

## Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália

Annie Mehes Maldonado Brito<sup>1,\*</sup>, Eleonora Belloni<sup>2</sup>, Amanda Castro<sup>3</sup>,  
Brigido Vizeu Camargo<sup>3</sup>, & Andréia Isabel Giacomozzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Universidade Federal do Pampa, Dom Pedrito, RS, Brasil*

<sup>2</sup>*Università degli Studi di Padova, Pádua, Itália*

<sup>3</sup>*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**RESUMO** – Este estudo objetivou comparar as representações sociais de brasileiros e italianos acerca do cuidado ao idoso e velhice. Foram entrevistadas 40 pessoas acima de 65 anos, 20 brasileiros e 20 italianos. Os resultados mostraram que as representações sociais da velhice e do cuidar da pessoa idosa, enfatizam a relevância da autonomia e manutenção da atividade, trazendo o contexto de doenças e dependência como algo indesejável. A vivência da velhice e o cuidar da pessoa idosa parecem mais difíceis em situação de doença, quando os agravos impõem a necessidade de um “cuidador”, o que abala a independência da pessoa idosa. Torna-se necessário a implementação de políticas de educação para a saúde, que levem em consideração as necessidades dos idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** representações sociais, envelhecimento, cuidado.

## Social representations of care and aging in Brazil and Italy

**ABSTRACT** – This study aimed to compare the social representations of Brazilian and Italian participants about old age and care of elderly people. It were interviewed 40 people over 65 years old, 20 Brazilian and 20 Italian. The results showed that social representations of old age and care of elderly emphasize the importance keeping one’s autonomy and keeping active, bringing the context of disease and dependence as something unwanted. The experience of old age and the care of the elderly seem more difficult in disease situations in which the grievances imposes the need for a “caregiver”, which undermines the independence of the elderly. It is necessary to implement education policies for health and aging, which take into account the needs of the elderly.

**KEYWORDS:** social representations, aging, care.

Existem projeções de que a população idosa irá abranger 2,4 bilhões de pessoas no mundo todo até o ano de 2050, num total de 9,3 bilhões da população em geral (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2011). O envelhecimento é um processo que envolve não somente aspectos físicos, mas psicológicos e sociais, sendo importante campo de pesquisa para a psicologia social, ao lado da psicologia da personalidade e do desenvolvimento (Neri, 2002).

A Itália é um dos países do mundo onde mais se envelhece, sendo o segundo maior país em relação à população de idosos no mundo, com cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e forte efeito de gênero, uma vez que a expectativa de vida dos homens é de 77,8 anos e das mulheres de 83,7 anos (Contarello, Marini, Nencini, & Ricci, 2011). Dados

divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) indicam a tendência de aumento da proporção de idosos na população, como consequência do processo de transição demográfica. No Brasil, em 2030, esta proporção seria de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá ao menos 60 anos de idade (IBGE, 2015). A média de vida dos homens brasileiros é de 71,5 anos e das mulheres de 78,5 anos (IBGE, 2015).

Vários são os fatores que interferem em uma boa qualidade do envelhecer, e uma delas é o cuidado recebido pelo idoso. O cuidado pode ser entendido como o ato de prestar assistência, seja a um cliente, amigo ou familiar, portador de uma doença crônica, para auxiliar este indivíduo alcançar um nível de independência (Whitlatch & Noelker, 2007), podendo

\* E-mail: [mehesm@yahoo.com.br](mailto:mehesm@yahoo.com.br)

ocorrer com configurações variadas, em hospitais, domicílios, instituições, escolas, comunidades (Del Duca, Thumé, & Hallal, 2011; Diogo & Duarte, 2002).

Estudos de representação social do cuidado a idosos apontam aspectos positivos e negativos. Os positivos são a importância da manutenção da vida do idoso com comportamentos que expressem amor, carinho e dedicação, ou práticas diárias, como alimentação, banho e medicação (Hedler, Faleiros, Santos, & Almeida, 2016), estímulo e aceitação (Souza & Menezes, 2009). Os negativos apontam para insegurança no cuidar, a imposição do papel de cuidador devido a necessidade, o desgaste e a sobrecarga (Aguar, Gomes, Fernandes, & Silva, 2011).

Da mesma forma, pesquisas sobre representações sociais (RS) da velhice referem aspectos positivos e negativos. Nos positivos, estão os elementos como sabedoria e experiência, enquanto, como aspectos negativos, tem-se solidão, dificuldade física e ou limitação, incapacidades e ou perdas físicas e morte (Magnabosco-Martins, Camargo, & Biasus, 2009; Veloz, Nascimento-Schulze, & Camargo, 1999; Wachelke, Camargo, Hazan, Soares, & Oliveira, 2008).

As concepções que as pessoas têm acerca do envelhecimento e do cuidado ao idoso são importantes para contribuir com o enfrentamento das perdas e busca por um envelhecimento bem-sucedido, bem como a qualificação das práticas de cuidado (Araujo et al., 2013). Nesse sentido, a teoria das RS torna-se um importante instrumento de compreensão desse processo. Essa teoria tem sido utilizada em diversos estudos acerca da presente temática (Almeida & Cunha, 2003; Nagel, Contarello, & Wachelke, 2011; Veloz et al., 1999) e permite a compreensão de uma forma específica de conhecimento do mundo, na qual os grupos constroem e compartilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado tema, durante as conversações interpessoais que estabelecem no cotidiano (Jodelet, 2001; Moscovici, 1976, 1981).

As RS são, de acordo com Jodelet (1989) “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada” (p. 39). Sua principal função, segundo Moscovici (1981) é tornar o

não-familiar em algo familiar. Ao representar o indivíduo se reporta a um objeto que pode ser tanto real quanto imaginário, pois não há representação sem objeto (Moscovici, 1976; Jodelet, 2001). De acordo com Abric (1998), as têm papel fundamental na dinâmica das relações, nas práticas sociais e apresentam quatro funções. A primeira é a função de saber, pois permitem que os indivíduos compreendam e expliquem a realidade, facilitando a comunicação social. A segunda é a função identitária, tendo em vista que por meio das RS os grupos elaboram suas identidades sociais e mantêm suas especificidades. A terceira função é a de orientação, pois de acordo com Abric, “o sistema de pré-decodificação da realidade, composto pela representação constitui um guia para a ação” (p. 29). Por fim, a última seria a função justificadora, pois, se as representações orientam os comportamentos, elas permitem também realizar a justificativa deles a posteriori.

Conforme Camargo, Contarello, Wachelke, Morais e Picollo (2014), os fatores culturais podem ser relevantes para o estudo das RS do processo do envelhecimento, tendo em vista que as RS estão sujeitas às mudanças sociais e à influência do contexto. Assim, as representações sobre o mesmo objeto podem ser diferentes de acordo com a cultura e estudá-las pode viabilizar a reflexão sobre práticas sociais que favoreçam o envelhecimento bem sucedido em cada um dos contextos (Camargo et al., 2014).

Camargo et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de comparar as representações do envelhecimento no Brasil e na Itália. Os autores destacam que, entre brasileiros e italianos, surge uma distinção entre o coletivismo e o individualismo composta por perspectivas idealizadas (positivas) e realistas (negativas). Para os brasileiros a família apareceu como um importante elemento; para os italianos, o envelhecimento foi associado principalmente com doença e com a necessidade de recursos para lidar com a mesma.

O presente estudo objetivou comparar as RS acerca do cuidado ao idoso e da velhice para brasileiros e italianos acima de 65 anos de idade para melhor compreender as idiosincrasias de cada grupo a respeito da temática.

## MÉTODO

Participaram deste estudo 40 pessoas acima de 65 anos de idade. Destas, 20 eram homens (10 brasileiros e 10 italianos) e 20 eram mulheres (10 brasileiras e 10 italianas). A média de idade dos italianos foi de 71 anos e 11 meses (DP= 7,29 anos), com idade mínima de 65 anos, e máxima de 90 anos. Para os brasileiros, a média foi de 72 anos (DP=6,34), com idade mínima 65 anos e máxima 83 anos. Quanto ao estado civil, constatou-se que, em ambos os países, a maioria dos participantes são casados ou viúvos, com escolarização, no Brasil, entre um a oito anos; e, na Itália, entre dois a treze anos.

