussão

Este programa foi elaborado especificamente para familiares que convivem com idosos com boa saúde e autonomia, considerando-se que, provavelmente em futuro próximo, esses familiares poderão ser os cuidadores desses idosos com quem convivem, e também que é importante investir na melhoria das reações intergeracionais. Programas dessa ordem podem atuar, como sugerem WHITLATCH, ZARIT, e EYE (1991), como medida antecipatória quanto aos problemas frequentes em pessoas que envelhecem e, ao mesmo tempo, retardar ou amenizar o aparecimento desses problemas. Como recomendam ALARCON (1986) e NERI (1991), a família deve ser preparada para viver de uma forma saudável com seu parente idoso e tanto os mais velhos como os mais jovens devem ser esclarecidos sobre seus novos papéis, novas expectativas e novas necessidades de ajuda e apoio recíprocos.

Observando-se os dados encontrados em relação ao perfil do idoso, podemos dizer que, antes da aplicação do programa, o idoso era visto de modo ligeiramente negativo. Após a aplicação do programa, esse perfil sofreu algumas alterações e o idoso passou a ser visto de forma mais positiva.

Os itens mais positivos no pré-teste ressaltam aspectos pessoais ligados aos conceitos de instrumentalidade-ineficácia, apontados pela pesquisa de Neri (1991), que são *agradável, bem humorado, útil, generoso, cheio de dignidade e cordial*. Os itens negativos ressaltam os conceitos de autonomia-dependência e desejabilidade social: *dependente, queixoso, intrometido, rejeitado, retrógrado, exigente e desvalorizado*. Receberam avaliações neutras os itens: ativo, produtivo, claro, que se referem ao domínio da autonomia-dependência.; *agradável, bem-humorado, atraente*, do domínio da instrumentalidade-ineficácia.

Como os idosos são saudáveis, relativamente independentes, úteis e ajudam, era de se esperar que fossem vistos assim. Ao verem o idoso positivamente como sábio e interessante, os sujeitos talvez estejam respondendo ao ideal social de associar velhice com sabedoria, que permite ao idoso aconselhar, conduzir, relatar fatos passados, o que lhe confere desejabilidade social e daí a possibilidade de ser visto como interessante.

No pós-teste aumentaram os itens positivos que ressaltam os aspectos ligados aos conceitos de instrumentalidade-ineficácia e aos de autonomia-dependência. No entanto é interessante observar que alguns sujeitos avaliaram de forma moderadamente negativa a adaptação do idoso e as suas queixas, indicando, neste caso, uma associação entre a noção de desadaptação e a desvalorização do idoso, a qual possivelmente tem reflexos em sua aceitação e desejabilidade social.

Observando os sujeitos individualmente nesta escala, notamos que oito sujeitos assinalaram alguns itens em pontuação mais negativa antes do programa. Após a aplicação do mesmo o número de sujeito que assinalou itens negativos foi reduzido para cinco sendo que a

quantidade de itens assinalados também diminuiu. A frequência maior dos itens pontuados por esses sujeitos negativamente no pré-teste estava relacionada aos fatores que envolviam a instrumentalidade, a autonomia, a valorização e a adaptação e, no pós-teste, ao fator autonomia. Porém não podemos esquecer que o número de itens era relativamente baixo não interferindo, praticamente, no resultado como um todo, que foi predominantemente positivo em relação à instrumentalidade e autonomia. Do pré para o pós-teste ocorreram alterações positivas significativas para os doze atributos já citados, o que sugere que o programa pode ter sido ocasião para a mudança nas opiniões dos sujeitos a respeito dos idosos. É importante notar que as alterações ocorridas têm bastante relevância quanto à melhoria de qualidade das interações sociais entre idosos e seus familiares mais jovens, uma vez que se referem a estereótipos sociais com grande potencial para determinar comportamento de rejeição e afastamento, bem como conflitos com os idosos.

Na Escala de Ônus adaptada, olhando-se sujeito a sujeito, percebe-se que os idosos que convivem com os sujeitos deste estudo são relativamente independentes, já que não houve pontuação negativa significativa para papéis instrumentais e que a situação econômica não interfere na relação idoso-família, não correspondendo, nesse caso, aos dados dos trabalhos realizados por QUEIROZ (1988), HÔTE (1988), YAZAKE (1991), CANÇADO (1992).

No entanto, embora poucos, os itens avaliados de forma um pouco menos positiva dizem respeito às questões que envolvem às relações interpessoais como as discussões do idoso com a família, as queixas, o mau humor e a implicância do idoso. Em segundo lugar aparecem as questões referentes *ao idoso repetir sempre as mesmas*

coisas e deixar o idoso em casa sozinho que talvez sugiram necessidades específicas de cuidado de alguns participantes do grupo. Esses dados nos levam a pensar que esses sujeitos lidam, no dia-a-dia, com situações que abrangem tarefas junto ao idoso, dentro de dois domínios dos quatro citados por STEPHENS (1990), que estão relacionados ao suporte emocional e o lidar com os próprios sentimentos; o que era de se esperar, pois os outros dois domínios estão diretamente relacionados a idosos dependentes. Do pré para o pós-teste só ocorreu uma alteração significativa em relação ao item implicância, o que pode sugerir mudança de opinião coerente com que ocorreu com os itens da Escala Neri referentes à instrumentalidade e à desejabilidade social como um todo.

