



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA

QUEM ESTÁ AÍ, ONDE ANTES ERA ELE?

Representações sociais do cuidar entre
familiares de idosos portadores de demência

Campina Grande – PB

2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA

QUEM ESTÁ AÍ, ONDE ANTES ERA ELE?
Representações sociais do cuidar entre
familiares de idosos portadores de demência

MESTRANDA: Mércia Maria Paiva Gaudencio

ORIENTADORA: Dr^a. Maria do Carmo Eulálio Brasileiro

CO-ORIENTADORA: Ms. Suerde Miranda de Oliveira Brito

Campina Grande – PB

2002.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

G149q

Gaudêncio, Mércia Maria Paiva

Quem está aí, onde antes era ele? Representações sociais do cuidar entre familiares de idosos portadores de demência/ Mércia Maria Paiva Gaudêncio. - Campina Grande: UEPB, UFPB, PRODEMA, 2005.

204f.

Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva)
Universidade Estadual da Paraíba.

1. Grupos Sociais-Idosos

I. Título.

22 ed. CDD 305.26

MÉRCIA MARIA PAIVA GAUDENCIO

QUEM ESTÁ AÍ, ONDE ANTES ERA ELE?

**Representações Sociais do cuidar entre familiares de idosos portadores de
demência**

Campina Grande -PB, 22 de novembro de 2002

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Eulálio Brasileiro
(Presidente)**

**Prof^ª. Dr^ª. Madel Terezinha Luz
(2^º membro)**

**Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Araújo Silveira
(3^º membro)**

MÉRCIA MARIA PAIVA GAUDENCIO

QUEM ESTÁ AÍ, ONDE ANTES ERA ELE?

**Representações Sociais do cuidar entre familiares de idosos
portadores de demência**

Dissertação apresentada a Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde e Sociedade, linha de pesquisa Saúde e Representação Social, elaborada após integralização curricular do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria do Carmo Eulálio Brasileiro

Co-orientadora: Prof^a. Ms. Suerde Miranda de Oliveira Brito

CAMPINA GRANDE -PB

2002

Aos meus pais, cuidadores exemplares.

AGRADECIMENTOS

Passados o instante de olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir, instaura-se e permanece o desejo de agradecer:

- À Coordenação dos Mestrados Interdisciplinares e a seu corpo docente;
- Ao Departamento de Enfermagem;
- À Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio Brasileiro;
- À Profa. Ms. Suerde Miranda de Oliveira Brito;
- À Profa. Dra. Madel Terezinha Luz;
- À Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira;
- Ao Prof. Dr. Francisco Cleanto Brasileiro;
- Aos médicos João Marcos Moura, Jovany Medeiros; Maria das Graças Loureiro, João Adolfo Mayer e Luciana Rabelo
- Aos colegas e a nossa conselheira Luísa de Marillac Ramos Soares;
- Aos funcionários do mestrado;
- A Edmundo, Filipe Marcel, Mahayana Nava, Pedro Henrique Gaudêncio e Nazaré Rodrigues;
- As cuidadoras que, nas entrelinhas, dão sentido a este trabalho.

Sem todos vocês este trabalho seria improvável.

“Quem está aí, onde antes era ele?”

Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Quem está aí, onde antes era ele?

Quem é esse, sem lembranças, cuja história depende tão-somente de nós mesmos e de nossa pobre memória?

Quem está aí, onde antes era ele?

Quem é esse, que foi o que sou e quem serei, talvez, no mais além deste agora, para muito mais além deste que sou, neste instante?

Perdidos os cabelos, perdidos os dentes, perdido o mundo, quase todas as coisas, perdidas, tudo que dele resta, daquele que está aí, onde antes era ele, escorre em nossas veias, lateja em nosso amanhã, palpita em nossa descendência...

...Ah, meu velho, apenas existe o futuro, por causa de ti, passado...

...E que sobrar ali, onde antes era ele, quando, por fim, esse outro em que ele se foi tornando não esteja mais aí, embora aqui estando, para sempre?

Que restará, me pergunto, se não saudade, saudade?

RESUMO

As relações de cuidar/cuidado, embora tão antigas quanto o homem, permanecem atuais e centrais para a compreensão dos sentidos atribuídos ao processo saúde/doença. Ao refletirmos sobre esta perspectiva e associa-la aos fatores envolvidos no processo de envelhecimento comprometido por uma patologia, no caso a doença demencial, emergiu a problemática do cuidador familiar. Uma das faces deste problema foi investigada, objetivando caracterizar os cuidadores e os idosos, bem como apreender e analisar as representações do cuidar/cuidado elaboradas por este grupo de sujeitos. Para tanto, a Teoria das Representações Sociais foi suporte e garantia de uma abordagem quanti-qualitativa de caráter multidisciplinar. O percurso metodológico empreendido resultou na organização de um *corpus* constituído por material discursivo coletado junto a vinte cuidadores, residentes na cidade de Campina Grande, PB. Para a coleta de dados foram utilizados um teste de associação-livre, entrevista semi-estruturada e questionário para a caracterização dos cuidadores e dos idosos. Para a análise, recorreu-se ao tratamento estatístico descritivo e à técnica da análise temática de conteúdo. Tais procedimentos possibilitaram a caracterização dos cuidadores e dos idosos, e viabilizaram a identificação de quatro categorias do cuidar/cuidado: manifestações pragmáticas, afetivas, de cunho filosófico e manifestações da temporalidade. Essas categorias são pólos representacionais em torno dos quais se articulam e se estruturam representações que indicam a transformação do estranho, que os quadros demenciais comportam, em familiar. Apontam, ainda os resultados, para o silêncio social em torno da problemática do cuidador de idosos demenciados, e, simultaneamente para a necessidade de se empreender investigações sobre uma temática tão próxima de todos nós, mas ainda tão invisível.

Palavras-chave: Representação social, cuidar, cuidador, família, demência.

ABSTRACT

The care/cared relations, even as old as men, remain current and central to the comprehension of the senses attributed to the health/disease process. On this perspective and in conjunction with the factors related to the population aging, in the demented illness and about the necessary care, it arises the problem of the demented old people family care-taker. One of the sides of this problem was investigated with the purpose of characterizing the care and the old people, as well as apprehend and analyze the care/cared representation elaborated by this group of subjects. So, the Social Representation Theory was the support and guarantee of a quanti-qualitative approach of multidiscipline character. The method used resulted in the organization of a corpus compounded by discursive material collected with the help of twenty care-takers who live in the city of Campina Grande, PB. To collect data it was used a free-association test, semi-structured interview and a quiz to characterize the care-takers and the old sick people. To analyze it was used a descriptive statistic treatment of the qualified data and the technique of the collected speech content thematic analysis. Such procedures resulted in the characterization and context of the care-takers and old people and on the identification of 4 categories of care/cared: pragmatic manifestation, affective, philosophical aspect and temporal manifestation. These categories are representative poles around which articulate and structure representations that show the transformation of the strange, that the dement pictures involve, into a family. It indicates, yet, the results toward the social silence around the problem of the old demented people care-takers, and, simultaneously, toward to the necessity of carry on investigations about a theme so close to us, but still so invisible.

Keywords: Social representation, to take care, healer, family, demency.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Introdução.....12

Capítulo 1 - Premissas teóricas do cuidar/cuidado

1.1 O cuidar e o cuidado.....16

1.2 As dimensões do cuidar/cuidado.....19

1.3 O cuidar/cuidado e a reflexão filosófica.....20

Capítulo 2 - O quadro teórico-metodológico do estudo

2.1 O marco teórico: A Teoria das Representações Sociais.....27

2.2 Premissas teóricas para definição do universo e dos sujeitos....38

2.3 O campo e a coleta dos dados.....41

2.4 Os instrumentos.....43

2.5 Procedimentos analíticos.....47

Capítulo 3 - Quem cuida e quem recebe cuidados

3.1 Caracterização dos cuidadores.....53

3.2 Caracterização dos idosos..... 92

Capítulo 4 - As categorias e as subcategorias do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente

4.1 Manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado.....106

4.2 Manifestações afetivas do cuidar/cuidado.....132

4.3 Manifestações de cunho filosófico sobre o cuidar/cuidado.....166

4.4 Manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/
cuidado.....183

Capítulo 5 - Considerações finais.....191

Referências197

Anexos205

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Núcleos temáticos do cuidar/cuidado.....	69
Tabela 2 - Situação de domicílio X estado conjugal das cuidadoras.....	81
Tabela 3 - Categorias e subcategorias do cuidar/cuidado do idoso portador de demência, segundo suas cuidadoras.....	104

INTRODUÇÃO

Fascinados pela vida, vemos o tempo nos acenar com uma ambígua possibilidade: envelhecer ou morrer jovem. Do envelhecimento, assim posto, não queremos fugir. Entretanto, preocupados com as múltiplas questões envolvidas nesta etapa da existência humana, voltamos nosso interesse para a condição patológica genericamente denominada demência.

Desde já, verificamos que o termo demência comporta várias leituras, tal como sugere o Aurélio (FERREIRA, 1986): uma primeira, presa aos aspectos da descrição patológica, na qual a demência é vista como síndrome (conjunto de sinais e sintomas de deterioração mental); outra, elaborada pelo senso-comum que a associa à loucura, “doidice”, “parvoíce”; e, ainda, uma terceira possibilidade de leitura, na qual se insinua a demência como modalidade existencial, mantendo então o termo uma estreita relação com os atos julgados insensatos.

É preciso reconhecer que se tais sentidos já não nos surpreendem por sua obviedade, permanecem, no entanto, inquietadores. Sendo necessário esse reconhecimento para que possamos prosseguir, buscando desvelamento, por caminhos ainda obscuros.

Caso exploremos a demência como entidade nosológica, somos colocados diante de uma situação clínica que continua a ser investigada em busca de precisão diagnóstica, do estabelecimento de terapêuticas efetivas e de seguras previsões prognósticas. Sua evolução é considerada extremamente perturbadora, por passar a pessoa afetada a apresentar múltiplos *déficits* cognitivos e alterações da personalidade. Tais *déficits* e alterações findam por determinar a necessidade de instalação de cuidados, sempre progressivos, para assegurar a sobrevivência do doente. Altera-se, em face disto, o contexto social onde se insere o portador da demência.

Os cuidados necessários, normalmente, extrapolam o espectro de atuação dos profissionais da área médica, para se apoiarem na família. Explicita-se, aí, outro nível de nossas inquietações, que recai na figura do cuidador enlaçado familiarmente com a pessoa demente ou em processo de demenciação, o qual, desde já, nomeamos de familiar cuidador.

No curso de nossa experiência profissional, encontramos cuidadores familiares existencialmente premidos pelo fardo de cuidar para a perda, seja por *déficits* funcionais ou por morte. Embora preservando a postura profissional, junto com eles passamos a nos perguntar: qual o sentido de tal forma de cuidar? Impotentes diante de uma possibilidade de resposta definitiva, reformulamos a questão e nos indagamos: qual a representação social elaborada por familiares cuidadores de idosos portadores da demência?

Salientamos que a concepção do cuidar e dos cuidados permeia a história da humanidade e manifesta-se de forma plural, conforme o tempo e a organização social onde estão inseridos o doente e seu familiar cuidador. Podemos reconhecer, entre as múltiplas manifestações do cuidar, aquelas dimensões que nos remetem aos cuidados ditos genéricos (alimentar, prover segurança, conforto, etc) e aos cuidados nomeados profissionais.

Interessa-nos investigar, especificamente, os cuidados genéricos, por serem aqueles que ocupam diuturnamente o familiar envolvido com o idoso portador da demência: cuidar do corpo fragilizado, cuidar do psiquismo alterado, cuidar, cuidar, cuidar... Esses, acreditamos, são aspectos centrais na relação entre o familiar e o idoso doente. Imaginamos que sentidos diversos são atribuídos ao cuidar e aos cuidados e, enquanto tais, os sentidos são passíveis de serem apreendidos. Estamos cientes que as possibilidades de respostas as nossas indagações são norteadas e centralizam-se naquilo que, aqui, é nomeado de representação social.

Advertimos: o construto das representações sociais orienta de tal forma esta investigação, que explicitá-lo, enquanto marco teórico, constitui-se em muito mais do que uma exigência metodológica. Estrutura-se como aquilo que empresta significado e razão de ser deste estudo. A representação que buscamos afina-se com os pressupostos da Teoria das Representações Sociais, tal como postulada inicialmente por Moscovici (1978), e toma por objeto a linguagem falada, na análise dessa forma social de conhecimento.

Entendemos que um objetivo maior rege todas as pretensões de aprofundar os conhecimentos sobre a relação doente/cuidador familiar. Qual seja, colaborar para a compreensão das circunstâncias e dos processos ali elaborados, para, então, oferecermos subsídios que propiciem melhores condições de intervenção, profissional ou institucional, quando do oferecimento de auxílio aos envolvidos na

específica relação. Imbuídas de tal certeza, é que os objetivos deste estudo desdobram-se em:

- Caracterizar e delinear um perfil dos cuidadores familiares e dos idosos portadores ou em processo de demenciação;
- Identificar as categorias que conformam as representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso doente;
- Apreender e descrever as representações elaboradas nesta específica relação de cuidar/cuidado;
- Analisar e discutir as representações entretidas entre as práticas do cuidar e as vivências cotidianas dos cuidadores.

Essencialmente, três aspectos sustentam nossa argumentação em prol desta investigação: o argumento estatístico sobre o envelhecimento populacional, o argumento que procede da patologia, e o argumento referente ao cuidador familiar. De forma sintética, podemos afirmar que as projeções estatísticas do envelhecimento populacional vêm se confirmando, tanto em nível mundial como nacional, uma vez que cresce o número de pessoas com idade superior a 65 anos. Com o aumento da idade, ampliam-se, proporcionalmente, os riscos dos indivíduos desenvolverem a patologia demencial. A condição de fragilidade e a alta dependência dos idosos portadores da doença demencial nos conduz, conseqüentemente, a considerar as possibilidades de um maior número de familiares terem que assumir o papel de cuidadores de idosos portadores de demência. Tais aspectos são considerados pilares na elaboração da questão que estudamos, como também resgatam, em certos aspectos, a trajetória de sua construção. Embora estes aspectos possam, isoladamente, justificar uma investigação, entendemos que é na conjunção das três possibilidades argumentativas que a questão emerge e solicita interpretações.

O texto que lhes apresentamos é constituído, em parte, pela descrição dos caminhos percorridos em nossa busca pela apreensão, descrição e análise das representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Tem a forma do relato acadêmico de uma investigação científica, mas também é relato de uma experiência pessoal, no qual procuramos traduzir um encontro entre pessoas, entre a racionalidade e a sensibilidade, entre o interno e o externo, entre a saúde e a

doença, entre cuidar e ser cuidado, entre o individual e o coletivo e, por fim, entre o psicológico e o social.

Desejamos que nosso estudo funcione como um convite à reflexão, traga esclarecimentos e inspire a realização de novas pesquisas acerca de uma realidade tão próxima de todos nós, mas ainda tão invisível. Torcemos, também, para que o esforço empreendido para a produção deste texto, lhes proporcione uma leitura interessante, leve e clara.

CAPÍTULO 1

Premissas teóricas do cuidar/cuidado

1.1 O cuidar e os cuidados

Uma série de necessidades humanas ganha expressão lingüística através da palavra **cuidar**¹. Como que asseverando a natureza ancestral do **cuidar**, dos desdobramentos presentes nas atitudes e atos de **cuidados**, e da imprescindível presença de um **cuidador**, encontramos, sobre o **cuidar**, o **cuidado** e o **cuidador**, relatos mitológicos.

Um exemplo, largamente difundido, nos é oferecido por Sófocles (497 ou 495-405 a.C.), ao escrever a versão poetizada do mito de Édipo. Da trágica história do rei de Tebas lembramos o final, quando ao tomar conhecimento do incesto cometido, Édipo vaza os olhos e parte para o exílio guiado por Antígone, sua filha. Interessamos ressaltar que Antígone - protagonista de uma outra tragédia - figura na mitologia como símbolo do amor filial e fraterno. Por ocupar tal posição no cenário mitológico, a personagem Antígone nos autoriza a interpretá-la como aquela que **cuidou** deslealmente do pai cego e sacrificou-se pela preservação dos direitos de sepultar condignamente um de seus irmãos. Trágica história de amor, de poder e - por que não? - de **cuidar**.

Identificamos também no universo mítico uma fábula atribuída a Gaius Julius Higino sobre o **Cuidado Essencial**. Trata-se de um texto transcrito, originalmente do latim, por Heidegger (1984, p. 218), e que será apresentado, por nós, segundo uma versão livre, em português, elaborada por Boff (1999, p. 46). Conta-nos a fábula mito:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome a criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

¹ Segundo Cunha (1982, p.232), o vocábulo origina-se do latim *cogitare*, designando: cogitar, imaginar, pensar. Intimas correlações etimológicas são mantidas nas palavras *cuidado* e *cuidador*. Boff (1999) refere que é possível encontrar nos dicionários clássicos de filologia o vocábulo *cuidar* derivando-se do latim *cura*, que em sua forma mais antiga era grafado como *coera*.

‘Você Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil’.

Como é usual acontecer após a narrativa de uma fábula ou de um mito, recheado de falas poéticas e figuradas, experimentamos o poder destes nos conduzir a refletir sobre a existência, o cosmo, as situações de estar no mundo ou, ainda, as relações sociais. Essa é, em verdade, nossa intenção inicial. Seremos transportados a uma dimensão do **cuidar/cuidado** que pode ser descrita como difusa, pouco nítida, múltipla, aquela que “[...] serve para significar muitas coisas, representar várias idéias, ser usada em diversos contextos” (ROCHA, 1985, p.7).

Diante da fábula e do mito, reencontramos, ainda, a possibilidade desafiadora do material que se oferece a interpretações. Torna-se viável refletir sobre as relações que os homens devem manter entre si e com o mundo que os cerca; afigura-se como desejável voltar o pensamento sobre si mesmo e indagar-se. Respostas esclarecedoras ou não podem ser alcançadas, a perplexidade pode nos tomar. No entanto, é justamente no trânsito das idéias que envolvem velhos e novos mitos que verificamos a atualidade do **cuidar**.

Podemos imaginar que a perene contemporaneidade do **cuidar** é mantida, devido a releituras ocorridas a cada época, em contextos evidentemente diferentes, que viabilizam a apreensão de significados e de sentidos que ora se revelam explicitamente, ora se ocultam sorrateiramente.

É tido como certo que a nossa existência é regida por sentidos, implícitos e/ou explícitos, que a ela atribuímos. Caso tomemos o existir como sinônimo restritivo do que é agora, do que é atual, como fenômeno da presença, podemos vislumbrar o **cuidar/cuidado** em re(a)apresentações. Necessário, então, continuar a conjugar o **cuidar** - pragmaticamente porque verbo - para reafirmarmos nossa condição de humanos.

Eu cuido, tu cuidas, ele cuida... Todos nós já experienciamos o **cuidar**, seja na posição de sujeito ou na condição de objeto, em graus e qualidades distintas. É, pois, o **cuidar/cuidado**, uma experiência comum, trivial, cotidiana a cada um e a todos nós, porque vital para a sobrevivência da espécie.

Lima (1994), ao estudar a evolução humana no transcurso dos séculos, afirma que embora partilhemos com todos os animais da mesma origem, de semelhante destino biológico, de idênticos impulsos e de análoga herança de caracteres físicos básicos, somos animais profundamente diferentes dos demais. Reconhecer as diferenças não implica, em absoluto, admitir que somos perfeitos. Muito pelo contrário, basta atentar que nossa especialização anatômica é muito pequena: não temos garras, não nadamos e corremos velozmente, e não voamos por nossas próprias forças, como acontece com os animais plenamente adaptados para essas funções. Somos, do ponto de vista físico, profundamente dependentes, embora dotados do volumoso cérebro do qual tanto nos orgulhamos. Dependemos e necessitamos de **cuidados**, por toda existência.

Face ao afirmado por Lima (1994), é possível perceber que a instância biológica - reconhecidamente poderosa e pólo centralizador de uma vasta série de **cuidados** - associa-se a uma complexa rede de interações inter pessoais e sociais para garantir a sobrevivência. Como resultado da dinâmica dessas interações, é fatível acompanhar a evolução psicológica, intelectual e cultural da espécie humana e, simultaneamente, aceitar a dupla herança que hoje nos caracteriza: biológica e cultural.

O contexto que intentamos até agora delinear - o mítico e o biológico - é marcado pela convicção de que o **cuidar/cuidado** nunca poderá ser suprimido ou descartado, pois, como nos lembra a fábula-mito e a instância biológica, o **cuidar/cuidado** é essencial. Teoricamente, sobre esse assunto não devem pairar dúvidas ou sombras, mas, no entanto, as questões envolvidas no **cuidar/cuidado** humano nos colocam diante da seguinte equação: as necessidades são, aparentemente, simples, a expressão é diversa, o homem é um ser de complexidades².

É diante da complexidade humana que podemos observar o **cuidar/cuidado** manifestar-se em dimensões.

² Para esclarecer o sentido que queremos imprimir ao termo utilizamos de uma das idéias de Morin (s/d, p. 141) sobre o pensamento complexo. Para ele, a complexidade surge “[...] no seio do uno ao mesmo tempo como relatividade, relacionalidade, diversidade, alteridade, duplicidade, ambigüidade, incerteza, antagonismo, e na união destas noções que são, umas em relação às outras, complementares, concorrentes e antagônicas”.

1.2 As dimensões do cuidar/cuidado

Ao abordarmos o **cuidar**, parece-nos interessante manter em mente as idéias de Morin (s/d) sobre o pensamento complexo, e procurar aplicá-las para melhor compreender as dimensões em pauta.

Temos, por um lado, que o **cuidar/cuidado** comporta uma unidade freqüentemente entendida como necessidade vital; por outro, é dotado de diversidades ou multiplicidades que se manifestam na expressão dessas mesmas necessidades. Consiste pois, em “[...] conceber em conjunto, de modo simultâneo, complementar e antagônico as noções de todo e de partes, de uno e de diverso” (MORIN, s/d, p.103).

Se assim conseguirmos proceder, talvez, escapemos do risco de reduzir as questões envolvidas no **cuidar/cuidado** à mera exposição fragmentada, como também fuçamos da construção de um discurso totalizante que não se curva às evidências científicas.

Teóricos do **cuidar**, como Morse et ali (1990, 1991, apud WALDOW; LOPES; MEYER, 1995) agrupam o **cuidar/cuidado** em cinco grandes temas conceptualizadores: uma característica humana; imperativo moral; afeto; interação interpessoal e intervenção.

Waldow; Lopes e Meyer (1995) também fazem referências às dimensões do **cuidar/cuidado** apontadas por Sister Roach (1993), as quais são nomeadas de: compaixão; competência; confiança; consciência e comprometimento.

Identificamos, ainda, a proposição de Boff (1999) de elencar 10 dimensões, nas quais o **cuidar/cuidado** se concretiza. São elas: cuidado com o nosso único planeta; com o nicho ecológico; com a sociedade sustentável; com o outro; com os pobres, oprimidos e excluídos; com o nosso corpo na saúde e na doença; com a cura integral do ser humano; com a alma; com o espírito e o cuidado com a grande travessia: a morte.

Caso observemos exclusivamente as nomeações dadas às dimensões do **cuidar/cuidado** ora apresentadas, podemos verificar que, em alguns pontos, há entre elas uma certa aproximação ou afinidade temática. A leitura completa dos textos em questão confirmará o que apenas sugerimos, e demonstrará que é no tratamento particularizado - impresso por cada autor citado - que reside a preciosidade das observações neles contidos.

Diante do exposto, se afigura como possibilidade produtiva discutir as dimensões do **cuidar/cuidado** de forma isolada (e como preconizada por cada um dos autores em particular), ou empreender comparações entre elas. Optamos, no entanto, por articular informações trazidas pelos textos, de forma a viabilizar o melhor enquadramento de nosso objeto de pesquisa: a representação social do **cuidar** de idosos portadores de demência.

Acreditamos que a opção pela articulação de informações torna viável o estabelecimento de relações entre o **cuidar/cuidado** e a reflexão filosófica. Como já referido, tal relação cumpre satisfatoriamente a função de colaborar para o desvelamento de aspectos obscuros do objeto que escolhemos para estudo. Evidentemente, não esquecemos que essa é nossa opção. Lembramos que outras relações existem, e que outras mais podem ser articuladas para por em relevo as complexidades do **cuidar/cuidado**.

Ressaltamos, em tempo, que julgamos muito difícil, quando não impossível, delinear novas dimensões do **cuidar**, nas quais o pensamento dos autores citados não se faça presente em maior ou menor grau.

1.3 O **cuidar/cuidado** e a reflexão filosófica

Em um texto de introdução ao estudo da Filosofia, Chauí (1997, p.12) nos relata que certa vez perguntaram a um filósofo: “[...] Para que filosofia?” Ao que o filósofo respondeu: “[...] Para não darmos nossa aceitação imediata às coisas, sem maiores considerações”. Na resposta do pensador encontramos uma das razões que justificam a opção pela inclusão da reflexão filosófica em nosso estudo. Outra razão, digamos, complementar, deriva-se do posicionamento da própria Chauí (1997) quando afirma que a Filosofia é condição do trabalho científico, mesmo que o cientista não seja um filósofo.

Se assim pensamos, assim devemos proceder. No entanto, como que presas na armadilha que montamos - pois aprendizes do fazer das ciências e muito distantes da reflexão que caracteriza o filósofo -, apenas vislumbramos os caminhos abertos pelo filosofar sobre o **cuidar/cuidado**. Muito rapidamente percebemos que os caminhos são longínquos, abrem-se em veredas, põem em risco quem bem não os conhecer, de forma que, para diminuí-los, nos restringimos a citar três momentos que não obedecem à cronologia da história da Filosofia. É a sensibilidade quem

orquestra essa exposição, não sendo nossa intenção confrontar teóricos nem buscar consenso entre eles.

Num primeiro momento encontramos um filósofo grego, chamado Fílon de Alexandria. Entre suas obras encontra-se uma, intitulada “Tratado sobre a vida contemplativa”, que nos interessa, por conter descrição dos costumes de uma austera comunidade denominada “Os Terapeutas”. Segundo Leloup (1996), entre as competências descritas por Fílon, como pertencentes aos Terapeutas, destacam-se o cuidar: do corpo; dos deuses ou cuidar do seu imaginal; do seu desejo e o cuidar do outro.

Na visão de Leloup (1996), o filósofo Fílon, ao abordar o **cuidar**, preocupa-se preponderantemente em destacá-lo em referência ao Ser. Comportando-se o Ser como uma tradução do inefável e transcendente. **Cuidar**, entre os Terapeutas, conforme descrito por Fílon, era uma tarefa primordial, na qual a Natureza é tomada como forte referência de quem **cuida**. O **cuidar** do que não é doente remete-nos às idéias do Ser, “[...] ao Sopro que nos habita e inspira” (LELOUP, 1996, p.9).

O corpo, elevado à categoria de templo do espírito, merece **cuidados** concretos, expressos em recomendações específicas com a alimentação e o vestuário. A referência ao **cuidar** dos deuses tem por lastro a noção de imagens múltiplas no Ser único, que, por sua vez, manifesta-se como valores, tais como: o Belo, o Verdadeiro, o Bom, ou ainda, como arquétipos que guiam o melhor ou o pior de nós mesmos.

Para melhor entender o sentido atribuído ao **cuidar** do desejo, como anunciado por Fílon, somos levados a examinar o conceito de saúde que vigorava entre os Terapeutas. Para aqueles, a saúde resulta da harmonia entre o comportamento do homem e seus desejos mais íntimos. De forma que tratar ou **cuidar** do desejo não se destinava nem a estimulá-lo ou a destruí-lo, mas sim a orientá-lo quando estivesse “perdido”. Leloup (1996) interpreta que aí repousam as raízes do que mais tarde se chamará de ética, ou ainda de moral.

A temática do **cuidar** do outro, se entendida como uma prestação de serviços à comunidade, se entrelaça com o valor dado pelos Terapeutas à oração, o que implica num retorno às idéias concebidas do centramento do Ser.

Conhecer, mesmo que superficialmente, os postulados de uma proposta de **cuidar**, que em muitos séculos nos antecede, constitui-se não somente em notável referência histórico-filosófica. Trata-se do reconhecimento de uma proposta que

permanece presente na teoria holística³, que por sua vez, na atualidade, ainda se intenta fazer vigorar no campo da saúde.

Corroborando o anteriormente comentado, Leopardi (1997, p.59 apud SILVA et ali, 2001, p.44), ao analisar os escritos de Fílon, nos diz que “[...] cuidar de alguém significa ligá-lo à sua fonte de vida; se a cura não ocorre, pelo menos, poderá aliviá-lo do sofrimento, permitindo-lhe encontrar sentido para sua experiência”.

Uma segunda reflexão filosófica sobre o cuidar nos é proporcionada por Martin Heidegger. Ele é quem nos lembra a fábula 220 de Higino sobre o Cuidado Essencial, sendo esta considerada “[...] um testemunho pré-ontológico de sua doutrina do cuidado” (ABBAGNANO, 1982, p.208).

Dos textos de Heidegger é dito que são sintéticos e densos, simples e complexos. Neles, o homem do pensar e do não pensado medita sobre a existência, a consciência, o ser, o tempo e outros temas que envolvem a condição humana. O pensamento heideggeriano tem como base à elaboração de uma filosofia do ser, denominada de ontologia existencial. Silva et ali (2001, p.30) afirmam que Heidegger (1993) “[...] buscou elucidar o sentido do ser, entendido como significação etimológica, lógica, direção, ou seja, compreensão do ser”.

Com essas observações, ressaltamos, que seria uma pretensão tentar oferecer explicações sobre o pensamento do filósofo. Significa, além disso, que necessariamente recorreremos a alguns de seus comentaristas para extrair fragmentos de suas elaborações sobre o **cuidar/cuidado**.

Abbagnano (1982, p.208) nos esclarece que o termo alemão **sorge**, como utilizado por Heidegger, significa “cuidar de”, “preocupar-se por e com”. Já Steiner (1978, p.86) analisa que o **cuidar**, em Heidegger, é um veículo de transcendência, que

[...] pode e deve tomar uma miríade de formas: cuidar do disponível, das ferramentas e dos materiais de nossa prática; uma preocupação pelos outros, que pode ser definida como ‘solicitude’. Mas, principalmente... [...] é uma preocupação com, um desvelo por, uma responsabilidade à presença e mistério do próprio Ser, do Ser que transfigura os entes.

A partir destes comentários nos é possível depreender que o **cuidar**, como pensado por Heidegger, torna a vida humana significativa, fazendo em qualquer aspecto real, a vida de um homem significar. Ainda, põe em causa a interessante

³ A Teoria Holística foi formulada por Jan Cristian Smuts (1870-1950), filósofo que considera os fatos da natureza como todos que não podem ser reduzidos à soma das partes, sendo que a evolução do universo é que determina essa característica da natureza (DORIN, 1978).

equação anticartesiana proposta por Steiner (1978, p. 87): “[...] Eu cuido, logo sou”. Refutações para esse argumento podem ser reunidas, mas no momento não são de nosso interesse. Por hora, mais importante é congregarmos elementos em sua defesa. Neste sentido, priorizamos a advertência feita pelo próprio Heidegger (s/d apud ABBAGNANO, 1982, p. 209):

[...] A expressão (cuidar) nada tem a ver com a ‘aflição’, a ‘tristeza’, as preocupações’ da vida como se revelam ônticamente em cada Ser-aqui. Ao contrário, é ônticamente possível algo como ‘despreocupação’ e ‘alegria’ justamente porque o Ser-aqui, ônticamente entendido, é cuidado”.

Para Boff (1999), a dimensão ôntica do **cuidado** é desvendada por Heidegger através da fenomenologia. O **cuidado** é entendido como um fenômeno que se mostra em nossa experiência, que modela nossa prática e se direciona para a nossa consciência. Desse modo, argumenta Boff, não se trata de pensar e de falar sobre o **cuidado** como algo independente de nós, uma vez que só podemos falar e pensar o **cuidado** a partir de como se estrutura em nós mesmos. Se faltou clareza em nossa exposição, ou se pairam dúvidas sobre como melhor compreender o **cuidar**, como pensado por Heidegger, reflitamos cuidadosamente na reduzida afirmação: “Não temos cuidado. Somos cuidado” (BOFF, 1999, p.89).

A compreensão heideggeriana de **cuidado**, como constituição fundamental do Ser, estende-se muito além do exposto. Esperamos, porém, haver sensibilizado o leitor e despertado o desejo de aprofundar a reflexão sobre as possibilidades de compreensão do **cuidar/cuidado**.

O terceiro instante que dedicamos à reflexão filosófica nos instiga e intriga. A proximidade cronológica do pensador nos fascina. Estamos diante dos escritos de um homem que viveu, refletiu e morreu sob os auspícios de acontecimentos contemporâneos: Michel Foucault (1926-1984).

Nosso interesse pelas questões do **cuidar/cuidado** encontra, entre a produção do filósofo, uma obra intitulada “**Cuidado de si**”⁴. Impossível ignorá-la e impossível, também, explicitar o pensamento foucaultiano, através de um único livro. Pontuemos, brevemente, como a temática é trabalhada naquela obra.

⁴ O livro intitulado **Cuidado de si** é o terceiro volume da trilogia que compõe a **História da sexualidade**. É interessante lembrar que há um intervalo de oito anos entre a publicação do primeiro volume, *Vontade de saber* (1976), e os volumes seguintes. A esse respeito Ortega (1999, p. 22) nos esclarece que no intervalo destes anos ocorreram múltiplas mudanças na trajetória do pensamento foucaultiano, e uma delas corresponde a “[...] um deslocamento teórico no eixo do poder, que vai da analítica do poder às tecnologias do governo, com isso, o surgimento de um si mesmo constituído esteticamente”. Essa é parte da temática central do livro o **Cuidado de si**.

Foucault (1985) inicia sua investigação, retornando a alguns dos primeiros textos filosóficos e médicos da Antiguidade, tais como: A Chave dos Sonhos de Artemíodoro, o Alcebiades de Platão, a Apologia de Sócrates, e tantos outros que podem ser facilmente identificados durante a leitura dos textos que compõem o Cuidado de si. Através do retorno histórico são demarcados três momentos em que o **cuidar/cuidado** é abordado como “**cuidado de si**”. O primeiro momento é identificado em textos socráticos e platônicos; o segundo, em textos dos séculos I e II d.C.; e o terceiro, em textos que abordam a ascese cristã dos séculos III e IV (ORTEGA, 1999).