A coleta de dados foi realizada em Florianópolis/SC – Brasil, bem como em Padova/PD e Varese/VA, ambas

no norte da Itália. O critério de inserção na amostra foi de acessibilidade. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade, compostas por questões amplas – referente ao cuidado do idoso e à velhice: a) Para o (a) senhor (a)/você o que é velhice; b) Em sua opinião, o que faz uma pessoa se sentir velha?; c) O que é cuidar da pessoa idosa para o (a) senhor (a)/você?; d) O que as pessoas da idade do senhor (a) pensam sobre cuidar da pessoa idosa?

A pesquisa brasileira foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o parecer consubstanciado n. 2151/13, considerando que sua coleta estava inserida no contexto de coleta de dados da tese

*O Cuidado do Idoso: Representações e Práticas Sociais.* A coleta italiana foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Università di Padova, sob o parecer n. 1271/13.

As entrevistas foram agrupadas e divididas de acordo com o país de origem do idoso (Brasil e Itália), sendo analisadas por seus respectivos temas: 1) velhice; 2) cuidar da pessoa idosa. Cada tema foi organizado em um *corpus*, gerando para o Brasil o *corpus* Velhice e o *corpus* Cuidar da pessoa idosa; e, para a Itália, outros dois *corpus*: o *corpus* Velhice e o *corpus* Cuidar da pessoa idosa. Os quatro *corpus* foram submetidos individualmente a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) simples, com o auxílio do

programa informático IRaMuTeQ versão 0.6 (Camargo & Justo, 2013). Esse software realiza, além de várias outras análises, uma CHD, conforme descrita por Reinert (1998) e Camargo (2005). A CHD fornece os contextos textuais que se caracterizam pelo seu vocabulário e também segmentos de texto que compartilham esse vocabulário. O *corpus* de análise foi formado por Texto – que corresponderam às respostas dos participantes. Inicialmente o *software* reconhece os textos, e, na análise *standart*, o programa os secciona em Segmento de Texto (ST), que constituem o ambiente de enunciação da palavra, dando origem à unidade sobre a qual são feitos os cálculos estatísticos.

## RESULTADOS

### Análises das Entrevistas no Brasil sobre Cuidar da Pessoa Idosa

O *corpus* Cuidar da pessoa idosa corresponde à parte da pesquisa que buscou investigar o que os idosos pensavam sobre o cuidar da pessoa idosa e o que imaginavam que os outros idosos pensam sobre a mesma temática. A CHD do *corpus* Cuidar da Pessoa Idosa compôs 20 textos. O *corpus* foi dividido em 668 STs, e 80,09% destes foram considerados na CHD. Foram analisadas 23.400 ocorrências, de 2.949 palavras diferentes (média 7,93 ocorrências por palavra). As palavras consideradas na análise apresentaram frequência superior a 7,93, cujos valores do qui-quadrado em relação às classes

eram iguais ou superiores a 3,84 ( $p \leq 0,05$  para  $gl = 1$ ). O *corpus* se dividiu em cinco classes de segmentos de texto.

Em uma primeira partição, o *corpus* Cuidar da pessoa idosa foi dividido em dois subcorpus: de um lado, as classes 1 e 2; e, do outro, as classes 5, 3 e 4. Em um segundo momento, o primeiro subcorpus foi partido em dois: originando, de um lado, a classe 2; e, de outro, a classe 1. Em uma terceira partição, o segundo subcorpus foi dividido em dois: de um lado, a classe 5; e, de outro, as classes 3 e 4. Em uma quarta partição, o segundo subcorpus originou a classe 3 em oposição à classe 4. Na análise do dendograma, foram citados a frequência e o valor do qui-quadrado ( $\chi^2 \geq 3,84$ ), conforme se observa na figura 1.

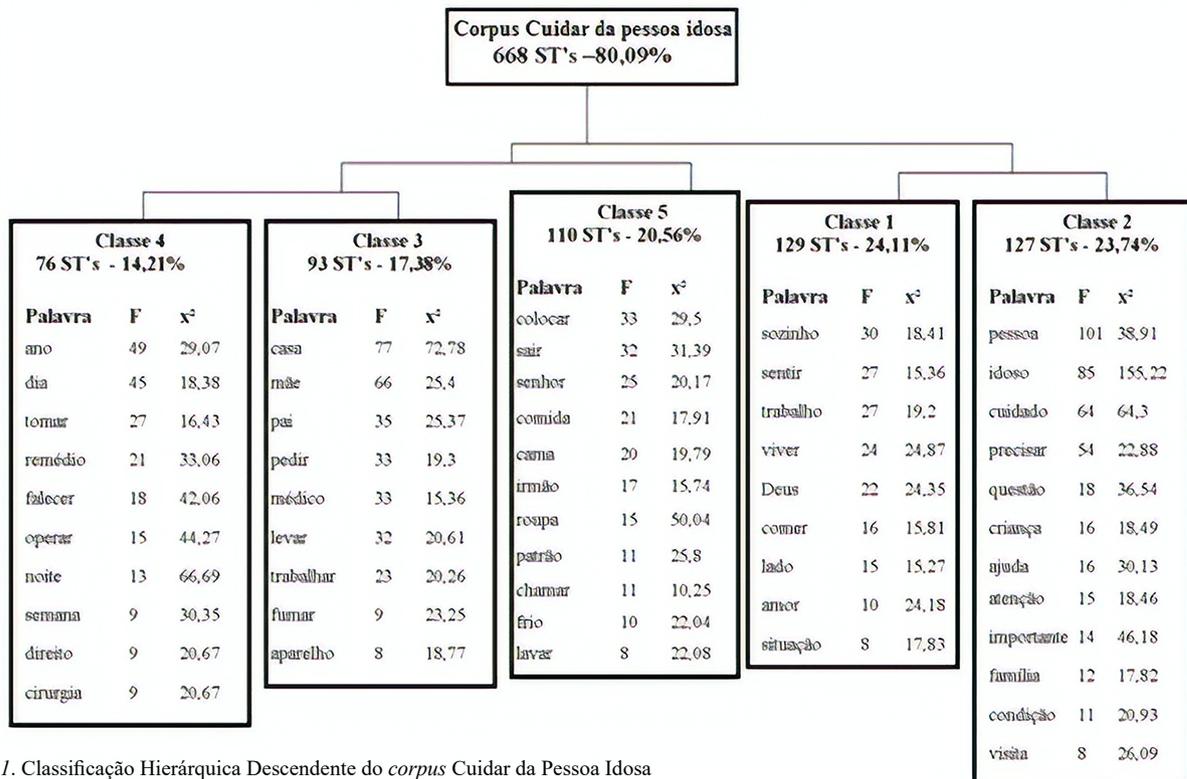


Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* Cuidar da Pessoa Idosa

A classe 2, a primeira a se diferenciar do restante do corpus, traz o termo *peessoas idosas*, destacando o *cuidado* com o *idoso* como responsabilidade da família. Nessa classe, a *atenção* recebida pelos idosos a partir das *visitas* dos familiares é considerada relevante para evitar o sentimento de solidão. Os participantes associam o idoso à *criança*, comparando os cuidados dispensados à pessoa idosa semelhante à criança. Nesse contexto, o cuidado é compreendido como uma *ajuda* que pode se tornar maior ou menor em decorrência das condições de saúde do idoso. O trecho que segue demonstra o exposto: “Fica como uma criança pequena, é a mesma coisa com a pessoa idosa, tem que cuidar da pessoa, ela vira criança de novo, a família tem que cuidar.” (Participante 19, sexo masculino, casado, com idade entre 75 e 84 anos).