Na análise dos dados individuais nas duas escalas, podemos verificar que, para 15 sujeitos, o conceito de idoso melhorou, direcionando-se para uma pontuação mais positiva. Quanto às dificuldades de lidar com as situações relacionadas ao idoso de seu convívio, oito sujeitos parecem ter diminuído o nível de dificuldade em lidar com elas. No entanto a grande maioria dos sujeitos não apresentava dificuldade em lidar com essas situações, pois em 15 sujeitos o que prevaleceu foi o mesmo nível de dificuldade antes e após o programa, que foi em torno da pontuação um, ou seja, praticamente sem nenhuma dificuldade.

As respostas dadas pelos sujeitos ao questionário aplicado após a última reunião, quanto à questão dos aspectos do programa considerados como positivos, abrangem o conteúdo (ex.: fundamentação teórica sobre o processo de envelhecer), o relacionamento entre eles (ex.: ter contato com pessoas que convivem com idosos), a metodologia usada

(forma de abordagem dos assuntos) e o melhor entendimento em relação ao idoso (ex.: maior compreensão em relação às necessidades do idoso). A grande maioria das respostas a esse item diz respeito ao aprendizado de habilidades para lidar com as necessidades do idoso. Este é um dado que pode sugerir que ocorreram mudanças de atitudes em relação ao idoso com o qual convivem, em virtude da exposição ao programa.

As respostas quanto à experiência junto ao idoso, influenciada pelo programa, abrangem o conhecimento e a convivência, sendo que nesse item a impressão de que houve mudanças de atitudes é mais evidente levando-se em consideração respostas em que o sujeito chega a afirmar literalmente que: " Eu já mudei a minha atitude com a minha mãe em relação ao uso de novas tecnologias em casa. Realmente ela não pode aprender algo que não é do seu interesse, por exemplo, o forno de microondas. Tenho procurado (pelo menos tentado) não direcionar tanto a sua vida, respeitando seus limites e estimulando seu potencial físico".

De um modo geral, nas respostas dadas ao questionário de avaliação, a abordagem foi desde aspectos específicos até aspectos mais genéricos (ex.: "a importância do carinho para o idoso"; "acredito que com o passar do tempo, aplicando o que nos foi ensinado, os efeitos serão melhor observados").

A troca de experiência foi também valorizada pelo grupo, considerando-se que cinco sujeitos a apontaram como um dos aspectos positivos das reuniões, onde apareceram respostas do tipo: "*a oportunidade de conhecer experiências de outras pessoas com relação a vivência com idosos*". Embora este trabalho tenha sido realizado em situações bem diferentes do que foi desenvolvido por Allen (1987), que

trabalhou com famílias em conflito, acreditamos que, provavelmente, seus resultados possam ser comparados a alguns aspectos deste estudo se levarmos em consideração as respostas do tipo acima citado, pois, segundo a autora, situações que favorecem a aproximação subjetiva permitindo aos participantes de programas educacionais falarem sobre suas experiências, muitos benefícios poderão trazer dessas trocas.

Para alguns, o número reduzido de participantes foi um fator positivo, para outros foi negativo. Um outro sujeito achou que o número de participantes foi alto e, segundo ele, este foi um fator negativo.

Apesar da tentativa de se homogeneizar o grupo de acordo com o nível funcional e com a escolaridade, surgiu uma observação de que a heterogeneidade foi um aspecto negativo.

Seis sujeitos não acharam pontos negativos no programa., e os apontados foram relativos aos aspectos técnicos (hora, duração do curso, local, etc.). Um deles criticou um recurso educacional utilizado, no entanto esse mesmo recurso foi considerado como um fator positivo por outro membro do grupo.

As sugestões dadas para outros programas enfatizaram uma maior participação dos grupos nas discussões. Alguns sugeriram a participação dos idosos nas reuniões.

Apesar de o tempo disponível para as patologias ter sido ampliado de uma para três reuniões, houve quem sugerisse espaço maior para esse tema, muito embora os idosos desse sujeitos não apresentassem doenças limitantes. Esse interesse pode ser um indicativo da associação entre velhice x doença que é uma tendência popular citada em muitos trabalhos, tais como os de SILVA (1989), YAZAKI (1991), CANÇADO (1992).

Também nos chamou a atenção o interesse despertado para os aspectos mais amplos de conhecimentos sobre o envelhecimento, levando-nos a pensar que alguns sujeitos desse grupo estão preocupados não só com o idoso de sua família, mas também com o processo de envelhecimento de uma forma mais abrangente (ex.: *"maior enfoque sobre o idoso no contexto nacional e internacional"*). Talvez porque, com afirma DONOW (1990), as pessoas não têm claro como se comportarão frente à sua velhice ou quando for preciso cuidar de seus pais ou de outros parentes idosos.

O grupo lamentou o término das reuniões e indagou da possibilidade de continuá-las. Na discussão final chegaram à conclusão de que é melhor não tentar mudar a atitude do idoso, mas respeitá-lo, procurar entendê-lo levando em consideração seus argumentos.