Os textos dos séculos I e II d.C. - nomeados como a idade de ouro do cuidado de si - são o tema central do livro homônimo. É instigante verificar que as análises empreendidas nestes textos voltam-se para a moral greco-romana dos primeiros séculos da era cristã, embora sejam abordados “[...] problemas já presentes na Grécia clássica, mas que os latinos trataram de modo diferente” (ARAÚJO, 2000, p.125).

É intrigante observar que Foucault (1985), ao levantar dados históricos acerca do cuidado de si, percorra caminhos inusitados, tais como o exame das práticas, a vida cotidiana, os regimes médicos e sexuais entre os gregos e romanos, para iniciar uma problematização⁵ de natureza ética, que difere das até então empreendidas por outros filósofos.

Sua análise vai privilegiar o modo como o sujeito pode si constituir como sujeito ético. Nesse sentido, é o próprio Foucault (1997b, p.119) quem nos esclarece que em todas as suas apreciações sobre o assunto: “[...] é importante lembrar que na cultura antiga como um todo, o **cuidado de si** mantém conexões com o tema do conhecimento de si”. É na trama das conexões existentes entre o cuidado de si e o conhecimento de si, que repousa o fio condutor das investigações que o pensador empreendeu sobre os modos instituídos do conhecimento de si.

Ao abordar, desconstruindo, o **cuidado de si**, o conhecimento de si e as técnicas de si relativas ao modo de vida greco-romana, o autor nos põe diante de uma maneira diferente de compreender, por um lado, a história da subjetividade, e

⁵ A noção de problematização adotada por Foucault é específica e substancial para compreender a forma como a questão ética é tratada pelo filósofo. Segundo Mitjavila (1994, p.64), a problematização “[...] indica um conjunto de interrogações sobre as origens e as formas da conversão de um assunto (loucura, criminalidade, sexo) em problema, através de determinadas práticas institucionais e de diversos aparatos conceituais”.

por outro, a questão da governamentalidade. A subjetividade passa a ser analisada “[...] através do empreendimento e das transformações, na nossa cultura, das ‘relações consigo mesmo’, com seu arcabouço teórico e seus efeitos de saber [...]”; e a governamentalidade diz respeito ao “[...] governo de si por si na sua articulação com as relações com o outro (como é encontrada na pedagogia, nos conselhos de conduta, na direção espiritual, na prescrição dos modos de vida, etc) [...]” (FOUCAULT, 1997a, p.111).

Consideramos também intrigante, que no livro “**Cuidado de si**” não seja construída uma ponte com o presente. Entendemos que ao se concentrar na problematização ética da cultura greco-romana, tomando por base os dispositivos da sexualidade, o filósofo faz emergir uma análise e, simultaneamente, uma proposta: uma estilística da existência. Sobre este aspecto tanto Araújo (2000) quanto Ortega (1999) afirmam que os gregos inspiraram Foucault, sem que isso signifique uma proposta de retorno ao modo de vida grego, pois para ele, os problemas só são postos por uma determinada época e por ela solucionados.

Hoje, para os interessados no **cuidar**, no **cuidado** e no **cuidador**, a abordagem histórico-filosófica realizada por Foucault - não somente nos textos que compõem o livro o “**Cuidado de si**” - aponta para além de analogias e de diferenças existentes na constituição moral grega e romana dos séculos I e II da nossa era. Seu estudo da ética, na antiguidade clássica, a partir da idéia de um “pensar diferente”⁶ é parte da ontologia presente. De modo que nos parece interessante pensar acerca do que Ortega (1999, p.77) comenta sobre a possível atualização do **cuidado de si**:

[...] o conhecimento de si não representa hoje em dia um caso especial do cuidado de si; este último é menosprezado, ao passo que o conhecimento de si constitui a tarefa fundamental. Por conseguinte, a reabilitação do cuidado de si apresenta-se para Foucault como uma tarefa política importante.

Evidentemente que as observações aqui empreendidas não esgotam o pensamento dos três filósofos privilegiados em nosso estudo. Ao buscá-los, de início movidas unicamente pela sensibilidade, nos foi dada a oportunidade de testemunhar, através das falas dos sujeitos entrevistados, que o exercício da reflexão não lhes é alheia ou estranha, pois está presente no cotidiano dos

⁶ Acerca do “pensar diferente”, Almeida (1994, p.104) comenta que o próprio Foucault pouco nos fala. A proposta do “pensar diferente” está associada “[...] à experimentação sobre os limites daquilo que se conhece e Foucault nos coloca seu próprio trabalho como experiência modificadora e exploratória: o pensamento tem o direito de explorar-se a si próprio através do exercício de um saber que lhe é estranho”.

cuidadores. As práticas que dão consistência ao **cuidar** indicam muito mais que o manuseio de corpos doentes. Por um lado, possuem uma finalidade objetiva - atender necessidades - e, por outro, indicam uma forma de compreensão, de conhecimento e de desejo de transformação da realidade que lhes é imediata.

Voltar o pensamento sobre si mesmo, indagar-se sobre si e sobre os outros, buscar o sentido de sua história, rever o significado do projeto de futuro, são encaminhamentos dados às reflexões que orientam a ação dos cuidadores por nós entrevistados. Diante desses achados, pensamos: não são esses os mesmos elementos que guiam a reflexão filosófica? Acreditamos que sim. São os cuidadores, em nosso entendimento, filósofos anônimos e sem textos, que ousam expressar interpretações da realidade que vão além das aparências, que crivam valores vigentes em nossa sociedade; ora validando, ora negando, ou reconstruindo logo a seguir. Aparentemente, o que faz a diferença entre os filósofos anônimos e sem textos, e aqueles outros, autores de textos reconhecidos como de teor filosófico, é um preceito: o *detour* metodológico da Filosofia.

CAPÍTULO 2

O quadro teórico-metodológico do estudo

2.1 O marco teórico: A Teoria das Representações Sociais

A necessidade acadêmica de dissertar sobre a teoria de base, o marco teórico ou o fio central condutor das idéias que regem um trabalho, obedece a uma perspectiva, historicamente reconhecida, que se pauta no uso da lógica e da racionalidade ditas científicas. Justificamos tal perspectiva em função da coerência interna das idéias que conformam o estudo. Salientamos que tal procedimento presta-se a iluminar a análise e a interpretação que será empreendida para o desvelamento das questões em estudo.

Em obediência a norma acadêmica nos propomos expor aspectos de nossa opção teórica que julgamos relevantes. Já explicitamos, desde o título que conferimos a este estudo, a escolha pela Teoria das Representações Sociais. Tal opção, ressaltamos, não decorre de casualidades nem de pura simpatia pelas questões psíquicas e/ou sociais. Pauta-se, fundamentalmente, em uma exigência que julgamos pertinente ao objeto a ser investigado: o cuidar/cuidado.

Nesse sentido, e à guisa de esclarecimento, entendemos que o cuidar/cuidado pode ser concebido como um fenômeno, um conceito, uma percepção, uma atribuição de sentido em constante mobilidade e que manifesta, contínua e cotidianamente, seu trânsito entre o individual e o coletivo. Ao assim montarmos uma justificativa por esta opção teórica, nos alinhamos com os aspectos inovadores das representações sociais, especialmente no que se refere à possibilidade de se empreender uma interpretação que não reduz os fatos sociais, uma vez que os entende como processos dinâmicos que não podem ser enclausurados ou congelados.

Para se compreender os aspectos inovadores trazidos pela Teoria das Representações Sociais, necessário se faz rever a história do conceito de representação social. No entanto, declinamos que, embora fundamental, não trataremos, de formas exaustiva, do seu percurso histórico, tecendo a esse respeito apenas comentários.

A matriz conceitual das representações sociais pode ser encontrada, em nossa língua, em uma tradução da obra de Serge Moscovici (1978), originalmente

intitulada “La psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse” (1961)⁷. É sobre essa matriz que se desenvolveram - e se desenvolvem - desdobramentos empíricos e teóricos-epistemológicos circunscritos no atual estado da teoria.

Transcorridos 41 anos da publicação da obra inaugural, podemos afirmar que uma história da psicologia social atrelada à Teoria das Representações Sociais continua a desenhar-se, quer no sentido de aprofundar conceitos, quer permanecendo aberta a questionamentos, como originalmente desejou seu formulador.

Entendemos que as “coisas” evoluíram, mas a abertura conceitual revelada pelo autor permanece atual e reafirma o caráter renovador de suas idéias. Ao se afastar das exatas definições e dos precisos significados, Moscovici (1978) rompeu com o modelo metodológico, tão caro, e usualmente utilizado pela ciência comportamental vigente aquela época.

A complexidade inerente ao conceito de representação social já era reconhecida e trabalhada por Moscovici (1978, p.41), quando, por exemplo, nos falou “[...] de sua posição ‘mista’ na encruzilhada de uma série de conceitos sociológicos e de uma série de conceitos psicológicos”. Ao adotar tal posicionamento teórico o autor revela que empreendeu análises não somente no campo da sociologia e da psicologia clínica e social, como também enveredou pelos domínios da filosofia e da antropologia. De modo tão marcante a noção de representação é trabalhada, que podemos dizer que para “pensá-la”, Moscovici percorreu, em seus estudos, ora explicitando ora insinuando, o corpo das ciências sociais.

Tomar o caminho indicado por cada uma dessas ciências, para acompanhar a construção do conceito de representação social, se afigura como uma sólida base teórica. Dessa forma, nos seria permitido “conversar” nas “encruzilhadas” dos campos do saber, discutindo analogias e diferenças próprias a cada construto teórico especializado. No entanto, sabedores dos limites deste texto - e também em reconhecimento ao empreendimento dos estudiosos das representações sociais -

⁷ Nóbrega (2001, p.58) aponta que a obra intitulada *La psychanalyse son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*, publicada em 1961, é a tese de doutorado de Moscovici sobre a questão inédita das representações sociais. Somente em 1976 o autor publica, reescrevendo sua tese, o livro que hoje conhecemos, em versão traduzida (1978), com o título de *A representação social da psicanálise*.

apenas pontuaremos, com o auxílio destes, aspectos que consideramos relevantes para nosso estudo sobre a Teoria das Representações Sociais.

Iniciamos a revisão da Teoria pelo prisma epistemológico. Inicialmente nos parece importante atentar para as elaborações que envolvem o conhecimento do senso-comum e o conhecimento científico.

Em tempos anteriores à formulação da teoria, tais formas de conhecimento eram colocadas em pólos opostos. Sendo dito que o conhecimento elaborado pelo senso-comum era “confuso”, “inconsistente”, “desarticulado”, “fragmentado”, e até mesmo dotado de uma mentalidade pré-lógica, quando comparado ao conhecimento científico (NÓBREGA, 2001).

As formulações de Moscovici (1978) acerca do conhecimento elaborado pelo senso-comum revelam a lógica existente nestes processos, em franca oposição ao que anteriormente era interpretado como desprovido de estruturação e, portanto, de valor científico. A Teoria das Representações Sociais vem validar as chamadas teorias do senso-comum.

Para pensar a Teoria, nos moldes como a conhecemos, Moscovici reportou-se a três pólos do conhecimento: a Teoria de Gramsci sobre o senso comum no âmbito da política; os pressupostos de Piaget sobre os processos do conhecimento e as lições de Durkheim sobre sociedade (NÓBREGA, 2001). A partir daqueles fundamentos, conforma-se que a Teoria das Representações Sociais é uma teoria sobre o conhecimento, que se apóia e, simultaneamente, distancia-se das proposições estritamente sociológicas ou exclusivamente psicológicas. Com ela é inaugurada uma perspectiva psicossociológica, a partir da qual se considera, evidentemente, que o indivíduo pensa, conhece, mas não o faz sozinho. O conhecimento, pois, é gestado numa “sociedade pensante”. A mesma sociedade que pensa, comunica-se. Este é outro aspecto fundamental da teoria em estudo.

A esse respeito é dito por Moscovici (1978, p. 93) que “[...] cada população tem seus modos dominantes de comunicação em relação a sua situação social e o seu grau de instrução”. É destacado, no âmbito das comunicações, o papel da conversação, meio pelo qual se penetra no campo das relações interpessoais.

Os fenômenos comunicacionais são apontados como condições de formação do pensamento e das representações sociais. Ainda sobre o papel da comunicação na Teoria das Representações Sociais, Jodelet (2001, p.29-30) afirma:

[...] a comunicação desempenha um papel fundamental nas trocas e interações que concorrem para a criação de um universo consensual. Finalmente, remete a fenômenos de influência e de pertença sociais decisivas na elaboração dos sistemas intelectuais e de suas formas.

Por havermos entendido que a comunicação também é esteio para as representações sociais, chega à hora de responder uma clássica pergunta: o que são as representações sociais? Moscovici (1978, p.41), neste sentido, já o disse: “[...] se a realidade das representações é fácil de apreender não o é o conceito”.

Como decorrência desta advertência, poderemos verificar que na obra original não existe um único conceito, mas várias propostas de definições, em diversos momentos do estudo. Tal ocorrência acreditamos, resulta do empenho do autor em enfatizar determinados aspectos dos fenômenos representacionais. Sobre esse ângulo, aqueles que bem conhecem a Teoria são sabedores - e nos ensinam - que as noções edificadas por Moscovici permitem o dimensionamento e a compreensão de sua Teoria, como também confirmam sua abertura a posteriores conceituações.

Talvez o correto ou o desejável fosse que tentássemos definir as representações sociais a partir das elaborações de Moscovici (1978) para que, assim, algo fosse acrescentado ao já dito. No entanto necessitamos, para poder prosseguir, trilhar as veredas abertas por outros.

Não sentimos necessidade de confrontar as concepções já existentes, o que implicaria em nos deter sobre este tópico, mas para responder a já formulada pergunta acerca do que são as representações sociais, adotamos como resposta a caracterização empreendida por Moscovici (1978, p. 41):

[...] entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnadas. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância [...].

Tomamos, também, da afirmativa de Jodelet (2001, p.21) sobre o fenômeno das representações sociais: [...] “descobrimos diversos elementos (alguns, às vezes, estudados de modo isolado): informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc”.

Recorremos, ainda a Doise (1986 apud NÓBREGA, 2001, p.67-68) quando declina:

Limitando-se inteiramente ao livro de Moscovici, já se apreende que a representação social é uma instância intermediária entre conceito e percepção; que ela se situa sobre as dimensões de atitudes, informações e de imagens; que ela contribui para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais; que ela conduz a processos de objetivação, de classificações e de ancoragem; que ela se caracteriza por uma focalização sobre uma relação social e uma pressão a inferência; e, sobretudo, que ela se elabora nas diferentes modalidades de comunicação: a difusão, a propagação e a propaganda.

De passagem por estas caracterizações, já se delineia como se entrelaçam os aspectos constituintes das representações sociais. A complexidade que lhes é inerente transparece, e nos faz entender que não é possível apreender o construto das representações sociais unicamente através de caracterizações, definições ou conceituações.

Passemos, então, a investir nossos esforços nas explicações sobre os processos envolvidos na elaboração das representações sociais. Esclarecemos que não objetivamos desvendá-los ou tratá-los com a profundidade necessária. Apenas pontuamos, dando relevo àquelas elaborações que consideramos esclarecedoras, tanto para o entendimento quanto para a aplicação que daremos a teoria.

Nossa atenção recaí, logo de início, sobre as questões envolvidas quando são abordadas as instâncias mentais que compreendem o conceito e a percepção. A esse respeito Moscovici (1978, p.57) nos esclarece:

[...] A representação não é, em minha opinião, uma instância intermediária, mas sim, um processo que torna o conceito e a percepção de certo modo intercambiáveis, uma vez que se engendram reciprocamente.

Ao adotar essa perspectiva, o autor revisitou e rompeu com a maneira como a psicologia clássica funcionalista concebia tais instâncias. A partir daí, noções como as de sujeito/objeto, estímulo/resposta, interno/externo deixam de existir como se, forçosamente, separadas ou distintas. Passam a ser concebidas como faces distintas de um mesmo fenômeno, que só se deixa entrever em ação. A ação, neste caso, é, por excelência, constituinte de um processo.

Por ser declarado que toda representação é sempre uma representação de alguma coisa ou de alguém, somos conclamados a refletir sobre os processos nos quais se fundem o conceito e o objeto percebido. Destaca-se, nessa perspectiva dialética, a natureza imageante ou figurativa das representações, como vinculadas, invariavelmente, a um aspecto significativo. Ao significarem, as representações, sejam individuais ou sociais, fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deve ser (MOSCOVICI, 1978). Mas esse processo, não nos enganemos, não é

pacífico. Pelo contrário, é marcado pela tensão, na medida que subjaz a sua elaboração a “presença” do ausente e do estranho.

Por ser dito que se deparar com o ausente e o estranho é parte da experiência humana, interessa-nos ressaltar que coube à psicossociologia desvendar os processos de transformação do ausente, do estranho, e do não-familiar, em presença, em reconhecimento e em familiaridade, através da construção das representações. Moscovici (1978) nos esclarece que o objetivo das representações é tornar o estranho familiar. Sendo ainda elucidado que:

[...] É somente nessa condição que o mundo mental e real se torna sempre um outro e continua sendo um pouco o mesmo: o estranho penetra na brecha do familiar, e este abre fissuras no estranho (MOSCOVICI, 1978, p.62).

A esta altura julgamos que pode parecer redundante salientar que as representações sociais são criadas pelos atores sociais em relação e em meio à dinâmica das comunicações. Que emergem e se transformam num ritmo que não obedece as cronometragens mecânicas, mas sim ao compasso que é próprio das mudanças sociais. Que se tornam passíveis de interpretação e reinterpretarão do “novo” e do “velho”, visando a reconstrução do real, este sempre em movimento. Enfim, que a formação das representações sociais é uma ocorrência e uma decorrência da vida cotidiana em sociedade.

Quando destacamos estas questões o fazemos com o intuito de preparar terreno para abordar os processos de formação das representações sociais. Em face da complexidade inerente ao assunto, julgamos que o caráter de redundância tende a diminuir; uma vez que necessário se faz manter em mente tais premissas, para que os processos de **objetivação** e **ancoragem** sejam apreendidos.

Antes que tratemos destes processos formadores das representações sociais, declinamos ter encontrado em Sá (1996, p.47-48), uma explicação que nos ajuda a compreendê-los. Diz o autor:

[...] Uma outra proposição teórica, já implícita na formulação original da teoria, mas admitida por Moscovici como de formalização definitiva posterior à dos processos de objetivação e ancoragem, é a *transformação do não-familiar em familiar*. A rigor, tal proposição constitui o próprio princípio básico a que aqueles processos servem [...].

Afirma Sá (1996) que a transformação do não-familiar em familiar é o esquema explicativo básico da teoria. Por meio deste princípio, único e simples, em associação com dois processos específicos, a **objetivação** e a **ancoragem**, é

possível penetrar na estruturação das representações, em seus componentes simbólicos e figurativos.

Encontramos em Brito (2000) uma interessante posição sobre a clássica dicotomia empreendida entre a objetivação e a ancoragem. A autora, embora não sugira o abandono da perspectiva clássica, salienta a possibilidade de se compreender a elaboração das representações sociais, através destes processos, de forma única.

Embora julguemos inovadora esta posição, necessitamos do auxílio de Nóbrega (2001) para explicitar o que vem a ser a **objetivação** e a **ancoragem**. De tais processos é dito que se constituem na imbricação e na articulação da atividade cognitiva com as condições sociais em que são forjadas as representações. De forma clássica temos que o processo de **objetivação** consiste em: “[...] materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado” (NÓBREGA, 2001, p.73).

São apontados por Moscovici (1978) três aspectos constituintes do processo de objetivação: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização⁸.

Passemos, agora, a abordar o processo implícito na formação das representações sociais: a **ancoragem**. Da obra de Moscovici (1978) depreende-se que é através do processo de **ancoragem** que ocorre a incorporação do “estranho” e do “novo” ao sistema de pensamento social preexistente. Recordemos que o conhecimento social se apóia em uma rede de categorias através das quais o real é interpretado. Ao incorporar o “estranho” e o “novo” tais categorias são reinterpretadas e reincorporadas, passando, então, a orientar a compreensão de fenômenos e a ação dos sujeitos. Como base para a organização do processo de ancoragem, três condições são consideradas como estruturantes: atribuição de sentido, instrumentalização do saber e enraizamento no sistema de pensamento.

Para que a atribuição de sentido se efetive se faz necessário “[...] um trabalho da memória, o pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído, a fim de ordenar a novidade nos moldes antigos, no que já é conhecido” (JODELET, 1989 apud NÓBREGA, 2001, p.78).

⁸ Para maiores esclarecimentos sobre os três aspectos constituintes do processo de objetivação, sugerimos consultar o texto de Nóbrega intitulado “Sobre a teoria das representações sociais” presente na coletânea organizada por Moreira (2001, p.55-87).

Já sobre a instrumentalização do saber, nos é esclarecido que “[...] confere um valor funcional à estrutura imageante da representação, à medida em que esta se torna uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreenderem a realidade” (NÓBREGA, 2001, p. 78).

Acerca do enraizamento no sistema de pensamento é dito que “[...] permite a coexistência de dois fenômenos opostos no interior do processo formativo das novas representações. É o movimento de ‘incorporação social da novidade’ atrelado a ‘familiarização do estranho’” (NÓBREGA, 2001, p.71).

Pelo exposto conclui-se que o esforço para a construção de novos sistemas representacionais é acionado sempre que o homem, inserido na história de seu tempo, depara-se com o estranho e com o novo, e estes exigem uma tradução. Ou seja: “O novo é o pivô da composição, e joga em duas posições; primeiro, ele provoca ansiedade e desperta o passado, no qual se espelha para se fazer incorporar. Depois ressurgem a ansiedade diante da nova condição [...]” (ARRUDA, 1998, p.37).

Deduzimos que é no espectro das diferenças tão comuns à vida em sociedade, que o “novo” e o “velho” circulam, criando as condições em que são gestadas e estruturadas as representações sociais.

Em consonância com o ritmo que imprimimos a esta revisão da Teoria, passamos a tratar das funções das representações sociais.

Tem-se, historicamente que, como originalmente proposto por Moscovici (1978), foram atribuídas às representações sociais duas funções: uma de saber e outra de orientação. Posteriormente, Abric (1998), ao realizar pesquisas sobre cognições e práticas sociais, acrescentou mais duas funções aquelas duas originais, a saber: a identitária e a justificadora. Para delas falarmos buscamos apoio nas contribuições de Abric (1998), que de forma extremamente didática, expõe seu entendimento sobre tais funções.

A função de saber diz respeito aos saberes práticos do senso comum. Por um lado, permite que os conhecimentos adquiridos sejam integrados pelos atores sociais, de forma coerente com a cognição e os valores que lhes são próprios. Por outro, é apontada como condição necessária à comunicação social. Sendo através do seu exercício que é definido um quadro de referências sociais comuns que viabilizam a troca, a transmissão e a difusão do saber do senso comum.

A função identitária possui um papel primordial nos processos de comparação social. Pois, além de definir a identidade e proteger a especificidade dos grupos, tem um essencial papel nos processos de socialização. Sendo essencial, na medida em que participa do controle social exercido sobre o comportamento dos sujeitos.

Por sua vez, a função de orientação, como indica o nome que lhe foi atribuído, é um guia para a ação. Ação essa presente nas condutas e nas práticas sociais, que através das representações (sistemas pré-decodificados da realidade) findam por determinar, a priori, o tipo de relação, de comportamento e de estratégias cognitivas adotadas por um grupo. De acordo com Abric (1998, p.30), “[...] a representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social”.

Sobre os auspícios da função justificadora é estudada a característica das representações sociais de funcionarem como um sistema de avaliação das relações e das práticas sociais. Através da avaliação são explicadas e justificadas as relações entre grupos, uma vez que, segundo Abric (1998, p.30): “[...] A representação tem por função preservar e justificar a diferença social, e ela pode estereotipar as relações entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles.

Ao articularmos as funções descritas com os fatores presentes na gênese, nos processos e na estrutura das representações, nos é possível verificar que inexistem dicotomias entre estas instâncias. Conclui-se, também, que elas foram erguidas enquanto relações necessárias a sua compreensão.

Em face dos objetivos delineados para o presente estudo, dedicamos este último momento da revisão da literatura a uma verificação acerca de sua inserção no campo das pesquisas sobre os fenômenos representacionais da saúde e da doença.

Sá (1998, p.36), ao descrever os campos ou áreas de pesquisas em que a Teoria tem sido empregada, avalia:

[...] A saúde e sua contrapartida, a doença, constituem uma segunda temática importante, que se impõe não só por razões históricas, mas também por sua incômoda e persistente atualidade. O caráter estranho e ameaçador próprio da doença respondem pela sua extrema capacidade em gerar representações [...].

Acreditamos, que nosso estudo se inclui nesta área de investigação, embora não abordemos a doença e o doente. Deles trataremos, por focar a mediação estabelecida pelo sujeito que cuida do doente. O cuidador familiar de idosos doentes

é ponte privilegiada para apreensão e compreensão dos fenômenos representacionais envolvidos no pensar contemporâneo sobre a saúde e a doença. Em especial nossa atenção recai sobre um pensar a saúde e a doença de um grupo socialmente definido através de critérios cronológicos: os idosos.

Para finalizarmos, é interessante situar que, segundo Sá (1998), Claudine Herzlich é a pioneira das investigações sobre as representações, elaboradas pelo senso comum, acerca do processo saúde/doença.

Em Adam e Herzlich (2001) encontramos discussões que norteiam a compreensão e o emprego da Teoria para o desvelamento das elaborações sociais em torno do processo saúde/doença. Delas nos apropriamos para pontuar esta revisão.

Para pensar a saúde e a doença, em nosso tempo, normalmente recorreremos ao saber da medicina científica, já que a doença é reconhecida, num primeiro momento, como resultado daquilo que afeta, organicamente, o indivíduo. Nesse sentido, ressaltamos, a doença é sua realidade orgânica e, enquanto tal, não oferece visibilidade para seus aspectos psicológicos e sociais.

Abordar a saúde e a doença numa perspectiva psicossociológica implica buscar e reconhecer as interações entre os processos orgânicos e os fatores sociais. [...] A doença e a saúde definem-se, portanto, em função das exigências ligadas ao nosso ambiente às nossas inscrições e às nossas relações, familiares e profissionais, por exemplo, e constituem, em sentido próprio, estados sociais (ADAM e HERZLICH, 2001, p.12).

Existindo doenças há doentes e, enquanto tais, os doentes necessitam de cuidados; e os cuidados, por sua vez, são prestados por cuidadores. Tal encadeamento lógico é encontrado em todas as sociedades. As respostas às doenças e aos doentes, sob a forma de atendimento, é que podem ser diferentes.

Nas sociedades modernas, o saber médico “define” os termos do encontro da pessoa com a doença, “define” quem é ou não reconhecido como cuidador profissional, marca a ruptura que a doença, tantas vezes, provoca. Em síntese, o veredicto médico acerca da realidade biológica termina por modelar um “lugar” social para os indivíduos doentes. Aprofundar esta discussão se faria necessário, mas ela apenas será retomada na análise dos dados.

No que se refere à doença e a experiência de vivenciá-la, transcendem a esfera médica e passam a cumprir um papel em todos os lugares da vida social.

Nesse sentido, se destacam idéias nas quais a doença passa a ser entendida como mediadora das relações sociais. Especial ênfase é dada às doenças crônicas, ressaltando-se que sob essa designação são abrigadas patologias diversas, assim entendidas e designadas, primordialmente, em função de sua duração.

Na perspectiva psicossocial procura-se, muito mais, “[...] analisar a vida cotidiana das pessoas que vivem ‘com e apesar da doença’”. Ou, ainda, procura-se compreender como “[...] o impacto desorganizador da doença faz-se sentir na família, no trabalho, no lazer [...]”. “[...]As regras e os papéis específicos de cada um desses mundos ficam desestabilizados [...]” (ADAM e HERZLICH, 2001, p.123).

Também é descrita uma tendência comum, tanto aos portadores das doenças quanto aos envolvidos com eles, de “normalização”. A “normalização”, no sentido impresso pelo saber médico, aproxima-se das condições de controle otimizado das doenças. Já na perspectiva sociológica, “[...] nunca é um retorno ao estado anterior, mas um conjunto de ações e interpretações que possibilitam construir uma ‘nova atitude natural’ (ADAM e HERZLICH, 2001, p.125)”.

Se compreendida em sua dinâmica, essa “nova atitude natural” corresponde a um trabalho social, de reestruturação de papéis e da dimensão identitária. Na seqüência da exposição das idéias sobre a tendência à “normalização”, apontamos a seguinte citação:

[...] “a irrupção da doença constitui uma ‘ruptura biográfica’ na medida que ela impõe não somente modificações na organização concreta da vida, mas leva a um questionamento sobre o sentido da existência dos indivíduos, a auto-imagem e suas explicações” (MICHAEL BURY, 1982 apud ADAM e HERZLICH, 2001, p. 126).

Configura-se, na citação, uma das mais importantes dimensões da análise social das doenças, uma vez que sua adequada abordagem deve congrega aspectos de um saber individual, psicológico, filosófico e social. Sendo então permitido alcançar um entendimento diferente sobre o adoecimento e a doença.

O adoecimento e a doença, embora possam ser vivenciados como tais, não são fatos isolados do contexto social onde ocorrem, pois a construção de vínculos é condição da existência pessoal e social. Conseqüentemente, diante da doença, tais vínculos são convocados, sob a forma de apoio psicológico ou de suporte material, para que a doença e as adversidades daí decorrentes sejam enfrentadas e administradas.

Embora seja possível reconhecer a existência de uma rede social que colabora no enfrentamento da doença, os vínculos familiares são, normalmente, considerados como o “núcleo resistente” frente às adversidades decorrentes da doença. “[...] o trabalho de administração da doença, realizado pela família a transforma em ator central nos tratamentos de saúde: este trabalho leigo é, não obstante, normalmente ignorado e permanece praticamente invisível” (ADAM e HERZLICH, 2001, p.130).

Nos cuidados familiares, a depender da gravidade da doença, são mais facilmente reconhecidos os custos financeiros daí decorrentes do que os ônus psicológico e social que também podem ser consideráveis para os familiares. É tido que as famílias ou familiares que cuidam de seus doentes também experimentam o anseio de normalização, conforme anteriormente abordado. Segundo Adam e Herzlich (2001, p.131): “[...] esse anseio de normalização tem pesadas conseqüências e provoca uma reestruturação da vida familiar em todos os sentidos”.

Por tratar de sentidos em elaboração ou reelaboração, o estudo de Adam e Herzlich (2001) é dotado da singular condição de circunscrever um campo de investigação e, simultaneamente, traduzir o “espírito” que anima sua análise: saberes que se entrecruzam nas fronteiras do psicológico e do sociológico.

2.2 Premissas teóricas para definição do universo e dos sujeitos do estudo

No universo dos conhecimentos e das práticas que se voltam diretamente para o processo saúde/doença, um extenso território circunscreve uma dimensão da existência humana: o cuidar e o cuidado.

Embora filosoficamente implicados em toda e qualquer atividade que envolve o existir, o cuidar/cuidado concretiza-se e é socialmente reconhecido nas teorias e nas práticas vinculadas às ciências médicas. Estas, por sua vez, instituídas e institucionalizadas em nome da manutenção ou da recuperação da saúde, nomeiam, de modo generalizante, os atores sociais que a praticam, de **cuidadores profissionais**. Sendo através de práticas específicas e especializadas que passamos a reconhecer, nesses cuidadores, os médicos, os enfermeiros, os bioquímicos e toda uma vasta gama de profissionais, que se expande no mesmo ritmo no qual se aprofundam os conhecimentos no campo das ciências biomédicas.

Em outro *locus* do pensamento social, e em aparente oposição aos cuidadores profissionais, estão situados os **cuidadores não-profissionais**. Leigos do ponto de vista de uma formação institucionalizada e do exercício profissional do cuidar, têm como garantia para seu reconhecimento social, a execução de práticas dotadas de carga simbólica. Historicamente, podemos dizer que o contexto cultural em que estão inseridos é quem tem se encarregado de nomeá-los - pois os reconhece - e, também, contrapô-los aos cuidadores profissionais. Estamos falando, e simultaneamente reconhecendo, como exemplos destes sujeitos, as benzedadeiras, os raizeiros e os xamãs tão presentes em nossa cultura.

A expressão **cuidadores não-profissionais** abriga entre seus sentidos aqueles que identificam os **cuidadores familiares**. Evidentemente o papel e a função que desempenham ao intervirem no processo saúde/doença concede-lhes um *locus* social distinto dos demais cuidadores não-profissionais. Sua designação não se pauta nem na formação nem na prática profissional. Obedece as dinâmicas particulares, curva-se as regras que se derivam das relações de parentesco, é modulada por questões de gênero, de proximidade física e, sobretudo, envolvimento afetivo (MENDES, 1995 apud CALDAS, 1998, p. 12).

Não obstante a existência dos **cuidadores familiares** seja inquestionável, pois inquestionável é a permanência da família enquanto instituição, só recentemente os cuidadores começam a ganhar visibilidade e reconhecimento no campo das ciências médicas. Outras áreas do conhecimento (sobretudo a História, a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia) já trabalham com a temática há mais tempo, embora de forma distinta daquela como é, mais freqüentemente, abordada nas ciências médicas. A problemática dos cuidadores familiares é investigada por ângulos e com propósitos diferentes: as ciências médicas têm se preocupado em instrumentalizar o familiar para melhor cuidar, enquanto que as ciências sociais se detêm em analisar discursos, práticas domésticas e cotidianas de manutenção e recuperação da saúde, para compreender os sentidos do cuidar.

Nessa última vertente, a das investigações psicossociais, inserimos nosso estudo. Para sistematizá-lo, produzimos recortes no universo do cuidar/cuidado, passando a defini-los, tendo por base a proposta de Leininger (1985, apud GEORGE, 1993): o cuidar/cuidado são fenômenos culturais, universais, diversos, relacionados com comportamentos de prestação de auxílio, apoio ou capacitação

voltada para um indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição humana.

No presente trabalho, os cuidadores foram definidos e, posteriormente, selecionados como sujeitos do estudo, caso atendessem aos seguintes critérios:

- possuir laços de parentesco com um idoso portador de demência;
- dividir domicílio com o idoso;
- residir em domicílio situado no perímetro urbano do município de Campina Grande, PB;
- identificar-se como cuidador familiar do idoso doente e declarar-se envolvido no cotidiano e práticas do cuidar;
- não receber remuneração monetária ou material pelos cuidados prestados.