Na classe 1, a maior do corpus, que está associada ao sexo masculino e a pessoas divorciadas, é enfatizado o anseio do idoso em realizar o autocuidado, com independência e autonomia. Os cuidados com a alimentação e a dificuldade de comer sozinho surgem como receios diante do enfrentamento das adversidades na velhice. Nesse contexto, ter uma pessoa ao *lado* que cuide com *amor* surge como condição desejada. Os trechos que compõem essa classe apontam que o idoso pode *sentir* que o cuidador está sobrecarregado de *trabalho* e, assim, o cuidado assume o sentido de sacrifício. Diante do adoecimento e limitações físicas na velhice *Deus* surge como estratégia de enfrentamento ante dificuldades, sendo a Ele atribuída a responsabilidade sobre o curso da vida do idoso. O trecho que segue ilustra essa classe: “Que Deus me ajude que eu não precise ser tratada assim no fim da minha vida porque dá muito trabalho para os outros eu nunca escutei minhas filhas reclamarem de mim enquanto me cuidavam, mas dá muito trabalho.” (Participante 14, sexo feminino, casada, com idade entre 75 e 84 anos).

A classe 5 associou-se ao sexo feminino e a pessoas solteiras e destacou os cuidados com a alimentação, com a troca de fraldas, roupas e meias, principalmente de idosos dependentes acamados. As palavras *senhora* e *patrão* são utilizadas para relatar experiências de cuidado com idosos dependentes. A situação da dependência é também destacada com a ênfase na necessidade de cuidados após o idoso *sair* do hospital, conforme destacado: “Foi utilizar a cumadre eu não queria de jeito nenhum, então tentaram colocar a fralda, mas não teve jeito, então levaram-me no colo até o banheiro e foi feito assim até eu sair do hospital.” (Participante 18, sexo masculino, casado, com idade entre 65 e 74 anos).

A classe 3 volta-se para os cuidados domiciliares. Nela salienta-se o cuidado voltado aos *pais* idosos e é discutida a necessidade dos filhos de receberem a *mãe* idosa em *casa* assegurando-lhe cuidados, principalmente após a viuvez. Ao *pai*, é associada a necessidade de cuidados diante dos agravos de saúde decorrentes de vícios, como *fumar*. Nesse sentido, *aparelhos*, como tubos de oxigênio, são relevantes para o estabelecimento do cuidado. O segmento de texto a seguir representa tal conteúdo: “Porque ele só tinha cinco anos de contribuição e não pôde se aposentar, normal é uma ajuda

do governo, a gente cuidou do meu pai quando ele já estava todo comprometido devido o que ele fez, bebidas, cigarro.” (Participante 6, sexo masculino, casado, com idade entre 65 e 74 anos).

A classe 4, em contraposição à classe 3, volta-se para os cuidados hospitalares em situações de agravos de saúde. O cuidado integral em situação de dependência é destacado como relevante, desde que em condições de revezamento de turnos: *noite* e *dia*. *Tomar medicamentos* regularmente é discutido enquanto uma necessidade que deve ser reafirmada pelo cuidador e que frequentemente é negligenciada pelo idoso, conforme demonstrado no segmento de texto a seguir: “mas depois que ela morreu nós achamos na gaveta dela os remédios para a pressão. Ela não tomava os remédios, nem os remédios para outras coisas que ela tinha que tomar ela também não tomava.” (Participante 14, sexo feminino, casada, com idade entre 75 e 84 anos).

### Análise das Entrevistas na Itália sobre Cuidar da Pessoa Idosa

O corpus Cuidar da pessoa idosa foi formado por 20 textos transcritos, sendo dividido em 478 ST's, dos quais 85,20% foram considerados na CHD. Foram analisadas 19.377 ocorrências, sendo que 2.912 eram palavras diferentes (6,6 ocorrências por palavra). Todas as palavras com frequência inferior a essa média foram excluídas da análise, sendo consideradas as palavras que apresentaram frequência igual ou superior a 7, cujos valores do qui-quadrado em relação às classes eram iguais ou superiores a 3,84 ( $p \leq 0,05$  para  $gl = 1$ ). O corpus se dividiu em quatro classes de segmentos de texto e, em uma primeira partição, foi dividido em dois subcorpus: de um lado, as classes 2 e 3; e, do outro, as classes 1 e 4. Em uma segunda partição, o segundo subcorpus foi dividido em dois, opondo as classes 2 e 3. Em uma terceira e última partição, as classes 1 e 4 se opuseram entre si. O dendograma da figura 2 ilustra as classes geradas nessa análise.

A classe 2 apresenta aspectos cotidianos do cuidar, que envolvem *tomar remédio*, *comer* a cada refeição, com horários regrados para essas ações, representados por meio da palavra *manhã*. Apresenta-se um segmento de texto representativo dessa classe: “Você tem que comer, você tem que se esforçar, talvez você não goste, então tem que comprar outra coisa, o que quiser, você tem que comer.” (Tradução dos autores - Participante 8, sexo feminino, divorciada, com idade entre 75 e 84 anos).

Na classe 3, os participantes evocam lembranças de quando cuidaram de seus pais. Lembram das idas ao *hospital*, da busca pela cura e da necessidade de convivência na mesma casa, destacada na palavra *habitar*. Diante do desgaste que envolve o cuidado, a necessidade de apoio dos demais familiares no processo é enfatizada a partir da palavra *irmã*. Frente à debilidade orgânica severa, *morrer* é visto como algo bom e até desejado. O trecho a seguir exemplifica o exposto: “Nos últimos anos nós dizíamos que era melhor se morresse,

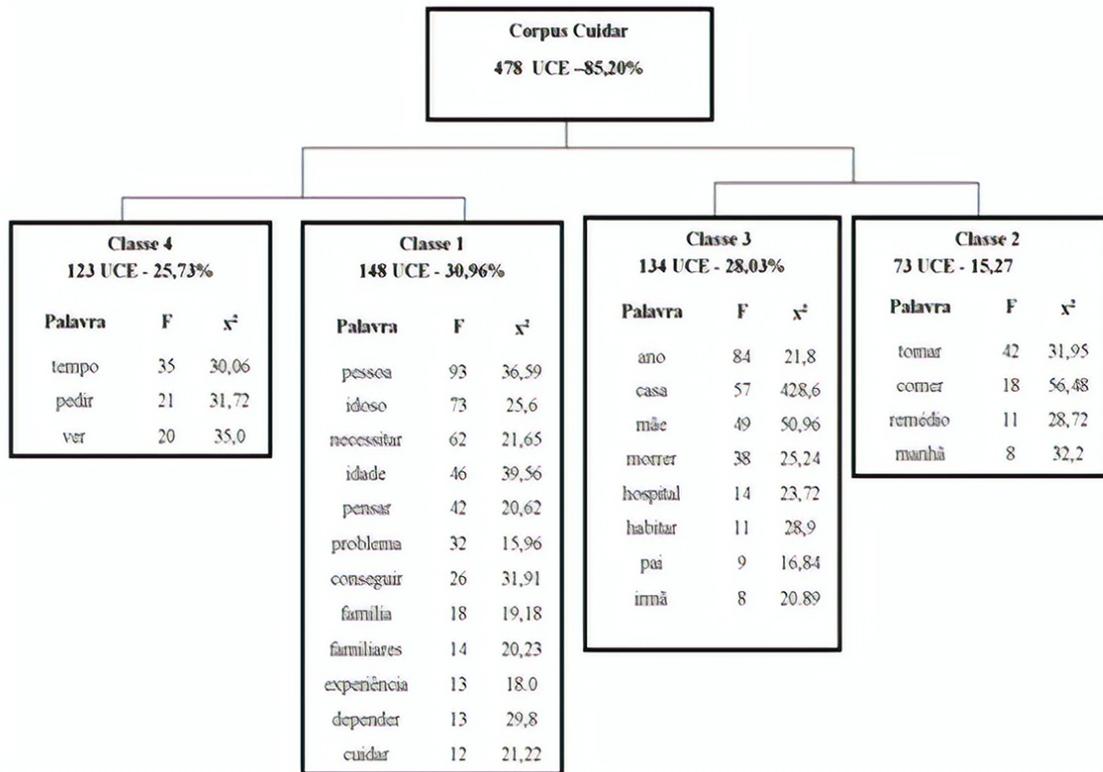


Figura 2. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* Cuidar

não conseguia nem mais falar, dialogar, nitidamente fora do mundo.” (Tradução dos autores - Participante 19, sexo masculino, divorciado, idade entre 75 e 84 anos).