Os dados nos mostram que os sujeitos são pessoas interessadas no problema do envelhecimento uma vez que o curso não oferecia outro estímulo a não ser realmente a troca de informações e a ampliação dos conhecimentos, que poderiam facilitar mudanças na atitude do familiar em relação ao idoso. Embora esses dados não sejam suficientes para essa comparação, podemos pensar que talvez algumas das características desses sujeitos (nível educacional, condição socio-econômica) se assemelhem a um dos resultados do trabalho de KATZ (1990), no qual conclui que provavelmente indivíduos com maior capacidade intelectual sejam inclinados a terem atitudes mais positivas em relação a pessoas idosas. Ainda segundo o autor, essas pessoas têm uma tendência a valorizar mais o aspecto intelectual do que a debilidade física do idoso. Enxergam a idade mais como uma oportunidade de

ponderar e tornar-se mais absorvido em pensamentos do que nos inevitáveis declínios físicos e sociais.

KNIGHT, LUTZKY e MACOFSKY-URBAN (1993) constataram que programas de intervenção psicossocial podem, em maior ou menor grau, apresentarem aspectos positivos. Com base nesta informação, esperamos que também tenhamos obtido resultados satisfatórios. Supomos que esse programa, talvez, tenha despertado nos sujeitos algumas preocupações não só em relação ao idoso de seu convívio, como também em relação à sua própria velhice, pois, como considera KYES (1985), o envelhecimento pode ser cheio de tensões psicológicas quando suas alterações afetam de modo adverso o amor - próprio e a velhice tem como problema crucial , o maior esforço para se ajustar às perdas e alterações físicas e ambientais numa fase em que a capacidade de ajustamento está um tanto diminuída. Mas também, como afirma LUCENA (1988), a satisfação com a vida familiar concorre para a conservação mais demorada das capacidades da pessoa idosa.

Acreditamos que algumas atitudes em relação ao idoso tenham sido modificadas, principalmente se levarmos em consideração muitas das respostas dadas ao instrumento de avaliação. Pensamos também na possibilidade de ter ajudado essas pessoas a se tornarem mais esclarecidas quanto aos problemas que podem afetar os idosos e, quem sabe, assumir um papel multiplicador de interesse para a sociedade, conforme uma das expectativas do programa.

Levando-se em consideração estes dados, concluímos que, de um modo geral, o conceito de idoso melhorou e que o nível de dificuldade para lidar com algumas situações já era baixo e assim permaneceu. Porém temos que considerar que esse trabalho não está

isento de alguns vieses quanto à interpretação de seus dados, principalmente se levarmos em conta as características dos sujeitos que, além de serem constituídos por um número pequeno e de escolha não aleatória, o que dificulta ampliar o âmbito das generalizações.

Não podemos esquecer também que não temos elementos suficientes para saber se o familiar lida com essas situações sem dificuldades ou se estas dificuldades não estão presentes no dia-a-dia dessa convivência, principalmente se levarmos em consideração que os idosos não apresentam grau de dependência significativo. No entanto concordamos com CANTOR (1991), quando diz que o papel da família é muito importante e que não deve ser esquecido pelas pessoas que pesquisam ou atuam nessa área.

De todo o modo, a experiência relatada e os procedimentos de pesquisa adotados fornecem pistas para a realização de programas semelhantes, por exemplo, envolvendo idosos não dependentes e familiares; só idosos; focalizando não só questões de conhecimento como também o treino de habilidades sociais para ambas as partes; contemplando o envolvimento precoce de crianças e jovens em programas educativos sobre a velhice, intermediados ou não por contatos com idosos. Seria importante que procedimentos educacionais fossem acompanhados de procedimentos de avaliação e de pesquisa, referentes a seu impacto sobre os segmentos atingidos.

CONCLUSÃO

No levantamento relatado no Estudo I, verificou-se que 11,5% dos adultos pesquisados viviam com idosos que eram seus progenitores ou progenitoras do cônjuge. Sete por cento dos respondentes viviam com o cônjuge idoso.

O questionário 2 foi respondido principalmente por mulheres que, seguindo tendências culturais, poderão se tornar efetivamente os "cuidadores" quando e se isso se tornar necessário.

Os dados relativos à baixa escolaridade dos idosos sugerem a possibilidade de ocorrência de problemas de relacionamento em função da distância educacional, que segundo RAMOS (1987) parece ser mais preditiva de problemas intergeracionais do que, talvez, a própria diferença etária.

A maioria dos idosos são mulheres coincidindo com as tendências internacionais e nacionais em relação à maior esperança de vida para mulheres como afirma LEHR (1992) e KALACHE (1987). Boa parte delas desenvolve papéis instrumentais tanto na sua família como na de seus filhos (afazeres domésticos, cuidar de criança, etc.). Esses dados replicam igualmente tendências nacionais, descritas por RAMOS (1991).

Apesar de os idosos desse estudo praticamente não apresentarem limitações físicas ou psicológicas que os impeçam de manter a autonomia em atividades na vida diária, é grande a proporção dos que não desenvolvem atividades fora de casa. Vivem com pequenos proventos oriundos de aposentadorias ou pensões o que pode ocasionar dependência econômica e provavelmente conflitos explícitos ou latentes.