Norteou a escolha de tais critérios uma dupla intenção: a de limitarmos o estudo e, simultaneamente, preservarmos a diversidade inerente aos depoimentos individuais sobre o cuidar/cuidado de familiares idosos e doentes. Assim procedendo, esperávamos alcançar um lugar comum - nas produções verbais - no qual o pensamento se inscreve e se revela como representação social.

A seleção dos sujeitos do estudo se deu por conveniência ou em “bola de neve” (REA e PARKER, 2000), face à inexistência, na cidade, de serviços de saúde para atendimento especializado aos idosos portadores de demência. Face ao exposto, desenharam-se então duas possibilidades de localização dos sujeitos. A primeira consistiu em solicitarmos informações junto aos grupos de nosso convívio, e a segunda, apoiou-se em recebermos encaminhamentos fornecidos por profissionais de saúde que trabalham diretamente com a problemática dos idosos portadores de demência (geriatras, neurologistas e psiquiatras).

Associadas uma e outra fonte de informações e encaminhamentos, conseguimos contatar com um total de 35 cuidadores familiares de idosos doentes, no período compreendido entre junho e dezembro de 2001. Especificamos que deste número total, nove cuidadores foram entrevistados por ocasião do estudo piloto; seis não atendiam aos critérios de seleção (eram cuidadores de idosos portadores de deficiências visuais, motoras ou de outras patologias incapacitantes); e 20 constituíram o corpus da pesquisa.

2.3 O campo e a coleta dos dados

A sistemática adotada para a obtenção dos dados consistiu no estabelecimento de um primeiro contato com os cuidadores por via telefônica. Naquela ocasião, nos identificávamos, declinávamos a origem do encaminhamento e, expúnhamos nosso objetivo, para em seguida agendar a visita domiciliar.

Por se tratar de uma visita domiciliar, alguns “cuidados” foram estabelecidos visando um melhor aproveitamento das vantagens daí decorrentes:

O horário para a coleta dos dados foi determinado segundo conveniência dos cuidadores. Chamando-nos a atenção a preferência pelo horário compreendido entre 18:00 e 20:00 horas. Tal preferência foi justificada por uns como decorrente da ocupação das horas diurnas em trabalho fora do domicílio, e por outros, como o horário de menor envolvimento nas atividades domésticas. O tempo empregado na coleta de dados variou bastante, embora possamos estabelecer uma média de uma hora por sujeito entrevistado. A visita, em alguns casos, estendeu-se por um período mais longo em respeito ao desejo e a disponibilidade dos cuidadores.

Atenção também foi dada a forma de adentrarmos nos domicílios - território do cuidador e cenário do cuidar/cuidado - para coletar dados. Tal procedimento apresenta vantagens já apontadas por diversos pesquisadores (OLIVEIRA, 1996), tais como a redução dos fatores inibidores do discurso, tão comuns e facilmente comprováveis em ambientes institucionais. Consideramos, no entanto, que para tais vantagens serem efetivamente aproveitadas, necessitávamos estabelecer, com rapidez, um *rapport* com os sujeitos que pesquisávamos.

Nesse sentido, Triviños (1987), ao comentar o uso da entrevista semi-estruturada, aborda, entre as questões que nomeia como “preliminares da entrevista”, a necessidade de se estabelecer *rapport* ao iniciá-la. Embora cientes de que o estabelecimento de *rapport* não seja suficiente para transformar a relação entre pessoas estranhas em relações íntimas ou familiares, nem se presta a esconder as relações de poder presentes na comunicação, julgamos que o mesmo pode contribuir para instauração de um espaço relacional no qual se efetivem trocas de experiências.

Em acordo com essa perspectiva, procuramos transformar a nossa apresentação pessoal e a comunicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), em uma oportunidade para que o cuidador nos “investigasse”

e dirimisse dúvidas sobre a pesquisa e seus objetivos. Declaramos que, ao adotar tal postura, experienciamos, momentânea e subjetivamente, o “lugar” do entrevistado.

Por se tratarem de espaços privados, fugia de nossas possibilidades qualquer tentativa de controle das condições ambientais, razão pela qual registramos interrupções no curso da coleta de dados. As interrupções ocorreram em momentos diversos e foram motivadas, principalmente, por solicitações dos familiares aos cuidadores, ou mesmo para o atendimento de alguma necessidade dos idosos.

Ressaltamos que tais intervenções não se constituíram em impedimentos a coleta dos dados, mas sim em oportunidades para que os cuidadores produzissem verbalizações sobre seu cotidiano e sobre a dinâmica familiar referente ao cuidar/cuidado.

Ao final das visitas, oferecíamos aos sujeitos entrevistados um exemplar do guia destinado aos familiares cuidadores, organizado pela Alzheimer’s Disease Society (s/d), intitulado “Como cuidar de pessoas prejudicadas mentalmente”. O material (traduzido) é nacionalmente difundido pela Associação Brasileira de Alzheimer. A decisão por assim procedermos decorreu da experiência vivenciada por ocasião das entrevistas realizadas como piloto. Naquela ocasião observamos que os cuidadores demandam um grande número de informações sobre a doença e seus cuidados, ao que respondíamos na medida de nossas possibilidades de conhecimento. Imaginamos que recorrendo ao recurso do oferecimento do guia do cuidador, estaríamos contribuindo, mais efetivamente, tanto com a difusão das informações sobre a demência e seus cuidados, quanto respondendo aos cuidadores.

Parece-nos ainda importante destacar que mesmo planejada e executada em concordância com os procedimentos estabelecidos, a coleta de dados através da visita domiciliar nos surpreendeu pela riqueza de possibilidades de observação tanto dos sujeitos em si, quanto da força concreta e transformadora dos fenômenos do cuidar/cuidado.

A experiência de “ir” aos cuidadores demandou a necessidade de registrarmos algumas percepções que tivemos, tanto sobre a pessoa do cuidador quanto do ambiente domiciliar. Embora concentradas nas verbalizações dos cuidadores, observávamos de forma não sistemática ou livre, gestos e expressões faciais dos cuidadores, bem como o ambiente ao redor. Vagava nossa atenção sobre a casa, a disposição dos móveis, objetos, sons, odores, que embora presos no

silêncio típico do que é inanimado, conseguem comunicar de modo tão eficaz que são prontamente incorporados aos discursos dos cuidadores e marcados em nossa memória.

2.4 Os instrumentos

Optamos por abordar os sujeitos do estudo através da combinação de vários instrumentos. As razões que nortearam esta escolha apóiam-se em reflexões sobre a natureza do fenômeno estudado, na adoção da Teoria das Representações Sociais como marco teórico, e nos objetivos impressos a nosso estudo.

O uso conjugado de vários instrumentos para apreensão das representações sociais vem sendo apontado e empregado por especialistas da área, como uma das possibilidades de desvelamento da complexidade dos fenômenos representados socialmente. A esse respeito, com muita clareza e pertinência, Joffe (1997, p.300) faz o seguinte comentário:

[...] A escolha de um método multifacetado se liga ao pressuposto de que as RS [Representações Sociais] são plasmadas na interação entre o pensamento popular e o contexto social em que esse pensamento acontece.

Ao buscarmos esclarecimento epistemológico para o emprego de vários instrumentos, encontramos suportes teóricos e práticos que findaram por orientar a sua concepção e a sua elaboração. Enunciados referentes às pesquisas sociais, apresentados por Thiollent (1982), Chiazotti (1998) e Minayo (1994), foram associados à produção teórica e ao relato de investigações conduzidas por experientes pesquisadores, em especial no campo das representações sociais, como Filho (1993), Spink (1993), Sá (1998), Roquette (2001) e tantos outros que são citados ao longo deste estudo.

De modo sucinto e já diluído na autoria - pois incorporadas às nossas próprias elaborações - colocamos em destaque idéias cuja gênese advém dos autores anteriormente citados, os quais foram pilares na concepção dos instrumentos. Dessa forma acreditávamos ser necessário reconhecer que:

- o objeto elegido para estudo é dotado de relevância social e de possibilidades empíricas e instrumentais de abordagem;
- a neutralidade do pesquisador inexistente. Sendo, em contrapartida, possível adotar, diante do objeto, dos sujeitos e dos instrumentos do estudo, uma

postura reflexiva em que a teoria e a prática se articulam, mas não se fecham aos questionamentos.

- as condições de produção do discurso, tanto dos sujeitos pesquisados quanto do pesquisador, determinam verbalizações marcadas pela heterogeneidade. As diferenças, nestes casos, devem ser observadas, captadas e registradas para não serem ignoradas nem reduzidas quando da análise dos dados.

Assim postas as condições de concepção e de elaboração dos instrumentos, estes foram submetidos à experiência piloto, realizada junto a nove cuidadores. Ao final dessa etapa exploratória procedemos a alterações na forma e no conteúdo dos instrumentos, objetivando adequações do vocabulário e adaptações da temática aos objetivos do estudo. Prestou-se ainda o material então coletado para ensaio da análise a ser posteriormente empreendida sobre o corpus da pesquisa.

Reelaborados os instrumentos passamos efetivamente a trabalhar com:

2.4.1 Teste de Associação-livre

O teste de associação-livre foi o primeiro instrumento utilizado na coleta de dados. Aplicado em conformidade com as orientações de Bardin (1977), a partir do seguinte estímulo: Quando você escuta a expressão “cuidar de um velho doente”, o que primeiro lhe vem à cabeça? (anexo 2).

Os conteúdos obtidos através do teste de associações guardam conexões com a economia psíquica dos sujeitos a eles submetidos. Uma vez que o estímulo tem a capacidade de mobilizar cadeias associativas impregnadas de investimentos afetivos. Se adequadamente analisadas as associações podem nos auxiliar a investigar as articulações do psicológico com o social.

2.4.2 Questionários para caracterização dos cuidadores e dos idosos (anexos 3 e 4)

Os questionários foram concebidos no âmbito das idéias que circunscrevem as manifestações do cuidar/cuidado na relação estabelecida entre os sujeitos. Teve por objetivo situar os cuidadores e os idosos em relação a dados fatuais, objetivos e

enumeráveis (gênero, idade, estado conjugal, número de filhos, escolaridade, etc) para que, então, pudéssemos contextualizar, com relativa objetividade, quem falava, de onde falava e sobre quem incidia o discurso sobre o cuidar/cuidado.

Os cuidadores - um dos pólos da relação de cuidar/cuidado - foram por nós considerados “informantes privilegiados”, uma vez que os idosos - o outro pólo relacional - encontravam-se intelectual e cognitivamente limitados pela patologia para nos fornecer as informações solicitadas.

Embora justificável nossa decisão em assim proceder, ela comporta, por um lado, uma contradição - pois fica claro que nos concentramos em apenas um dos pólos da relação de cuidar/cuidado -, e por outro lado evidencie a complexidade dos sujeitos envolvidos nesta específica relação.

2.4.3 Entrevista semi-estruturada

Tradicional técnica de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada vem sendo largamente empregada em pesquisas de cunho qualitativo, em especial no campo da psicologia social, e de forma particular em estudos que se propõem a investigar as representações sociais (Spink (1993), Guareschi e Jovchelovitch (1997), Moreira e Oliveira (1998) e Moreira (2001).

De nossa parte, entendemos que quando a adotamos estávamos nos posicionando diante de um fenômeno social, e assumindo uma estratégia metodológica marcada pela coerência, lógica e consistência com a Teoria das Representações Sociais. Parecendo-nos importante ressaltar alguns dos fundamentos que regeram nossa escolha:

- Assunção da entrevista semi-estruturada como importante meio de captação de discursos sobre os mais diversos objetos e processos sociais;
- Reconhecimento de que nosso informante é competente, pois efetivamente envolvido com o fenômeno que estudamos, sendo ainda dotado de possibilidades de expressão capazes de enriquecer a compreensão sobre o fenômeno estudado;
- Compromisso de preservação da autonomia e da lógica discursiva dos sujeitos entrevistados;
- Respeito à singularidade e à historicidade contempladas em cada discurso;
- Adoção de uma escuta que não se esgota no encerramento das falas.

Sobre este último aspecto Alves (2001, p.79) muito nos esclarece, quando afirma que a “escuta” se dá em dois planos:

[...] O primeiro baseado no discurso do entrevistado, destaca as possíveis interferências relativas às diferenças de vocabulário, status social, relações de poder, motivações políticas, interesse pelo tema investigado, dentre outros. E o segundo, centrado nos objetivos da pesquisa, focaliza as questões mais estruturantes do tema estudado, ou seja, significa atenção às idéias centrais que regulam a direção da entrevista e a pertinência ao tema da pesquisa.

O roteiro final da entrevista (anexo 5) foi definido após estudo piloto, intentando articular o objeto em estudo, os objetivos da pesquisa e a teoria que nos guia. Trabalhamos com um roteiro temático que inicialmente abordava aspectos gerais do cuidar, para progressivamente ir se tornando específico em relação ao cuidar da pessoa idosa e doente. Aspectos práticos e subjetivos da experiência do cuidador são tangenciados com o intuito de abrir perspectivas para análise e interpretação do fenômeno estudado a luz da Teoria das Representações Sociais.

O emprego do roteiro foi feito em acordo com sua função orientadora dos discursos, primando-se para que os sujeitos conservassem a possibilidade de desenvolver suas falas de forma livre, porém objetiva. Salientamos que em algumas circunstâncias intervimos para esclarecer dúvidas ou para estimular a verbalização de pontos que considerávamos obscuros.

Ao final das entrevistas perguntávamos se havia algo que o entrevistado gostaria de acrescentar ao seu depoimento, ocasião em que fomos surpreendidos pela diversidade de rumos dados a temática do cuidar.

O registro das entrevistas foi feito em gravações, previamente autorizadas e a posteriori literalmente transcritas, com resguardo de informações nomeadas pelos cuidadores como confidenciais.

Como anteriormente abordado, especificamente na ocasião em que expúnhamos a sistematização adotada para entrada no campo, voltamos a frisar que as observações que realizamos de forma não sistemática ou livre são dotadas de caráter descritivo ou reflexivo e registradas conjuntamente com as transcrições das entrevistas.

2.5 Procedimentos analíticos

Ao apresentarmos a análise do material coligido como um tópico em separado, tanto da Teoria das Representações Sociais quanto da sistematização adotada para a coleta dos dados, o fazemos tentando tornar transparente os passos que trilhamos para alcançar o objetivo a que nos propúnhamos: apreender representações sociais do cuidar/cuidado elaboradas por cuidadores familiares de idosos portadores de demência.

Movidas por esse intuito, passamos a trabalhar, considerando que a disposição em “apreender representações sociais, exigia-nos sua descrição e nos conduziria a uma interpretação referencial do contexto e do fenômeno em estudo.

Para tanto, utilizamo-nos da análise de conteúdo, do tipo categorial-temática, cujas bases se assentam na obra de Bardin (1977). Entendemos que a análise de conteúdo, no que se refere a técnicas, princípios e conceitos fundamentais, é dotada de uma plasticidade que lhe confere extremo valor, quando empregada para o desvelamento da complexidade dos fenômenos sociais. E, por sua vez, a Teoria das Representações Sociais possui a singular característica de não se vincular a um método de pesquisa.

Dessa forma, fundamentamos que a perspectiva qualitativa da análise das entrevistas foi associada à quantificação dos indicadores presentes nos discursos, através de tratamento freqüencial.

Esclarecemos que, em nosso desenho metodológico, estes dados possuíam a função precípua de, em associação com as entrevistas, inscrever os sujeitos e seus discursos em um momento específico da história de nossa coletividade e, simultaneamente, indicar condicionantes culturais em jogo. Assim sendo, a presente análise não tem pretensões de revelar processos básicos ou universais do cuidar/cuidado, nem seus resultados são passíveis de replicação.

2.5.1 Análise do material obtido via teste de associação-livre

Ao material em questão foram aplicadas as recomendações de Bardin (1977). Inicialmente foram reunidas palavras, expressões ou frases modais⁹, recolhidas

⁹ Frases Modais. Para defini-las usamos os mesmos parâmetros adotados por Oliveira (1996, p. 98): “[...] As frases modais são aquelas frases típicas que contêm um grande número ou porcentagem de palavras que participam do universo dos dados estudados”.

como resposta ao estímulo: Quando você escuta a expressão “cuidar de um velho doente”, o que primeiro lhe vem à cabeça?

Em seguida, as verbalizações foram agrupadas e submetidas à contagem de frequência, segundo os seguintes critérios: aproximação semântica, respeito ao encadeamento associativo até a 5ª evocação, e em analogias estabelecidas com as dimensões do cuidar/cuidado elencadas nas teorias do cuidar que embasam nosso estudo.

Executado o primeiro nível de fragmentação das verbalizações, estas foram reagrupadas e reorganizadas. Como resultado deste procedimento, definimos quatro grupos temáticos a partir dos indicadores de sentido presentes nas evocações. Tais indicadores, ao mesmo tempo em que definiram os grupos temáticos, configuraram os núcleos.

Salientamos que estes orientaram a análise empreendida sobre o material discursivo proveniente das entrevistas. Entendemos que os mesmos sinalizam pontos de articulação entre a instância psicológica e o território social onde, segundo Moscovici (1978), são gestadas as representações sociais.

Na tabela nº 1 apresentamos os núcleos temáticos do cuidar/cuidado, sua nomeação, e os indicadores recolhidos nas verbalizações obtidas através do Teste de Associação.

TABELA Nº 1
NÚCLEOS TEMÁTICOS DO CUIDAR/CUIDADO

NOMEAÇÃO DOS NÚCLEOS	INDICADORES TEMÁTICOS	FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DAS UNIDADES DE ANÁLISE	
		F	%
1. Expressões e estados afetivos associados ao cuidar/cuidado	Carinho (09); Amor (06); Sentimentos (02); Atenção (01); Decepção (01); Muita tranquilidade (01); Não é o que queria pra mim (01)	21	32,3
2. Expressões pragmáticas associadas ao cuidar/cuidado	Cuidados gerais e específicos (10); Papel e função do cuidador (03); Necessidades do idoso (02); Trabalho (02); Pessoa no leito (01); Falta de gente para cuidar (01); Não poder dormir nem brincar (01)	20	30,8
3. Expressões de cunho filosófico associadas ao cuidar/cuidado	Responsabilidade (05); Preocupação (03); Paciência (03); Compromisso (02); Obrigação (02); Sinceridade (01); Senso de caridade (01); Você tem que ter sentido (01); Zelar (01); Preconceito (01)	20	30,8
4. Expressões da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado	Lembro como ele (idoso) foi pra mim (01); Lembro tanta coisa (01); Lembro que ele (idoso) nunca foi chegado à família (01); O cuidador não pode esquecer o que tem pra fazer (01)	04	6,1
TOTAL		65	100,0

Conforme se pode verificar, os núcleos temáticos identificados apresentam freqüências que a uma primeira análise podem ser consideradas estatisticamente não representativas. No entanto, lembramos que a questão da representatividade estatística em investigações de cunho qualitativo é sempre equacionada e está a serviço do desvelamento qualitativo.

De forma particular, consideramos que três fatores são relevantes para a compreensão dos critérios de análise que adotamos. Vejamos:

- O número de sujeitos entrevistados é restrito, em função da técnica adotada, dos objetivos traçados, dos critérios estabelecidos e das condições materiais e concretas, como por exemplo: tempo para realização da investigação,

inexistência de um serviço em nossa cidade que viabilizasse a pronta localização de sujeitos que se enquadrassem na proposta desta pesquisa;

- A polissemia do objeto em estudo - o cuidar/cuidado - logo de início se manifesta através da verbalização de um vasto repertório de palavras ou expressões carregadas de sentidos que expressam a homogeneidade e a diversidade do cuidar;
- Os núcleos temáticos foram identificados a partir da análise das evocações obtidas com o Teste de Associação que, por sua vez, em essência, resultam de um trabalho “econômico” do ponto de vista psíquico e da expressão verbal dos sujeitos pesquisados. Buscamos apoio em Abric (1994 apud Sá, 1996, p. 115-116) para fundamentar nossa visão da representatividade dos núcleos:

[...] O caráter espontâneo - portanto menos controlado - e a dimensão projetiva dessa produção deveriam, portanto permitir o acesso, muito mais facilmente e rapidamente do que uma entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou objeto estudado. A associação livre permite a atualização dos elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.

Acreditamos que esclarecida a questão da representatividade numérica, podemos, então, adiantar que os 20 sujeitos pesquisados realizaram a tarefa de evocação sem recusas.

Em prosseguimento, aplicamos aos conteúdos obtidos a técnica de agrupamento por aproximação semântica, procedimento que resultou em 65 palavras ou expressões diferentes, conforme se pode visualizar na Tabela nº 1.

2.5.2 Análise dos questionários para caracterização dos cuidadores e dos idosos.

Para análise dos dados obtidos através destes instrumentos, dois procedimentos foram adotados. O primeiro, extremamente simples, consistiu em abordar os dados passíveis de quantificação, através de tratamento estatístico efetivado por meio da distribuição de frequência e de cálculo de porcentagem. Esclarecemos, ainda, que para melhor aproveitamento de alguns dos dados coligidos foi calculada a média aritmética simples.

Caso permanecêssemos nesse nível de análise, estaríamos reduzindo informações importantes para o desvelamento de fenômenos psicossociológicos, razão pela qual adotamos um segundo procedimento.

O segundo procedimento consistiu em associar os dados quantificados aos discursos elaborados sobre o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Para tanto, de posse dos dados quantificados, íamos aos discursos, buscando falas em que tais dados fossem espontaneamente enunciados ou ventilados em associação com outras temáticas.

Da associação entre os dois procedimentos emergiu uma possibilidade de análise quanti-qualitativa que tem por orientação a Teoria das Representações Sociais. Almejamos, desse modo, conseguir traçar uma caracterização dos cuidadores e dos idosos doentes, que nos permitisse melhor contextualizar os sujeitos e as condições de produção dos discursos, para assim, apreender e descrever as representações sociais.

2.5.3 Análise das entrevistas

Após identificação dos núcleos temáticos e em conformidade com a técnica prescrita para análise de conteúdo, procedemos à categorização dos registros presentes nos discursos. Para tanto adotamos uma associação de procedimentos sugeridos tanto por Bardin (1977) quanto por Vala (1986), e que sumarizamos nos seguintes passos:

- recorte das unidades de análise;
- agrupamento das unidades de análise, segundo a temática;
- identificação e nomeação, a posteriori, das categorias, subcategorias e seus componentes.

Mediante estas técnicas, os discursos são desmontados e criadas as condições para que se realizem inferências e, através delas, se torna viável a passagem da descrição a interpretação que, entendemos, visa alcançar o sentido atribuído ou elaborado nas representações sociais.

Almejamos, através da análise que desconstrói discursos, alcançar as condições de elaboração de um outro discurso, nem melhor nem pior que o primeiro, apenas diferente.

Ainda gostaríamos de acrescentar que na análise de uma representação há que se recorrer, primeiro à sua apreensão, instante de sua coleta, e, segundo, à sua compreensão, momento de sua análise propriamente dita. Para o caso, por

exemplo, das palavras, representação grafo-sonora, há que se apreendê-la no dito, primeiramente, para depois, poder-se compreender o sentido daquilo que se diz, subjacente ao que está dito.

No que concerne às representações sociais e ainda no campo das palavras, deslocado o centro da análise do indivíduo para a sociedade, o procedimento, em linhas gerais, é o mesmo, embora não mais interessando os porquês individuais, mas os sociais. Interessa, isto sim, a apreensão do que é individualmente proferido, para se poder compreender os sentidos sociais que imprimem a forma daquele dito.

Um exemplo esclarecedor: tomemos de uma sentença, cuidar é responsabilizar-se. Num primeiro momento, é isto que interessa apreender: “cuidar é responsabilizar-se”, objeto a ser analisado. Em segundo tempo, mediante investigação, é que cabe fazer a compreensão do porquê, para alguém, “cuidar é responsabilizar-se”, apontando no que seja um significado pessoal atribuído ao cuidar, o que é da ordem social do sentido da prestação de cuidados.

CAPÍTULO 3

Quem cuida e quem recebe cuidado

3.1. Caracterização dos cuidadores

3.1.1 O gênero e o cuidar/cuidado

Todos os sujeitos entrevistados são do gênero feminino. Tal constatação não surpreende. Era o esperado. É em torno do “esperado” que teceremos algumas observações.

Destacamos a permanência – já apontada por sociólogos e antropólogos – de um “processo de naturalização” social do cuidar via qualificação desse mesmo cuidar como atributo de mulher (FONSECA, 1996).

Aloja-se no conjunto das atribuições tidas como femininas uma compreensão biologizante do cuidar, na qual a mulher “naturalmente”, devido a sua condição biológica, “nasce sabendo cuidar”. Sendo insinuada uma tendência, encontrada em diferentes sociedades, da mulher ser apontada como principal agente de cuidados à saúde.

Ultrapassando o âmbito dos cuidados domésticos é notória a existência, permanência e, também transformações ocorridas nas chamadas profissões femininas (entre outras, citamos, o Serviço Social e a Enfermagem), cujas práticas assentam-se em saberes ditos femininos, e cuja dimensão central é o cuidar.

Amâncio (2001), ao estudar questões relativas ao gênero e às representações sociais, sob a perspectiva da assimetria simbólica¹⁰, faz referência a um pressuposto, segundo o qual as representações dos saberes profissionais são “neutras” com relação ao gênero. No entanto, contrariando o pressuposto, é visto, empiricamente, no campo da Enfermagem e do Serviço Social, um investimento de saber formal no domínio central dessas práticas – o cuidar – como contribuição para desvinculação do saber prático e da elevação do estatuto social destas profissões. Estamos diante da lenta transformação de um saber que se assenta na experiência (notadamente feminina) por um saber teórico e assexuado. O cuidar, nesses casos,

¹⁰ Amâncio (2001, p.179), ao estudar os estereótipos sexuais no âmbito das representações sociais, trabalha com o conceito de “lógica simbólica”, entendida como elemento que preside a organização dos múltiplos conteúdos presentes nas representações sociais. Para a autora “[...] essa lógica é marcada pelo princípio da assimetria, não em termos meramente avaliativos, como é, por vezes entendida a hierarquização entre os sexos, mas sim em termos de significados simbólicos”.

abandona o anonimato típico das práticas “naturalmente” femininas, para alcançar o reconhecimento profissional e social.

E como ficam os cuidados domésticos, familiares, informais, prestados exclusivamente por mulheres as pessoas idosas e doentes? Possuem visibilidade social? São legitimados? Quem confere visibilidade ou legitimidade: os cuidadores e os cuidados ou os idosos e as doenças? Se sobram respostas empíricas para tais indagações, estas esperam pela legitimação conferida pelas ciências da atualidade.

Um outro aspecto instigante da análise das atuais relações sociais de sexo centra-se nas transfigurações do sentido do que é ser homem e do que é ser mulher. É possível observar, mesmo que empiricamente, em determinados setores da vida social contemporânea (marcadamente no setor da produção, sobretudo no que respeita a prestação de serviços), a presença e o novo sentido do trabalho feminino no desempenho de atividades antes exclusivamente masculinas. Já no âmbito privado, doméstico, familiar – local por excelência do cuidar – as transfigurações do sentido mulher/homem não possuem a força de evidência nem se manifestam tão concretamente como aqueles sentidos que já circulam na vida pública.

Em nosso estudo, os cuidadores são cuidadoras. O cuidar não é misto e permanece sendo conjugado, exclusivamente, no feminino.

3.1.2 Faixa etária e cuidar/cuidado

Ao analisarmos os dados quantitativos relativos a distribuição das cuidadoras por faixa etária (anexo 6) verificamos uma maior frequência de cuidadoras com idade situada na faixa etária correspondente a 40-49 anos (40%), seguidas por aquelas que se situam entre os 55-59 anos (30%). É interessante verificar que caso agrupemos, em função da proximidade numérica, as décadas correspondentes aos 40 e 50 anos, estaremos diante de 70% da amostra. A média de idade das cuidadoras corresponde a 50,4 anos.

Da leitura quantitativa dos dados deslizamos para ponderações, buscando sentidos que os números isoladamente não contemplam.

Ressaltamos que a maneira como pensamos acerca da importância da idade das cuidadoras distancia-se daquelas outras que se baseiam estritamente no transcurso do ciclo biológico ou evolutivo. Entendemos idade como um construto, um

conceito, uma vivência balizada por fatores bio-sócio-culturais que se fazem representar socialmente.

Em Lloret (1998), encontramos uma reflexão que situa o tempo (inscrito como idade) para além de uma propriedade cronológica individual. Caso direcionemos tal reflexão para o cuidar de idosos doentes e consideremos a prevalência de cuidadoras na faixa etária compreendida entre 40-49 anos, questionamos: será essa a idade em que é socialmente atribuída as mulheres o papel de cuidadoras de idosos? Aspiraram as mulheres, nessa faixa etária, às funções que desempenham?

Vários níveis de análise podem ser postos em discussão quando buscamos compreender a questão idade/cuidar/cuidado. Destacamos que a primeira análise proposta mantém estreita relação com a forma como estabelecemos os critérios de seleção das entrevistadas. Em decorrência direta do laço familiar exigido, nos deparamos com 80% das mulheres na condição de parentesco de filhas dos idosos. Parece-nos então compreensível, pelo menos no que tange a cálculos numéricos, que as cuidadoras, ao alcançarem a faixa etária de 40-49 anos, tenham genitores vivos, com idade superior a 60 anos de idade. É interessante constatar que, mais uma vez, estamos diante de um marco bio-psico-social que delimita um dos ciclos da existência humana: a velhice. Torna-se plausível, nesta circunstância particular de estudo, acompanhar a (lógica) moral do senso-comum a qual recomenda aos mais jovens cuidarem dos mais velhos ou aos filhos cuidarem dos pais idosos.

Giddens (1993), ao estudar as transformações da intimidade, nos alerta que as relações de parentesco, um dia já consideradas “naturais”, passam por modificações gerativas de novas formas de relacionamento entre parentes. Ao considerar, especificamente, o caso dos deveres que os filhos adultos assumem em relação aos pais idosos, ele pondera existir uma tendência em desenvolvimento que aponta que o apoio, material e social, dado pelos filhos aos pais depende da qualidade do relacionamento existente entre eles.

Em suma, pode ser interpretado como “natural” (socialmente esperado) que mulheres com idade compreendida entre 40-49 anos cuidem de seus pais idosos e doentes. Refletimos que, ao atingir esta faixa etária, teoricamente, estas pessoas estarão vivenciando sua maturidade biológica. Sendo desejável que essa maturidade se acompanhe de amadurecimento no plano afetivo e de estabilidade no plano econômico. Essas são, em tese, as condições ideais, produtoras do equilíbrio necessário para cuidar da pessoa idosa e doente.

Consideramos importante atentar que em torno da maturidade feminina gravitam idéias contraditórias. Um exemplo dessa ocorrência nos é oferecido pelas idéias difundidas pelos meios de comunicação de massa. Empiricamente é possível verificar que circulam, simultaneamente, idéias que associam a maturidade feminina ao apogeu da existência e, também, idéias nas quais a maturidade é apontada como o início do envelhecimento. Nas falas das mulheres entrevistadas, encontramos tais concepções associadas ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

Ressaltamos, no entanto, que no transcurso das entrevistas somente 20% das mulheres fazem referências espontâneas às relações entre suas idades ou a idade de outros, como fator relevante na prestação de cuidados. As falas que transcrevemos, por serem espontâneas, situam-se no contexto de discursos sobre a responsabilidade do cuidar ou do futuro da cuidadora.

[...] Acho difícil... muito difícil uma pessoa muito jovem ter esse desprendimento... paciência... acho sim. (Idade da cuidadora: 57 anos).

[...] tô me acabando! A cada dia um pouquinho... mas o pessoal: mas você tão nova? Não fica velha não? Meu Deus do Céu... Eu acho que é a genética, isso... porque é uma carga muito grande que tem horas que... não, sei não... (Idade da cuidadora: 41 anos).

Há, imiscuídas na primeira verbalização destacada, representações do que é ser jovem, como também indícios sobre ser a paciência e o desprendimento qualidades moldadas pelo transcurso dos anos. A passagem do tempo – a semelhança de um escultor – seria a responsável pela modelagem das qualidades ou virtudes citadas como necessárias ao cuidador de idosos.

Na segunda fala, a cuidadora se refere a questão da idade atribuída por outros a sua pessoa, contrapondo, de forma compacta, os construtos relativos à idade real, idade atribuída e idade resultante de vivências do cuidar. Diante da triangulação da questão a saída para explicar as diferenças entre o real, o dito e o vivido apóia-se num único e poderoso argumento: a constituição orgânica que nos é comum e a genética que, no plano biológico, nos singulariza.

Os múltiplos sentidos gestados na relação idade/cuidar/cuidado, seja no referente aos cuidados de si ou aos cuidados de outros, como no manifesto pelas cuidadoras, denotam a articulação do individual com o social. Atestam a interdependência na qual se constroem a(s) subjetividade(s). Torna possível pensar que a idade, em relação ao cuidar/cuidado, não se constitui numa demarcação

rígida, nem num limite objetivo viabilizador ou não da entrada de sujeitos em contextos que exijam cuidados.

Em acordo com as idéias que desenvolvemos, verificamos que nem a mais jovem (32 anos) nem a mais idosa (75 anos) das cuidadoras entrevistadas fazem referências espontâneas as suas idades como elemento facilitador ou causador de dificuldades no cuidar/cuidado da pessoa idosa e doente. No entanto, especulamos que o sujeito, ao tornar-se cuidador familiar de idoso doente, aos 32 anos, acrescenta as suas vivências pessoais e sociais um repertório de experiências não tão comuns e freqüentes a essa idade. É “esperado”, nessa idade, que as mulheres estejam envolvidas com “outros” cuidados, tais como: cuidar de filhos, do companheiro, da profissão, etc.

Distanciando-se da cuidadora jovem (32 anos, filha do idoso), encontramos a cuidadora idosa (75 anos, esposa do idoso), desfrutando de aparente vigor físico e mental. Nesse caso, em face da aproximação etária entre a cuidadora e o idoso doente, é possível vislumbrar um novo complexo de relações que as projeções estatísticas já apontam: idosos saudáveis cuidando de idosos doentes. O sentido e o significado dessa nova ordem permanecem, para nós, obscuros.