Na classe 1, representada por participantes casados, os familiares são apontados como importantes afetivamente para o idoso. Esses são vistos como responsáveis em relação às práticas de cuidado associadas ao amor e exemplificadas por meio da *experiência* com idosos. É ilustrativo dessa classe o seguinte segmento de texto: “Primeiro eu direi que o cuidar da pessoa idosa, o primeiro cuidado que deveria se fazer para estas pessoas, é o que pode dar uma família que o ama e que o cuida, a família é a coisa mais importante que existe.” (Tradução dos autores - Participante 7, sexo masculino, casado, idade entre 75 e 84 anos).

A classe 4 destaca a passagem do tempo observada durante a velhice, bem como a importância de ter tempo para realizar práticas de cuidado com idoso. O cuidado é descrito como algo que gera trabalho, principalmente para os cuidadores que devem atender aos pedidos do idoso. Por fim, os participantes destacam os vários aspectos que compõem o cuidar e a responsabilidade pelo cuidado, com ênfase para a divisão entre os deveres do Estado e da família. O trecho a seguir exemplifica o exposto. “O cuidar do idoso deve ser visto claramente em dois aspectos, a responsabilidade do Estado e a responsabilidade da família.” (Tradução dos autores - Participante 16, sexo masculino, solteiro, com idade entre 65 e 74 anos).

## Análise das Entrevistas no Brasil sobre Velhice

A CHD do corpus Velhice, obtida a partir da análise das respostas dos participantes, compôs 20 textos. O corpus foi dividido em 542 STs, e 86,35% desses segmentos foram considerados na CHD. Foram analisadas 19.226 ocorrências, de 2.675 palavras diferentes (média 7,18 ocorrências por palavra). As palavras consideradas na análise apresentaram frequência igual ou superior a 7,18, cujos valores do qui-quadrado em relação às classes eram iguais ou superiores a 3,84 ( $p \leq 0,05$  para  $gl = 1$ ). O corpus se dividiu em cinco classes de segmentos de texto. Em uma primeira partição, o corpus foi dividido em dois subcorpus: de um lado, a classe 2; e, do outro, as classes 5, 3, 1 e 4. Em um segundo momento, houve uma segunda partição: originando, de um lado, a classe 5; e, de outro, as classes 3, 1 e 4. Em uma terceira partição, as classes 3 e 1 se diferenciaram da classe 4. E, por último, houve a separação entre as classes 3 e 1. Na análise do dendrograma em questão, foram citados a frequência e o valor do qui-quadrado ( $\chi^2 = 3,84$ ), conforme se observa na figura 3.

A classe 2, a maior do corpus, traz a velhice como um momento em que se sente a saída dos *filhos* de *casa*. Nesse sentido, os participantes demonstram lembrar dos momentos difíceis vividos em *casa* durante a infância dos filhos, ao mesmo tempo em que enfatizam a necessidade de vir para perto dos filhos na velhice. Nessa classe, houve predominância de respostas de participantes viúvos. As falas enfatizam a

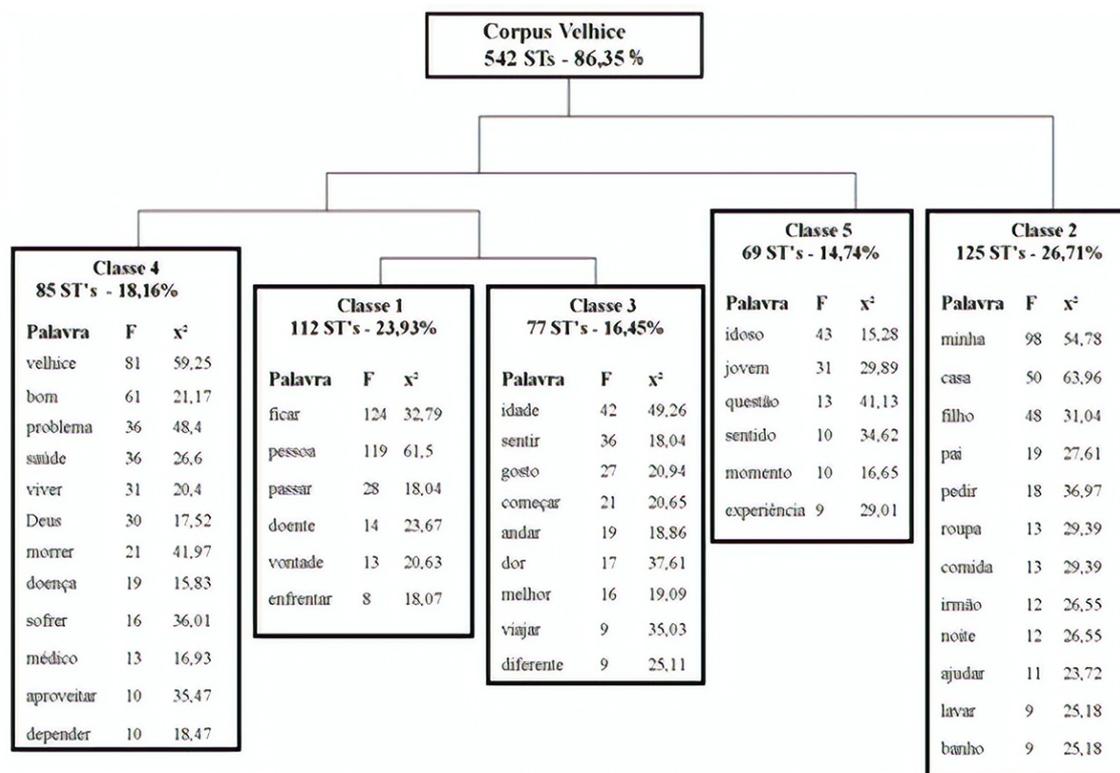


Figura 3. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* Velhice

relevância de se evitar a solidão na velhice, pois, em contextos em que o idoso está *sozinho*, em casa, pode precisar *pedir ajuda* constantemente. O segmento de texto que segue ilustra essa classe: “O que a gente sente da velhice é que a gente tinha no início a casa cheia quando era jovem tinha meus pais, eu e minha irmã, casei vieram os filhos e tinha também meu esposo.” (Participante 16, sexo feminino, viúva, com idade entre 75 e 84 anos).

A classe 5 se associou a pessoas do sexo masculino e divorciadas. Seu conteúdo destaca que o idoso gosta de transmitir suas *experiências* e a *questão* de assumir a idade que possui. A atualidade é descrita como um *momento* em que se busca “copiar o *jovem*” e isso é compreendido como algo equivocado. O segmento de texto a seguir ilustra essa classe: “Eu particularmente não me adapto muito com este momento que estamos vivendo de copiar o jovem, neste sentido eu busco me colocar como artista e velho que sou eu me coloco na minha arte como velho.” (Participante 17, sexo masculino, divorciado, com idade entre 75 e 84 anos).

A classe 3 apresenta relatos de participantes que destacam a necessidade de não parar diante da *dor* na velhice. Conseguir *andar* surge como uma conquista para o bem-estar na velhice. Os participantes salientam que não se deve enfatizar a doença. Nesse contexto, é relevante *viver* em plenitude, *viajar*, para evitar *sentir-se* velho, e deve-se *gostar* da velhice, conforme o trecho: “Uma velhice bem de espírito com carinho com compreensão é maravilhosa, eu não me queixo da minha velhice, gosto da minha velhice, me sinto bem da minha mocidade eu também não queixo eu trabalhei muito muito.”