O aproveitamento do tempo livre pelos idosos pode ser considerado como relativamente pobre. Além de ver televisão, boa parte vai à igreja ou dedica-se a atividades religiosas. A importância da religiosidade é ressaltada por vários estudiosos no manejo do estresse ocasionado por pressões da vida cotidiana e nas questões existenciais típicas da velhice (ALDWIN, 1990). Frequentar a igreja pode servir como fonte de apoio interpessoal, como ressaltam KRAUSE (1990).

A relativa precariedade da ocupação do tempo livre pelos idosos pode refletir a baixa valorização do lazer ou, talvez, a carência de oportunidades educacionais e econômicas para cultivá-lo.

De um modo geral, os sujeitos negaram a existência de problemas de convivência com seus idosos. Entre os que a apontaram, ressaltaram problemas de relacionamento e os ligados a suporte emocional.

Os sujeitos que apresentaram maior resistência em participar de programas de suporte, ou encaminhar o idoso para participar em programas dessa natureza, foram aqueles ligados a idosos com menor grau de autonomia. Aparentemente essa resistência pode estar ligada à falta de tradição desses programas em nosso meio, como também por não acreditarem em sua eficácia, por causa, talvez, da crença na incapacidade biológica e psicológica inerente à velhice. Segundo NERI (1991), essa crença é possivelmente uma das heranças mais fortes da adesão ao modelo médico sobre as causas das deficiências comportamentais do idoso, que marca as relações com os idosos em muitos contextos, inclusive o nacional.

O estudo 2 foi elaborado como uma proposta aos sujeitos do Estudo 1 que demonstraram interesse em participar de programa de orientação psicoeducacional, e que conviviam com idosos sem apresentarem nível de dependência alto. Alguns resultados obtidos neste estudo confirmam alguns aspectos que foram levantados no primeiro estudo, como por exemplo, a predominância de mulheres entre os sujeitos e também entre os familiares idosos.

A análise dos dados foi feita pela média dos itens, pela frequência das pontuações nas escalas e pelos dados individuais, que foram submetidos a diferentes testes estatísticos e apresentaram resultados semelhantes, confirmando o conceito de idoso direcionando-se para uma posição mais positiva. O grau de dificuldade era baixo antes da aplicação do programa e assim permaneceu, o que não chega a surpreender considerando-se que os sujeitos participaram desse estudo por opção, demonstrando que, talvez, já estivessem despertados para os possíveis problemas que podem advir dessa convivência.

O perfil do idoso avaliado antes e após a aplicação do programa, apresentou alterações significativas principalmente em relação à instrumentalidade e autonomia.

Não apareceram alterações na Escala de ônus, que se propôs a avaliar o nível de dificuldade do familiar em lidar com o seu idoso, com exceção para o item relacionado à implicância do idoso.

As respostas ao questionário de avaliação foram muito positivas, uma vez que os poucos itens mencionados de forma negativa

foram referentes a aspectos técnicos, tais como o número de pessoas, a duração do curso, o material didático, entre outros.

Mediante tais fatos podemos pensar que, com o programa, o conceito de idoso melhorou, o grau de dificuldade em lidar com algumas situações do dia-a-dia permaneceu no mesmo nível, porém as atitudes melhoraram. No entanto, não podemos generalizar amplamente estes dados uma vez que a população foi constituída por um número pequeno de sujeitos, diferenciados quanto à escolaridade e ao interesse em participar de programas desse tipo. Isso não impede, porém, que os dados nele contidos possam contribuir para outras pesquisas com enfoques semelhantes que poderão ser mais amplas e mais abrangentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, R. D. La Salud Mental em America Latina, (1970-1985). **Bol. Of. Panamericana**, v.101, n.6, p.567-592, 1986.

ALDWIN, C. M. The elders life stress inventory: egocentric and nonegocentric stress. In: STEPHENS, M.A.P. et al. (eds.) **Stress and coping in later-life families**. Washington: Hemisphere, 1990.

ALLEN, K. R. Promoting family awareness and intergenerational exchange: an Informal Life-History Program. **Educational Gerontology**, n.13, p.43-52, 1987

BURNSIDE, I. M. **Enfermagem e os idosos**. São Paulo: Andrei , 1979.

CANÇADO, F. A. Transformações nos padrões de mortalidade por idade e causas. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR DE ESPECIALISTA BRASILEIROS EM 3ª. IDADE, 1. **Anais**. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, p.85-126, 1992.

CANTOR, M. H. Family and community. Changing roles in aging society. **The Gerontologist**, v.31, n.3, p.337-346, 1991.

COSTA, M. A. Terceira idade no Brasil: perfil sócio-demográfico. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS EM 3ª. IDADE, 1. **Anais**. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, p.63-18, 1992.

DEBERT, G. G. Família, classe social e etnicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento. **BIB**, Rio de Janeiro, n.35, p.33-49, jan./jun, 1992.

DONOW, H. S. Two approaches to the care of elder parent: a study of Robert Anderson's I never sang for my father and sawaco. Ariyoshi's Kobotsu no hito (The Twilight Years). **The Gerontologist**, v.30, n.4, 1990.

FINLEY, M.; ROBERTS, D.; BANAHAN, B. F. Motivators and inhibitors of attitudes of filial obligation toward aging parents. **The Gerontologist**, v.28, n.1, p.73-78, 1988.