3.1.3 Estado conjugal e o cuidar/cuidado

Ao analisarmos como se distribuem as cuidadoras segundo o estado civil (anexo 7), verificamos que 65% são legalmente casadas. Caso consideremos a presença de um companheiro permanente, que coabita no mesmo domicílio e que se responsabiliza pelo orçamento doméstico, como sinônimo da estabilidade requerida no casamento, nosso índice de cuidadoras que vivenciam esta experiência alcança os 70%. Lembramos que embora estejamos diante de um alto percentual, há que se considerar a não representatividade estatística diante do tamanho da amostra estudada, e a partir daí não incorrer em generalizações. Feita essa ressalva, passamos a apreciar alguns aspectos das relações tecidas entre o estado civil e o cuidar/cuidado.

Aparentemente, na base dessas relações, ainda residem idéias que associam o casamento à estabilidade, seja emocional ou econômica. Mais uma vez estamos diante das hipotéticas condições ideais para que se efetivem os cuidados ao idoso doente. No entanto, nos é possível inferir que o “casamento” ideal, ao nível das

conveniências emocionais e econômicas, não se consuma com a frequência esperada, nem enseja a harmonia idealizada.

Dificuldades econômicas e faltas afetivas parecem pautar o cotidiano passado e presente das cuidadoras, numa demonstração que o cuidar/cuidado, embora necessite de suporte econômico e apoio afetivo, finda por acontecer em condições de carência afetiva e econômica. Uma outra discussão intalar-se-ia caso pusessemos em questão a qualidade dos cuidados dispensados nessas circunstâncias. Sem minimizar a importância dos fatores econômicos e afetivos, adiamos, momentaneamente, tal discussão e nos concentraremos no estado civil das cuidadoras.

Constatamos que entre as cuidadoras casadas (65%) apenas duas não possuem filhos. A maior prole é constituída por sete descendentes. O gênero dos filhos distribuiu-se da seguinte forma: 44% são do sexo masculino e 56%, do feminino.

Verificamos que o mais jovem dos filhos das cuidadoras tem 11 anos e o mais velho 54. Havendo entre estes sujeitos, solteiros, casados e separados. Estes dados ganham relevância quando os filhos são apontados como auxiliares no cuidar/cuidado do idoso doente.

O auxílio é descrito basicamente de duas formas: uma de caráter eminentemente prático, que se efetiva através da execução de tarefas como alimentar, banhar, medicar. E, outra forma de auxílio, que funciona ao nível de apoio psicológico, ocasião em que o mesmo toma a forma de uma escuta das queixas e dos sentimentos das cuidadoras.

Embora os filhos sejam apontados como importantes auxiliares do cuidar/cuidado do idoso doente, não encontramos, em nenhuma das entrevistas, evidências de um auxílio contínuo e consistente. Quando o mesmo é citado, é sempre referido em termos de eventualidade diante das necessidades da cuidadora ou do agravamento do quadro clínico do idoso. Verificamos que, em alguns casos, há por parte da mãe-cuidadora uma atitude de proteção ou de justificativa para com a ausência ou pouca participação dos filhos no cuidar/cuidado dos avós.

Diante dos filhos, como é esperado e freqüentemente acontece, as mães cuidam. Cuidam para que eles possam cuidar de suas vidas. As mães os justificam: ora são “jovens”, ora são “casados”, têm “um futuro pela frente”. As mães cuidam dos filhos numa demonstração incontestável do que o poeta popular canta: “Quando a

gente ama, a gente cuida...” dos filhos, do companheiro, da casa, do trabalho, dos pais idosos e doentes. É nessa cadência que se manifesta um dos ritmos da existência humana: o cuidar.

A despeito de considerarmos o amor como mola-mestra de todas as formas de cuidar/cuidado para com os outros, os desdobramentos decorrentes das articulações que estabelecemos entre cuidadoras de idosos versus de filhos, apontam para a atualização das antigas idéias típicas do cuidar, como pertencente ao universo feminino.

Beauvoir (1980, p.165) nos diz que “[...] é em relação ao casamento que se define a celibatária, sinta-se ela frustrada, revoltada ou mesmo indiferente ante essa instituição”. Ao delinear possíveis emoções vivenciadas por mulheres solteiras, Beauvoir nos encaminha, através de suas análises, a contemplar a construção social dessas emoções. É pensando nesta construção, e também na dos papéis, que destacamos uma particularidade presente na fala dessas mulheres.

Chamou-nos a atenção o fato das verbalizações referentes ao estado civil surgirem novamente quando investigávamos as razões que levaram as mulheres a se responsabilizarem pelos cuidados para com os parentes idosos e doentes. Naquele momento, assim se expressaram as cuidadoras:

[...] por haver ficado em casa... por não haver constituído família... por sentir a obrigação.

[...] por amor, por carinho... é um compromisso... e eu sou solteira.

[...] foi o destino ou à vontade de Jesus e porque fiquei solteira.

A partir destas declarações inferimos que o estado civil, em meio à alusão de motivos de ordem moral e afetiva, é elencado como uma condição determinante da assunção dos cuidados ao idoso doente. Julgamos que diante de algumas determinações é sensato refletir sobre o quanto há nelas de pré-determinações.

Entendemos que “ser solteira” ou “ficar solteira” aponta para algo além de uma escolha pessoal. Algo que nos permite entrever uma “trama”, na qual possibilidades de escolhas pessoais são substituídas por necessidades do coletivo familiar.

A suposta “trama” que envolve o “destino” das cuidadoras solteiras, se posta em análise numa perspectiva sócio-histórica, pode nos revelar que é na organização social que se engendra uma parcela desse mesmo destino. É Perrot (1991) quem nos auxilia no desvelamento desses destinos, quando analisa as modificações

ocorridas no modelo familiar vigente no século XIX¹¹. O autor nos informa que os solteiros e solitários – de forma provisória ou permanente – eram indivíduos colocados à margem pela sociedade. Salienda ainda, que o celibato era vivido de forma diferente por homens e mulheres. Situando e esclarecendo o celibato e a solidão feminina, nos diz o autor: “[...] os mecanismos que a produzem são múltiplos. Em primeiro lugar as estratégias matrimoniais, criam, uma ordem de casadas e excluídas; a assistência aos pais idosos, muitas vezes a cargo das filhas mais novas [...]” (PERROT, 1991, p.299, grifo nosso).

Ao sublinhar a assistência aos genitores idosos com um dos mecanismos que engendravam o celibato feminino, pretendemos restabelecer os elos com o contexto de nossa investigação – geográfica e temporalmente situada – e acompanhar como se articulam alguns dos dados coligidos.

Observemos que a relação de parentesco¹² de todas as cuidadoras solteiras com os idosos doentes é a de filhas. Elas não têm filhos. Não são filhas únicas portanto possuem irmãos tanto do sexo masculino como feminino. Todas as irmãs são casadas, embora hajam irmãos solteiros. A ordem de nascimento é variável, sendo encontradas tanto primo como ultimogênicas.

Monta-se, vagarosamente, o arranjo sócio-familiar que, ao fundamentar o celibato por oposição ao casamento, cria padrões de comportamento que modelam a existência de algumas mulheres, transformando-as em seres pré-determinados para o cuidado dos genitores idosos e doentes. Aparentemente, as já longínquas tramas do “destino” que conferiam às mulheres solteiras o papel pré-determinado de cuidadoras dos genitores, continuam a ser tecidas, com evidentes nuances de diferenças, nos teares da organização social contemporânea.

Até agora, intentamos seguir o caminho das associações elaboradas entre o estado civil e o cuidar/cuidado do idoso doente. O esforço empreendido resultou numa certeza: a trilha não é única nem linear, muito pelo contrário abre-se, multiplica-se, entrecruza-se em proporções e associações, digamos, ilimitadas. De

¹¹ Para melhor compreender as modificações ocorridas no modelo familiar do século XIX, sugerimos a leitura do 2º capítulo, volume 4, da **História da vida privada**, dirigida por Aries, Philippe e Duby, George, 1991.

¹² As relações de parentesco constituem-se em um complexo campo de investigação, e em torno destas, várias classificações são propostas. Tomamos da conceituação elaborada pela Comissão do Real Instituto de Antropologia da Grã-Bretanha e da Irlanda (1973, p.104) que reconhece o parentesco como “[...] a relação, real ou putativa, traçada através da relação entre pais e filhos ou entre irmãos, e reconhecida com propósitos sociais”.

forma que, abordar a instituição do casamento ou o celibato feminino, pensar os fatores econômicos, examinar o afeto dos sujeitos envolvidos, verificar a ajuda advinda dos filhos para o cuidar/cuidado, são apenas possibilidades para compreender o cotidiano das cuidadoras. São vias de acesso ao mundo vivido, às formas de conhecimentos ditos “ingênuos” ou “naturais”, permeados por tamanha heterogeneidade, que finda por transcender os sujeitos que cuidam e se instala como práxis social.

3.1.4 O domicílio e a família doméstica das cuidadoras

Conhecer as pessoas que residem na companhia das cuidadoras, sejam ligadas por laços de parentesco¹³ ou não, e abordar como elas se relacionam cotidianamente, afigura-se como uma das possibilidades para penetrar na intrincada esfera da vida privada.

Entendemos que o cenário domiciliar preenche o palco da vida cotidiana, transforma as pessoas que nele transitam em atores e, simultaneamente, autores dos scripts nos quais, habitualmente, são negociados consensos e divergências sobre o cuidar/cuidado do idoso doente.

Embora a possibilidade de conhecimento da situação domiciliar das cuidadoras funcione como uma chave para a compreensão das relações familiares, uma ressalva deve ser feita. Para tanto, recorreremos à experiência de Leite¹⁴ (1993), segundo a qual as relações de parentesco e de convívio não são facilmente investigadas, uma vez que fazem parte do universo da vida privada e, como tais, devem ser tratadas com uma certa reserva e discrição, diante de estranhos. Julgamos que a autora atenta para um cuidado que também gostaríamos de imprimir ao nosso trabalho. No entanto, ousamos tangenciar as relações familiares pelo viés das relações domiciliares, ensejando uma aproximação com a problemática das cuidadoras. Desta forma, nos restringimos a abordar a constituição da denominada família doméstica, ou seja, a família que costuma ocupar a mesma habitação.

¹³ Utilizamos-nos da expressão em sentido amplo como sugerido por Melo (1983, p.316-17) ao citar a classificação dos laços de parentesco como compostos por: laços de sangue (descendência), laços de afinidade (casamento ou matrimônio) e laços fictícios.

¹⁴ Leite (1993) trabalha numa vertente distinta da nossa, qual seja, a reconstituição histórica da família através de material iconográfico.

Na Tabela nº 2 apresentamos uma relação das pessoas que residem no domicílio das cuidadoras, especificando o estado conjugal destas, com o objetivo de identificar algumas das relações anteriormente estabelecidas.

TABELA Nº 2
SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO X ESTADO CONJUGAL DAS CUIDADORAS

A CUIDADORA RESIDE COM	ESTADO CONJUGAL DAS CUIDADORAS									
	Casada		C/companheiro		Divorciada		Solteira		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Genitores saudáveis	02	10	-----		-----		01	05	03	15
Genitor doente	03	15	-----		01	05	02	10	06	30
Genitora doente	05	25	01	05	-----		03	15	09	45
Cônjuge/companheiro saudável	09	45	01	05	-----		-----		10	50
Cônjuge/companheiro idoso e doente	04	20	-----		-----		-----		04	20
Filhos	12	60	-----		01	05	-----		12	65
Netos	02	10	-----		-----		-----		02	10
Sogra idosa e doente	01	05	-----		-----		-----		01	05
*Outros parentes	03	10	-----		-----		03	15	06	30
**Agregados	02	10	-----		-----		-----		02	10
Empregados domésticos remunerados	07	35	-----		01	05	03	15	11	55

*Outros parentes: irmão, sobrinho, primo e cunhado.

**Agregados: pessoas que residem no domicílio da cuidadora, integrando a dinâmica familiar, embora não sejam remunerados, nem possuem laços de sangue e/ou afinidade, mas.

Antes de iniciarmos a análise da Tabela nº 2, destacamos duas questões importantes para o encaminhamento das discussões.

A primeira diz respeito à utilização, pelas cuidadoras, de uma terminologia de parentesco para designarem as pessoas que com ela residem: pai, mãe, esposo, filhos, netos, irmãos, etc. Tal terminologia aponta para além da composição de um

arranjo domiciliar, pois estamos diante de um arranjo familiar doméstico, cujas bases se assentam num “[...] sistema simbólico de denominação das posições relativas aos laços de descendência e afinidade” (MELO, 1983, p. 318) e, em que, aparentemente, predominam os padrões de organização da família ocidental moderna.

A segunda questão objetiva lembrar que todos os idosos doentes residem no domicílio das cuidadoras, havendo entre eles laços de parentesco que assim se distribuem: 80% das cuidadoras são filhas, 15% são esposas e 5% nora dos idosos doentes.

Através destas questões estabelecemos os primeiros elos entre o arranjo domiciliar e a família doméstica que, agora, passamos a analisar.

- **O domicílio e a família doméstica das cuidadoras casadas**

Em nossa investigação encontramos **genitores saudáveis** (10%) residindo com as filhas casadas, principalmente, por não suportarem a sobrecarga de trabalho e de stress decorrente dos cuidados exigidos pelos cônjuges idosos e doentes. Nesses casos, a filha-cuidadora passa a abrigar o casal de genitores e, independente de um deles ser saudável, assume a responsabilidade e o gerenciamento dos cuidados, primariamente, dirigidos ao genitor doente. No tocante à dinâmica familiar, cabe ao genitor saudável o desempenho de atividades de apoio aos cuidados do idoso doente, ou o auxílio cotidiano em tarefas domésticas.

Os **cônjuges**, enquanto pessoas saudáveis, estão presentes em 45% dos domicílios visitados. Já em 20% das residências o cônjuge é, simultaneamente, o idoso doente. Nestes casos foi identificado que as esposas são, em sua maioria, mulheres com mais de 65 anos de idade. Por sua vez, os cônjuges saudáveis (45%) são pessoas efetivamente presentes no cotidiano familiar, não sendo registrado nenhum caso de ausência destes mesmo que temporária.

Curiosamente, embora não tenhamos priorizado a investigação da chefia domiciliar, a questão compareceu, implicitamente, nos discursos das entrevistadas ao se referirem aos seus cônjuges. Tais referências nos permitem inferir que, no domicílio das cuidadoras casadas, a chefia domiciliar é atribuída ao cônjuge saudável. Aventamos que por ocupar tal posição na dinâmica familiar, é com o cônjuge que a cuidadora negocia consensos e divergências implicados pelo cuidar/cuidado do idoso doente.

Ao investigarmos a propriedade do domicílio, constatamos que 45% das cuidadoras casadas referem que o domicílio pertence ao casal (cuidadora/cônjuge). Tal dado, se associado ao parentesco da cuidadora com o idoso, revela-nos que por serem filhas, casadas, proprietárias de seus domicílios acolheram sob seu teto o casal de genitores ou o genitor doente. Indicando-nos que o acolhimento deste(s) alterou toda uma dinâmica familiar preexistente.

Ainda, considerando-se a propriedade do domicílio, verificamos que em 20% dos casos o domicílio onde, atualmente, a cuidadora reside pertence ao seu(s) genitores. Uma situação bem distinta é delineada nessas circunstâncias, revelando-nos que a cuidadora e seu grupo familiar retornam ao domicílio paterno. O retorno é, primordialmente, justificado em face das necessidades do genitor, embora o fator de ordem econômica seja elencado como um poderoso determinante do retorno. Há, nesses casos, um acordo de conveniências negociado não exclusivamente entre a família da cuidadora e seus genitores, mas envolvendo outros parentes.

A dinâmica da família doméstica, nestes casos, é extremamente complexa, pois se estende, além dos limites da residência, e determina repercussões sociais que se manifestam claramente nos discursos e nas práticas das cuidadoras do genitor doente.

Caso consideremos o total das pessoas residentes no domicílio das cuidadoras, verificamos que os **filhos** correspondem a um percentual de 60%. Um alto número, quando comparado aos demais habitantes do domicílio. Diante deste dado, é preciso ter em mente que no Brasil, principalmente no interior do Nordeste, persiste a tendência cultural dos filhos residirem com os pais até atingirem a maioria (cronológica e/ou econômica) ou até constituírem suas próprias famílias.

Em nosso estudo, constatamos, para além das situações típicas de permanência dos filhos no domicílio paterno, a ocorrência de situações nas quais os filhos maiores retornam a casa dos pais após separação conjugal e/ou devido a dificuldades econômicas. Em tais casos, como é esperado, o arranjo domiciliar/familiar das cuidadoras passa por profundas transformações estruturais, que afetam não somente a dinâmica relacional pré-existente, como também o espaço físico da residência.

Encontramos, em pequeno número, sob o mesmo teto, três ou quatro gerações de uma mesma família, tipificando a chamada família extensa. Nelas, a

mulher cuidadora administra não somente cuidados ao idoso doente como também conflitos intergeracionais.

Uma pequena percentagem (20%) de **netos** reside com as cuidadoras em razão direta dos fatores que envolvem o retorno dos filhos à casa paterna, quais sejam separação conjugal e/ou dificuldades econômicas.

A presença dos netos no domicílio da cuidadora determina que os extremos da vida humana - infância e velhice - encontrem-se e, ao nível dos cuidados confundam-se: são banhos, fraldas, papinhas... É presença, é vigilância constante para aquele que inicia e para o outro que se aproxima do término da existência.

Sob a denominação de **outros parentes** encontramos, residindo com as cuidadoras, irmãos, cunhados, sobrinhos e primos (15%), de ambos os sexos, solteiros e com idade superior a 16 anos. De forma muito amiúde, as entrevistadas referiram-se a esses parentes, utilizando-se de possessivos (“meu irmão”, “meu cunhado”, “meu primo”, etc.) indicando-nos a pertença de parentesco em jogo.

Os parentes foram acolhidos para “estudar”, “trabalhar”, “até casar”, “ajudar até...”, sendo discretamente destacado, pelas entrevistadas, o caráter de permanência provisória destas pessoas em seu domicílio.

Suas participações no cuidar/cuidado são caracterizadas como convenientes, não recaindo sobre eles nenhuma responsabilidade sistemática. Suas colaborações flutuam no ritmo de suas disponibilidades.

Os sujeitos denominados de **agregados** estão presentes em 10% dos domicílios visitados. Ao encontrá-los, somos confrontados com um costume, muito antigo, mas que persiste e se manifesta na atual família domiciliar nordestina. Trata-se da prática de acolher, durante longo tempo, sem remuneração, um não parente e, através das regras de convivência e de negociações cotidianas, “adotá-lo” (em sentido restrito) como integrante do grupo familiar.

Para melhor caracterizar essas pessoas, podemos dizer que são mulheres, não são jovens e figuram na história familiar como perenes agentes do cuidar. Cuidaram dos filhos dos idosos doentes - entre eles, daquelas que hoje são cuidadoras - e permanecem auxiliando a cuidar de netos e, até de bisnetos. Por uma trágica ironia, também cuidam daqueles, outrora jovens, que os acolheram e com quem dividiram uma vida de cuidar/cuidados.

Sua presença foi destacada como muito valiosa para a solução de problemas domésticos decorrentes do cuidar do idoso doente. As referências a essas pessoas

são movidas por emoção e por expressões de reconhecimento. Ao mesmo tempo, revelam que rondam os pensamentos das cuidadoras os fantasmas da velhice, da doença e da incapacidade do agregado. Nas entrelinhas dos discursos subjaz uma certeza e um medo: mais um idoso para cuidar. O mesmo destino?

No tocante aos **empregados domésticos remunerados**, o tempo de serviço (contínuo ou em horas trabalhadas) é tido como um poderoso mediador, o qual coloca em ação regras de inclusão/exclusão do grupo familiar.

Sua posição na família doméstica é marcada pela ambigüidade. São estranhos, mas estão presentes no cotidiano e desfrutam da intimidade familiar. Em sua maioria são contratados para exercerem atividades ditas domésticas, mas se envolvem profundamente com os cuidados ou o auxílio à manutenção do conforto do idoso doente. São remunerados, mas nunca sentidos, por parte da família, como efetivamente pagos, quando prestam bons serviços. Nesses casos, a fronteira que separa o estranho do familiar, o externo (público) do íntimo (privado), a remuneração da expressão de gratidão, não é precisa nem clara. Supostamente o contorno do mapa destas relações é delineado pelo tempo, qualidade dos serviços e convivência familiar.

- **O domicílio e a família doméstica da cuidadora com companheiro**

Prosseguindo a análise dos dados, examinemos como se estrutura e se organiza o domicílio da cuidadora que coabita com um companheiro. Um pequeno domicílio, uma reduzida família doméstica composta pela cuidadora, companheiro e idoso doente. A propriedade do domicílio é atribuída ao idoso doente, sendo-nos indicado que a cuidadora nunca abandonou o domicílio paterno, e que sempre dependeu economicamente dos pais. Ao assumir a relação com o companheiro, este é quem passa a integrar o domicílio e a família da idosa doente.

Evidenciou-se, no entanto, a existência de outros familiares, especificamente de irmãos, residentes na mesma cidade da cuidadora ou em outros estados do país. A distância territorial, associada às dificuldades econômicas, foi apontada como o principal impedimento para o estreitamento das relações familiares e, conseqüentemente, para o envolvimento com os cuidados ao idoso doente.

Trata-se de um arranjo domiciliar absolutamente restrito, no qual, inferimos, a existência de outros membros da família – territorial e afetivamente distantes – não induz alterações evidentes no relacionamento de seus membros.

Ausências, solidão, necessidades afetivas e econômicas pautam o cotidiano desta cuidadora. E, diante de uma situação de necessidades tão extremas, passamos a nos perguntar: quem, naquela pequena família, necessita de mais cuidados? De onde provem a rede de apoio, fundamental para o cuidar/cuidado dos idosos doentes?

Ao nos aproximarmos, mesmo que superficialmente, de tão dura realidade, não encontramos respostas, mas lembramos de Auschwitz, do Quênia, dos brasileiros favelados e de tantos outros, tão próximos, mas ocultos na periferia de nossa pequena cidade interiorana.

No nosso estudo, um único caso concreto demonstra o que os teóricos do cuidar/cuidado proclamam: o cuidado, enquanto característica humana, enquanto questão moral e afetiva, instala-se mesmo em contextos onde prevalece o descuidar social, e onde os limites da condição humana são postos a provas.

- **O domicílio e a família doméstica da cuidadora divorciada**

A cuidadora divorciada divide o domicílio, de sua propriedade, com o genitor doente, dois filhos e uma empregada doméstica.

Embora o arranjo domiciliar seja relativamente pequeno, a situação familiar é completamente distinta daquela da cuidadora com companheiro. Verificamos, no presente caso, a existência de parentes que, com a cuidadora e seu grupo familiar, mantêm relações que podem ser caracterizadas como uma “intimidade à distância”. Caso tenhamos em mente o sentido atribuído a esta forma de intimidade, passamos a lidar com um novo paradigma propiciador de uma compreensão diferente das relações familiares, especialmente aquelas que envolvem sujeitos idosos.

Trata-se, pois, de buscar, nas “distâncias” familiares, um sentido diferente – não estritamente quantitativo – que se estabelece e determina “[...] um novo tipo de arranjo, uma nova ordem de forma de família extensa, na qual a troca e a assistência ocorrem de maneira intensa” (COHLER, 1983 apud DEBERT, 1999, p. 83).

Diante dessa “nova” ordem de organização das relações familiares, a distância territorial já não pode – ou nunca pôde – ser equiparada ao abandono familiar.

A semelhança do que ocorreu com as cuidadoras casadas, à questão da chefia domiciliar apareceu espontaneamente no transcurso da entrevista, indicando

que, provavelmente, em decorrência do estado civil, a cuidadora divorciada assume a chefia do domicílio e da família. Por ocupar tal posição a cuidadora divorciada não se isenta do enfrentamento de conflitos decorrentes do cuidar/cuidado do idoso doente.

Do ponto de vista da dinâmica familiar, os **filhos** da cuidadora divorciada assumem o lugar de interlocutores, sendo especialmente com eles que passam a ser estabelecidos consensos e negociadas divergências sobre o cuidar/cuidado.

Prado (1984, p.74) comenta que a hierarquia familiar – outrora extremamente rígida, mas nunca estática – “[...] não deixava margem a dúvidas nem conflitos, pois também eram bem delimitados os direitos e deveres de cada membro da família para com todos os outros”.

No arranjo familiar em estudo, a hierarquia familiar já não é tão evidente. Posições e papéis passam a ser dotados de grande mobilidade e a se adequarem às motivações e às necessidades do grupo domiciliar em questão. Os filhos da cuidadora divorciada possuem, atualmente, um status marcado pela ambigüidade, pois são ao mesmo tempo responsáveis e tutelados.

Aparentemente, as famílias, nessas circunstâncias, recorrem a subterfúgios que lhes sejam convenientes, e que lhes assegurem, simultaneamente, a incorporação aos modelos de família socialmente valorizados.

Passemos a analisar a presença de **empregados remunerados** neste arranjo domiciliar. Verificamos, então, que sua existência é regida e dotada das mesmas características encontradas no domicílio e na família das cuidadoras casadas.

A diferença instala-se ao encontrá-los em apenas algumas moradias, ocasião em que somos confrontados com a obviedade que sua presença indica: tem empregados quem possui poder econômico. E, diante das demandas que o cotidiano do cuidar do idoso impõe, tê-los é um privilégio para uns e para outros não.

- **O domicílio e a família doméstica das cuidadoras solteiras**

Consideramos esclarecedor iniciar a caracterização do domicílio das cuidadoras solteiras nos reportando aos dados relativos a propriedade do domicílio versus estado civil das cuidadoras (anexo 8).

Caso atentemos, especificamente, para as indicações de propriedade do domicílio das cuidadoras solteiras, verificamos que em 10% dos casos os imóveis são de propriedade das cuidadoras, e em 15%, pertencem aos idosos doentes.

Duas considerações impõem-se para a compreensão destes dados: primeira, as cuidadoras solteiras e proprietárias dos domicílios, nos contaram que um dia deixaram a casa paterna, tornaram-se financeiramente independentes, adquiriram o imóvel e organizaram suas vidas. Mas, diante das necessidades dos genitores idosos e doentes, optaram por acolhê-los para lhes prestarem os cuidados; segunda, já com as cuidadoras solteiras, residentes no domicílio de propriedade dos genitores doentes, duas situações distintas podem ser encontradas: ou nunca saíram do domicílio paterno, embora tenham alcançado alguma independência econômica, ou a ele retornam para dispensar os necessários cuidados ao genitor. Acompanhem os relatos que caracterizam as situações expostas:

Cuidadora retorna ao domicílio paterno:

[...] se bem que foi uma mudança brutal na minha vida... Eu não tinha hora prá sair e não tinha hora prá chegar. Eu não sabia cuidar de ninguém... Só eu mesma prá cuidar de mim mesma. O que acontecia? Quando eu cheguei aqui com esse problema... então foi um choque... eu não sabia nem que direção tomar (Cuidadora residiu fora do domicílio paterno por 24 anos).

Cuidadora acolhe, em sua casa, o genitor doente:

[...] começou agora com a doença de [referência ao idoso], até porque eu não tive filhos e cuidei ... assim... em certas ocasiões... mas cuidar de verdade não. (Cuidadora acolheu genitor doente há 6 anos).

Cuidadora que nunca deixou o domicílio dos genitores:

[...] cada qual em seus lugares [referência aos irmãos casados]... cada qual em suas casa... com suas tarefas a cumprir... então eu, que tô aqui, no caso fiquei prá cuidar [...] (Cuidadora há 5 anos cuidando do idoso doente).

Nas falas destacadas, independente da situação, evidencia-se o impacto produzido pelo cotidiano do cuidar. Corporificam-se as mudanças radicais ocorridas no curso de vida das cuidadoras. Eram mulheres independentes, gerentes de suas

próprias vidas, chefes de seus domicílios, e ... solteiras ... Sentem a obrigação moral, a necessidade afetiva e a pressão social compelindo-as a assumirem o compromisso e a responsabilidade de cuidar do genitor idoso e doente.

Entre as cuidadoras que nunca deixaram o domicílio paterno, independente de terem ou não conquistado independência financeira, encontramos indícios de que o estado conjugal é um determinante da assunção dos cuidados. Nesses casos, a chefia domiciliar, hoje nas mãos destas mulheres, passou por um processo de transição – através do qual, paulatinamente, os genitores concedem o status de chefia a filha solteira - o que as possibilita falarem de si mesmas como chefes do domicílio e da família.

É curioso e marcante, nos discursos das cuidadoras solteiras, os relatos sobre como os **genitores saudáveis** (pai ou mãe) vão concedendo a filha cuidadora algumas das funções e das responsabilidades outrora suas.

Essas concessões nem sempre são pacíficas. Foram relatadas diversas situações cotidianas de conflito entre a cuidadora e o genitor saudável. Acirrando-se os conflitos, quando posições diferentes sobre o cuidar/cuidado dos idosos estão em jogo. Nessas circunstâncias, a dinâmica subjacente aos conflitos familiares coloca de um lado a esposa-cuidadora, no centro o idoso doente e, de outro lado, à filha-cuidadora.

Distante de nós, o desejo de explicar comportamentos isolados e particulares. No entanto, frente a tais discordâncias, verificamos que um vasto leque de interpretações pode ser elaborado, tendo por lastro teorias que se propõem a compreender o homem enquanto sujeito de relações individuais e coletivas.

Uma das possibilidades de compreensão é apontada, nas ciências sociais, por Foucault, quando trata da analítica¹⁵ do poder. Ao aplicá-la ao contexto das relações de cuidar/cuidado –, seja profissional ou informal, doméstico, familiar – o poder – inerente a todas as relações humanas – pode ser compreendido do seguinte ângulo: [...] não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde

¹⁵ Construto foucaultiano elaborado quando o filósofo discute o tema de Lãs Meninas (Velásquez): a representação, seu lugar, sua função na episteme clássica. Trata-se, segundo Dreyfus, H; Rabinow, P. (1995, p.31), da análise de uma das mais drásticas mudanças epistemológicas ocorridas no final do século XVIII. Na visão dos autores, Foucault, a partir das idéias de Kant, propõe que em vez de uma análise das representações, seja feita uma analítica: “[...] uma analítica é a tentativa de mostrar como são possíveis a representação e a análise das representações, e até que ponto podem ser legitimadas”.

ou deixe escapar, o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis [...] (FOUCAULT, 1985 b, p 89-90).

É nesse nível molecular de exercício de poder que a genitora e a filha confrontam-se pelo controle minucioso do corpo, dos gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e, enfim, por tudo aquilo que constitui o repertório do cuidar/cuidado do idoso doente.

Devemos sublinhar que, em alguns casos, as relações entre o cuidar e o exercício de poder são claramente percebidas pelas cuidadoras.

[...] eu acho, assim, que... a idade [referência à idade do idoso], assim, faz com que a vida da pessoa mude muito... e tira, assim, a liberdade que a pessoa tinha, né! Ela tira mesmo! [risos] Não sei porque, né, mais a gente termina, assim ... eu me sinto, muitas vezes, assim... privando a pessoa [nova referência ao idoso] de viver, como ela queria viver, né?
[...] então, eu acho, assim, que a gente no fim, a gente que cuida castra muito, assim, a vontade, a liberdade da pessoa [...]

A consciência acerca do poder exercido nas práticas domésticas do cuidar, por certo, transforma as relações entre o agente e o sujeito objeto do cuidar. Determina, como visto nas falas postas em destaque, reflexões que revelam um cotidiano permeado de incertezas, de angústias e de sentimentos de impotência. Entendemos que as cuidadoras, ao se pronunciarem, fazem uma declaração sobre a difícil arte de rimar, no dia-a-dia, cuidar, poder e afeto.

Verificamos que residem com as cuidadoras solteiras, apenas irmãos (agrupados sob a terminologia de **outros parentes**), e que estes são maiores de idade, de ambos os sexos e solteiros. Registramos um único caso em que um sobrinho (do sexo masculino, solteiro e maior de idade) mora com a cuidadora.

O arranjo domiciliar das cuidadoras solteiras pode se organizar, basicamente, segundo uma das seguintes formas: numa habitam a cuidadora e o idoso doente; noutra a cuidadora, o idoso e empregados remunerados; ou ainda, a cuidadora, o idoso, irmãos ou sobrinho e empregados remunerados.

Nos dois primeiros arranjos em estudo, embora a unidade doméstica seja restrita a duas ou três pessoas, existe ao seu redor uma rede de apoio familiar, na qual a troca e a assistência ocorrerem de maneira intensa. Como comentado por Debert (1999), podemos estar diante de uma nova forma de organização da família extensa.

Nas moradias divididas por cuidadoras e irmãos, há um predomínio de irmãos do sexo feminino, razão pela qual os discursos tendem a se concentrar, mais uma vez, na figura feminina.

Caso comparemos os discursos das cuidadoras casadas, acerca da presença de outros parentes em seu domicílio, com as falas das cuidadoras solteiras, podemos verificar que, no primeiro caso a característica primordial destes parentes é fortemente marcada pelo caráter de transitoriedade da sua permanência na residência.

Já na fala das cuidadoras solteiras, os parentes (irmãos) são incorporados como constituintes do núcleo domicílio/familiar. Não encontramos, nas verbalizações das cuidadoras, indícios sobre o tempo de permanência destas pessoas em seu domicílio. Se existem idéias, pensamentos ou mesmo temores acerca deste assunto, tais conteúdos permanecem latentes.

O arranjo domicílio, nesses casos, parece ser dotado de uma certa “rigidez”, ou poderíamos dizer, de uma plasticidade que só se deixa entrever quando são feitas alusões à morte do idoso.

No que se refere ao relacionamento entre os irmãos, tendo por referente o cuidar/cuidado, este foi descrito como solidário, compartilhado em termos de funções, delimitado – embora flexível – em termos de responsabilidades. De tal maneira que seria temerário inferir algo no que diz respeito à chefia domiciliar.

Não negamos que nesta ocasião fomos invadidos por uma certa surpresa e emoção, quando constatamos que estávamos diante do relato do relacionamento entre irmãos solteiros, que moram sobre o mesmo teto e possuem como objetivo comum cuidar do genitor doente. Em apenas duas palavras tentamos condensar o que ouvimos e sentimos: fraternidade e cumplicidade diante das tensões, riscos e incertezas advindas do cuidar. Aparentemente, as relações estabelecidas entre os irmãos cuidadores primam por equalizar as diferenças, sem no entanto, apagá-las.

Estaríamos diante do protótipo, na maioria das vezes idealizado, das relações entre cuidador/família/idoso doente? Embora nos interroguemos, certamente não nos cabe responder, pois as interações sobre as quais nos debruçamos foram “pinçadas”. Trazem consigo uma forte conotação de fragmento, que para dar acesso à compreensão do relacionamento fraterno deve ser melhor investigado.