(Participante 2, sexo feminino, solteira, com idade entre 75 e 84 anos).

A ideia principal que a classe 1 traz é a de que a *pessoa* pode ser velha, mas precisa *enfrentar* a velhice. Nessa classe, *ficar doente* é destacado como algo que não deve ser impeditivo para o idoso realizar suas atividades.. O futuro incerto, caracterizado pela palavra *amanhã*, surge como justificativa para o melhor aproveitamento das experiências no presente. A pessoa que se sente velha é descrita como aquela que não é ativa, que não possui *vontade* de viver. O trecho que segue demonstra esse conteúdo: “Não pode colocar nada na cabeça do contrário ficamos doentes, me refiro a doença, pensar assim, não vou sair porque tenho isso ou tenho aquilo.”(Participante 3, sexo feminino, viúva, com idade entre 75 e 84 anos).

A classe 4, associada a pessoas casadas e à idade entre 65 e 74 anos, apresenta a *velhice* como dependente das situações de saúde, em que é destacado o medo de *sofrer* devido a *doenças*. *Depender* da família nessa fase da vida é tido como algo indesejado, um fardo pesado, sendo por isso enfatizada a necessidade de que a pessoa poupe dinheiro durante a vida, para tratar *problemas de saúde* e aproveitar a *velhice*. Nesse contexto, Deus surge como aquele a quem pertence o destino do idoso, sua condição de saúde e doença, determinando também o momento de morte. O segmento de texto que segue ilustra esta classe: “Mas eu tenho medo de ter uma velhice sofrida, tenho a preocupação de depender dos outros, se eu tivesse condições financeiras para pagar alguém para me cuidar, para não ter que usar uma pessoa da família para cuidar

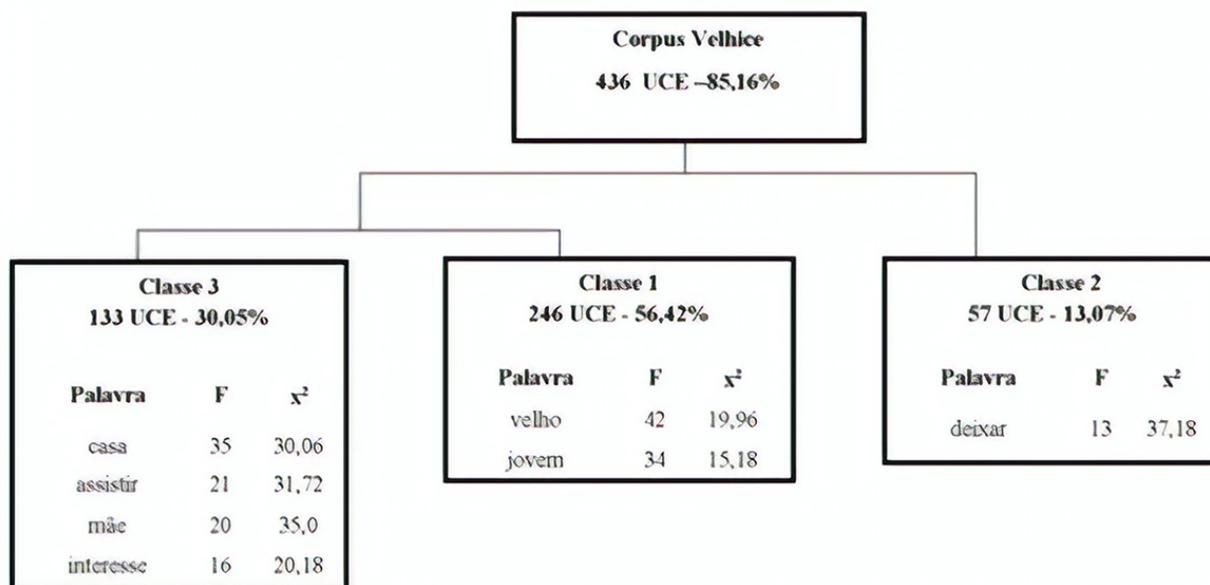


Figura 4. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus Velhice

de mim.” (Participante 18, sexo masculino, casado, com idade entre 65 e 74 anos).

### Análise das Entrevistas na Itália sobre Velhice

A CHD do corpus Velhice compôs 20 textos. O corpus foi dividido em 436 STs, e 85,16% desses segmentos foram considerados na CHD. Foram analisadas 17.693 ocorrências, de 1.554 palavras diferentes (média 11,38 ocorrências por palavra). As palavras retidas na análise apresentaram frequência superior 11,38 em todo o corpus, cujos valores do qui-quadrado em relação às classes eram iguais ou superiores a 3,84 ( $p \leq 0,05$  para  $gl = 1$ ).

O corpus se dividiu em três classes de segmentos de texto. Em uma primeira partição, foi dividido em dois subcorpus: de um lado, a classe 2; e, do outro, as classes 1 e 3. Em um segundo momento, o segundo subcorpus foi partido em dois: originando, de um lado, a classe 1; e, de outro, a classe 3. Na análise do dendrograma, foram apresentados a frequência e o valor do qui-quadrado ( $\chi^2$  3,84), conforme destacado na figura 4.

A primeira classe a se diferenciar do restante do corpus, classe 2, representa 13,07% dos STs retidos na análise e apresenta predominantemente a velhice como fase natural da vida que depende das ações realizadas ao longo do ciclo vital. Nesse contexto, *deixar* a vida passar é citado com conotação negativa e deve ser evitado. *Aceitar* essa fase da vida e as limitações é destacado como relevante para o bem-estar do idoso, pois ações que eram feitas quando criança, na velhice, não são mais possíveis de serem realizadas. O extrato que segue ilustra essa classe: “Talvez se você se deixar, deixar a vida passar se fechando em si, eu acho que é isso, ou sentir os anos, é lógico que os anos passam e você não tem mais

força do que antes e você tem que aceitar a vida como ela é.” (Tradução dos autores - Participante 6, sexo feminino, casada, com idade entre 65 e 74 anos).

A classe 1, representada majoritariamente por pessoas casadas e com idade entre 65 e 74 anos, apresenta 56,42% do total dos STs, correspondendo à maior classe gerada. Essa classe traz conteúdos relacionados à velhice como estado mental daquele que envelhece. Nesse sentido, ser *velho* ou *jovem* dependerá do modo de pensar e flexibilizar as situações. O envelhecimento físico é destacado como inevitável, mas o envelhecimento mental pode ser evitado mantendo-se sempre ativo, como destacado: “Então, agora digamos, deixando de lado o aspecto físico, uma pessoa se sente velha quando não se sente mais estimulada a fazer qualquer coisa, pode-se ser velho na juventude e um idoso pode ter ainda o espírito jovem.” (Tradução dos autores - Participante 12, sexo masculino, casado, com idade entre 65 e 74 anos).

A classe 3 representa 30,5% dos STs do corpus e apresenta conteúdos que associam a velhice com bem-estar à atividade e manutenção de interesses. A palavra *casa* nessa classe enfatiza a experiência de se conviver cotidianamente com um familiar a fim de que o idoso não se mantenha solitário ou recluso, ficando em casa para *assistir* TV. O idoso que mantém *interesse* em diversas atividades é tido como saudável, aquele que promove o seu próprio bem-estar. Nesse sentido, ter dinheiro é importante para a manutenção da saúde e a manutenção da atividade da *pessoa* que chega a essa etapa da vida. O Estado é reconhecido como instância que deve ajudar o idoso sem recursos financeiros. O trecho que segue exemplifica esse contexto: “Mas também acho uma verdadeira tristeza aquelas pessoas idosas que vivem com 300 ou 400 euros ao mês, aquelas o Estado deveria ajudar, aquelas o estado deveria ajudar.” (Tradução dos autores - Participante 10, sexo masculino, divorciado, com idade entre 65 e 74 anos).

## DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo comparar as RS sociais acerca da velhice e do cuidado ao idoso de brasileiros e italianos com mais de 65 anos de idade. Com relação ao tema cuidado da pessoa idosa, os resultados demonstraram que elementos de aspectos técnicos e cotidianos do cuidado estão presentes nas RS tanto no contexto brasileiro (classe 5), quanto italiano (classe 2). Porém, no Brasil esses elementos representacionais surgem majoritariamente para mulheres e pessoas solteiras, relacionados ao idoso dependente, após situação de hospitalização.

De modo similar, em pesquisa de Souza, Rosa e Souza (2011), as representações do cuidado para idosos asilados surgem alicerçadas no atendimento das necessidades humanas básicas, voltadas para a alimentação, higiene, lugar para morar. Nesse contexto, o cuidado de saúde é expresso pelo atendimento ao suprimento das necessidades das alterações do processo saúde-doença, presente principalmente em processos de hospitalização.

No que concerne ao perfil do cuidador conforme já identificado por Hedler et al. (2016), no Brasil, e por Puppa (2012), na Itália, a maioria dos cuidadores é do tipo informal, caracterizada por mulheres, com vínculo familiar. No Brasil, também os cuidadores são mulheres, possivelmente em virtude do papel de cuidadora culturalmente delegado à mulher, associado à maternidade, bem como à saída tardia do lar igualmente destacada por Lopes, Zanon e Boeckel (2014).

Além disso, nos dois países (classe 2 no Brasil e classe 1 na Itália), os participantes trazem o cuidado como responsabilidade da família: na Itália, associado ao amor, representado majoritariamente por pessoas casadas; e, no Brasil, principalmente associado à um estado regressivo, em que o cuidado é justificado tendo em vista a comparação entre idoso e criança, o que já havia sido destacado em estudo de Floriano, Azevedo, Reiners e Sudré (2012). No Brasil, contudo, a associação entre velhice e infância traz implícita a ideia de dependência, que pode gerar práticas sociais pouco adaptativas, que afetem o exercício da autonomia dos idosos.

No Brasil, o cuidado associado ao amor é igualmente destacado, mas na classe 1, em que se valoriza a autonomia do idoso no exercício de suas tarefas e trazendo a percepção dos idosos em relação à sobrecarga dos cuidadores familiares. De forma semelhante, os resultados da Itália apresentam, na classe 4, o cuidado como algo que gera trabalho e, na classe 3, relacionado ao desgaste. Estudos de Degiuli (2011) na Itália apontam que a contratação de cuidadores formais surge, principalmente, objetivando aliviar a sobrecarga dos familiares, que geralmente se dividem entre o cuidado do idoso e o trabalho dentro e fora do lar. Desse modo, é possível considerar que principalmente no Brasil, em que a contratação de um cuidador não está ao alcance da maioria da população, a autonomia do idoso deveria ser estimulada e viabilizada por meio de políticas públicas de acessibilidade e de promoção de saúde. Além disso, é concordante com outras pesquisas a dicotomia de sentimentos referente às representações de cuidar da pessoa idosa: no pólo positivo, a manifestação de

sentimentos como o amor (Hedler et al., 2016) e, no pólo negativo, o desgaste e a sobrecarga do cuidar (Aguiar et al., 2011).

A demanda por cuidado é destacada, na Itália, como um dever compartilhado entre família e Estado (classe 4) e, no Brasil, como responsabilidade da família (classe 2). Em pesquisa desenvolvida por Camargo et al. (2014), visando comparar as representações do envelhecimento no Brasil e na Itália, o elemento família surge igualmente como representativo para os brasileiros. Conforme Camargo et al. (2014), entre brasileiros e italianos, aparece uma distinção entre o coletivismo e o individualismo, mesclada com visões idealizadas (positivas) e realistas (negativas) do envelhecimento. A perspectiva italiana tira o dever da família e o deposita no Estado. Em pesquisa desenvolvida na Itália por Chiatti et al. (2013), os cuidadores familiares salientam que os serviços de bem-estar públicos, relativos ao cuidado, constituem um dever do Estado, enquanto o cuidado domiciliar é cada vez mais vinculado às famílias com maiores condições socioeconômicas. No Brasil, possivelmente em virtude de um menor envolvimento do Estado no que concerne ao cuidado domiciliar, tal cuidado surge apenas associado à família. Ainda que o cuidado à pessoa idosa possa abarcar diversas configurações, seja em domicílios, comunidades e hospitais (Del Duca et al., 2011), constata-se a predominância do cuidado domiciliar e informal em ambos os países e, devido à natureza informal dos cuidados prestados, dificulta-se o levantamento preciso do número de pessoas que o realizam (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015).

O Cuidar da pessoa idosa surge no Brasil e na Itália relacionado a familiares idosos, principalmente pai e mãe, e no contexto domiciliar (respectivamente classes 3 e 3), o que já havia sido destacado por Degiuli (2011). No Brasil, o cuidado da mãe é apontado como decorrente da viuvez, enquanto o do pai é relacionado a complicações e aos agravos de saúde. Esse fenômeno é explicado pelo fato de que, no Brasil, as mulheres vivem, em média, oito anos a mais do que os homens, o que pode ser atribuído a fatores biológicos, à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade; ao uso/abuso de tabaco e álcool, e também à diferença de atitude em relação à saúde/doença, tendo em vista que a mulher procura mais os serviços de saúde, o que denota maior autocuidado (Santos & Cunha, 2015).

Para os entrevistados da Itália, a morte é destacada como algo melhor do que viver em situações de debilidade severas (classe 3) que impõem sobrecarga aos cuidadores. Enquanto, no Brasil, o cuidado com sobrecarga, em situação de idosos dependentes, é tido como algo sacrificial, principalmente para homens e pessoas divorciadas (classe 1). Da Roit e Naldini (2010) enfatizam, por meio de seus resultados em pesquisa, que, ao conciliar o trabalho e o cuidado ao idoso, o cuidador sofre um grande impacto sobre a vida pessoal, social e familiar. Nesse contexto, no cenário Brasileiro, Deus é citado como estratégia de enfrentamento diante das adversidades das

doenças e limitações na velhice. A velhice também pode ser compreendida, conforme Chnaiderman (2013), como uma ameaça eminente, não apenas pelas transformações físicas, mas porque obriga o contato com a questão da morte e da terminalidade.

Na Europa, as políticas sociais incentivam o modelo de cuidado comunitário e domiciliar, no que tange aos cuidados dos idosos dependentes, com a implementação de programas de cuidados de longa duração no domicílio. Defendem o envelhecimento em domicílio, pressupondo a continuidade da vida do idoso a partir da manutenção de sua rotina. A exemplo da Bélgica, as pessoas que optam pelo cuidado em domicílio passam a receber benefícios financeiros, com o objetivo de atenuar impactos negativos do cuidador familiar, tais como problemas de saúde e aumento das taxas de pobreza (OECD, 2015).

No que tange às RS da velhice apresentadas pelos participantes, observou-se que, nos dois países, a velhice é apontada como uma fase natural da vida, que deve ser aceita e assumida (respectivamente classes 5 e 2). No entanto, na Itália, essa fase é vista como decorrente de um estilo de vida adotado ao longo do processo de envelhecimento. A pesquisa desenvolvida por Lumme-Sandt (2011) afirma que fatores como aparência física, autonomia, estilo de vida e bem-estar mental estão presentes nas ideias e representações de velhice e de saúde na velhice. Nesse sentido, apesar de ser considerada uma fase natural da vida, no contexto italiano, a responsabilidade pela condição de saúde/doença na velhice parece ser delegada ao próprio idoso que “escolhe” o estilo de vida adotado ao longo do envelhecimento.