- GATZ, M.; BENGTSON, V. L. e BLUM, M. J. Caregiving Families. In: BUNEN, J. E; SCHAI K.W. (eds.) , **The psychology of aging** , 3ª ed., San Diego: Academic Press. p. 404 - 426, 1990.
- GOMES, D. L. S. et al. Os idosos e a realidade da velhice. **Rev. Bras. Enf.**, v. 36: p.129-151, 1983.
- GREENBERG, J. S.; BECKER, M. Aging Parents as Family Resources. **The Gerontologist**, v.28, n.6, p.786-791, 1988.
- HÔTE, J. M. A política social em favor das pessoas idosas. In:_____. **Brasil uma política para a velhice já**. Rio de Janeiro, p.197-264, 1988.
- KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, 1987.
- KATZ, R. Personality trait correlates of attitudes toward older people. **Int. L. J. Aging and human development**, v.31, n.2, p.147 -159, 1990.
- KIMMEL, D. C. **Adulthood and aging**. Canadá: J. Wiley e Sons. 1980.
- KINNEY, M. J.; STEPHENS, M. A. P. Caregiving hassles scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. **The Gerontologist**, v.29, n.6, p.328-332, 1989.
- KNIGHT, B. G.; LUTZKY, S. M.; MACOFSKY-URBAN, F. A. Meta-analytic review of interventions for future research. **The Gerontologist**, v.33, n.2, p.240-248, 1993.
- KRAUSE, N. Stress, support and well-being in later-life: focusing on salient social roles. In STEPHENS, M. A. P. et al. (eds.). **Stress and coping in later-life families**. Washington : Hesmiphere, 1990.
- KYES, J.; HOFLING, G.K. Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. 4ª ed. Interamericana, 1985, p 110 -126.

- LEHR, U. La Política para la Tercera Idad és también una política para la mujer. **Report** - Fundation Sandoz para Investigaciones Gerontologicas, n.2, p. 6-7., 1992.
- LOUZÃ, J. R. et. al. Os avós maltratados. **Rev. Paulista de Medicina**, v.105, n.2, p.108-11, mar.-abr., 1987.
- LUCENA, J. Aspectos socioculturais da saúde mental na terceira idade. **Rev. Neurobiol.**, v.51, n.1, p.3-30, Recife, jan.-mar., 1988.
- MERCIER, J. M.; PAULSON, L.; MORRIS, E. W. Proximity as a mediating influence on the perceived aging parent - adult child relationship. **The Gerontologist**, v.29, n.6, p.785-791, 1989.
- MORGAN, A. J. ; MORENO, J. W. **La Practica de Enfermeria de Salud Mental**. Of. San. Panamericana, 1967.
- NERI, A.L. **Sobre o significado do rótulo social "4ª. idade" e as implicações de seu uso para o Estudo da Velhice no Brasil.** in: JORNADA PARANAENSE DE GERONTOLOGIA, 1. Mesa redonda "Repercussões sócio-culturais da 4ª. idade", março, 1990.
- _____. **Envelhecer num País de Jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas, Editora da UNICAMP, 1991.
- _____. A maturidade saúda e pede passagem. **Jornal Correio Popular**, Campinas, 714, 1991.
- _____. **Fatores objetivos e subjetivos na determinação de stress de cuidadores.** in: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA DE ALZHEIMER 1; ENCONTRO NACIONAL DE CUIDADORES, 1, São Paulo, nov. 1992.
- NERI, A. L. **Falando do adulto e temporalidade.** In M.C. Manzolli, **Viver Adulto e Enfermagem.** Brasília, Ed. Rumos, 1993.
- NEUGARTEN, B. L. Age norms, age constraints and adult socialization. **American Journal of Sociology**. v. 70:710-717, 1965.

- NEUGARTEN, B. L. Time, age and the life cycle. **The American Journal of Psychiatry**, v. 176, 120 - 136, 1979.
- NICOLA, P. **Geriatrics**. Tradução Alda Ribeiro. Porto Alegre, Luzzatto. 1986.
- PRATT, C.C.et al. Autonomy and decison making between single older women and their caregivig daughters. **The Gerontologist**, v.29, n.6, p.792-797, 1989.
- QUEIROZ, J. R. Direito de uma política trabalhista e previdenciária justa e democrática. **A Terceira Idade**, n.1, v.1, p.9-13, setembro, 1988.
- RAPP, S. R. Stress and the family Caregiver. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERONTOLOGIA E GERIATRIA, 9. São Paulo, novembro , 1991.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p.211-24, 1987.
- RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Rev. Gerontologia**, v.1, n.1, p.3-8, 1993.
- RAMOS, L. R. et al. Perfil dos idosos residentes na comunidade no município de São Paulo, segundo o tipo de domicílio: o papel dos domicílios multigeracionais. **Informes demográficos**, n.24, 1991.
- REMNET, V. L. How adult children respond to role transitions in the lives of their aging parents. **Education Gerontology**, v. 13, p.341-355, 1987.
- SAAD, P. M. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: **Informe Demográfico**. A População Idosa e o Apoio Familiar, n.24, p.4-10, 1991.
- SELYE, H. **The stress of life** . Nova Iorque: McGraw Hill, 1956.