Se nossa última reflexão comporta uma dúvida acerca do que nos é indicado nas falas das cuidadoras, isto não significa que necessariamente rejeitamos a passagem das relações ideais do cuidar/cuidado para o real, concreto e cotidiano.

Passamos a analisar a existência de **empregados domésticos remunerados** nestes domicílios. Verificamos que figuram em 15% dos domicílios das cuidadoras solteiras. Sua presença, novamente, é marcada e demarcada pelas mesmas características que encontramos nos discursos tanto das cuidadoras casadas quanto no da cuidadora divorciada. Tê-los e mantê-los foi reconhecido pelas cuidadoras solteiras como um privilégio e, simultaneamente, um problema necessário.

Nestes domicílios sua atividade permanece sendo dividida entre a prestação de cuidados pessoais ao idoso, tais como apoiá-lo a sair e a voltar para cama, andar, preparar alimentos, auxiliá-lo durante as refeições, etc., e na execução de atividades domésticas como limpeza do ambiente, lavar, passar e trocar roupas, preparo de refeições para toda a família, etc.

Antes de finalizarmos a descrição do mix constituído pelo relato e pela análise do domicílio/família das cuidadoras, nos reportamos aos aspectos físicos da moradia dos sujeitos visitados e entrevistados.

Constatamos, inicialmente, que na linguagem cotidiana e informal, os termos que delimitam o espaço privado são indistintamente nomeados como domicílio, morada, casa ou, ainda, lar. Embora seja possível, tecnicamente, estabelecer algumas distinções qualitativas entre os termos, optamos por usar, neste momento, o termo **casa**, por ser o mais freqüentemente utilizado pelas cuidadoras quando se referem ao seu domicílio. O termo **casa**, a partir de então, passará a comportar a mesma definição já aplicada ao **domicílio**, ou seja, definirá a construção que concretamente abriga o conjunto de pessoas que partilham do mesmo teto e que se relacionam dinamicamente.

Assim convencionado, podemos dizer que todas as casas visitadas estão localizadas no perímetro urbano do município de Campina Grande, Paraíba. Distribuem-se, em relação ao centro comercial da cidade, em bairros centrais e periféricos.

As casas são construções erguidas com tijolos e, em sua grande maioria, dotadas de rede de abastecimento d'água, esgotamento sanitário, fornecimento de

energia elétrica e sistema de locomoção dos residentes garantido pelo acesso – fácil – ao transporte coletivo.

Do ponto de vista do espaço citadino e da estética arquitetônica das construções, observamos um grande contraste. Sua descrição comportaria a utilização de um longo leque de adjetivos, tais como humilde, modesta, confortável, sofisticada, de modo que estaríamos a descrever mais do que qualidades estéticas; mas apontando a condição econômica da cuidadora e de seu grupo familiar.

A distribuição do número de cômodos por domicílio chega a ser afrontosa, na medida que encontramos residências com quatro aposentos (sala, quarto, cozinha e banheiro externo), em contraste com aquela casa que possui 16 cômodos.

- **A casa, as cuidadoras e os cuidados**

Nosso interesse pelo espaço físico das casas, e suas relações com os cuidados prestados aos idosos doentes, crescem a posteriori à coleta dos dados. Quando ainda, durante o processo de transcrição das entrevistas chamou-nos a atenção as constantes alusões ao “lugarzinho” ou “cantinho” do idoso.

Sem muito esforço, estabelecemos uma associação com o momento da realização da entrevista e com os procedimentos adotados naquela ocasião, e constatamos que embora não fizéssemos, de forma explícita, o pedido para conhecer o idoso nem seus aposentos (“lugarzinho”, “cantinho”), éramos, freqüentemente, convidadas (no meio ou ao final da entrevista) e conduzidas tanto à pessoa quanto ao ambiente.

De modo que não pudemos nos furtar a buscar elementos que nos possibilitem compreender os sentidos implícitos nas referências, no comportamento e no simbolismo que comporta os móveis e os objetos presentes no ambiente doméstico destinado à pessoa idosa e, por conseguinte, no ambiente da cuidadora.

No entanto, uma dificuldade metodológica se apresenta para que realizemos, com fidedignidade, as associações entre o ambiente da casa, a cuidadora e o cuidar/cuidado. O entrave decorre essencialmente da não utilização de procedimentos normatizados e instrumentos sistemáticos para o registro de informações sobre o ambiente da cuidadora e dos idosos, como por exemplo, um roteiro de observação da moradia.

A casa e as dependências que a compõem têm sido tomadas como objetos sociais na tradição dos estudos antropológicos e, mais recentemente, numa vertente histórica¹⁶ e psicossociológica.

Entendida, por estas ciências, como espaço simbólico e, portanto, representacional, a casa insere-se aos indivíduos que nela habitam, funciona como importante elemento de identidade pessoal e social. Introduce os indivíduos num território de pertencimento (domiciliar/familiar), a partir do qual uma rede axial de relações sociais é tecida e mantida (FERREIRA, 1998).

A casa e seus cômodos são, também, lugares de ritos, e entre os muitos ritos que ali se desenrolam cotidianamente, selecionamos o ambiente dos cuidados prestados aos idosos doentes. Nomeados pela maioria das cuidadoras como o “lugarzinho” ou o “cantinho”, o quarto é o lugar instituído, na vida privada, como centro da intimidade.

O emprego de diminutivos para designar o “lugar” do idoso doente na organização do ambiente doméstico, vincula-se aos conceitos de “lugar” e “espaço” conforme empregados por Rabinovich e Carvalho (2001), ao estudarem as relações existentes entre o modo de morar e o modo de cuidar. As autoras tomam de Tuan (1983) a definição de “lugar” como “[...] o centro de afeto, de pertencimento, de apego, de encontro consigo no outro, do lugar de ‘si’”. E o conceito de “espaço” ou “espaciosidade” como “[...] ‘possibilidade de sair, de viajar, de encontrar o mundo, de ter a capacidade real e mental de locomoção’”.

As cuidadoras, por certo, aplicam, apropriadamente, aos seus familiares idosos e doentes o sentido do “lugar” como definido anteriormente. Traçam uma cartografia do interior do ambiente doméstico, norteadas muito mais pelo afeto do que pela especialização funcional dos aposentos. De modo que, embora o quarto seja por excelência o “lugar” do idoso e do ritual dos cuidados, existem outros “lugares” da casa também apontados como “cantinhos”: uma poltrona da sala ou uma cadeira de balanço, ora colocadas no terraço, na cozinha, na área de jardim; uma cadeira de rodas movida segundo a vontade da cuidadora, em substituição a autonomia do idoso doente, que foi perdida total ou parcialmente.

¹⁶ Encontramos maiores esclarecimentos, na leitura de PROST, A. *Fronteiras e espaço privado: a família e o indivíduo*. Em Áries, P. e Duby, G. (Org.) *História da vida privada*. Da primeira Guerra a nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, v.5, p.13-154.

Se expressa na fala das cuidadoras uma consciência – dolorosa e por isso objeto de lamentações – de que para o seu familiar idoso e doente só restam “lugares”, pois os “espaços” foram ou estão sendo paulatinamente perdidos. A possibilidade real e mental de locomoção limita-se ou desaparece, no ritmo impreciso da evolução da doença.

Augé (1999, p. 144-145) nos auxilia a compreender as relações espaciais em questão, e a apreender o sentido com que estes discursos circulam, propondo, para tanto, uma distinção entre “lugar” e “não-lugar”.

[...] as noções de lugar e não-lugar são evidentemente noções limites. Há não-lugares em todo lugar e em todos os não-lugares os lugares podem se recompor. Podemos dizer isso de outro modo: lugares e não-lugares correspondem aos espaços muito concretos, mas também a atitudes, a posturas, à relação que indivíduos entretêm com os espaços onde elas vivem ou que percorrem.

Frente à problemática do idoso, a cuidadora – em tese senhora dos seus “lugares” e “espaços” – vive um conflito. Ora os defende, por se sentir invadida ou privada em sua liberdade de ir e vir. Ora silencia e se desarma. Cabe-lhe a difícil tarefa de assegurar, em nome do outro (já incapaz ou em processo de incapacitação), e diante do grupo doméstico e social, um “lugar”. Lugar concreto, mas e principalmente lugar de afeto, lugar de memória, onde o outro, agora fragilizado, permanece sólido como os alicerces de sua morada.

[...] porque [referência ao idoso] tá desse jeito... só um quartinho, uma redinha, uma cadeirinha. Não! Não me conformo com isso!

Se há por parte das cuidadoras uma luta pela preservação dos “lugares” dos idosos, o mesmo não é encontrado em relação às vivências do “espaço” ou da “espaciosidade” do familiar doente. A possibilidade do exercício concreto de locomoção, sabidamente afetada pela patologia, as assusta e as angustia.

Novamente rememoramos os ambientes apontados pelas cuidadoras como “lugares” dos idosos. A imagem mais nítida que nossa memória recupera é a do quarto. A disposição dos móveis, equipamentos médicos presentes no ambiente, utensílios variados, pequenos objetos de decoração... Talvez, tais imagens tenham se fixado tão prontamente em nossa memória, por corresponderem a elementos da intimidade. Pois julgamos que ninguém penetra na intimidade de alguém e permanece incólume. Marcas, em nosso caso, mnêmicas, permanecem.

Os móveis, em especial a cama dos idosos, aglutina todos os olhares. Parece possuir um léxico próprio que, através das cuidadoras, ganha voz e nos conta uma

história de vida e a história da evolução da doença. Em alguns casos, a cama do repouso foi substituída pela cama hospitalar. Em outros, essa possibilidade é apenas pensada, e em alguns é desejada e lamentada a falta de recursos financeiros para obtê-la.

Conferir conforto e segurança ao doente e aos cuidadores são aspectos funcionais da cama hospitalar. Mas, quando colocada no ambiente doméstico ela torna-se emblemática. Passa a ser signo, no qual o sentido estabelecido pela cuidadora – e também pela sociedade – inscreve a gravidade e a irreversibilidade do processo demencial.

No centro do quarto: a cama do doente. Ao lado desta, uma outra cama ou uma poltrona indica que alguém pode ali velar ou repousar. Guarda-roupa, cômoda, criado mudo ou aparador compõem o mobiliário. Expostos, ao nosso olhar, sobre os móveis ou nas paredes objetos de decoração, os enfeites resistem à transformação do ambiente doméstico em ambiente hospitalar. Misturam-se, entre os muitos frascos de remédios, caixinhas, vasos, relógios, rádios, retratos e imagens de santos... Lembrando-nos que ali, é o “lugar” do idoso e do cuidar com afeto, do cuidar que distingue o cuidador familiar do cuidador profissional.

Bachelard (1978, p.222), mestre da poética do espaço, afirma: “[...] que há sentido em dizer que se ‘lê’ uma casa, que se ‘lê um quarto’, já que o quarto e a casa são diagramas de psicologia que guiam os escritores e os poetas na análise da intimidade”.

Nem escritores nem poetas, o que fizemos foi uma “leitura” de alguns aposentos da casa, em especial dos quartos dos idosos. Estes sim, em sua concretude, foram escritos/inscritos, com profundidade, pelas cuidadoras em suas relações com o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

- **As cuidadoras e a dimensão religiosa do cuidar/cuidado**

Convém, antes de adentrarmos no campo dos dados e dos discursos sobre a religião, ou mais especificamente na dimensão religiosa do cuidar, salientar que existem maneiras diversas de por em evidência a relação que os sujeitos constroem entre a doença, o cuidar e a religião.

Iniciamos esta abordagem, necessariamente, reduzindo a temática a um recorte, pois acreditamos – e a literatura especializada confirma – ser impossível conhecer a totalidade de tal objeto.

Ao centralizarmos nossa atenção em torno dos discursos familiares sobre o cuidar/cuidado de idosos doentes, descobrimos a força das construções simbólicas ali presentes, como também o movimento dialético que nos remete a produção de sentidos, a interpretações da realidade, da história e do mundo.

Durkheim (1996, p. 32) encerra a primeira parte do seu livro “As formas elementares da vida religiosa”, nos revelando que chegou a seguinte definição: “[...] uma religião é um sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é separadas, proibidas, crenças e práticas que reúnem numa mesma comunidade moral, chamada igreja, todos aqueles que a ela aderem”.

Concisa e complexa, esta definição formal de religião comporta uma interpretação delicada, pois ao mesmo tempo em que aborda o fenômeno religioso estende-se a uma análise da instauração da comunidade e, mais tarde, da sociedade.

Penetrar em tal definição é por em cena conceitos e relações existentes entre natural/sobrenatural, crenças/ritos, sagrado/profano, permitido/proibido, teoria/prática, moral/ética, que se devidamente investigados apontam ser a religião não unicamente um fato social, mas também psicológico, que pode, simultaneamente, ser estudado do ponto de vista filosófico.

Ao tangenciarmos a expressão religiosa das cuidadoras, o fizemos através do visível, do diretamente observável nos discursos. No entanto, enquanto analisávamos atentamente os discursos dos atores entrevistados, nos foi possível perceber que nem sempre os sujeitos estavam conscientes dos conteúdos religiosos presentes em suas falas.

Buscando elementos para melhor compreender o que é consciente e não-conscientes, o que se oculta e o que se manifesta nas produções sociais, encontramos em Houtart (1994) uma possibilidade. O autor traça um paralelo, com fins explicativos, entre as condições de produção e de utilização de uma língua e a construção da sociedade. Nos é explicado que quando sujeitos utilizam-se - para comunicação - de uma língua existe uma consciência sobre as palavras pronunciadas. No entanto, isto não significa que no momento da comunicação eles estão plenamente conscientes dos processos internos de construção desta língua.

Escapa-lhes que estão lidando com uma estrutura dotada de leis, e de uma lógica que somente através dos estudos lingüísticos é possível descobrir.

No caso das possíveis representações religiosas mediadas pela temática do cuidar/cuidado sua apreensão pode seguir os mesmos caminhos indicados no exemplo anteriormente tomado. Ou seja, a verbalização das cuidadoras, sobre a religião pode ser, simultaneamente, consciente e não-consciente. As falas, em alguns momentos, podem ser dotadas de uma lógica não-aparente, não-consciente, que adquirem o status de extremante lógico, exatamente por não serem totalmente conscientes. Essa, segundo Houtart (1994), é uma característica marcante da construção social e, acrescentamos, das representações que, inequivocamente, são partes do mesmo construto.

Tais reflexões não se constituem em especulações teóricas, pois estão plasmadas nos discursos das cuidadoras. Sua presença, mais do que indicativa de adesões a determinados credos presta-se a interpretações. Uns podem reduzi-las às interjeições coloquiais mecanicamente pronunciadas, outros podem tratá-las como ideologia manifesta de forma subliminar ou, ainda, é possível entendê-las como representações das contradições existentes no campo do real. E o real, o cotidiano das cuidadoras que conosco partilharam suas experiências, é a doença, a incapacidade, a irreversibilidade do processo demencial que atinge os sujeitos de seus afetos.

É diante do real e das contradições que o mesmo comporta, que uma das características do pensamento e da ação humana se revela: a busca por soluções. As cuidadoras – e todos os sujeitos colocados diante de situações limites – ao não encontrarem soluções para as contradições e os contratempos vivenciados, passam a buscá-las no campo simbólico. Não somente presente nas práticas e nas expressões religiosas, o simbólico é quem auxilia o homem a romper com o sem-sentido, a reafirmar um sentido que, historicamente, o antecede ou a inaugurar um novo sentido.

O fenômeno e as representações religiosas estudadas tanto por Durkheim (1996) quanto por Houtart (1994), constituem-se a base que nos autoriza afirmar que as expressões religiosas das cuidadoras, conscientes e não-conscientes, encontram-se diluídas **por** e **em** todos os tempos das entrevistas.

Na voz das cuidadoras a presença ativa da religião ou da religiosidade abre espaços para a comunicação com a divindade, permitindo-lhes indagações e

questionamentos para além da racionalidade, súplicas por consolo ou resignação diante do sofrimento do outro ou do próprio sofrimento, amparo diante do desamparo vivenciado nas perdas afetivamente significativas.

Vejamos como se manifesta o “diálogo” interior das cuidadoras com a divindade:

[...] Às vezes... às vezes, você fica irritada porque... não tem sentido! É isso aí... Mas depois vai passando... Você conversa melhor com Deus e... aceita.
[...] eu digo: Meu Deus que situação chegou a minha e a de (referência ao idoso doente)... dentro de uma casa... sozinha... nós dois, sabe? Eu ri e depois chorei... só mesmo diante de Deus a gente faz isso [...]

As cuidadoras indagam e questionam a divindade:

[...] o que fica? E prá que a gente vive? Pra chegar a um ponto desse? [referência ao estado do idoso] Tem que ter algum motivo! Eu me questiono... Não briguei com Deus, mas me pergunto muito o seguinte: por que? [referência ao idoso] Ele [idoso] foi uma pessoa muito boa... Eu digo: Oh! Meu Deus.. .a pessoa como [referência ao idoso], por que? Já sofreu tanto, teve uma vida de muita luta... Por que meu Deus? [...] às vezes acontecem coisas, assim, graves no dia-a-dia, que eu digo: meu Deus o que esta acontecendo? Que às vezes eu perco até... a fé... você acredita? Acredita? Aí eu volto atrás e digo: meu Deus, será que é... Será que sou eu? Eu me questiono muito [...]

As cuidadoras fazem súplicas, às vezes contraditórias, pedem consolo, resignação, amparo...

[...] teve um dia que eu não agüentava mais e eu disse: eu tenho que entregar ele [idoso]... Senhor... entregar ele ao Senhor, que eu não tô agüentando mais... mas eu tomo conta, num quero que isso aconteça... eu peço muito a Deus... que Jesus dê muitos anos de vida prá ele, sabe?
[...] Ah! Meu Deus... se ele [idoso] morresse até que me dava um sossego... e ele também tinha, mais... mais, assim, mais eu. Eu vou ser sincera... mais eu do que ele... porque ele não vive, ele vegeta, não é? Ele não sofre, quem sofre mais é a gente... Meu Deus que horror, o que foi que eu disse? Me ajuda, Senhor...

É possível inferir que não estamos lidando com uma representação em particular, mas com um conjunto de representações que perpassam aqui o biológico, ali o social, lá o psicológico, agrupadas no mesmo conjunto teórico que denominamos dimensão religiosa do cuidar.

O caráter espiritual para uns, existencial para outros, não cessa de se manifestar nas produções verbais das cuidadoras, nem se mostra disposto a ser eliminado por qualquer proposta racionalista.

O que acabamos de transcrever são expressões reiteradas de um pacto assinado e assumido, pelo viés da subjetividade, entre as cuidadoras e a sociedade. Por um lado, os sujeitos – cuidadores familiares de idosos doentes – atravessam

uma crise pessoal; por outra, a sociedade, transvertida com o nome de ciência médica, duvida de si mesma e não consegue oferecer, nem ao sujeito particular nem ao conjunto social, uma resposta integral para como e o porquê dos acontecimentos.

Necessariamente, o acaso, o destino, a fatalidade, a doença, o sofrimento e a morte são simbolizados através da religião ou dos seus substitutos culturais, passando então a oferecer respostas, a produzir sentidos onde anteriormente, imperariam o vazio, o sem-sentido pessoal e social.

O impossível e o pouco provável diante da doença e da morte, mediados pela religião, tomam o nome de esperança e passam a alimentar o cotidiano das cuidadoras:

[...] Meu Deus quem sou eu prá decidir? Quem sou eu? Não sou eu quem decido... então, então... pronto... eu prefiro entregar nas mãos d'Ele, que Ele é quem sabe! Agora que ia me dar muito prazer ficar com ele [idoso] ia, entendeu? Desde que fosse assim... eu queria, queria... que ele ficasse bom... Olha meus planos prá ele, posso dizer?

Ou, ainda, a cisão existente entre o ideal e o real é posta à prova, para em seguida ser unificada em nome da divindade:

[...] aquele pensamento da fé, que você espera que ele [idoso] se recupere, saia desse estado... eu tenho essa esperança, sabe! E o da morte, que é a realidade, você tem que pensar nisso aí também... E mais, é a realidade, porque no dia-a-dia eu vejo ele morrendo... todo dia ele tá morrendo um pouquinho, morrendo um pouquinho... Tá magérrimo e a gente não sabe porquê... Então é dois pensamentos: aquele pensamento que você quer a vida dele como era antes, e o outro, horrível, da morte... Só Deus, só Deus...

As considerações elaboradas em torno da perspectiva religiosa do cuidar nos levam a imaginar que as representações, nesse campo elaboradas, não funcionam como sistemas fechados que por si só determinam práticas do cuidar. Pelo contrário, a dimensão religiosa do cuidar comporta um conjunto aberto e heterogêneo de simbolizações, no qual zonas de imprecisão e de contradições estão em constante deslocamento. Figurativamente, o movimento de deslocamento em via dupla corresponde ao trânsito dialético das representações, que por sua vez prestam-se a (re)estabelecer as relações (rompidas ou modificadas pela doença) entre os sujeitos cuidadores familiares de idosos doentes e a sociedade.

Através dos dados referentes à religião professada pelas cuidadoras versus a frequência das práticas religiosas (anexo 9) verificamos que todas possuíam e praticavam uma religião. Podemos constatar que 70% das entrevistadas professam serem católicas; 10% evangélicas, 15% espíritas e 5% esotéricas. Quando inquiridas

sobre a frequência com que iam aos templos (igrejas), 70% das cuidadoras afirmaram que assiduamente; e 30%, eventualmente.

Diante destes dados parece plausível imaginar que a assiduidade das cuidadoras aos templos, além de ser denotativa do envolvimento destas com os rituais e com os princípios instituídos pelas organizações religiosas, aparentemente justifica, em termos, a transposição, segundo as necessidades das cuidadoras, de alguns ritos religiosos para o espaço doméstico. Ora são orações, cultos, passes ao pé do leito do idoso doente, ora são capítulos ou versículos bíblicos recitados para “acalmar” ou “preservar” os hábitos religiosos da pessoa doente. Enfim, são cuidados de cunho religioso.

[...] pego a Bíblia e leio junto [ao idoso]... não sei se ouve ou não, mas tô falando, blá, blá, blá, não é? E eu acho que isso é bom, entendeu?

Por fim, podemos dizer que os dados quantitativos nos auxiliam a compreender a dimensão religiosa do cuidar, na medida em que são indicativos da afiliação das cuidadoras às formas de organizações religiosas específicas. Sendo importante salientar que cada um desses modelos ocupa, no processo histórico-social, um lócus a partir do qual os sujeitos produzem ou reproduzem sentidos que vão responder as exigências e as experiências individuais e sociais.

Como já destacado, frente às situações decorrentes do cuidar, no domicílio do familiar idoso e doente, as falas fundamentadas numa perspectiva religiosa surgem continuamente. E, embora nem sempre possuam um caráter plenamente consciente, tais construtos são poderosos mediadores nas tomadas de posições no contexto cotidiano do cuidar. Aparentemente, compete a dimensão religiosa do cuidar transformar as aspirações do cuidar em fins com os quais as cuidadoras se comprometem, e frente aos quais a sociedade responde positivamente.

Imaginamos serem estes alguns dos termos que nos dão acesso às ambigüidades que marcam o processo de cuidar, interpretar e conviver com uma doença, cuja busca por alívio e tratamento ainda tem se mostrado infrutífera.

3.1.5 A escolaridade, a profissão, e a ocupação atual das cuidadoras

Ao reunirmos as informações coligidas sobre a escolaridade, a profissão e a ocupação atual das cuidadoras, intentamos preservar o caráter dinâmico de aspectos essenciais à construção da vida individual e social. E, primordialmente,

verificar como tais aspectos comportam-se frente ao cuidar/cuidado de familiares idosos e doentes.

Tais dados, analisados isoladamente, podem obscurecer o papel que desempenham na trajetória de vida de sujeitos particulares, como também opacificar as complexas relações sociais entretidas a sua sombra. Por estas razões, entendemos que, quando nos propomos a lidar com a categoria **escolaridade**, somos remetidos a uma dimensão da vida em sociedade, que trata da aquisição de instrução (educação) por vias formais. Já a categoria **profissão** nos envia aos espaços sociais onde o exercício de um saber e o uso de habilidades específicas podem inserir o sujeito individual nas relações sociais de mercado. Enquanto a categoria **ocupação** nos dirige ao mundo concreto do trabalho, onde a escolaridade pode ou não manter estreitas relações com o exercício de uma profissão.

As ligações entre as três categorias não são lineares nem, muitas vezes, lógicas. Aparentemente obedecem a um ritmo que lhes é próprio e particular, o ritmo das relações econômicas. No entanto, são reconhecidamente poderosos determinantes da condição econômica do sujeito e de sua inserção em estratos sociais.

As referências que faremos a tríade constituída pela escolaridade, profissão e ocupação atual dos atores envolvidos com o cuidar/cuidado de familiares idosos e doentes, a despeito do que pensamos, será fragmentada e limitada a um período da vida das mulheres entrevistadas. Período que tem início com a assunção dos cuidados dos idosos doentes e, conseqüentemente, do papel de cuidadoras.

A limitação que fazemos tem um propósito metodológico e, reafirmamos, não pretende pautar-se no enclausuramento e na submissão de tais dados, à temática do cuidar, mas primará por desvelar as articulações existentes entre a escolaridade, a profissão, a ocupação atual e a elaboração de representações do cuidar/cuidado da pessoa idosa e doente.

No anexo 10 encontram-se os dados que nos dão acesso ao grau de escolaridade das cuidadoras. Tais dados nos revelam que 35% das cuidadoras possuem curso superior completo; 25% cursaram o ensino fundamental completo; 15% o superior incompleto; 10% concluíram o ensino médio; e 5% não foram escolarizadas. Do ponto de vista da instrução formal, estamos diante de uma amostra diferenciada, pois se posta em comparação com os registros estatísticos oficiais, aponta em uma direção contrária as grandes generalizações populacionais.

Voltemos aos nossos sujeitos e ao objeto e perguntemos: como o grau de escolaridade articula-se com a elaboração das representações sociais do cuidar de familiares idosos e doentes?

Moscovici (1978), em seu estudo clássico sobre a representação social da psicanálise, nos fornece uma pista, quando tece considerações sobre o pensamento natural presente nas entrevistas por ele analisadas. Ele comenta que a educação escolar e universitária – por nós entendidas também como instrução – capacita os indivíduos para melhor compreender os acontecimentos que circulam na sociedade. Para nós, o cuidar é acontecimento e as cuidadoras, através de suas redes de relações sociais, são veículos de difusão dos mesmos acontecimentos. Nesse sentido também consideramos que as práticas do cuidar são acontecimentos cotidianos.

A capacitação para a compreensão fornecida pela escolarização, parece dotar os sujeitos de maior poder de reflexão e análise crítica dos acontecimentos pessoais e sociais. Porém, considerando o processo de elaboração das representações, nos diz Moscovici (op. cit. p, 251) que “[...] com muita freqüência, as diferenças esfumaçam-se, e seja qual for o nível de educação atingido, os indivíduos estão armados de maneira idêntica para comunicar ou emitir uma opinião”.

A proposição moscovicianiana é retomada e analisada por Perrusi (1995), no contexto de seu trabalho sobre a representação social da doença mental na psiquiatria, quando ele diz que variáveis como sexo, idade, profissão, classe social, contexto cultural – e acrescentamos escolaridade – certamente influenciam as opiniões dos sujeitos sobre determinados objetos sociais. Porém, é importante atentar que as informações que os sujeitos acumulam a partir da escolarização não são inscritas num vazio cognitivo predecessor ao processo de escolarização. Há uma base sobre a qual o conhecimento formal se inscreve: uma experiência social primária. Sendo sobre esta experiência que se estrutura o campo de representação dito primário¹⁷ de um determinado objeto social. A ele os sujeitos reportam-se, independentemente do grau de escolaridade, quando instados por circunstâncias pessoais ou sociais a produzir discursos informais sobre o objeto focalizado.

¹⁷ Perrusi (1995, p.145) explica-nos que um campo é denominado de primário “[...] porque constitui uma camada profunda de saber não problematizado no qual não existe, como para outras formas de um saber, uma consciência intencional”.

Corroborando o que foi apontado por Moscovici (1978) e, novamente constatado por Perrusi (1995), podemos afirmar que em nosso estudo as diferenças advindas do grau de escolarização também tendem a se diluir nas produções verbais sobre o cuidar/cuidado de parentes idosos e doentes. Quando postos em comparação os discursos das cuidadoras com grau de escolaridade superior, com o daquelas que possuem grau médio, ou mesmo nenhum estudo, verificamos que a diferença reside sobre o uso de um vocabulário mais elaborado do que propriamente sobre o conteúdo das reflexões enunciadas.

No tocante à profissão e a ocupação atual das cuidadoras, existe uma consistente associação entre a profissão declarada, o grau de escolaridade e a existência de um vínculo empregatício. As cuidadoras que concluíram o curso superior assumem cargos e desempenham funções compatíveis com sua formação. Nestes casos, a identidade profissional manifesta-se prontamente quando elas fazem referências a si mesmas como pedagoga, administradora, assistente social, odontóloga, enfermeira e bioquímica. Destacamos que no grupo em questão, 28,5% não trabalham em atividades diretamente relacionadas com sua formação profissional.

É oportuno salientar que, independente do nível de escolaridade, 25% das cuidadoras ocupam-se exclusivamente com as denominadas atividades domésticas. Sublinhamos este dado porque julgamos importante destacar que, em nenhuma das entrevistas, o cuidar/cuidado dos idosos foi apontado como fator determinante da opção destas mulheres pelo trabalho doméstico. Pelo contrário, aparentemente, a assunção dos cuidados é entendida como consequência desta opção. Fatores diversos ligados à história pessoal são apontados como determinantes da atual condição de cuidadoras e trabalhadoras do lar.

O nosso entendimento acerca das implicações que o cuidar da pessoa idosa e doente podem acarretar na vida profissional coincide com o relato das cuidadoras. É razoável compreender que à medida que a doença do idoso evolui e a sua dependência cresce, o trabalho profissional das cuidadoras sofre interferências, mesmo que momentâneas e de caráter adaptativo, principalmente no que se refere ao cumprimento de horários.

Em oposição as cuidadoras cujos vínculos empregatícios exigem cumprimento rígido de horários, encontramos aquelas que trabalham como autônomas (independente do nível de escolaridade) e se identificam

profissionalmente como costureira, cabeleireira, cantora e gerente de micro empresa. Teoricamente, entre trabalhadores autônomos haveria maior flexibilidade na montagem de horários, o que os permitiria atender conveniências. No entanto, como os rendimentos advindos do trabalho são a principal fonte de sustento ou compõem a renda familiar, torna-se imprescindível, mesmo para os autônomos, o exercício regular da atividade profissional.

Subtendemos, a partir das associações que estabelecemos entre a escolaridade, a profissão e a ocupação, que as cuidadoras dividem seu tempo entre a execução de atividades profissionais e domésticas, incluindo-se aí os cuidados prestados aos idosos doentes. Ao nos falarem sobre o equacionamento de seu tempo entre o trabalho profissional e o doméstico, as cuidadoras nos explicam e justificam o alto percentual de trabalhadoras domésticas encontrado nos domicílios visitados.

Depreende-se, ainda, que trabalhar fora do domicílio entre 20 e 40 horas semanais e, simultaneamente, responsabilizar-se pelos cuidados domiciliares e do idoso doente constitui-se em uma tarefa de difícil conciliação. Aventamos que, talvez, essa seja uma das razões que levam 55% das cuidadoras a afirmarem que dividem os cuidados diretos prestados aos idosos com alguns familiares e, principalmente, com empregados domésticos.

As relações que as cuidadoras estabelecem entre o trabalho profissional e o cuidar são marcadas pela expressão de sentimentos diversos e conflitantes. Parece-nos oportuno lembrar que do ponto de vista psíquico as situações de conflito são propícias para elaboração e manifestação de defesas psíquicas, as quais, nessas circunstâncias, se bem sucedidas, auxiliam o sujeito no enfrentamento dos percalços com que é defrontado.

Joffe (1997, p. 316) comenta que a defesa psíquica “[...] ainda que tenha sua origem no sujeito individual, pode ser tanto exacerbada como diminuída, dependendo das práticas discursivas que estão em torno do sujeito”. Tal comentário nos autoriza a imaginar que os sujeitos – no caso as cuidadoras – ao interagirem com outros, em seu ambiente de trabalho, podem se deparar com um conjunto social que tanto pode contribuir para exacerbção como para diminuição do uso das defesas psíquicas elaboradas e postas em ação pelas cuidadoras.

Vejamos, então, como uma cuidadora expressa seus sentimentos, neste caso de culpa, ao tentar conciliar o trabalho profissional e o cuidar:

[...] Eu acho que não dou a atenção que ele [idoso] precisa [choro]. É como aquela criança, assim, que... diz assim... Não deixo faltar o remédio, sabe, levar prá médico... mas não é só isso, sabe? Eu acho que ele precisa muito mais, assim, de eu tá ali, ouvindo e até entrando, assim, nas conversas dele... que a gente sabe que ele diz que o pai dele morreu quando ele era pequeno. Não é, entendeu? Então, eu acho assim, que ele precisa mais, assim, de uma pessoa prá ouvir, prá conversar... e... eu não faço isso, tenho que trabalhar muito. Eu acho, assim, que muitas vezes eu tenho me sentido, assim, impotente. Eu tenho raiva de mim. Eu fico com a consciência pesada, né?

O trabalho também pode ser vivenciado como uma fuga e funcionar como válvula de escape para as tensões decorrentes do cuidar:

[...] Em momento nenhum eu deixei de ter minha vida. Eu sempre vi meu trabalho como necessário, nunca me ausentar por conta dele [idoso]... porque até prá mim, prá minha cabeça... Eu ficar completamente dependente daqui de casa... olhando [referência ao nome do idoso]... Eu ia ficar como? Ficar deprimida, ficar chateada, não é? Então eu tinha que botar minha cabeça noutra lugar [...]

Por fim, encontramos cuidadoras ansiando por um trabalho fora do domicílio, buscando no exercício profissional a satisfação e o retorno que o cuidar do idoso não lhes tem proporcionado:

[...] Olhe, eu tô esperando um contrato aí... se Deus quiser vai sair... num vejo a hora de sair... porque era uma forma até de pelo menos eu passar um expediente sem tá pensando... sem tá aqui... de certa forma me desafogando um pouco, né? Me deixando mais solta prá trabalhar, prá fazer alguma coisa produtiva... Porque aqui eu me desgasto muito, muito... Logo eu vejo ele... uma pessoa que gosto tanto... e que tá naquela situação de piorar, de cada dia piorar mais, porque não tem melhora... e cada dia é uma caixinha de surpresa... Um dia ele tá bem calmo, no outro dia ele tá agitado que parece um louco [...]