Na Itália, principalmente as pessoas casadas e com idade entre 65 e 74 associam a velhice a um modo de pensar, a um estado mental, assim, o envelhecimento mental é apontado como algo que pode ser evitado (classe 1). De modo semelhante, no Brasil, principalmente na classe 1, a velhice encontra-se associada a um estado subjetivo – sentir-se velho – e a um estado objetivo – inatividade. Desse modo, tanto no contexto brasileiro quanto no contexto italiano, a concepção de atividade parece atrelada à representação da velhice, associada à bem-estar (respectivamente classes 3 e 3). Nesse contexto, a velhice surge como um estado mental e subjetivo associado objetivamente à inatividade. As representações da velhice, associadas a “sentir-se jovem” e “modo de pensar”, são favoráveis à resignificação da velhice, pois, em contraponto à inatividade, destacam possibilidades de manutenção de uma vida socialmente ativa. No entanto, parecem desconsiderar outras possibilidades de envelhecer, pois tal concepção pode ocultar as dificuldades e os problemas físicos e sociais recorrentes no processo de envelhecimento. Conforme Biasus et al. (2011), o contexto atual parece favorecer o preconceito relativo à idade e a marginalização do idoso que não se ajuste aos aspectos referentes a sentir-se jovem. Esse contexto pode influenciar na construção de práticas sociais pouco adaptativas diante das perdas decorrentes da velhice, desfavorecendo o envelhecimento bem sucedido, caracterizando o que Debert (1997) nomeou como “reprivatização da velhice”.

Os homens brasileiros, majoritariamente, destacam a necessidade de assumir a idade ao longo do processo de envelhecimento. As práticas corporais diferem entre os sexos e variam de acordo com a imagem corporal dos indivíduos. As mulheres são mais valorizadas em virtude da sua atratividade física relativa à jovialidade, enquanto, em relação aos homens, são consideradas outras características para ascensão social, como situação financeira e profissional (Camargo, Justo, & Jodelet, 2010). Nesse sentido, para a mulher, o processo de envelhecimento pode acarretar maiores perdas, na medida em que seus atributos físicos são fatores relevantes nas competições afetivas e profissionais (Magnabosco-Martins et al., 2009).

No Brasil, para pessoas casadas e com idade entre 65 e 74 anos, a RS da velhice apresenta elementos relativos à situação de dependência da família, trazendo-a como condição indesejável (classe 4). Tais dados foram igualmente discutidos por Tavares, Scalco, Vieira, Silva e Bastos (2012), em estudo que objetivou conhecer a vivência de ser um idoso que depende do cuidado de outras pessoas. Em seus resultados, os autores apontam que, para o idoso, depender do auxílio de outras pessoas gera sentimentos de impotência e inutilidade, podendo acarretar certo descontrole emocional, que, por sua vez, pode se agravar com a presença de conflitos familiares. No entanto, de forma oposta, os autores apontam que, nesse contexto, o apoio do familiar surge como fonte de força e consolo, a fim de que o idoso consiga manter seu equilíbrio emocional e enfrentar a sua situação de dependência física e econômica. Possivelmente essa diferença ocorra em virtude da diferença das características dos participantes entrevistados, tendo em vista que, no estudo de Tavares et al. (2012), a situação de dependência já é vivida.

Para os brasileiros, a velhice depende da condição de saúde e esta, por sua vez, parece algo determinado por Deus. No contexto do envelhecimento, Gutz e Camargo (2013) apontam que a espiritualidade, caracterizada pela busca por Deus pode ser considerada como uma estratégia de enfrentamento para explicar e lidar com as doenças e a perspectiva de terminalidade. Nesse sentido, diante da ausência de controle sobre a morte, a responsabilidade acerca do processo de saúde recai sobre Deus, igualmente utilizado como estratégia para enfrentar situações aversivas.

Em ambos os contextos, Brasil e Itália, ter dinheiro é condição desejável para garantia de qualidade de vida e cuidados na velhice. Entretanto, na Itália, na ausência de dinheiro, o Estado parece ser considerado como instância responsável pelo bem-estar do idoso. Conforme Degiuli (2010), além do impacto emocional e físico que envolve o cuidado dos idosos, outro aspecto que preocupa profundamente muitas famílias italianas é o custo do cuidado estendido e, nesse contexto, é enfatizado o dever do Estado. Conforme dados do IBGE (2015), 41,4% dos idosos do Brasil vivem com uma renda domiciliar per capita de até um salário mínimo. No Brasil, os níveis de pobreza da população idosa limitam o seu acesso a serviços que poderiam aliviar a sobrecarga física e psicológica dos cuidadores e, nesse sentido, torna-se ainda

mais relevante a implantação de políticas públicas de suporte ao cuidador e ao idoso.

O desejo de evitar a dependência dos familiares é justificado pela dimensão sobrecarga apontada pelos participantes, e coincidente com a pesquisa de Floriano et al. (2012). As autoras afirmam que existe um processo de abdicação no cuidado ao outro, com repercussões que podem ser tanto na esfera física, emocional e social do cuidador. Ademais, é coincidente também o modo como se elege o cuidador, por vezes, de forma inesperada pelo impositivo da premência de cuidados (Floriano et al., 2012). Nessas condições, o tornar-se cuidador não passa por escolha e comumente vem acompanhado pela falta de preparo. Assumir a responsabilidade do cuidado sem preparo básico pode incorrer em diversos prejuízos tanto para quem recebe o cuidado, quanto para o cuidador (Muniz, Freitas, Oliveira, & Lacerda, 2016). Em pesquisa realizada com idosos e seus respectivos cuidadores familiares, constatou-se a alta prevalência de sobrecarga, com repercursão em problemas físicos, psicológicos, financeiros e sociais oriundos do cuidado prestado à pessoa idosa (Loureiro, Fernandes, Nóbrega, & Rodrigues, 2014). Além disso, a reorganização familiar que ocorre ao assumir o papel de cuidador geralmente não é pensada previamente, mas imposta por problemas financeiros, ou ainda pela disponibilidade de tempo daquele membro familiar (Hedler et al., 2016).

A saída dos filhos de casa é apontada, principalmente por brasileiros viúvos, como algo difícil a ser enfrentado na velhice. Tanto na velhice quando no contexto de cuidado, a família é apontada como elemento relevante para suporte emocional e físico, sendo a solidão indesejável. Conforme já evidenciado em outros estudos, o contato com a família é considerado um aspecto importante no enfrentamento da velhice (Contarello et al., 2011; Oliveira et al., 2012), principalmente para pessoas viúvas (Biasus et al., 2011) e que temem a saída dos filhos e o rompimento dos laços familiares (Magnabosco-Martins et al., 2009; Veloz et al., 1999).

Assim, em contexto brasileiro e italiano, as RS da velhice e do cuidar da pessoa idosa enfatizam a relevância da autonomia e manutenção da atividade, trazendo o contexto de doenças e dependência como algo temido e indesejável. Nesse contexto,

a vivência da velhice e o cuidar da pessoa idosa parecem mais difíceis em situação de doença, em que os agravos reduzem o bem-estar do idoso e impõe a necessidade de um “cuidador”, o que abala a independência da pessoa idosa.

Desse modo, o cuidado ao idoso envolve um esforço cooperativo, pois implica o envolvimento do próprio idoso, a reestruturação da rede social, que, na figura de um cuidador primário, assume novas funções, que anteriormente não eram desempenhadas por aquele membro. Requer uma cooperação total da rede, e, portanto, como mencionado, a conscientização tardia do papel do cuidador interfere no processo de conhecimento das variáveis envolvidas e conseqüentemente no bem-estar de ambos, idoso e cuidador. Respeitando e considerando a heterogeneidade da velhice, ter-se-á conhecimento de que não existirão soluções únicas para a vivência de uma boa velhice, já que as possíveis soluções devem ser conectadas à realidade material e subjetiva das pessoas envolvidas. Porém, considerando as dificuldades específicas de cada grupo, sejam idosos, sejam membros da rede social do idoso, após localizadas as carências no conhecimento social na esfera da saúde e do envelhecimento, torna-se necessária a implementação de políticas de educação para a saúde e o envelhecimento que levem em consideração as nuances e as diferenças das populações alvo.