- STHEPHENS, M. A. P. Social relationship as coping resources in later - life families in: **Stress and coping in later - life families**. Washington: Hemisfere, 1990, p. 1 -20.
- SILVA, E. B. N. **Atuação do enfermeiro junto ao idoso**. in: SIMPÓSIO NACIONAL "O RESGATE DO SENTIDO DA VELHICE", São Paulo, 1988.
- SILVA, E. B. N.; PAVARINI, S. I. O Idoso no contexto familiar. **A Terceira Idade**, v.4 n.5. p.35-42, junho, 1992.
- UHLBERG, P.; COONEY, T. M. Family size and mother-child relations in later life. **The Gerontologist**, v.30, n.3, p.618-625, 1990.
- WHITLATCH.C.J; ZARIT S.H. EYE A . Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. **The Gerontologist**, v. 31 n.1 p. 9 - 13, 1991.
- YAZAKI, L. M.; MELO, A. V.; RAMOS, L. R. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. in: **Informe Demográfico**. A população idosa e o apoio familiar, n.24, p.11-96, 1991.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil. Transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.225-33, 1987.

ANEXOS

ANEXO I**QUESTIONÁRIO 1**

Nome: _____

Função: _____

Departamento ou Setor: _____

Em sua residência mora alguém que já tenha ultrapassado os 60 anos?

() Sim

() Não

Em caso afirmativo, quantas pessoas são?:

() 01

() 02

() 03

() mais de três

ANEXO II

QUESTIONÁRIO 2

1. Nome do servidor:
2. Local e setor de trabalho:
3. Função:

Dados sobre o idoso:

4. Nome:
5. Data de nascimento:
6. Estado civil:
7. Grau de parentesco:
8. Grau de escolaridade:
 - 8.1. analfabeto ()
 - 8.2. alfabetizado ()
 - 8.3. 1º. grau incompleto ()
 - 8.4. 1º. grau completo ()
 - 8.5. 2º. grau incompleto ()
 - 8.6. 2º. grau completo ()
 - 8.7. superior ()
9. Profissão:
10. O idoso tem algum problema relacionado à saúde?
Sim ()
Não ()
11. Em caso afirmativo, qual(is)?

12. O idoso com quem você convive:

		SIM	NÃO
12.1	anda sem ajuda	()	()
12.2	troca de roupa sem ajuda	()	()
12.3	toma banho sem ajuda	()	()
12.4	alimenta-se sem ajuda	()	()

13. O idoso aparenta problema relacionado a:

		leve	mode- rado	grave	não apresenta
13.1	audição (ouvir)	()	()	()	()
13.2	visão (vista)	()	()	()	()
13.3	alcoolismo (bebida)	()	()	()	()
13.4	tabagismo (fumo)	()	()	()	()

14. Existe algum problema relacionado ao idoso que você gostaria de citar?

Sim ()

Não ()

15. Em caso afirmativo, qual(is)?

16. Assinale o tipo de renda que o idoso tem

- 16.1 pensão ()
- 16.2 aposentadora ()
- 16.3 salário ()
- 16.4 outros ()
- 16.5 não tem nenhuma renda ()

17. Assinale o tipo de assistência à saúde a que o idoso tem direito

17.1 INAMPS ()

17.2 Convênio ()

17.3 Outros ()

17.4 Não tem ()

18. De que forma participa das despesas de casa

18.1 responsável por algumas despesas ()

18.2 quando necessário ()

18.3 quando quer ()

18.4 não participa ()

18.5 outra(s) (especificar) ()

19. O idoso desenvolve algum tipo de atividade fora de casa?

Sim ()

Não ()

20. Em caso afirmativo, qual(is)?

21. O idoso desenvolve atividades em casa?

Sim ()

Não ()

22. Em caso afirmativo, qual(is)?

23. O idoso gosta de:

		SIM	NÃO
23.1	televisão	()	()
23.2	cinema	()	()
23.3	leitura	()	()
23.4	jogos	()	()
23.5	viagens	()	()
23.6	visita a amigos	()	()
23.7	igreja	()	()
23.8	trabalhos manuais	()	()
23.9	jardinagem	()	()
23.10	outros (especificar)	()	()

24. Assinale a frequência com que o idoso desenvolve as atividades abaixo:

ATIVIDADES	diaria- mente	semanal -mente	mensal -mente	anual- mente	rara- mente	nunca
24.1 televisão						
24.2 cinema						
24.3 leitura						
24.4 jogos						
24.5 viagens						
24.6 visitas						
24.7 igreja						
24.8. outros (especificar)						

25. Por que o idoso mora em sua companhia?

26. O idoso tem um quarto só para si?

Sim ()

Não ()

27. Em caso negativo, por quê?

28. Com quem o idoso compartilha o quarto?

29. Qual a idade da pessoa com quem compartilha o quarto?

30. Que vantagens traz para você o fato de o idoso morar em sua companhia?

31. Que vantagens tem o idoso em morar em sua companhia?

32. Que desvantagens traz para você o fato de o idoso morar em sua companhia?

33. Que desvantagens tem o idoso em morar em sua companhia?

34. Existem dificuldades no relacionamento com idosos?

Sim ()

Não ()

35. Em caso afirmativo, especifique:

36. Você gostaria de receber orientações sobre como lidar com idosos?

Sim ()

Não ()