Não obstante as dificuldades enfrentadas pelas cuidadoras por disporem numa mesma equação o trabalho profissional e o cuidar do familiar idoso e doente, as falas que colocamos em destaque revelam as relações existentes entre condições objetivas e disposições subjetivas.

Sato (1993), ao estudar a representação social do trabalho penoso, embora em circunstâncias e com objetivos bastante distintos dos nossos, tece considerações que julgamos podem ser aplicadas ao contexto que estudamos. Ela sugere que a possibilidade dos sujeitos exercerem controle sobre o seu trabalho é um requisito para que o mesmo seja considerado saudável ou não penoso.

Através dos conteúdos expressos e exemplificados nas falas postas em destaque, podemos supor que grande parte das cuidadoras considera o trabalho profissional como necessário e saudável. Talvez porque nele a possibilidade de controle, a familiaridade no desempenho das tarefas e o poder de solução dos

problemas - embora gerem expectativas - põem em ação acomodações psíquicas que preparam os sujeitos para o enfrentamento e a busca de soluções para os problemas. A mesma possibilidade de controle, de familiaridade e de poder de resolutividade não é vivenciada no “trabalho” cotidiano do cuidar do idoso. A evolução da doença, por não obedecer a critérios fixos, torna o comportamento dos idosos imprevisível, transforma o portador da doença numa “caixinha de surpresas”. Coloca as cuidadoras diante de um “desconhecido” e de situações imprevisíveis.

Juntos, numa mesma condição patológica, o imprevisível e o desconhecido podem evocar o medo e fazer prevalecer uma sensação de ameaça aos sentidos anteriormente estabelecidos e, simultaneamente, instalar a sensação de perda de controle sobre o mundo. Dessa forma, o mundo do trabalho, com sua rotina de horários e tarefas préestabelecidas, pode se instaurar nas vivências das cuidadoras, como um lugar mais seguro e tranqüilo que o próprio lar.

Tais ocorrências nos auxiliam a compreender como representações distintas – do trabalho profissional e do cuidar doméstico – podem se conjugar e inaugurar novos sentidos diante de perdas incertas e gradativas.

3.1.6 A renda familiar das cuidadoras

As relações econômicas baseadas na matemática dos custos/benefícios aplicar-se-iam, de modo grosseiro, mas rigoroso, às circunstâncias que envolvem o tratamento e a recuperação da saúde. Uma vez que, teoricamente, não há limites de investimento quando se busca a recuperação da saúde. Embora frisemos o caráter empírico de tal proposição, constatamos que um dos elementos agravantes da crise vivenciada no processo de adoecimento está ligado à possibilidade/impossibilidade concreta de investir financeiramente no tratamento. E a realidade econômica pautada na carência é comum em nosso país. Em franco contraste, observamos que a tecnologia biomédica não cessa de oferecer recursos para os tratamentos, em detrimento aos escassos recursos da população para os adquirir. Resultado: solidão, medo e desespero frente à doença e ao desamparo social, por imaginar, esperançosamente, que podia ser diferente.

Em nosso estudo, devido às características evolutivas da doença que atinge os idosos, as cuidadoras assumem, juntamente com outras dimensões do cuidar, as implicações econômicas daí decorrentes. Entendemos que o cuidar no domicílio

repercute sobre todo o grupo familiar, podendo, do ponto de vista financeiro, ir além da família doméstica e contar com a colaboração da família extensa. Razão pela qual julgamos que a análise dos aspectos econômicos não poderia ficar restrita aos rendimentos pessoais da cuidadora, e sim envolveria a renda familiar.

Os dados coligidos nos revelam que a renda familiar das cuidadoras entrevistadas flutua entre extremos econômicos. Em um dos extremos registramos que 5% das famílias possuem renda mensal inferior a um salário mínimo¹⁸ nacional, e em outro, verificamos a ocorrência de 5% com renda mensal superior a 20 salários mínimos. Situadas numa faixa correspondente a quatro e seis salários mensais, encontramos 40% das famílias investigadas.

Quando indagamos sobre o número de pessoas que participava da composição da renda familiar, encontramos os seguintes resultados: em 50% dos casos a renda provém do trabalho de duas ou três pessoas (incluídos aí os rendimentos pessoais da cuidadora); em 30% dos casos os proventos são oriundos de uma só pessoa (cuidadora, cônjuge ou o idoso doente), e em 20%, a renda é composta pelos vencimentos de quatro ou mais membros da família doméstica (cuidadora, irmãos, cônjuge, filhos).

Convém destacar que todos os idosos doentes possuem renda própria proveniente de aposentadoria ou de pensão do cônjuge. Tais recursos variam entre o valor de um salário mínimo (40%) e distribui-se até a renda máxima correspondente a dez salários (20%).

Excetuando-se o caso da cuidadora cuja renda familiar é inferior a um salário mínimo, todas as demais afirmam empregar os rendimentos dos idosos em prol de seu tratamento. Constatamos que qualquer observação sobre este aspecto da economia doméstica exigiria uma investigação mais detalhada, razão pela qual nos limitados a registrar sua ocorrência.

Verificamos, ainda, que 55% das cuidadoras afirmam receber, eventualmente, colaborações financeiras de outros membros da família extensa (essencialmente irmãos das cuidadoras), para a suplementação das despesas decorrentes do tratamento dos idosos.

Analisado numa dimensão prática, o cuidar/cuidado é dispendioso. Envolve ônus com consultas médicas periódicas, exames e compra de medicamentos de uso

¹⁸ A época da coleta dos dados o salário mínimo nacional equivalia a R\$ 180,00 (cento e oitenta reais).

contínuo. Determina também que o espaço físico doméstico passe por alterações e pode, ainda, induzir mudanças nos hábitos familiares.

A ausência de recursos econômicos que possam garantir o cuidar/cuidado adequado, obviamente, gera sofrimento. Sofre o doente, sofre o cuidador. Sofre-se por não ter e por não poder. Nos foi importante compreender que a carência material tem voz e grita, figurativamente, aos nossos olhos, enquanto emudece ou estabelece uma estranha economia nas expressões verbais da cuidadora: “[...] prá cuidar... eu faço o que posso [...]”. Tudo foi dito, qualquer palavra a mais, naquele específico contexto, seria redundante.

As possibilidades de garantir conforto e qualidade de vida aos idosos doentes, muitas vezes, parecem assumir, no psiquismo das cuidadoras, o lugar das expectativas de cura. Tal elaboração não nos parece resultar unicamente de uma representação mental, uma vez que há em torno desta um consenso social de caráter aprovativo e incentivador, o qual recomenda que aos incuráveis ou àqueles doentes fora de possibilidades terapêuticas seja proporcionado todo o conforto possível.

A necessidade vivenciada pelas cuidadoras de garantir conforto ao idoso doente determina que, no ritmo da evolução da doença e das tentativas de tratamento, sejam ofertadas cadeiras de rodas, camas hospitalares, colchões, travesseiros e almofadas d’água, calças descartáveis e tantos outros objetos existentes no mercado dos equipamentos médicos.

Em nome do conforto e da segurança do idoso ocorrem mudanças ambientais e de hábitos familiares: tapetes e mesas de centro são retirados para não atrapalhar a circulação, banheiros são adaptados, corrimões são colocados em lugares “perigosos” da casa, entradas e escadas são vigiadas, luzes são mantidas acesas...

Podemos verificar que todos os confortos, mudanças ambientais e de alguns hábitos familiares, quando instalados, acompanham a condição econômica da família. De tal forma que nos atrevemos a dizer que quando a condição econômica permite que certos “confortos” sejam proporcionados, o “desconforto” das cuidadoras tende a diminuir.

Em algumas das afirmações das cuidadoras encontramos contentamento, satisfação e, também, orgulho pelo “investimento” nos cuidados:

[...] não lhe falta nada, só saúde [...]

[...] embora fique caro, ele só usa fraldas descartáveis [...]

Os depoimentos das cuidadoras, associados aos dados objetivos, abrem espaço para a compreensão de como as demandas específicas e concretas do cuidar da pessoa idosa e doente repercutem no orçamento familiar. Nos levam a ponderar que caso nossa atenção se voltasse para a objetividade dos cálculos empregados para definir a economia doméstica, nos contentaríamos em revelar quantas famílias podem e quantas não podem suportar os custos dos cuidados. No entanto, nosso interesse recai sobre os processos envolvidos na elaboração dos construtos representacionais, transpõe os cálculos, instala-se num campo simbólico, que nos permitem entrever a economia se fazendo presente nos afetos, na cognição e nas práticas cotidianas do cuidar.

3.1.7 Quem são os cuidadores?

Através de uma escrita genérica, a qual rapidamente comunica e, em parte, atende ao desejo de síntese - comum entre os que escutam e lêem -, julgamos poder responder-lhes quem são os cuidadores

Os cuidadores são cuidadoras, pois em sua totalidade são mulheres. São filhas ou esposas dos idosos doentes. Têm idade média de 50,4 anos. Em sua maioria, são casadas e tiveram filhos. Praticam uma religião. Residem em casas próprias, localizadas na área urbana da cidade de Campina Grande, Paraíba. Em grande parte possuem grau médio ou superior de escolaridade. Exercem uma profissão e trabalham no próprio domicílio ou fora dele. Ocupam seu tempo entre a execução de atividades profissionais e domésticas. Colaboram com a composição da renda familiar, através do trabalho doméstico, ou com proventos oriundos do trabalho profissional.

Consideramos que o esforço empreendido resultou num reconhecimento: se foi possível alocar os sujeitos em categorias e classificá-los, não é recomendável tentar contê-los nessas mesmas categorias e classificações. Pois algo sempre escapa, foge do controle metodológico. E isso não lamentamos, apenas lembramos, para não sermos tomados pelo desejo de a tudo querer responder.

3.2 Caracterização dos idosos

Para melhor caracterizar a relação de cuidar/cuidados investigada, voltamos nossa atenção para os idosos doentes. Quando utilizamos a expressão “voltar a atenção”, o fazemos de forma restrita, pois permanecemos concentradas nas informações prestadas pelas cuidadoras. Optamos por assim proceder - sem ignorar a presença dos sujeitos doentes - em decorrência das limitações cognitivas e/ou intelectuais que afetam, em graus variáveis, os idosos.

Verificamos, em meio a outros acontecimentos, e em momentos distintos, que foi o silêncio ou a perturbação presentes nas falas e comportamentos dos idosos, que fizeram emergir, nas mulheres entrevistadas, uma cuidadora. Também por esse motivo a elas nos reportamos. São elas, cuidadoras familiares, que assumem, diante de nós, a função da “boa memória” dos idosos ou da razão que rapidamente elabora respostas lógicas.

Durante alguns momentos das entrevistas, percebíamos que vagava a memória da cuidadora, buscando, no passado, a precisão dos dados solicitados. Por outro lado, também vagava nosso olhar entre a imagem dos idosos que víamos e aquelas, pertencentes ao passado, que a cuidadora descrevia. Enquanto elas “trabalhavam”, reconstruindo o passado, de nossa parte, tentávamos construir - apreender - um sistema de idéias que conjuga o eu e o outro, passado e presente, afeto e ação, individual e social.

Muito provavelmente estamos diante de um “trabalho da memória”¹⁹ das cuidadoras. Pois a medida que o relato de informações objetivas (idade, escolaridade, profissão, etc.) associava-se às lembranças de caráter afetivo (o aniversário, o nascimento do neto, o trabalho, o momento da aposentadoria, etc.), a reconstrução de imagens-lembranças era posta em evidência. As cuidadoras vivenciavam um *flash-back*, em circuito fechado, que ia do presente dos idosos ao seu passado, para depois nos trazer de volta ao presente.

Consideramos que através das informações objetivas fomos apresentadas aos idosos, e que através das imagens-lembranças das cuidadoras fomos introduzidas no universo familiar. Histórias de vida, sumarizadas ou tópicas, nos

¹⁹ A expressão “trabalho da memória” é por nos utilizada como uma referência à obra de Bosi (1994), intitulada “Memória e sociedade: lembranças de velhos”. Neste estudo, entre outros temas, são tratadas as noções de memória individual e coletiva, tendo por base teórica as observações de Henri Bergson e Maurice Halbwachs. Bosi aplica tais noções, no seu livro, ao estudo das memórias de velhos. Tomamos das mesmas idéias para compreender, em nosso estudo, como as cuidadoras elaboram memórias sobre seus familiares idosos e doentes.

foram narradas e a partir delas passamos a melhor compreender o vínculo que une quem cuida e quem é cuidado.

Acreditamos que as histórias de vida que nos foram narradas (mesmo que sumariamente) apontam para a singularidade, como marca indelével das relações de cuidar/cuidado. A pluralidade, presente nos mesmos relatos, é por sua vez, a marca constitutiva das representações sociais.

As informações objetivas, associadas ao trabalho da memória das cuidadoras sobre seus familiares idosos e doentes, permite-nos dizer-lhes:

3.2.1 A idade, o gênero e o estado conjugal dos idosos

No anexo 11 estão expostos os dados referentes à idade e ao gênero dos idosos doentes. Destaca-se a distribuição igualitária da amostra entre idosos do gênero masculino e feminino. Há um predomínio (40%) de sujeitos com idade compreendida entre 81-90 anos. Destes, 30% pertencem ao gênero masculino e 10% ao feminino. Somos ainda informados que o mais jovem dos idosos possui 67 anos, e o idoso de idade mais avançada já acumula 99 anos. A média de idade encontrada é de 82,3 anos.

Diante destes dados verificamos que um dos pólos da relação de cuidar/cuidados investigados acumula muitos anos de vida. Entretanto, na obviedade que o acúmulo de anos indica, lateja a discussão, sempre polêmica, acerca do quando se inicia o processo de envelhecimento. Momento em que constatamos existir, na literatura dificuldades em estabelecer terminologias e conceitos universalmente aceitos em relação ao envelhecimento. Acreditamos que a ausência de consenso sobre o assunto se paute nas fortes conotações político-ideológicas e sócio-culturais inerentes ao tema.

Para nossa investigação, adotamos como critério cronológico definidor de pessoa idosa a proposta de Veras (1994), Veras e Alves (1995), Berquó (1999) e Biancarelli (1999), os quais empregam sistematicamente um ponto de corte situado entre 60 e 65 anos, para definir a população idosa. Atentemos que tal ponto de corte é nacionalmente adotado nas pesquisas censitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como também é adotado nos estudos conduzidos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Feitas essas ressalvas, podemos afirmar que nossa amostra acompanha as tendências e as projeções demográficas, as quais apontam para um mundo povoado por um número crescente de pessoas idosas.

Dando prosseguimento a caracterização dos idosos, passamos a analisar como eles se distribuem por gênero e estado conjugal (anexo 12).

Os dados coletados nos indicam a inexistência de idosos solteiros. Independente do gênero, 55% dos idosos são viúvos, 40% permanecem casados e 5% são separados.

Se considerado o estado conjugal por gênero, encontramos diferenças quais sejam: destaca-se que exclusivamente idosos do sexo masculino permanecem casados (40%), apontando este dado, obviamente, para o não registro de mulheres idosas que permaneçam casadas. Entre as mulheres predomina amplamente o estado conjugal de viúvas (45%), quando apenas 10% dos homens são viúvos. Não houve registro de homens idosos separados, sendo, por sua vez, baixa a ocorrência (15%) de mulheres idosas separadas.

Sant'Anna (1997), em trabalho realizado no final na década de 90, já comentava que as diferenças de gênero quanto ao estado conjugal, entre idosos, expressavam tendências gerais para a população idosa como um todo. Devendo-se as diferenças, em parte a fatores como a maior longevidade das mulheres, e a fatores culturais. Entre estes últimos é comentada a tendência que leva os homens a casarem-se e recasarem-se em caso de viuvez ou separação, mais freqüentemente que as mulheres.

Os dados referentes ao gênero e ao estado conjugal dos idosos adquirem importância, quando lembramos que estas pessoas estão doentes e, como tais, necessitam de cuidados e, conseqüentemente, de cuidadores. No âmbito do suporte necessário ao tratamento dos idosos doentes, sobressaem-se os cuidados prestados por familiares. Por essa razão passamos a analisar a relação de parentesco existente entre os idosos e os seus cuidadores familiares (anexo 13).

Considerando-se a totalidade das pessoas envolvidas familiarmente com os idosos doentes, verificamos que o laço de parentesco predominante entre eles é o de filiação, já que 75% dos cuidadores são filhas dos idosos, seguido dos laços de conjugalidade, pois 20% são esposas e, apenas, 5% (noras), são ligadas aos idosos por laços de afinidade.

O caráter de indispensabilidade do apoio familiar tem por lastro as experiências resultantes da institucionalização dos idosos. É de domínio público, pelo menos no tocante a realidade nacional, que as instituições de acolhimento aos idosos, não têm conseguido surtir os efeitos esperados. Os meios de comunicação de massa se encarregam de propagar, sob a forma de denúncias, as precárias condições destas instituições para o enfrentamento das necessidades das pessoas idosas, quer no plano de atendimento das necessidades pertinentes aos aspectos biológicos, quer naqueles atinentes aos aspectos sociais. Por este ângulo, uma longa discussão poderia ser entretida tanto em defesa dos idosos quanto dos cuidadores familiares. No entanto, nos restringimos a assinalar estes aspectos, pois, agora, priorizamos a elaboração de uma caracterização dos idosos.

3.2.2 A escolaridade, a profissão e a renda dos idosos

No contexto de nossa investigação os dados sobre a escolaridade, a profissão e a renda dos idosos se sobressaem, quando associados às lembranças das cuidadoras. Ganham relevância, quando verificamos que nas lembranças evocadas estão presentes não somente elementos das histórias pessoais das cuidadoras e dos idosos. Existem reflexos, concepções e opiniões acerca de uma época passada. Época em que os idosos eram ativos e saudáveis, época da infância e da juventude das cuidadoras.

Através de uma metáfora, Bosi (1994, p.426) nos oferece uma explicação para a ocorrência de tantas lembranças associadas às informações que solicitávamos:

[...] Tal como plantas, que na estação da seca se imobilizam e brotam nas primeiras chuvas, certas lembranças se renovam e em certos períodos dão uma quantidade inesperada de folhas novas. Como plantas que se fortalecem com a enxertia - outros ramos se nutrem de suas raízes e frutificam com vigor renovado, chamando para si a seiva dos galhos originais - a enxertia social não deixa que as lembranças se atrofiem.

Mantendo-nos no campo da metáfora, podemos imaginar que as informações que solicitávamos com objetividade adubavam a memória das cuidadoras. Estimulavam as lembranças, fazendo brotar, com vigor, fatos e episódios ligados as suas histórias de vida. Ainda, podemos dizer que o terreno das lembranças do cuidar nunca é árido, muitas vezes não é nem necessário adubá-lo, bastando revolver a terra para que tudo que nele foi plantado volte a frutificar.

As cuidadoras, quando indagadas sobre a escolaridade dos idosos, nos informam: 55% dos idosos cursaram todo o Ensino Fundamental completo, enquanto 20% não o concluíram; 15% dos idosos concluíram o ensino médio e 5% não chegaram a concluí-lo; 5% não freqüentaram a escola.

As cuidadoras fazem comentários, produzem discursos sobre o grau de escolaridade dos idosos. Criam conexões entre o tempo presente e um outro tempo, passado, demarcando o tempo passado como a “época dos idosos”.

[...] naquele tempo ninguém dava muita importância ao estudo.
[...] acho que o que ele [idoso] estudou foi o suficiente [...]
[...] não estudou, também prá quê? Prá trabalhar na lavoura [...]

Julgamos que nesses fragmentos de fala estão plasmadas, muito mais que memórias pessoais acerca da história dos idosos. Há indícios da presença de representações sobre um “tempo”, tempo histórico, que antecede, na maioria dos casos, a existência das cuidadoras, e que localiza na infância dos idosos oportunidades ou privações sociais para aquisição da instrução formal.

Um momento de reflexão se instaura e comentários são tecidos sobre o grau de instrução alcançado pelas cuidadoras. Lembremos que metade delas possui curso superior completo ou incompleto. Os créditos por tal empreendimento são atribuídos aos esforços dos idosos, aos desejos pessoais e às mudanças de mentalidade ocorridas entre uma época passada e o tempo presente. Ficando subtendido que há, em relação aos idosos, uma dívida - dívida parental - que moralmente deve ser retribuída. Considerando-se as atuais condições dos idosos, a retribuição, em grande parte, parece ser feita através dos cuidados.

Os dados coligidos sobre a “antiga” profissão dos idosos do sexo masculino apontam que eles foram comerciantes (50%), comerciário, marceneiro, caminhoneiro, funcionário público (militar) e agricultor. Entre as mulheres idosas constatamos que a maioria (60%) trabalhou exclusivamente no lar. Segundo as cuidadoras, ocuparam-se, por toda a vida, em cuidar do esposo, dos filhos, da casa, e até dos netos. As demais idosas, além do labor doméstico, trabalharam como cabeleireira, costureira, telefonista e agricultora. Os rendimentos provenientes de tais atividades eram incorporados ao orçamento familiar.

Todos os idosos, independente do sexo, possuem renda proveniente de aposentadoria e/ou pensão deixada pelo cônjuge falecido. O valor destes

rendimentos concentra-se (40%) em torno de um salário mínimo, fluando até o máximo de dez salários mínimos.

Por acreditarmos que a presente caracterização dos idosos decorre de um trabalho da memória das cuidadoras, rapidamente retornamos ao texto de Bosi (1994), para buscar explicitar como as categorias que abordamos (idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, profissão e renda) repercutem na subjetividade das cuidadoras e transpõem o campo dos acontecimentos particulares para encontrarem um lugar comum, no pensamento coletivo.

Para tanto, um ponto primordial não deve ser esquecido: os idosos são, do ponto de vista psicodinâmico, objeto de investimento, e como tais continuam a ser percebidos e lembrados através das lentes do afeto (ou desafeto) das cuidadoras.

Thompson (1992, apud CALDAS, 1998, p.126) afirma que “[...] o processo da memória depende da percepção”, e que as percepções organizam-se (nem sempre conscientemente) para possibilitar, posteriormente, a reconstrução das informações e fatos percebidos. Dessa forma, podemos considerar que as declarações das cuidadoras nos contam como o passado dos idosos é conservado e atualizado em suas lembranças.

Bosi (1994, p.54-55), com base nas idéias de Halbwachs (s/d), faz uma leitura dos quadros sociais da memória, relacionando as lembranças às “instituições formadoras do sujeito”: a família, a classe social, a escola, a igreja, a profissão, etc. Partindo dessas idéias, Bosi interpreta que “[...] Halbwachs amarra a memória da pessoa à memória do grupo; e esta última à esfera maior da tradição, que é a memória coletiva de cada sociedade”.

Nas evocações das cuidadoras, sobre a vida dos idosos, reconhecemos os postulados apresentados pelos teóricos que guiaram o trabalho de Bosi. A memória individual com que todos, independente da idade, lidamos e lutamos. A memória coletiva engendrada a partir de laços de convivência, construindo um lastro para que possamos expressar, através da linguagem, o que é mais individual.

3.2.3 Os idosos e a doença que os afeta: a demência

Ao abordarmos a patologia que afeta os idosos, somente em parte o fazemos, guiadas pelos imperativos das ciências médicas. Estes, em termos gerais, postulam: conhecer para diagnosticar, diagnosticar para propor terapêutica, tratar para intervir na evolução da doença ou, idealmente, propiciar a cura. Sem, em momento algum,

ignorar a importância do raciocínio médico, nossa proposta é tomar dos agravos produzidos pela doença em sua articulação com o psicológico e o social. De modo que, ao abordarmos os aspectos médicos dos quadros demenciais, o fazemos, principalmente, com o intuito de contextualizar e caracterizar uma específica relação de cuidar/cuidado.

Por este ângulo, diversas possibilidades de análise de um mesmo fenômeno se sobressam. Inicialmente voltamos nossa atenção para as diferenças existentes entre os conceitos de longevidade e de envelhecimento bem-sucedido. Entendemos que a longevidade pode ser traduzida como o acréscimo de anos à existência humana, sem que se considere, necessariamente, a “qualidade” dos anos adicionados. Já, ao envelhecimento bem-sucedido associam-se, além dos anos acrescidos, as possibilidades do bem-estar físico, psicológico e da segurança social. Estamos diante de situações distintas, as quais nem sempre coincidem, podendo-se até contra-argumentar que raramente são vivenciadas em conjunto.

Buscando compreender o envelhecimento comprometido por uma específica patologia, podemos dizer que, classicamente, as demências têm sido definidas por seu caráter de doença irreversível, crônica, progressiva e incurável. Nestes quadros clínicos os aspectos mais notáveis dizem respeito à deterioração da memória e das capacidades cognitivas específicas e intelectuais gerais, com comprometimento severo do funcionamento social do seu portador (KAPLAN; SADOCK, 1984; TALBOT et al., 1992; BOTTINO, 1997; ISAACS, 1998).

Do ponto de vista da história médica da doença, Bottino (1997) relata haver ocorrido, na atualidade, uma ligeira modificação no conceito de demência. Decorre a modificação, da identificação de uma série de condições clínicas que seriam potencialmente causadoras de demência, como por exemplos: hidrocefalia de pressão normal ou comunicante, mixioma atrial, zoonozes, etc. Entretanto, a identificação do potencial de reversibilidade de tais causas parece, muito mais, haver colaborado no sentido de dismantelar a concepção da demência como doença inevitável do envelhecimento, do que permitido uma reformulação global do seu conceito clássico.

Falar atualmente em demência nos conduz, inevitavelmente, à doença de Alzheimer. Por sua vez, tal patologia é apontada, no meio médico, como a forma de manifestação de maior incidência e prevalência entre indivíduos na faixa etária acima de 65 anos. Em acordo com os objetivos de nossa proposta de investigação,

esclarecemos que não nos ateremos exclusivamente à doença de Alzheimer, mas consideraremos, de modo genérico, todas aquelas patologias cujo espectro sintomatológico repousa sobre a tutela de quadros demenciais.

Sob a ótica médica identifica-se, através da literatura especializada, que vem sendo empreendido um grande esforço em investigar e precisar instrumentos e procedimentos que viabilizem o diagnóstico preciso e precoce da demência, conforme se depreende dos trabalhos de Brito-Marques et al. (1995); Danoso (1996), Ojeda (1996), Bottino (1997), Almeida (1998) e tantos outros. Face à especificidade dos estudos médicos empreendidos em torno do diagnóstico da demência, e a dos nossos objetivos, damos-nos por satisfeitos em apenas referir brevemente este tópico.

Se assim podemos, confortavelmente, nos comportar em relação aos procedimentos diagnósticos, somos compelidos a apresentar, mais detalhadamente, os aspectos da evolução da demência. Uma vez que é na evolução da doença que repousam as faces mais dramáticas da patologia, as quais findam por comprometer severamente o portador e a implicar, familiarmente, seu cuidador.

Larks e et al. (1995, p.227) apresentam uma descrição seqüencial da demência, que se aplica ao nosso intento:

[...] logo no início do curso da demência os sintomas são de disfunção sub-cortical difusa: há distraibilidade, com perdas de objetos de uso diário, pequenos esquecimentos dos quais o paciente se queixa com freqüência e que muitas vezes não são levados a sério - e queda do rendimento em atividades diárias e laborativas. O paciente vai naturalmente fazendo uso de estratégias mnemônicas como forma de se adaptar aos sintomas iniciais. Perda de interesse e apatia surgem com freqüência nesse estágio inicial.

A seguir aparecem sintomas de disfunção pré-frontal, tais como dificuldades no raciocínio abstrato, no planejamento e julgamento. O cálculo e as habilidades fisio-espaciais apresentam-se já com grande comprometimento.

Nos estágios intermediários inicia-se a afasia fluente, com dificuldades em nomear objetos e escolher palavras corretas para expressar a idéia. A afasia é progressiva evoluindo para o distúrbio afásico sensorial. A apraxia aparece nos estágios intermediários e graves da doença, impedindo o paciente de promover suas necessidades básicas pessoais, como cuidados de higiene pessoal, alimentação e no vestir.

O estágio final é marcado por afasia e apraxias totais, espasticidade e incontinências esfinterianas.

Diante do exposto vislumbra-se a gravidade dos quadros demenciais, cujo comprometimento progressivo das funções cognitivas findam por levar a demência a ser classificada segundo o grau de comprometimento daquelas funções. Visando especificar melhor a gravidade da demência, nos apropriamos dos critérios de

descrição e classificação presentes no DSM-III-R (apud BOTTINO, 1997), e que assim são apontados:

- Leve: embora o trabalho e as atividades estejam significativamente prejudicados, a capacidade para a vida independente permanece. Tarefas de rotina ou atividades de lazer mais complexas não podem mais ser realizadas.
- Moderada: a vida independente é problemática e alguma supervisão é necessária. O paciente necessita de ajuda para resolver tarefas simples do cotidiano.
- Grave: o paciente requer supervisão contínua para as atividades diárias, é incapaz de manter condições mínimas de higiene. Permanece boa parte do tempo incoerente ou em mutismo.

Porém, evidências apontam que não somente prejuízos cognitivos e intelectuais participam da evolução da demência, pois se associa aqueles a possibilidade de instalação de sintomas psiquiátricos. A esse respeito, Levy e Almeida (1995) apontam três fenômenos principais: transtornos do conteúdo do pensamento (delírios e reação paranoide), transtornos da percepção (alucinações, ilusões e identificações errôneas) e transtornos do afeto (depressão e euforia).

Ao compreendermos os prejuízos e danos causados pela demência somos inevitavelmente conduzidos a indagações acerca das possibilidades terapêuticas e de sua eficácia. A respeito das possibilidades terapêuticas encontramos nos trabalhos anteriormente citados, propostas que podem ser resumidas e agrupadas em tratamento farmacológico e manejo comportamental.

Quanto ao tratamento farmacológico evidencia-se, ao longo dos anos, a indicação do uso de várias substâncias - vasodilatores, anticolinérgicos, estimulantes, neuropeptídeos, etc - isolados ou em associações. Incluem-se, também, as drogas de ação psicotrópica para manejo dos sintomas psiquiátricos. Outra abordagem terapêutica é feita através do manejo comportamental, através da qual se intenta lidar com a conduta impulsiva e inapropriada, com o objetivo de evitar ou retardar a deterioração e melhorar as capacidades restantes.

Quanto à eficácia das terapêuticas empreendidas, Shartma e Giert (1990) já observavam que não existem drogas efetivas para o tratamento dos déficits de memória ou prejuízo intelectual. Esclarecendo-nos que os medicamentos empregados visam a correção de funções neuroquímicas específicas.

Constatados os limites terapêuticos da demência, parece não ser recomendável assumir uma postura niilista ou conformista, sob pena de, assim procedendo, serem infligidos mais severos danos, físicos, psíquicos e sociais, aos seus portadores. Acreditamos que tais posicionamentos podem ser, empiricamente, observados no discurso cotidiano de alguns profissionais, tendendo a estender-se aos familiares cuidadores e, ainda, em última análise, à própria sociedade. Especulamos que, talvez, tal fato decorra, em parte, da inadequada relação estabelecida entre o cuidar e o curar. Estamos diante de paradigmas - curar e cuidar - e como tais, exigem uma minuciosa análise da construção de suas concepções, tanto em termos profissional como popular.

No momento, nos restringimos à pertinente e objetiva observação de Bottino (1997, p.149): “[...] a demência em idosos é raramente ‘curável’, mas é freqüentemente ‘tratável’, assim como outras formas de doença crônica”. Interpretamos, nesse contexto, a expressão “tratável” como contemplando todo o complexo de procedimentos envolvidos na assistência à pessoa demente que, sem possibilidades de cura, demanda cuidados, ora profissional, ora familiar.

Por último, gostaríamos de atentar que, sob a perspectiva do cuidador familiar de idosos portadores de demência, vêm sendo empreendidos respeitáveis e bem intencionados trabalhos.

Por fim, e por acreditarmos haver conseguido caracterizar os idosos e a doença que os afeta, lhes diremos quem são essas pessoas.

3.2.4 Quem são os idosos

Encerramos este tópico de nosso estudo dizendo-lhes, de forma sucinta e genérica, quem são os idosos que investigamos.

O grupo de idosos é constituído por igual número de homens e mulheres, com idade média de 82,3 anos. Em sua maioria, são viúvos, que tiveram filhos e, no momento, com eles residem.

Em sua quase totalidade cursaram o Ensino Fundamental completo. Todos foram trabalhadores. Os homens exerceram profissões ou ofícios variados, tais como: comerciante, marceneiro, caminhoneiro e funcionário público. As mulheres, por sua vez, ocuparam-se em atividades domésticas e/ou trabalharam como cabeleireira, costureira, telefonista e agricultora.

Todos, sem exceção, possuem renda própria que varia entre um e dez salários mínimos, provenientes de aposentadoria ou pensão deixada pelo cônjuge falecido.

De posse destas informações, passamos a imaginar o quanto os idosos poderiam nos contar sobre suas vidas longas... Mas, lamentavelmente, estão doentes. São dependentes e estão privados, em graus variáveis, da capacidade de traçar os limites daquilo que gostariam de revelar ou de omitir sobre si próprios. Privados de produzirem discursos nos quais narrariam memórias, sentimentos e percepções, os quais, por certo, abririam caminhos para a apreensão das representações sociais do cuidar e do ser cuidado.

Suas filhas, esposas e noras são, hoje, suas vozes. Através de suas falas são criadas as condições que permitem alcançar os objetivos de nosso estudo. No entanto, coube aos idosos, na confusão de suas falas ou no silêncio que os enclausura, criarem as condições de elaboração de outros discursos, inclusos aí, o das cuidadoras e o nosso.

A eles, os idosos, nosso respeito, e a promessa de permanecer o mais fiel possível a memória de suas cuidadoras.

CAPÍTULO 4

As categorias e subcategorias do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente

Integram a matriz de nossa investigação os princípios que caracterizam o pensamento complexo (MORIN, s/d) e as idéias que circunscrevem o cuidar/cuidado, no âmbito das relações que os homens estabelecem entre si e com o mundo que os circunda.

Ainda que postos com brevidade, são estes os princípios norteadores de nosso pensar sobre o cuidar/cuidado. Embora os consideremos claros e dotados de grande alcance teórico, necessitamos, para viabilizar a presente análise, submeter os discursos produzidos pelas cuidadoras às classificações e às categorizações que constituem e tipificam a análise de conteúdo.