É preciso considerar a existência de carência econômica e, por isso a dificuldade de acesso à informação, considerar que existem diferenças também no que diz respeito ao sexo, às faixas etárias e à baixa escolarização. E, nesse sentido, sugerem-se novos estudos que explorem as representações do cuidado e de velhice considerando as diferenças entre níveis de escolaridade, renda e gênero, variáveis que não foram amplamente exploradas e que, portanto, constituíram-se como lacunas deste estudo. Por fim, é necessário formular políticas públicas que acessem não somente as pessoas idosas, mas as pessoas que se aproximam da vivência da velhice, em especial aquelas que compõem a rede social do idoso e que, como constatado, são destinadas socialmente ao cuidado. Sugere-se que seja ofertado a esses cuidadores o suporte financeiro e o apoio emocional por meio de programas sociais que promovam a capacitação e o acolhimento destes cuidadores não especializados.

## REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Eds.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Aguiar, E. S. S. D., Gomes, I. P., Fernandes, M. D. G. M., & Silva, A. O. (2011). Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 19(3) 485-490.
- Almeida, A. M. O., & Cunha, G. G. (2003). Representações sociais do desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 147-155.
- Araujo, J. S., Vidal, G. M., Brito, F. N., de Abreu Gonçalves, D. C., Leite, D. K. M., Dutra, C. D. T., & Pires, C. A. A. (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 149-158. doi: 10.1590/S1809-98232013000100015.
- Arca, B. R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*. (pp. 269-280). Lisboa: Instituto Piaget.
- Biasus, F., Camargo, B. V., & Demantova, A. G. (2011). Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. *Temas em Psicologia*, 19(1), 319-336.
- Camargo, B. V. (2005). Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino, & S. M. da Nóbrega (Eds.), *Perspectivas teóricometodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Camargo, B. V., Justo, A. M., & Jodelet, D. (2010). Normas, representações sociais e práticas corporais. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 449-457.

- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi: 10.9788/TP2013.2-16.
- Camargo, B. V., Contarello, A., Wachelke, J. F. R., Morais, D. X., & Picollo, C. (2014). Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Pesquisa em Psicologia (UFJF)*, 8(2), 179-188. doi:10.5327/Z1982-1247201400020007.
- Chiatti, C., Di Rosa, M., Melchiorre, M. G., Manzoli, L., Rimland, J. M., & Lamura, G. (2013). Migrant care workers as protective factor against caregiver burden: Results from a longitudinal analysis of the eurofamcare study in Italy. *Aging & Mental Health*, 17(5), 609-614. doi:10.1080/13607863.2013.765830
- Chnaiderman, M. (2013). O mito do corpo jovem a qualquer preço. In A. B. Natália & G. B. S. de Baptista (Eds.), *Núcleo de acompanhamento terapêutico no envelhecimento das gerações* (p.135-240). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Contarello, A., Marini, I., Nencini, A., & Ricci, G. (2011). Rappresentazioni sociali dell'invecchiamento tra psicologia sociale e letteratura. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 171-180.
- Da Roit, B., & Naldini, M. (2010). Should I stay or should I go? Combining work and care for an older parent in Italy. *South European Society & Politics* 15(4), 531-551. doi:10.1080/13608746.2010.490653
- Debert, G. G. (1997). A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12(34), 39-56.
- Del Duca G. F., Thumé E., & Hallal P. C. (2011). Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Revista Saúde Pública*, 45(1), 113-20.
- Degiuli (2010). The burden of long-term care: How italian family caregivers become employers. *Aging and Society*. 30(5), 755-777. doi: 10.1017/S0144686X10000073
- Degiuli, F. (2011). Labouring lives: The making of home eldercare assistants in Italy. *Modern Italy*, 16(3), 345-361. doi:10.1080/13532944.2010.524639
- Diogo, M. J. D. E., Duarte, Y. D. O., & Freitas, E. V. (2002). Cuidados em domicílio: Conceitos e práticas. In E. V. Freitas (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 762-767). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Florianio, A. L., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto – Enfermagem*, 21(3), 543-548.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2011). *Relatório sobre a situação da população mundial 2011*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2011.pdf>
- Gutz, L., & Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: Um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 793-804. doi: 10.1590/S1809-98232013000400013
- Hedler, H. C., Faleiros, V. P., Santos, M. J. S., & Almeida, M. A. A. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis*, 19(1), 143-153. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida*. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- Jodelet, D. (2001) Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17-41). Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Lima, C. F. M. (2002). *O Cuidado domiciliar ao idoso com doença de Alzheimer: Representações de familiares cuidadores* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/3853/2822>
- Lopes, M. N., Dellazzana-Zanon, L. L., & Boeckel, M. G. (2014). A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Temas em Psicologia*, 22(4), 917-928. doi:10.9788/TP2014.4-18.
- Loureiro, L. S. N., Fernandes, M. G. M., Nóbrega, M. M. L., & Rodrigues, R. A. P. (2014). Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: Associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 227-232. doi: 10.5935/0034-7167.20140030.
- Lumme-Sandt, K. (2011). Images of ageing in a 50+ magazine. *Journal of Aging Studies*, 25(1), 45-51. doi: 10.1016/j.jaging.2010.08.013
- Magnabosco-Martins, C. R., Camargo B. V., & Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8(3), 831-847.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse son image et son public*. (2ª ed). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social cognition - Perspectives on everyday understanding* (pp. 181-209). London: Academic Press.
- Muniz, E. A., Freitas, C. A. S. L., Oliveira, E. N., & Lacerda, M. R. (2016). Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 40(110), 172-182. doi: 10.1590/0103-1104201611013.
- Nagel, M. M., Contarello, A., & Wachelke, J. (2011). Social representations and stakes across borders: Studying ageing in times of change. *Temas em Psicologia*, 19(1), 59-73.
- Neri, A. L. (2002). Teorias psicológicas do envelhecimento. In E. V. Freitas (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 32-45). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan.
- Oliveira, A. M. D. M., Lopes, M. E. L., Evangelista, C. B., Oliveira, A. E. C. D., Gouveia, E. M. L., & Duarte, M. C. S. (2012). Representações sociais e envelhecimento: Uma revisão integrativa de literatura. *Revista brasileira de Ciências da Saúde*, 16(03). doi: 10.4034/RBCS.2012.16.03.210
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/health\_glance-2015-en.
- Puppa, F. D. (2012). Being part of the family: Social and working conditions of female migrant care workers in Italy. *NORA-Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 20(3), 182-198. doi:10.1080/08038740.2012.685494
- Reinert, M. (1998). *Alceste: Analyse de données textuelles. Manuel d'utilisateur*. Toulouse: Image.
- Santos, G. S., & Cunha, I. C. K. O. (2015). Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 4(2), 1135-1145.
- Souza A. S., & Menezes, M. R. (2009). Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 87-102. doi: 10.1590/1809-9823.200912018
- Souza, D. M., Santa Rosa, D. D. O., & d'Souza, M. M. (2011). Representações do idoso asilado sobre os cuidados da família. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 14, 167-183.
- Tavares, K. O., Scalco, J. C., Vieira, L., da Silva, J. R., & Bastos, C. C. B. (2013). Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: A visão do idoso. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. 15(2), 105-118.
- Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 479-501.
- Wachelke, J., Camargo, B. V., Hazan, J. V., Soares, D. R., Oliveira, L. T. P., & Reynaud, P. D. (2008). Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: Dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia*, 13, 107-116. doi: 10.1590/S1413-294X2008000200002
- Wachelke, J., & Contarello, A. (2010). Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 42, 367-380.
- Wachelke, J., & Contarello, A. (2011). Italian students' social representation on aging: An exploratory study of a representational system. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 551-560. DOI: 10.1590/S0102-79722011000300016
- Whitlatch, C. J., & Noelker, L. S. (2007). Caregiving and Caring (Abstract; p. 240). The Margaret Blenkner Research Institute, *Encyclopedia of Gerontology*. Cleveland, USA.

Recebido em 29/05/2016

Revisado em 12/05/2017

Aceito em 19/05/2017 ■