37. Em caso afirmativo, sobre que assunto?

38. Você gostaria que o idoso com quem você convive recebesse alguma orientação?

Sim ()

Não ()

39. Em caso afirmativo, sobre que assunto?

ANEXO III

ESCALA NERI PARA AVALIAÇÃO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE

Nome: _____

INSTRUÇÕES PARA RESPONDER À ESCALA

1. Você encontrará a seguir 25 pares de adjetivos.
2. Leia primeiro, pense bem e conclua qual deles se aplica mais a **pessoas idosas**. A sua avaliação deverá ser assinalada na escala de 7 pontos que fica entre os adjetivos. Quanto mais perto da palavra, mais ela serve para qualificar pessoas idosas, velhos, velhas, ou simplesmente "O Velho". Assim, por exemplo, no primeiro item, o quadradinho 1 expressa que "o velho é" **totalmente desinteressado pelas pessoas** e o quadradinho 7 expressa que ele é totalmente interessado pelas pessoas. Os quadradinhos 2, 3, 4 e 5 servem para você expressar uma opinião intermediária. O 2 e o 3 estão mais perto de "desinteressado", o 4 significa "tanto desinteressado como interessado"; os pontos 5 e 6 já estão mais perto de "interessado pelas pessoas". Depois que você escolheu o ponto que corresponde à sua opinião, preencha o quadradinho abaixo do número. (Não preencha mais de um em nenhum dos itens). Quando terminar o primeiro, passe para o segundo par, e assim por diante, até terminar, sem pular nenhum. Obrigada.

ANEXO IV

ESCALA DE ÔNUS ADAPTADA PARA AVALIAÇÃO DE DIFICULDADES EM LIDAR COM IDOSOS.

Nome _____

Você encontrará a seguir 26 situações que podem estar presentes no convívio com pessoas idosas.

De acordo com a dificuldade que você tem em lidar com estas situações, marque no quadro a seguir, na seguinte ordem: 1- pouquíssima dificuldade; 2- um pouco de dificuldade; 3- uma dificuldade média; 4- muita dificuldade e 5- muitíssima dificuldade.

Não marque mais de um ponto em cada item. Faça um a um, com atenção e sem pular nenhum.

SITUAÇÕES	1	2	3	4	5
As queixas do idoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A dificuldade que o idoso tem para andar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
As despesas causadas pelo idoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
As perdas de objetos pelo idoso (óculos, chaves, chinelos, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Precisar levar o idoso ao médico ou outros profissionais	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
As discussões entre o idoso e a família	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O desinteresse do idoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O fato de o idoso falar palavrões ou ser verbalmente inadequado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ter que lavar as roupas do idoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O fato de o idoso ser confuso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O mau humor do idoso	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso viver no passado	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
A necessidade de ajudar o idoso a alimentar-se	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso não respeitar os sentimentos alheios	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
A presença do idoso o(a) irrita	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Ter que cuidar da medicação do idoso	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Não ter apoio dos outros membros da família	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso repetir sempre as mesmas coisas	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Ter que cozinhar para o idoso	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
A agitação do idoso	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Ter que deixar o idoso em casa sozinho	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso esconder objetos	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso ser implicante	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso ser briguento	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso não ser cooperativo	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
O fato de o idoso falar coisas irreais	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

ANEXO V

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a sua participação nas reuniões que abordaram temas a respeito de **idosos**.

Com o objetivo de fazer uma avaliação dessas reuniões, conto com a sua colaboração que consistirá em responder o seguinte:

1. Cite três pontos positivos relacionados às reuniões:
2. Cite três pontos negativos relacionados às reuniões:
3. Cite alguma experiência sua junto ao idoso , que a seu ver, foi influenciada pelas reuniões.
4. Faça sugestões para melhorar os próximos programas a serem oferecidos.

A sua contribuição será muito valiosa, pois a partir de sua experiência, outras pessoas poderão ser beneficiadas.

Muito obrigada.