No âmbito desta discussão, podemos verificar que caso consideremos as classificações e/ou categorizações em sentido restrito, torna-se passível pensar que o modelo cognitivo que ali se expressa pode se prestar a enclausurar sujeitos, fatos e fenômenos em “grades”. As “grades”, de qualquer natureza, limitam tanto formas do sujeito ser e estar no mundo, quanto os fenômenos daí decorrentes. Como conseqüência dos limites, por esse sentido apostado às classificações e/ou categorizações, empobrece-se a leitura que se pode empreender sobre os atores e os acontecimentos.

Por outro lado, sugerimos que as classificações e/ou categorizações possam ser pensadas e utilizadas para além do conceito que as restringe à atividade mental necessária ao pensar, e além dos limites anteriormente ventilados. Nesse sentido, julgamos ser possível trabalhar, metodologicamente, transpondo os estritos limites das “grades” classificatórias que isolam ou restringem sujeitos e fenômenos.

Entre os trabalhos que aprofundam o conhecimento acerca dos processos envolvidos na elaboração das representações sociais, encontramos o estudo efetivado por Semin (2001). Neste estudo é destacado o papel das classificações e das categorizações, e estão presentes argumentos que esclarecem o sentido apostado ao seu emprego:

[...] os princípios organizadores que estão na base de nossas ações e reações no contexto de nossa experiência de vida tem propriedades socioafetivas e uma finalidade. Este tipo de interpretação dos processos de categorização e de classificação nos permite conceituar a emergência das categorias e das

representações sociais que adquirem sentidos para as pessoas, considerando a significação funcional dos diferentes objetos e reações que suscitam. Eis por que a funcionalidade de tais classificações e processos de categorizações dependem das atividades e objetivos da pessoa e por que os processos de categorização e classificação humanos são, por essência, sociais, funcionais e repousam sobre bases discursivas (SEMIN, 2001, p.212).

A partir do exposto, da adoção dos princípios do pensamento complexo e, ainda, do cuidar enquanto fenômeno relacional, nos munimos de preceitos que auxiliam a transpor os limites das “grades” de classificações. Entendemos que se algo pode ser contido nas “grades”, o exercício de pensar reflexivamente rompe com os limites estabelecidos e liberta as possibilidades de interpretação dos fenômenos observados.

Mantendo-nos nesta perspectiva, e objetivando apreender os sentidos que constituem e constroem as representações sociais, apresentamos, a seguir, as categorias e subcategorias do cuidar/cuidado do idoso doente, identificadas nos discursos das cuidadoras.

TABELA Nº 3
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO CUIDA/CUIDADO DO IDOSO PORTADOR DE
DEMÊNCIA, SEGUNDO SUAS CUIDADORAS

NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidades de análise	
		F	%
1. Manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado	1.1 Cuidados com a evolução da doença	821	38,6
	1.2 Cuidados com a alimentação		
	1.3 Cuidados com a higiene		
	1.4 Cuidados médicos		
	1.5 Cuidados com a medicação		
	1.6 Cuidados com a segurança		
	1.7 Cuidados com a comunicação		
	1.8 Cuidados com o sono/repouso		
	1.9 Cuidados com as vestimentas		
2. Manifestações afetivas do cuidar/cuidado	2.1 Afetos e vivências negativas	769	36,2
	2.2 Afetos e vivências positivas		
	2.3 Afetos e vivências indefinidas		
3. Manifestações de cunho filosófico sobre o cuidar/cuidado	3.1 Reflexões sobre a temática moral e o cuidar/cuidado	315	14,8
	3.2 Reflexões sobre a temática existencial e o cuidar/cuidado		
	3.3 Outras reflexões sobre o cuidar/cuidado		
4. Manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado	4.1 Retornos ao passado	223	10,4
	4.2 Projeções para o futuro		
TOTAL		2128	100,0

Primamos por preservar, nas nomenclaturas atribuídas às categorias e às subcategorias, os sentidos presentes nas verbalizações das cuidadoras, de forma tal que o leitor, ao ter acesso às rubricas, seja imediatamente remetido ao contexto do cuidar/cuidado priorizado na categoria em questão.

Tais categorias aglutinam algumas das dimensões do cuidar/cuidado apontadas por Morse et ali (1990,1991) e Sister Roach (1993; apud WALDOW; LOPES; MEYER; 1995). Como também se aproximam das descrições de Boff (1999), sobre as dimensões nas quais o cuidar/cuidado se concretiza.

Embora possamos tecer aproximações entre os temas que os teóricos do cuidar/cuidado postulam, e aqueles presentes em nossos dados, observamos que as categorias e as subcategorias identificadas guardam as singularidades da produção discursiva de um grupo social historicamente situado. Como consequência desta mesma singularidade, não encontramos, no transcurso da análise, repetições literais de temas e de conteúdos, embora - não podemos negar - permaneçamos, nós e os teóricos, atrelados ao mesmo objeto de estudo: o cuidar.

Por se constituir em prática social de longuíssima data entre os homens, o cuidar/cuidado parece possuir representações que pré-existem a qualquer tentativa de apreensão de novos sentidos. Representações essas que, evidentemente, não permanecem congeladas no transcurso do tempo e dos acontecimentos. Transformações, mudanças, revoluções, usualmente, trazem consigo o novo, o estranho, o inusitado, que mesmo ardentemente desejadas, necessitam ser familiarizadas e incorporadas ao repertório do cotidiano, do comum, do usual.

Moscovici (1978, p.50) declina que as representações sociais são dinâmicas e “[...] seu *status* é o de uma *produção* de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma *reprodução* desses comportamentos ou dessas relações [...]”

Aplicada à citação ao cuidar do idoso doente, podemos compreender como este “comportamento” atravessa, em todos os tempos e lugares, a história do homem. Não é novo, mas nunca é o mesmo. Instaurando-se, então, diante da velhice e da doença, o estranho, que em última análise, é quem determinará naqueles que cuidam do idoso doente e na sociedade na qual estão inseridos, a construção de novos sentidos para velhos acontecimentos e comportamentos.

Vejamos, agora, através de nossas análises, como o velho acontecimento do cuidar do idoso doente transveste-se de novo e circula em conversações cotidianas, falando-nos de um saber sobre o assunto que a ninguém e a todos pertence.

4.1 AS MANIFESTAÇÕES PRAGMÁTICAS DO CUIDAR/CUIDADO

Nesta categoria foram agrupadas as ações concretas do cuidar, ou seja, os cuidados executados pelas cuidadoras para atender as necessidades dos idosos. Em nosso estudo, a força destes procedimentos manifesta-se claramente nas produções verbais e se faz sentir no processo de elaboração das representações sociais do cuidar, através do alto percentual de unidades de análise (38,6%) especificamente associadas aos cuidados pragmáticos.

Como resultado da análise empreendida sobre o material discursivo que nos foi oferecido pelas cuidadoras, vimos, logo de início, se confirmar um pressuposto: estamos diante de uma práxis que se inscreve no dia-a-dia, é executada por familiares, e acontece em ambientes domésticos.

Compreender o caráter cotidiano, familiar e doméstico destas práticas pode, metaforicamente, ser considerado como porta de entrada para a apreensão das representações pragmáticas do cuidar. No entanto, é necessário encontrar as chaves que podem descerrar estas portas, e estas se encontram dispersas nos discursos. Ao procedermos à categorização e à subcategorização dos cuidados elencados nos foram oferecidas várias chaves de sentidos.

Com base nos elementos que compõem a categoria, subcategoria e componentes das manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado, passamos a analisá-las.

4.1.1 Subcategoria cuidados com a evolução da doença

Dentre as subcategorias identificadas, os cuidados com a evolução da doença são os que apresentam o maior percentual de unidades de análise (19,4%, vide anexo 14), quando comparadas as demais formas de cuidados identificados.

Interpretamos este achado como indicativo da experiência das cuidadoras em acompanharem a evolução de uma doença crônica degenerativa em familiares, cuidando destes diuturnamente. Como resultado dessa experiência instaura-se uma

forma de conhecimento que é sistematizada pela observação, reflexão e ação não formalizadas.

Do ponto de vista das cuidadoras, parte dos conhecimentos que possuem sobre os quadros demenciais, é elaborado, numa tentativa primeira de compreensão etiológica da doença. Em meio às verbalizações encontramos as seguintes expressões indicativas desse processo:

[...] existem sintomas no idoso que se sabe, que os médicos mesmo dizem... é da idade e tem que tratar como der, como puder [...]

[...] essa doença é uma coisa muito interessante que... eu acho que nem é a doença, é a idade mesmo, sabe?

As declarações, tomadas como exemplos, indicam-nos a existência de uma forma de pensar que “naturaliza” a doença como parte integrante do processo de envelhecimento saudável.

Parece-nos interessante destacar que na primeira fala se sobressai o processo de naturalização da doença demencial, como sendo reafirmado através da declaração médica e, então, incorporado ao discurso da cuidadora. Num primeiro instante podemos, diante do fato, sermos tomados por uma certa surpresa, pois não é usualmente esperado que entre profissionais médicos a doença permaneça “naturalizada”. No entanto, diante da Teoria das Representações Sociais, a surpresa se desfaz, quando entendemos que a velhice e a doença podem ser apontadas como campos representacionais primários, onde [...] a distinção entre o homem inculto e o homem culto, este último utilizando modelos de raciocínio mais científico, perde seu valor. Com efeito, diante de certos problemas, todo indivíduo é inculto " (MOSCOVICI, 1978, p.251).

Na declaração da segunda cuidadora podemos observar que a demência, embora seja inicialmente admitida como uma doença que pode afetar os idosos, é colocada no rol das “coisas” interessantes, mas, ainda assim, questionáveis, pois [...] “o esforço essencial do sujeito não é para compreender essa teoria [no caso a doença demencial] no âmbito que lhe é próprio, mas para destacar e pôr em relevo perspectivas que se harmonizem com as suas orientações profundas” (MOSCOVICI, 1978, p. 252).

Podemos então deduzir que acima de toda e qualquer lógica, ou não-lógica, presente no pensamento das cuidadoras, a doença exige cuidados, os quais nos foram apontados como respostas em atos. Nesse sentido, a análise de conteúdo

empreendida aponta, como um dos componentes desta subcategoria, a percepção das alterações comportamentais dos idosos.

Ao analisarmos como as cuidadoras percebem as alterações comportamentais dos idosos, não podemos perder de vista a perspectiva que situa a percepção enquanto forma de cuidado que se assenta, sobretudo na observação. E a observação, nestes casos, pode ser aguçada pelos laços afetivos que unem o idoso e a cuidadora.

O compasso em que as alterações comportamentais foram percebidas pelas cuidadoras foi, de início, descrito como lento, entretanto dotado de grande poder de transformação da vida cotidiana. Vejamos como algumas cuidadoras narram as alterações percebidas:

[...] foram mudanças de hábitos, de costumes, de tudo.

[...] quando o comportamento começou a mudar, ela [idosa] parecia outra pessoa.

As alterações percebidas no comportamento dos idosos parece ser uma das primeiras possibilidades de compreensão do “estranhamento” vivenciado e referido pelas cuidadoras diante do familiar doente. Referimo-nos a um “estranhamento” que comporta os sentidos contemplados no Aurélio (FERREIRA, 1986, p. 726). Sendo o termo empregado, na linguagem coloquial, para designar o ato de “estranhar (-se)”. Por sua vez, este sentido nos remete diretamente ao contexto do que é fora do comum, desusado, novo, anormal, singular, esquisito, extravagante, excêntrico, misterioso, enigmático, desconhecido e, por fim, é aplicado aos indivíduos que não conhecemos ou que não pertence a uma corporação ou a uma família.

Mor das vezes, o “estranhamento” referido pelas cuidadoras foi também apontado pelos grupos sociais a que o idoso pertencia ou freqüentava. São amigos, ex-companheiros de trabalho ou de lazer que assinalam pequenas modificações de humor, atitudes ou comportamentos apresentados pelo idoso. De modo que, a percepção das mudanças é referida individualmente pelas cuidadoras, mas confirmada pelos referendos sociais.

Sendo, pois, no intercâmbio das alterações dos comportamentos tidos como adequados e inadequados, tanto para os ambientes públicos e privados, que a demência adquire consenso e vai se configurando enquanto doença e marca do “estranho”, que necessita ser significada individual e socialmente para ser, então, incorporada ao repertório dos acontecimentos cotidianos.

Registramos, como parte dessa busca de sentidos, uma indagação que nos foi feita por uma cuidadora - em um tempo anterior a este estudo - e que naquele momento parecia-nos condensar todas as tentativas de compreensão do sem-sentido que a doença demencial instaura ou institui:

Quem esta aí, onde antes era ele [idoso]?

Tomadas de surpresa e sem conhecer as respostas que preencheriam a demanda da cuidadora, silenciámos. No entanto, permanecemos fascinadas pelo hermetismo da questão. Desde então, decidimos buscar, não as respostas, mas a compreensão dos processos de atribuição de sentido.

Representar, nessas circunstâncias, pode em parte corresponder ao que Moscovici (1978, p. 79) aponta como possibilidade de “[...] resolver problemas, dar uma forma às interações sociais, fornecer um molde à conduta são motivos para edificar uma representação e transvazar o conteúdo de uma ciência, de uma ideologia, etc”. Julgamos que tal citação aplica-se tanto aos sujeitos pesquisados quanto à pesquisadora.

Integram o rol dos cuidados empreendidos pelas cuidadoras as percepções das alterações no estado físico dos idosos. Na perspectiva das cuidadoras, este grupo de percepções parece manter uma íntima correspondência com o registro médico das avaliações do estado geral, que se dá por ocasião do exame físico do paciente.

A conexão é, provavelmente, estabelecida porque em ambos os casos - sejam do registro médico ou das cuidadoras - o corpo é o objeto primordial da observação e dos cuidados. Na tradução dos sinais inscritos no corpo é que reside o diferencial das percepções mediadas por um saber técnico e, aquelas outras, mediadas por um saber que não se pauta na ciência e na técnica.

O saber que media a observação das cuidadoras assenta-se, primordialmente, sobre o convívio e os afetos, criando espaços que permitem uma leitura do estado físico, que vai além da simples identificação das marcas impressas no corpo do idoso pelo transcurso dos anos. Este saber informal permite o reconhecimento dos sinais indicativos da evolução da doença e, dramaticamente, assinalam a instauração de limites e de dependências.

A percepção e a constatação de alterações no estado físico do idoso assustam as cuidadoras, não somente pela potencialidade de limitação e de

dependência, mas, sobretudo, pela irreversibilidade ou difícil resposta positiva às terapêuticas e aos cuidados a serem empreendidos.

Encontramos nas falas das entrevistadas um destaque para os sintomas e os sinais que correspondem diretamente ao agravamento do quadro demencial. Vejamos como essas percepções foram verbalizadas:

[...] tem esses ferimentos [escaras] é tão difícil de cicatrizar [...]
[...] ele [idoso] é todo rígido, fica se esticando [espasmos] [...]

Os exemplos poderiam ser multiplicados, numa ampla demonstração da aguçada percepção. O exercício de percepção da cuidadora transita entre a identificação dos mais evidentes sintomas físicos, até aqueles sofisticados sinais, tais como a dor, cuja leitura e decodificação estão mergulhadas no campo da subjetividade.

[...] ela [idosa] começou a gemer, tá com dor [...]
[...] se ele [idoso] sente uma dor aqui ou acolá, como vou saber? Pois vou lhe dizer!

Através destas falas podemos depreender que as cuidadoras estão ocupando o lugar de intérpretes de sinais e de sintomas físicos, explícitos ou implícitos, mesmo quando não sabem precisar a fonte orgânica do sofrimento dos idosos. Nessas ocasiões, aparentemente, a percepção aproxima-se daquela empreendida pelas mães de filhos pequenos. Nos extremos da vida humana, o ato de perceber, traduzir ou interpretar sinais, sintomas, desejos, daquelas pessoas incapazes de se expressarem parece compor o repertório do cuidar/cuidado com afeto.

Ressaltamos, ainda, que as percepções relativas às alterações ocorridas no corpo do idoso não ocorrem no isolamento de outras práticas do cuidar, como usualmente acontece quando profissionais da área médica buscam, sistematicamente, indícios de patologias. Para as cuidadoras, perceber o estado físico dos idosos ocorre em meio às outras práticas do cuidar, como, por exemplo, o alimentar, o vestir, o banhar, o deitar ou simplesmente deter o olhar sobre o idoso.

Explicitamos que nossa exposição, guiada pelo desejo de compreensão, é quem põe em relevo o exercício de percepção das cuidadoras. Atentas a este aspecto, esperamos reduzir os riscos de fragmentar o que, em verdade, ocorre de forma única e indivisível: o cuidar. Nisso se resume o que nos cabe dizer acerca das percepções das cuidadoras sobre o estado físico dos idosos, pois não alimentamos a ilusão de tudo poder ser percebido, dito e compreendido.

Embora tenhamos encontrado nos discursos um número considerável de unidades de análise referentes às percepções de alterações da memória, da cognição e da orientação, o que nos autorizaria analisá-las em separado, optamos por interpretá-las em conjunto. Nossa opção justifica-se em face das aproximações que as cuidadoras promovem entre as alterações já nomeadas.

Parece-nos que tais percepções, em associação com as já comentadas alterações comportamentais dos idosos, integram e alicerçam a base do processo de “estranhamento” que a demência instaura entre os sujeitos que convivem com os idosos.

As alterações da memória dos idosos foram assim descritas:

[...] é aquele esquecimento
[...] ele [idoso] já não reconhece as pessoas, parece que esqueceu os nomes, troca.

As alterações cognitivas foram narradas dos seguintes ângulos:

[...] ele [idoso] num sabe mais ler, contar nem escrever, acho que não entende nada.
[...] ficou uma pessoa sem entendimento, ele [idoso] não define nada [...]

As alterações da orientação foram referidas nos seguintes termos:

[...] a gente tem medo dela [idosa] se perder... ela não sabe voltar [...]
[...] ele [idoso] tá esquecendo o ambiente da casa [...]

De modo mais específico, podemos agora afirmar que as percepções efetuadas em torno das funções mentais dos idosos imbricam-se, nos discursos, de uma forma tão intensa, que para as cuidadoras não interessa precisar qual função está prejudicada. Pois para elas o idoso, muitas vezes, por “esquecer-se”, “perder-se” ou “desaprende” a ler e a escrever. Outras vezes, por “perder-se”, “esquece”, e esquecendo-se fica “sem entendimento” e, então, “não define nada”.

Acerca do complexo funcionamento mental, por certo, as cuidadoras já possuem representações que, em face das circunstâncias, serão confrontadas com a realidade então vivenciada. Uma vez percebidas as alterações, os profissionais de saúde são convocados para, em nome do conhecimento científico, confirmá-las e apresentar terapêuticas. Nesse instante, através do que nos foi relatado, podemos verificar que a busca por auxílio médico é vivenciada num misto de sentimentos que oscilam entre o medo e a esperança. Medo instaurado a partir do “novo” comportamento do idoso, e da esperança que o conhecimento médico venha por “ordem” na “desordem”.

Instauradas as propostas terapêuticas e transcorrido algum tempo, inferimos que, caso não seja alcançado o sucesso desejado, a esperança tende a transmutar-se em vivências de perdas, que são enunciadas na linguagem, através de expressões como “nada pode ser feito”. E, esse “nada pode ser feito”, que a princípio figura como uma vivência individual no sistema de significações das cuidadoras, passa a ser partilhado, paulatinamente, pelo sistema coletivo de significações.

4.1.2 Subcategoria cuidados com a alimentação

A subcategoria cuidados com a alimentação (17%, vide anexo 14) aparece em segundo lugar dentre as manifestações pragmáticas do cuidar, indicando-nos que muito provavelmente as práticas e as normas dietéticas são elementos fortemente vinculados à temática do cuidar/cuidado do idoso doente.

Segundo Garine (1987), as relações entre a cultura, os hábitos alimentares e o processo saúde/doença são, desde há muito, objetos de estudo de várias disciplinas. De tais estudos resulta uma constatação: embora o ato de comer seja universal, alimentamo-nos de acordo com a sociedade a que pertencemos. A cultura é quem define tanto o que é comestível quanto às proibições alimentares.

Um extenso universo simbólico gravita em torno da alimentação e do ato de alimentar-se, gerando ritos de comensalidade, que segundo DaMatta (1987, p.22), revelam “[...] uma relação direta entre o que se come, com quem se come e com o modo de comer”.

Estas são as relações que em face do objeto que estudamos privilegiaremos. O modo de comer, a companhia com quem se come e a qualidade do que se come, em nossa análise, são tomados como indícios das transformações produzidas pela demência. São essas mesmas condições verdadeiros demonstrativos da repercussão que a doença dos idosos produz no cotidiano das cuidadoras. E que, em algum momento da história da evolução da doença dos idosos, não se restringiram ao desconforto doméstico, mas se expandiram a outras instâncias sociais.

Sobre o duplo dístico de “cuidados com a via de alimentação” e “cuidados voltados para o auxílio na alimentação”, encontramos as seguintes falas:

Cuidados voltados para o auxílio na alimentação:

[...] eu preparo o prato [...]
[...] ele [idoso] tenta comer com a mão dele, mas fica um tremor, aí derrama. Aí eu vou ajudar [...]

Cuidados com a via de alimentação:

[...] é preciso alimentar ele [idoso] dando na boca [...]
[...] hoje só toma mamadeira.
[...] tem épocas que é preciso alimentar na seringa [...]

Em tais enunciações ficam evidentes os diferentes níveis de gravidade do quadro clínico e da dependência dos idosos, pois entre o “preparo do prato”; o “alimentar dando na boca”, na “mamadeira” e por fim na “seringa”, residem distâncias que nos falam de perdas de autonomia.

Na última das falas postas em destaque, os danos neurológicos são óbvios, embora os prejuízos sociais daí resultantes sejam somente imagináveis. Por termos feito alusão a um aspecto do cuidar que não é diretamente tangível, pois somente imaginável, gostaríamos de evidenciar um aspecto que a simples leitura das falas não consegue traduzir. Ao anunciarem estas falas, as cuidadoras infletem na voz o tom de um lamento que nos indica, mais uma vez, a possibilidade de vivências de perdas.

Os cuidados com a alimentação dos idosos ainda se desdobram em “cuidados com as manifestações de fome e de saciedade” e com a “quantidade, horários e qualidade dos alimentos”.

Aqueles cuidados referentes às manifestações de fome e saciedade, assim foram expressos:

[...] ele [idoso] não pede comida, se eu não der ele não come [...]
[...] quando tá saciada ela [idosa] deixa a comida, cospe [...]

Já os cuidados com a quantidade, horários e qualidade dos alimentos foram aludidos do seguinte modo:

[...] cuido prá ver o quanto ele [idoso] come [...]
[...] tem que alimentar na hora certa [...]
[...] procuro dar uma alimentação forte, natural [...]

Ao tentarmos penetrar na forma de pensamento que o grupo das cuidadoras se utiliza para cuidar da alimentação dos idosos, encontramos categorias gerais (quantidade, horário, qualidade) já apontadas por sociólogos e antropólogos, como

fundamentos reguladores das regras de sociabilidade. (DaMATTA,1987; GARINE,1987)

As regras e as normas alimentares alteradas pelo curso evolutivo da doença apontam os múltiplos caminhos que esta discussão poderia tomar, mas, em nome da objetividade, recorreremos à sintética e esclarecedora afirmação de DaMatta (1987, p. 22): “[...] o fundamental é que o ato de comer cristaliza estados emocionais e identidades sociais”.

Por último, registramos a expressão de alguns cuidados inespecíficos com a alimentação:

[...] tem que cuidar da alimentação [...]
[...] ela [idosa] ultimamente tá com um mastigado horrível, mastigando feio. A gente pede: não faça isso... parece um bicho [...]

Embora a última fala possa nos remeter ao âmbito da adequação às normas sociais de alimentação - o que já a retiraria da classe dos cuidados inespecíficos - é justamente a inespecificidade do contexto onde ela ocorre (ambiente público ou privado) que nos autorizou a classificá-lo com tal. Ou seja, inespecificidade em termos de normas no que tange a ausência de limites entre o privado e o público, e inespecificidade, também, no que toca à ausência de fronteiras entre o natural e o cultural: perdida a comensalidade, o que resta é o “comer”; e perdida à pessoa à mesa, resta o “bicho” diante do repasto.

Diante das perspectivas que priorizamos nos cuidados referentes à alimentação dos idosos, julgamos poder inferir que a presença destes, descritos de forma tão detalhada, integram as representações sociais do cuidar de idosos doentes. Cumprem a função de instituir um novo sentido aos velhos hábitos alimentares, pois o sentido anterior é questionado ou francamente negado nas vivências cotidianas das cuidadoras.

4.1.3 Subcategoria cuidados com a higiene

Os cuidados com a higiene correspondem a 15,8% (anexo 14) das manifestações pragmáticas do cuidar e concentram-se em torno dos seguintes aspectos: cuidados com a higiene do corpo; inespecíficos com a higiene; com a higiene dos excrementos; e cuidados com a higiene do ambiente.

Os cuidados relativos à higiene corporal nos permitem inferir que a atenção das cuidadoras volta-se para a manutenção de regras sociais, as quais prescrevem que o corpo limpo é corpo bem cuidado e, portanto, saudável.

Pontuamos que “[...] a noção de higiene parece estar presente, de uma forma ou de outra em todas as culturas” (RODRIGUES, 1986, p. 113), embora o conceito de limpeza varie muito, e não seja o mesmo em todas as sociedades.

Martin-Fugier (1991, p. 257) assinala que “[...] depois das descobertas de Pausteur, veio a prevalecer a obsessão pela higiene”. Em nossa sociedade e estilo de vida, as normas higiênicas têm na Medicina a principal disciplina que confere às mesmas, cientificidade. O que nos permite experimentar, caso as prescrições higiênicas sejam cumpridas, a sensação de proteção contra as doenças.

Não estamos sugerindo que o atual repertório de normas higiênicas seja totalmente desprovido de fundamentação científica, mas apenas queremos lembrar que também são práticas simbólicas. A esse respeito Rodrigues (1986) comenta que é [...] “ao nível do pensamento e do comportamento das pessoas, que não são cientistas e que não estão se comportando nesse momento como cientistas, de ordem mítica e ritual. A cientificidade é, então, um instrumento racionalizador”.

Diante das preocupações que as cuidadoras relataram com a manutenção da higiene, vimos, em grande parte, confirmar-se o que o autor sugere. Os recortes de falas agora colocados em destaque descrevem alguns dos mais freqüentes rituais de higiene:

[...] precisa preparar o banho, fazer com que ele [idoso] tire a roupa, entre no chuveiro, dê o sabonete, o xampu, dê toalha e seque o corpo.
[...] tem que pentear o cabelo, cortar unhas, barbear.
[...] lavo as partes íntimas dele [idoso].

Acompanhando a ordem de aparição nos discursos, encontramos aqueles cuidados de higiene que nomeamos de inespecíficos:

[...] manter os cuidados com a higiene [...]
[...] a sujeira... tem que limpar, prá não ficar sebosa [...]
[...] eu sempre coloco as luvas... prá tudo [...]

Sobre os desdobramentos possíveis nessa classe de cuidados, encontramos um comentário feito por Flament (2001, p.173) sobre os resultados do trabalho de Jodellet (1985), que conservando as diferenças, mas procurando pequenas semelhanças, pode ser aplicado aos cuidados higiênicos em questão: [...] “é possível

dizer que a loucura não é contagiosa e empregar, na relação com os loucos, práticas de higiene destinadas a prevenir o contágio”.

Por extensão e por semelhança, essa idéia de contágio aplica-se também ao nosso caso. Se não, vejamos: é possível dizer que a velhice e a demência não são contagiosas, e empregar, na relação com os velhos demenciados, práticas de higiene destinadas a prevenir o contágio. O contágio, como por nos referido, é metáfora denotativa do medo, inconsciente, de um dia vir a apresentar o mesmo quadro.

Diante da descrição de tantos, detalhados e rígidos cuidados de higiene perguntamo-nos: quem é protegido de quê?

Diversas vezes identificamos, de forma quase sintomática, que os cuidados inespecíficos nos foram relatados como introdutórios a descrição dos cuidados estabelecidos para com a manipulação de excrementos. Aí residindo uma demonstração de que somos ensinados a nos referir com descrição a estas funções.

Nos parece oportuno lembrar que a gravidade do quadro demencial é o grande determinante de um maior ou menor envolvimento das cuidadoras nos cuidados com a higiene dos excrementos. Vejamos:

[...] limpo, limpo cocô e xixi [...]
[...] ele [idoso] faz as necessidades na roupa, na cama, no chão [...]
[...] tem de descobrir a hora de ir ao banheiro fazer as necessidades dele [idoso]

Julgamos que em nossa busca por representações, interessa-nos menos o caráter instrumental de tais práticas higiênicas, e muito mais o que a “sujeira” tem de expressivo.

Rodrigues (1986) sugere que, no processo de socialização, a introjeção das regras relativas ao controle dos esfíncteres beira a violência, no sentido do rigor que ainda é prescrito para sua obediência. E, que, uma vez introjetadas, abrimos mão da autonomia fisiológica em nome do controle cultural. De modo que perder, a qualquer altura da vida e por qualquer motivo, estas formas de controle pode colocar o sujeito em exclusão. Exclusão que se dá pelo viés da noção do “sujo”, do “impuro” e do “contagante”.

Lidar com o próprio “nojo” ou com a noção de “material repulsivo” faz parte do cotidiano das cuidadoras, e não há, por parte destas, muitas opções para a recusa da prestação desses cuidados:

[...] e tem uma coisa que ninguém faz lá em casa, que só quem faz sou eu também: é limpar ela [idosa]...

Embutido nos atos de manipulação dos excrementos existem relações de poder que se expressam pelo quanto carregam de pejorativo ou ofensivo:

[...] é uma merda [...]
[...] sirvo, também, prá limpar merda [...]

Apenas pontuamos que tais relações estão presentes nos discursos sobre os cuidados com os excrementos. Explora-las em profundidade nos conduziria, como sugere Lévi-Strauss (s/d; apud RODRIGUES, 1986, p. 111), a “variações sobre o tema”.

O último dos componentes desta subcategoria consiste nos cuidados com a higiene do ambiente. Aparentemente, traduz noções gerais de higiene aplicadas ao espaço físico:

[...] é preciso manter a higiene do quarto dele [idoso] [...]
[...] tenho que manter a casa toda limpa [...]

De modo geral podemos inferir que as práticas higiênicas (seja nos aspectos relativos ao corpo, aquelas destinadas aos excrementos, aos nomeados cuidados inespecíficos e, por fim, os que se voltam para o ambiente) constroem representações do cuidar que indicam visões polarizadas de mundo: limpo/sujo, adequado/inadequado, estético/antiestético...

4.1.4 Subcategoria cuidados médicos

À guisa de introdução desta etapa da análise nos parece interessante e, talvez, esclarecedor, revelar que tínhamos uma expectativa pessoal em relação aos nomeados cuidados médicos. Preconcebíamos que diante da doença, o médico, e por decorrência a medicação, fossem apontados como um dos primeiros recursos práticos mobilizados pelas cuidadoras. À medida que os dados eram organizados e postos em análise, fomos verificando que os cuidados médicos representavam, dentro da categoria manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado, um percentual equivalente a 14,3%. Valor inferior aos encontrados para os cuidados com a evolução da doença (19,4%); com a alimentação (17%) e com a higiene (15,8%) (anexo 14).

O deslize presente em nossa preconcepção advém do fato de deslocarmos, inconscientemente, o objeto em estudo. Ou seja, momentaneamente, centramos nossa atenção na doença e não no cuidar. Mas, através de suas produções verbais, as cuidadoras nos corrigiram, e ainda nos ensinaram que a busca por auxílio médico é apenas uma das instâncias nas quais o cuidar/cuidado pode se fazer representar.

Como componentes da subcategoria cuidados médicos identificamos os seguintes itens: visitas ao médico/hospital; cuidados médicos inespecíficos, informações médicas, e intervenções médicas.

As visitas ao médico/hospital são expressas através das seguintes falas:

[...] sou eu quem vou ao médico com ele [idoso].
[...] se for hospitalizado sou eu quem fica com ele [idoso].
[...] ela [idosa] não vai prá médico não, não pode.

Inseridas no contexto em que nos foram relatadas, tais falas nos permitem inferir que as decisões pela procura de auxílio médico cabem, na totalidade dos casos, às cuidadoras. Decisão que, no que se refere à especialidade médica a ser consultada, nem sempre é uma tarefa de fácil escolha.

Registramos que 95% das cuidadoras relataram que os idosos sob seus cuidados fazem acompanhamento médico regular, num período médio de tempo correspondente a três meses, salvo intercorrências. As especialidades médicas mais freqüentemente procuradas são a geriatria (40%) e a neurologia (35%). As demais especialidades procuradas são: clínica geral, cardiologia, angiologia, endocrinologia, ortopedia.

Em algumas entrevistas são relatadas buscas simultâneas por vários especialistas médicos. Indicando-nos tais procuras, ora a frágil condição clínica dos idosos, ora a forte ansiedade vivenciada pelas cuidadoras.

Nos casos em que a ansiedade das cuidadoras, aparentemente, supera as necessidades clínicas dos idosos, o que passa a ser buscado são respostas:

[...] procurar ter conhecimento, de saber o que realmente acontece com o doente.
[...] perguntei ao médico quais as possibilidades dele [idoso].
[...] eles [os médicos] explicam e eu já estou entendendo melhor.

Lefèvre (1991, p. 82) ilumina a questão que ventilamos quando comenta que, em uma consulta, cabe ao médico o ato de nomear a doença. Tal nomeação, além da função diagnóstica, possui a função simbólica de dominar ou exorcizar o “mal” através de um conhecimento científico. Lembra-nos, ainda, que a consulta médica é

uma prática social, e enquanto tal obedece ao seguinte princípio: [...] “conhecimento” e “nomeação” são coisas que andam juntas.

Conhecer para poder entender é a chave apontada pela racionalidade das cuidadoras, para prosseguirem cuidando e enfrentando um cotidiano pontilhado por “estranhezas”.

Ao reelaborarem as informações fornecidas pelos médicos - e também pela mídia leiga ou especializada - um novo saber se instala para cumprir a função de estabilizar dúvidas. No entanto, as cuidadoras não nos deixam esquecer que cuidam de entes queridos, e que o afeto ou desafeto, que a eles é dedicado, transvaza a racionalidade e manifesta-se, irracionalmente, mantendo a pergunta: por quê? Informação/conhecimento, racionalidade/afeto, matérias básicas sobre as quais são elaboradas as representações sociais.