Profa. Edinete B. N. e Silva

ANEXO VI

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PRÉ-TESTE

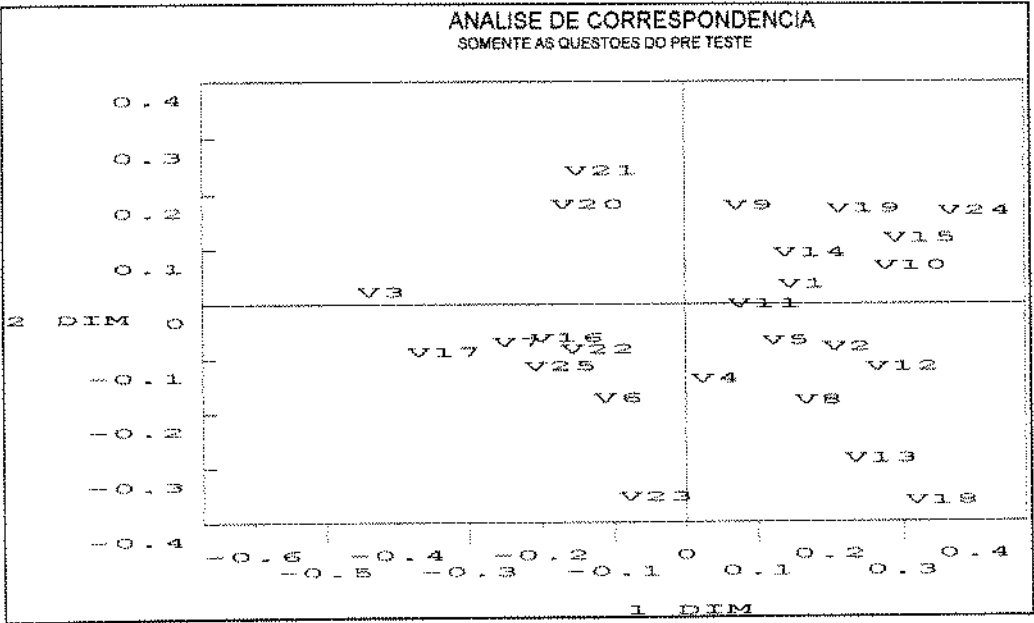


Gráfico 1 - Análise de Correspondência. Escala Neri — Pré-teste

ANEXO VII

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PÓS-TESTE

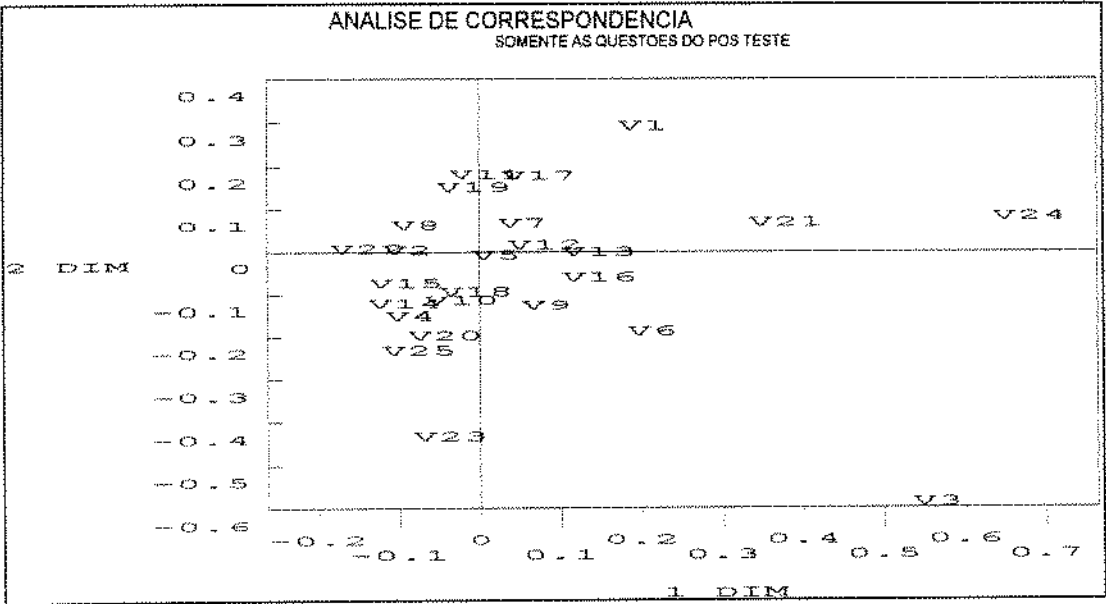


Gráfico 2 - Análise de Correspondência, Escala Neri — Pós-teste

ANEXO VIII

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA NO PROGRAMA

- ALBERT, S.M. et alii. Carengiving Daughters' Perceptions of their Own and their Mothers' Personalities. **The Gerontologist**, 1991, 31 (4): 476-482.
- BURNSIDE, I.M. **Enfermagem e os idosos**. Tradução Lauro S. Blandy e J.C.A. Moura. Andrei Ed. Ltda, São Paulo, 1979.
- CAVALCANTI, P.C., AMÂNCIO, A. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.
- D'ANDREA, F. **Desenvolvimento da Personalidade**. Ed. Difel, 3ª ed., 1982.
- KINNEY, M.J., STEPHENS, M.A.P. Caregiving hassles scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member With Dementia. **The Gerontologist**, v.29, n.6, p.328-332, 1989.
- NERI, A.L. **Envelhecer num País de Jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.
- SKINNER, B.F., VAUGHAN, M.E. **Viva bem a Velhice**. Tradução de Anita L. Neri, Ed. Summus Ed. Ltda., São Paulo, 1985.
- MASON, M.A. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Trad. Nelson Gomes de Oliveira. Interamericano, 1976.
- SILVA, V.T. **Geriatria - subsídios para o trabalho de saúde com a 3ª idade**, 1988.
- NICOLA, P. de. **Geriatria**. Tradução Drª Alda Ribeiro, D.C. Luzzatto Editores, Porto Alegre, 1986.

MORGAN, A.J., MORENO, J.W. **La Practica de Enfermeria de Salud Mental.** Of. Sanit. Panamericana, Colombia, 1979.

CARROL, M., BRUE, L.J. **Enfermagem para Idosos.** Trad. La S. Blandy, Amtei Editora Ltda., 1991.

GOICOCHEA, A.R., COELHO, E.C.M. Perfis de condições habitacionais e situações de bem-estar de alguns residentes em Viçosa-MG. **A Terceira Idade**, v.3, n.3, p.23-32, dez. 1990.