Num suave deslizamento de temática, as cuidadoras deixam de se referir às informações médicas e passam a mencionar como interpretam as intervenções médicas:

[...] precisa tirar [fazer] exames [...]
[...] precisa fazer aferição da pressão arterial [...]
[...] ele [o médico] passa um monte de remédios [...]

Predominantemente, é através de intervenções que a imagem, o saber e o poder médico comparece ao discurso das cuidadoras.

Além do manifesto, mas focalizando o contexto, inferimos que a relação médico/paciente (no caso dos idosos demenciados e das crianças pequenas, em verdade, uma tríade relacional) permanece sendo o principal e o concreto elo de ligação entre a doença e a ciência. No entanto, observamos que, contrariamente ao desejado, as relações entre o doente/cuidador/médico permanecem, na “maioria” dos relatos, técnicas e instrumentais.

Não nos parece justo deixar de pontuar que, embora em “minoría”, nos foram relatadas relações médico/cuidador/paciente construídas no encontro entre técnica e sensibilidade.

Os cuidados médicos inespecíficos estão atrelados às verbalizações que não situam os cuidados relatados em nenhuma das classes identificadas e anteriormente analisadas.

[...] é preciso ter aquele cuidado [...]
[...] ela [idosa] necessita de cuidados permanentes.

Esclarecemos que tais falas, mesmo que inseridas no contexto em que foram verbalizadas, permanecem vagas quanto a sua natureza, para que ousemos inferir-lhes algum outro sentido.

4.1.5 Subcategoria cuidados com a medicação

Os cuidados com a medicação representam 8,9% (anexo 14) e dizem respeito aos seguintes aspectos: cuidados com a sua administração; cuidados inespecíficos; cuidados com a posologia e com a sua provisão.

Os cuidados arrolados sobre tais designações sugerem que as cuidadoras mantêm com os medicamentos utilizados pelos idosos uma severa relação de responsabilidade. De acordo com os discursos, tal fato se manifesta desde o momento em que seu uso é proposto pelo médico, e se estende até a garantia dos recursos que assegurem sua aquisição.

No tocante aos cuidados com a administração, as verbalizações não deixam dúvidas acerca do senso de responsabilidade envolvido nesta prática cotidiana:

[...] ter cuidado para não dar a medicação errada.
[...] tem que saber que é uma medicação segura.

Por extensão, a responsabilidade manifesta-se nos cuidados com a posologia:

[...] tenho uma lista de medicamentos com horários, quantidades, tudo.
[...] tem de controlar se você deu esse ou aquele remédio.

Por último, a responsabilidade se faz presente na concreta preocupação em assegurar os recursos econômicos que viabilizem a aquisição dos mesmos, ou seja nos cuidados com a provisão de medicamentos.

[...] quando falta o remédio tem que correr atrás prá comprar [...]

Diante de tais verbalizações, podemos argumentar que esse é o nível de responsabilidade esperado por quem assume a posição de cuidador. Saber que o medicamento é dotado de propriedades químicas capazes de sanar ou lesar o sujeito a quem é administrado, faz parte do repertório de cuidados para com o uso e administração de drogas.

Entretanto, não devemos nos esquecer que o medicamento também é dotado de propriedades que excedem aquelas relativas a sua indicação e composição química. Ou seja, ele é símbolo, cujos significados vão além da química, pois são socialmente elaborados.

Para conduzirmos tal discussão, várias orientações teóricas poderiam ser escolhidas, no entanto optamos por compartilhar com Lefèvre (1991, p.30-31) as seguintes idéias: [...] o domínio do simbólico na área da saúde abarca, entre outras, as temáticas do efeito placebo dos medicamentos, do caráter ritual dos atos médicos ligados aos medicamentos, do poder médico etc [...]. Estas idéias, segundo o autor, envolvem processos de representações e, por afinidade, a produção social do significado.

Visando trazer esclarecimento a nossa discussão, faremos um breve parêntese em torno da doença demencial, no que tange as suas possibilidades terapêuticas. É apontado por especialistas que para o tratamento dos quadros demenciais no idoso, até o momento, não existe droga cuja eficácia seja efetivamente comprovada, destinando-se sua prescrição e seu uso para a preservação máxima da atividade cerebral.

A partir daí podemos inferir que a semelhança do que ocorre no plano medicamentoso, com outras doenças crônicas, a medicação utilizada na demência “trata”, mas não cura.

Verificávamos, ainda, que o sentido mais comum atribuído aos medicamentos que “tratam” diz respeito àqueles que não promovem a cura, mas contribuem para “estacionar” a evolução da doença. Nesse sentido, o resultado esperado consiste, provavelmente, na manutenção de uma razoável qualidade de vida. No caso do tratamento da demência, a possibilidade de “tratá-la”, na grande maioria dos relatos, não é observada pelas cuidadoras:

[...] ela [idosa] toma remédio demais e não melhora.
[...] tem hora que ela [idosa] toma quase 13 comprimidos!

A avaliação que as cuidadoras fazem da eficácia ou ineficácia dos medicamentos utilizados pelos idosos se faz no curso dos acontecimentos cotidianos. Aparentemente, mesmo quando os remédios se mostram ineficazes, ainda assim permanecem simbolicamente eficazes. Determinam vivências de

cuidar/cuidado de uma natureza tão genérica ou inespecífica que são, laconicamente, expressos em frases curtas:

[...] tem que ter cuidado com os remédios.

Acreditamos que a medicação e os cuidados mantidos em torno do seu uso, podem cumprir, conforme sugere Lefèvre (1991, p.57), a “[...] função de ícones químicos, representantes da saúde e dos estados de não-dor”.

Como, então, não serem utilizados, mesmo que ineficazes? Como, então, não manter rituais em torno do seu uso?

[...] Podemos dizer que os medicamentos são imitações da vida enquanto fato orgânico, pedaços de vida orgânica (sono, tranqüilidade, potencia sexual, etc) comprimidos num comprimido ou numa gota ou num xarope (Lefèvre, 1991, p.60).

4.1.6 Subcategoria cuidados com a segurança

Os cuidados que agora descreveremos e analisaremos se referem à atenção dada pelas cuidadoras à segurança e à integridade física dos idosos. Tal ordem de cuidados corresponde a 7,4 % das manifestações pragmáticas do cuidar presentes nos discursos coletados. De forma mais específica, abordaremos os cuidados relativos à capacidade de locomoção dos idosos, os cuidados que se destinam a preservar a postura dos mesmos e, ainda, da necessidade - real - de proteção que eles demandam (ver anexo 14).

Embora possamos dizer que estes cuidados estão presentes em todos os discursos, nem sempre foram claramente explicitados, permanecendo, então, implícitos em outras formas de cuidados. Trataremos, pois, daqueles cuidados que foram explícitos e que revelaram manter uma estrita associação com o grau de demência apresentado pelos idosos.

Preservando essa relação, torna-se óbvio que para os idosos já acamados, não tenham sido descritos cuidados com a locomoção. Embora, curiosamente, tais cuidados estejam presentes no relato que as cuidadoras fazem sobre a evolução da doença. Em tais casos, prevaleceram as descrições dos cuidados relativos à postura.

Já a necessidade genérica de proteção que os idosos demandam - embora seja real e integre o conjunto das necessidades de todos que se encontram doentes - é vivenciada pelas cuidadoras de forma distinta, mas sempre intensa.

Vejamos no seguinte relato como se manifestaram os cuidados com a locomoção:

[...] já ontem de tardinha, enquanto o portão ficou aberto um instantinho, ele [idoso] simplesmente... Minha irmã olhou prá mim e:... cadê? A gente procurou... tava longe... foi uma aflição muito grande, porque na hora, quando vi o portão aberto, ele sem estar ... Menina, meu coração disparou! A gente fica com as pernas trêmulas, por que a gente tem a impressão que ele vai... O medo meu era dele ir embora e ninguém ver mais, né?

Os cuidados concretos com a capacidade de locomoção dos idosos nos indicam o sentido dado ao cuidar enquanto vigiar. Vigiar para proteger, proteger para garantir a integridade física do outro.

A capacidade de locomoção, evidentemente tolhida nos idosos pelas circunstâncias, restringe uma das mais simples expressões de liberdade: ir e vir. Diante de tal ocorrência não podemos deixar de perguntar: quem é o prisioneiro? Quem vigia ou quem é vigiado?

Não nos cabe trazer a resposta. Os discursos são quem as indicam, mostrando-nos um sentido que, inferimos, não é particular, pois circula em outros discursos, sendo compartilhado pelos que são próximos ou não tão próximos das cuidadoras.

Como já referimos, os cuidados com a postura estão predominantemente atrelados aos idosos acamados, ou aqueles que não deambulam com autonomia:

[...] tem que virar ele [idoso] de um lado pro outro da cama.
[...] é muito dolorido ficar numa mesma posição, por isso a gente fica trocando, tirando da cama para a poltrona, da poltrona pra cama.

Evidenciam-se em tais práticas - além dos evidentes benefícios físicos referidos pelas cuidadoras, como por exemplo, evitar escaras e dar banho de sol - um sentido que não se explicita, mas, inferimos, existir: o que é vivo se movimenta, e movimentando-se não deixa de participar dos acontecimentos domésticos.

Os cuidados com a proteção podem, genericamente, ser comprovados através das seguintes falas:

[...] ter cuidado prá ela [idosa] não cair...
[...] botamos corrimão para ele [idoso] não cair...

Relacionados a essa classe de cuidados alguns ambientes e situações foram apontados como potencialmente perigosos para os idosos: banheiros, escadas, tapetes, maçanetas de portas, fogões, aparelhos domésticos, etc. Todos,

demonstrativos práticos do sentido apostro ao cuidar como vigiar: estar atento e permanecer em sentinela.

4.1.7 Subcategoria cuidados com a comunicação

Para compreender como é vivenciado o processo de comunicação entre as cuidadoras e os idosos e, ainda, verificar como tal processo pode ser incluso nas possíveis representações do cuidar/cuidado, nos apropriamos de algumas falas que nos remetem ao contexto da linguagem e da comunicação.

No âmbito da grande categoria manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado, os cuidados com a comunicação, enquanto subcategoria, correspondem a 7,1% das alusões (anexo 14). Ressaltamos que nessa subcategoria não identificamos elementos que permitissem decompô-la em subitens.

Através da análise das falas logo se depreende o esforço das cuidadoras para preservarem, ao máximo, a capacidade de comunicação verbal dos idosos. Para compreender este comportamento, parece-nos interessante manter em mente o papel da linguagem verbal nos processos de interação face-a-face. Para tanto, tomamos como guia a observação de Marcuschi (1991, p.12): [...] a conversação não é um evento caótico, mas organizado, regular e revelador, constituindo um fator central na construção da identidade. Tão forte quanto fatores como classe social, religião, sexo e raça.

Com base no que o autor sugere, evidencia-se uma das poderosas razões que mobilizam as cuidadoras a tentarem preservar a capacidade de comunicação verbal dos idosos. Pois é falando, mantendo diálogos, conversando, que dizemos quem somos e identificamos com quem falamos.

Parece-nos importante atentar, mesmo empiricamente, que nas conversas cotidianas circulam expressões, tais como “conversa de velho”, que são empregadas para caracterizar algo além do que usualmente tipifica uma interação verbal. A expressão “conversa de velho” é indistintamente empregada na comunicação, quer com pessoas jovens ou idosas. Traduzindo, eficazmente, um preconceito do qual não estão livres as cuidadoras:

[...] eles [idosos] ficam muito repetitivos.

[...] ela [idosa] conversa muita besteira, coisas sem lógica... essas coisas de velho.

O cuidar cotidianamente, associado à evolução da doença, aparentemente, transforma a comunicação e a concepção das cuidadoras sobre o interagir com os

idosos. Transforma para melhor ou para pior? Mantenhamos em suspenso o julgamento.

Do ponto de vista médico, Vargas (1994) afirma que nos processos mais avançados do envelhecimento podem ocorrer alterações da linguagem falada, como decorrência do processo degenerativo dos neurônios. Inferimos, então, que no contexto das relações baseadas na oralidade, a comunicação das cuidadoras com os idosos passa, então, a ser mediada pela doença e por sua evolução. A esse respeito elas nos disseram que a linguagem dos idosos pode ser desordenada, furiosa e assustadora, como a dos loucos:

[...] às vezes ele [idoso] se zanga... diz palavras duras [...]
[...] ele [idoso] anda da cozinha pra cá, passando por mim, me chamando de couro velho... de trapo velho.

Ou doce, mágica e divertida, como a fala de uma criança...

[...] parece que tô conversando com uma criança.
[...] quando passo por ela [idosa] e não falo, ela faz psiuuuu [...]

Aparentemente, à medida que se agrava a doença e diminui, drasticamente, a capacidade de comunicação dos idosos, cresce nas cuidadoras o desejo de comunicação:

[...] eu converso muito com ele [idoso] embora ele não entenda [...]
[...] eu sei que ela [idosa] num me chama... num fala nada... mas é minha mãe... conversava muito comigo [...]

Através de seus relatos, as cuidadoras nos permitiram inferir que não desistem da comunicação com os idosos. As pausas, hesitações, repetições, incoerências e, por fim, o silêncio dos idosos, as faz reinventar formas de comunicação:

[...] apesar dela [idosa] não falar o que sente... eu entendo.
[...] tem que ter o dom, conversar sem falar [...]

O que emana dos relatos sobre os cuidados com a comunicação está além do que conseguimos descrever, pois envolve complexas manifestações de afeto. São saberes sensíveis que, facilmente, não se deixam apreender. Por objetivarmos apreendê-los não calamos, mas por respeito, agora, silenciemos. Supomos que o silêncio social sobre esta classe de cuidados pode ser indicativo de muito barulho, de transformações em curso.

4.1.8 Subcategoria cuidados com o sono/repouso

Mais uma vez os cuidados identificados articulam-se em torno de uma função fisiológica: o sono e, por extensão, o repouso, e correspondem a 5,2% das verbalizações classificadas como pragmáticas (anexo 14).

Sobre os cuidados com o sono/repouso podemos observar que são expressos em dois planos intercambiáveis. Em um primeiro plano, são expressas preocupações com o sono dos idosos e, em segundo, são traduzidos os padrões de repouso das cuidadoras. Vejamos:

[...] ela [idosa] não dorme, tem perda de sono, mesmo medicada fica se levantando ou chamando a noite toda [...]
[...] a noite toda ela [idosa] se acorda [...]

A lógica interna de tais verbalizações é simples: para estarem autorizadas a falarem dos padrões de sono dos idosos, as cuidadoras interrompem seu sono ou permanecem em vigília. Mais uma vez o sentido do cuidar enquanto vigiar se faz presente na vigília das cuidadoras.

Necessário comentar que as necessidades de sono/repouso, embora aparente pertencer exclusivamente a uma ordem fisiológica são [...] “tão convencionais como as regras de etiqueta ou os códigos jurídicos. As culturas determinam as posições que devemos adotar para dormir, ficar de pé, sentar e descansar... (RODRIGUES, 1986, p. 95-96).

Antropólogos e sociólogos têm coligido dados e produzido sobre esse assunto um vasto e interessante corpo de conhecimentos. Encontramos em Mauss (1979), a elaboração de um conhecimento social do corpo, através do estudo de práticas que o autor denominou de “técnicas do corpo”.

No plano estritamente fisiológico, Kaplan e Sadock (1984, p.589) definem o sono como [...] “um estado regular, recorrente e facilmente reversível do organismo, caracterizado por uma relativa quietude e grande elevação do limiar de respostas aos estímulos externos, em comparação com o estado de vigília”.

Registramos, ainda, a descrição feita por Ayala-Guerrero (s/d, apud VARGAS, 1994, p.61) sobre os parâmetros empiricamente utilizados para determinar se um animal está dormindo ou acordado: [...] “adoção de uma postura específica; imobilidade comportamental prolongada; elevação do limiar de reação; reversibilidade comportamental rápida produzida por um estímulo”.

As cuidadoras utilizam-se destes parâmetros para observarem e cuidarem do sono e repouso dos idosos:

[...] tem que cuidar prá ver como ele [idoso] tá dormindo.

[...] eu controlo a hora dela [idosa] dormir e acordar.

Tais verbalizações, para serem compreendidas, não podem ser dissociadas do real curso evolutivo da doença, nem a eles reduzidas. Pois, como já comentado, há regras sociais mediando esta manifestação de cuidar/cuidado. Acrescentamos ainda, que há afetos arquitetando, em torno do sono/repouso dos idosos, temores:

[...] já nem durmo bem, mesmo ela [idosa] estando bem, eu acordo e vou vê-la.

[...] eu num durmo porque penso: será que ela [idosa] morreu?

Caso se argumente que tais temores decorrem exclusivamente de dificuldades emocionais das cuidadoras, ou são representações mentais estritamente ligadas às situações, diremos que somente em parte este argumento corresponde a uma vontade de verdade.

Pensemos, como contra argumento, que, em torno dos hábitos de sono/repouso, o homem tem, ao longo dos tempos, elaborado construtos míticos, poéticos e filosóficos, os quais de formas variadas estão, sempre, presentes em nosso cotidiano particular e social.

4.1.9 Subcategoria cuidados com as vestimentas

Se os cuidados com as vestimentas forem analisados unicamente pelo viés quantitativo, veremos que ocupam o modesto último lugar dentre as manifestações pragmáticas. Caso os comparemos com as demais formas de cuidados identificados, verificaremos que correspondem a 4,9% das verbalizações que consideramos pragmáticas (anexo 14).

Nossa análise, ao conjugar quantidade e qualidade, reverte o que os números indicam. Vejamos como isso pode acontecer. O ato de vestir ou despir tem por centro o corpo dos idosos. No corpo se inscreve a doença. Sobre o corpo, em última análise, se executam todos os cuidados já elencados, demonstrando que [...] “no corpo, a ordem fisiológica material se une à ordem ideológica moral, como signos nos quais se encontram e se reúnem o sensível e o inteligível, o significativo e o significado”. (RODRIGUES, 1986, p.130).

Para prosseguirmos analisando os cuidados com as vestimentas, lembramos que nossa amostra é constituída por cuidadoras de idosos. Os idosos, segundo o gênero, distribuem-se eqüitativamente, entre homens e mulheres. Em decorrência direta desse achado nos foi possível observar, analiticamente, como as questões de gênero comparecem ao discurso das cuidadoras e aos cuidados dispensados aos idosos.

Acreditamos haver, até agora, demonstrado que entre as manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado no referente familiar, encontram-se aquelas práticas executadas através da manipulação dos corpos doentes, como por exemplo: banhar, vestir, massagear, alimentar, etc. Lembremos que sobre a manipulação dos corpos, saudáveis ou doentes, repousam permissões e interditos socialmente construídos, os quais não podem ser reduzidos ou ignorados, nem em face da doença e do sofrimento.

Uma longa história que envolve Filosofia, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Economia e Política teria que ser contada, para que o corpo - saudável ou doente, objeto de desejo ou de repulsa, de cuidados ou descuidados - fosse compreendido como um dos elementos fundantes das relações interpessoais e institucionais que caracterizam nossa pós-modernidade. Assim procedem, magistralmente, Tucherman (1999), ao nos contar a “Breve história do corpo e seus monstros”; e Silveira (2001), ao realizar uma exposição sensibilizada de um conteúdo sensível: corpo, mulher e cuidados.

A partir deste momento nos apropriamos de algumas elaborações destas autoras para examinar com atenção as relações entretidas entre o corpo do idoso, a filha que cuida e os cuidados que exigem o toque tátil.

Primordialmente, consideramos que nas falas postas em destaque há a expressão de uma ética, que não é profissional, mas se aplica ao cotidiano, orientando o toque das mãos das cuidadoras sobre os corpos dos idosos. É importante ter em mente que a elaboração de processos psíquicos não pode daí ser descartada, pois são constitutivos da incorporação de toda norma social.

Sobre momentos distintos da evolução da doença dos idosos e da dependência daí decorrente, assim se expressam as filhas/cuidadoras:

[...] Ele [idoso] mesmo tomava [banho], com aquele cuidado [cuidadora coloca as mãos cobrindo o ventre], num sabe? E, eu sempre me vejo, assim, lamentando... Quem era meu pai... é... tão vergonhoso com seu corpo! Hoje se encontra desse jeito.

[...] Nunca ficou despido na frente dos filhos e se encontrar num momento que... até a depilação dele... Quando eu faço, eu vejo, assim, ele com um pouco de vergonha. Eu sinto, num sabe? Quando eu faço a depilação dele, o olho dele me diz, sabe? Que ele tá, assim, com aquela vergonha. Quando eu lavo as partes íntimas dele, sabe... Sempre a gente, assim, que cuida, a gente vê. Sabe tudo, né?

Consideramos que nas experiências relatadas há sinais evidentes da força das normas que regem as relações sociais entre os corpos, especificamente no que tange ao toque tátil. Embora pareça redundante insistirmos em evidenciar o “toque com as mãos”, assim o fazemos para por em relevo que “[...] a prática de cuidar/cuidados envolve tocar não só com as mãos, mas com o cheiro, com o som da voz, com o olhar, com os gestos corporais” (FIGUEIREDO, MACHADO, PORTO, FERREIRA, 1998, p.141).

É, no entanto, em relação ao toque no corpo com as mãos, que as normas sociais que regem o relacionamento entre pais e filhos são mais claras e os interditos mais explícitos. Shildrick (1996 apud TUCHERMAN, 1999, p.91), referindo-se, genericamente, à “crise” do corpo vivenciada na modernidade postula que:

[...] o pensamento moderno se referiu ao corpo humano como um corpo ausente, aquele que enquanto saudável, longe de ser presente e consistente, é raramente experienciado. Apenas quando danificado ou quando adoece se faz presente, sendo percebido pela consciência como um outro. Simbolicamente o corpo presente na experiência era a ruptura do sujeito.

Aparentemente, o postulado da modernidade desliza para a pós-modernidade, manifesta-se no cotidiano e permite-nos, empiricamente, constatar que persiste uma vasta gama de interdições ao toque no corpo saudável. Fortemente instituídas no relacionamento de pais e filhos, as normas que interditam o toque corporal íntimo, flexibilizam-se, à medida que o corpo dos pais envelhece e adoece. A idade avançada dos idosos e a maturidade cronológica das cuidadoras caminham juntas, associam-se à doença - entendida como momento de ruptura - para criar as condições de flexibilizar ou de engendrar outras normas. Resulta que, sem aparente conflito, o toque, antes interdito, passa a ser autorizado em nome dos cuidados exigidos pela doença. Socialmente cumpre então, que os filhos (predominantemente as filhas) cuidem dos corpos dos pais idosos e doentes, pois quem melhor estaria em condições de cuidar? E de cuidar na e com intimidade? Quem melhor do que os filhos para entender o corpo paterno, através da força do convívio e do vigor/rigor das normas sociais?

Os relatos das cuidadoras nos dizem, algumas vezes, nas entrelinhas, que embora estejam socialmente autorizadas a tocar o corpo dos pais, não o fazem sem

vivenciar conflitos. A busca pela superação dos conflitos reflete-se nos discursos, deixando-nos entrever que processos psíquicos defensivos (racionalização, sublimação, negação, etc.) são uma constante em suas vivências, e que tais elaborações, em associação com as regras de convívio social, findam por orientar suas práticas de cuidar/cuidado.

Em alguns casos há negação ou desinvestimento²⁰ do corpo que, agora, recebe cuidados. Ocasão em que [...] “o que aí comparece é a *carne*, ‘rude material orgânico’, que no limite, é o que esta por trás ou por dentro do corpo. A rudez da carne surge no corpo que falha” [...] (BRAGANÇA de MIRANDA, 1997 apud TUCHERMAN, 1999, p. 91-92).

Nessas circunstâncias, a cuidadora assim se expressa:

[...] Eu tô cuidando de uma pessoa, dum corpo, do que restou dele. Porque prá mim, ele [idoso] já morreu! Assim, como aquele que um dia eu conheci como pai, já não existe, assim, existe o físico dele, mas ele mesmo, não.

Por hora, parece-nos importante reter que processos psicodinâmicos tais como a negação, o desinvestimento, e o luto, rompem a barreira das expressões individuais de dor, para ocuparem um lócus específico no processo de elaboração das representações sociais sobre o corpo, a velhice doente e a morte. Nesse sentido, os trabalhos de Santos (1996) e Koury (1996) encarregam-se de comprovar o que afirmamos.

Até agora, como se viu, concedemos um longo espaço às declarações das entrevistadas sobre o cuidar/cuidado dirigido ao corpo do pai (corpo masculino), em, aparente ausência às referências ao cuidar/cuidado direcionado ao corpo da mãe (corpo feminino). Intentando justificar nossa forma de proceder, lembramos que embora tenhamos trabalhado com verbalizações espontâneas sobre o cuidar de idosos do sexo masculino e feminino, constatamos que a frequência de referências verbais aos cuidados prestados ao corpo masculino são superiores aquelas relacionadas aos cuidados dirigidos ao corpo feminino.

Nossa interpretação de tal ocorrência descarta a possibilidade do corpo paterno ser objeto de uma maior atenção e de mais cuidados. Ventilamos a idéia de

²⁰Em psicanálise corresponde a um conceito pertinente a economia psíquica. Por oposição ao processo de **investimento** - que se dá quando “[...] uma determinada energia psíquica se encontra ligada a uma representação ou grupo de representações, a uma parte do corpo, um objeto, etc” - ocorre o **desinvestimento**, ou seja “[...] a retirada do investimento precedentemente ligado a uma representação, a um grupo de representações, a um objeto, a uma instância, etc.” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1983, p. 161 e 329-334).

que a maior freqüência de referências aos cuidados com o corpo paterno fundamente-se nas diferenças de sexo entre quem cuida e quem recebe cuidados. Nesses casos, a diferença biológica associada à construção cultural da diferença entre os sexos não pode ser apagada, uma vez que é parte da identidade dos sujeitos. Resultando, como vimos, que conflitos sejam vivenciados e manifestem-se nos depoimentos das cuidadoras.

Por sua vez, as referências à exposição e ao toque no corpo materno - por ocasião da prestação de cuidados - embora também mobilize sentimentos, são expressos de forma mais sucinta, mais tranqüila e menos marcada pela explicitação de conflitos.

[...] Ela [idosa] era muito vergonhosa... agora nós vestimos e, às vezes, temos que deixá-la despida. Não sei... Não é vida. Às vezes penso que é bom ela não ter consciência de nada.

[...] Ela [idosa] ainda consegue vestir roupa sozinha. Agora tem desleixo, assim, com a calcinha... ela não quer vestir calcinha... Aí a gente tem que fazer isso por ela.

Conjeturamos que por pertencerem ao mesmo sexo (cuidadora e idosa), o toque e a exposição do corpo materno sejam vivenciados e expressos com menos constrangimento. Se comparadas as verbalizações das entrevistadas que cuidam do genitor às daquelas que cuidam da genitora, observamos que as últimas são mais sucintas e menos reticentes.

Evidentemente que há um sentido particular implicado no silêncio, na fala sucinta ou pouco reticente, que permanecerá, para nós, inacessível. No entanto, consideramos que essas são as mesmas condições que abrem, seja no plano individual ou coletivo, a possibilidade de interpretação. Podemos, então, supor que os corpos maternos, marcados pela idade e pela doença, sejam entendidos pela cuidadora como reflexo de si mesma e, imaginariamente, protegido como tal quando do toque e da exposição.

Nessa mesma linha de análise, articulamos dados sobre o gênero e o estado conjugal dos idosos. Lembramos, então, que 55% deles são viúvos.

Podemos constatar que entre as declarações das cuidadoras, cujo grau de parentesco com o idoso é de esposa (15%), não foram encontradas verbalizações que explicitem como é vivenciado o toque e a exposição do corpo do cônjuge. Entendemos que a ausência de referências teria que ser melhor explorada para que algum sentido conclusivo fosse apreendido. No entanto, hipoteticamente, podemos presumir que a cuidadora, casada a longo tempo, tenha construído com o corpo do

companheiro uma relação de intimidade que, em muito, diminui as expressões de constrangimento pelo toque e pela exposição do corpo, agora idoso e doente, do cônjuge.

Por fim, o sentido da sensibilidade lúcida nos recomenda que diante de temas que envolvem o corpo, o sexo, a sexualidade e, ainda, a doença e o cuidar, devemos ser cautelosos para não os reduzir ou os simplificar, através da objetividade típica dos trabalhos acadêmicos. Silva (1998, p.131) nos oferece uma interpretação das dificuldades de tratar e lidar com tais temas, sem perder a sensibilidade, que julgamos se aplica a todos nós, enquanto atores sociais, e a todas as circunstâncias da vida cotidiana:

[...] Perceber o próprio corpo significa, em todas as situações reconhecer nossas intenções, tanto as que vão expressas nas palavras com as que vão inclusas no tom da voz, nos gestos, nos olhares, na expressão da boca, no jeito do corpo... Tomar consciência do corpo, perceber que ele existe e o que ele exige, é tomar pé de nossos desejos mais verdadeiros e mais profundos. Não é pouco e não é fácil.

Assim encerramos, sem concluir, a análise das manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. As verbalizações analisadas, indicam-nos seu valor e importância no cotidiano das cuidadoras, mas, principalmente, abrem a possibilidade de acesso as manifestações afetivas do cuidar/cuidado.

4.2 MANIFESTAÇÕES AFETIVAS DO CUIDAR/CUIDADO

A análise que agora empreenderemos centra-se nos elementos discursivos identificados e categorizados sob a égide de manifestações afetivas do cuidar/cuidado.

Se comparadas, do ponto de vista quantitativo, com as já analisadas manifestações pragmáticas, podemos observar uma aproximação percentual entre as duas grandes categorias, a qual pode ser tomada como parâmetro quantitativo das inferências qualitativas efetivadas. Ou seja, ao nível dos discursos, não se evidenciam grandes distâncias entre fazer (cuidar/cuidado) e sentir. Os relatos dos fazeres das cuidadoras são impregnados por expressões de afeto. As referências de caráter afetivo, por sua vez, são pontuadas pelas práticas do cuidar. Nesse sentido, o “[...] quantitativo e qualitativo complementam-se na fidelidade única às exigências do objeto” (CARVALHO, 2001, p.47).

No anexo 15 apresentamos a grande categoria denominada manifestações afetivas do cuidar/cuidado, suas subcategorias e seus elementos.

A categoria em análise apresenta três subcategorias: afetos e vivências negativas, afetos e vivências positivas, e afetos e vivências indefinidas. Entre elas, a maioria das respostas se refere a dimensão dos afetos negativos.

Ao analisarmos estas subcategorias evidenciamos que embora tenhamos conseguido apreender os afetos de forma isolada nos discursos, ao nível das vivências relatadas, eles são imponderáveis.

Para melhor circunscrever nossa análise, julgamos necessário explicitar o que entendemos por afetos, afetividade e, também, por vivências, em sua articulação com a Teoria das Representações Sociais.

Iniciamos esta discussão, lembrando que embora todos nós tenhamos do afeto e das vivências afetivas conhecimentos, e também experiências, não se constitui em matéria fácil tratar de sua construção teórica.

Os temas em questão estão presentes em clássicos estudos da psiquiatria e da psicologia. São verbetes em dicionários técnicos. São palavras na boca do homem comum, e expressam afeição, amizade, amor, simpatia, paixão.

O afeto é definido pela psicologia: [...] “como a subjetividade de um estado psíquico elementar inalisável, vago ou qualificado, penoso ou agradável, que pode exprimir-se massivamente ou como uma nuance, uma tonalidade” [...] (DORON; PAROT, 1998, p.35).

A psiquiatria fala do afeto como um estado psíquico primitivo, que é básico na personalidade humana, e é responsável pelos sentimentos e pelo comportamento do indivíduo (MIELNIK, 1987).

A diferença entre as duas concepções é marcada pelo lugar de privilégio concedido pela psicologia à subjetividade, e pela psiquiatria à manifestação da subjetividade, sob a forma de comportamento. Ou seja, a psicologia interessa-se pela primazia do que é, no indivíduo, da ordem do interno; a psiquiatria, por aquilo que, nesse mesmo indivíduo, é de ordem externa.

A psicanálise, por sua vez, afirma que “[...] o afeto é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e de suas variações (LAPLANCHE; PONTALIS, 1983, p. 34). Privilegia por seu turno, aquilo que está na fronteira dessa internalidade e dessa externalidade; a primeira determinando a forma da segunda.

Nas três concepções existe a ausência explícita do social, quando muito colocado apenas nas entrelinhas. Esquecem tais ciências que a vivência e a expressão dos afetos são, também, determinados sócio-culturalmente.

Em estreita ligação com o afeto, encontra-se a afetividade, englobando, na sua concepção, uma noção extensa e vaga de estados diversos, tais como as emoções, as paixões, os sentimentos, a ansiedade, a angústia, a tristeza, a alegria, e até as sensações de prazer e de dor (DORON; PAROT, 1998).

Vejamos o que é dito, pelos mesmos autores, sobre as vivências:

[...] designa o conjunto dos acontecimentos inscritos no fluxo da existência, enquanto imediatamente apreendidos e integrados pela consciência subjetiva. A imediatidade, característica sem dúvida essencial da experiência vivenciada, significa a coincidência do objeto e da vivência, com exclusão de qualquer construção conceitual e de qualquer avaliação axiológica. A carga afetiva da experiência vivenciada é geralmente importante; tem o valor de um sinal (DORON; PAROT, 1998, p.785).

Sinal que, entendemos, não traz, exclusivamente, a marca do indivíduo, mas a inscrita marcante do social.

Feitos esclarecimentos acerca do que trataremos como afeto, afetividade e vivência, nos reportamos à Teoria das Representações Sociais, pelo prisma da história da psicologia social. Verificamos então que a Teoria “[...] constituiu-se em uma importante crítica à natureza puramente individual da assim chamada psicologia social nos EUA e no Reino Unido” [...] (FARR, 1998, p.162).

Para nós, mais do que uma chamada histórica, trata-se de manter em mente que “[...] as representações sociais, por seu turno, são reconhecidas como fenômenos psicossociais histórico e culturalmente condicionados [...]” (SÁ, 1996, p.22).

Em síntese, uma vez compreendidos como fenômenos psicossociais, os afetos e as vivências daí decorrentes não são tomados como fenômenos puramente psicológicos ou fisiológicos, mas sim como fenômenos de natureza social, cuja expressão não é tão espontânea quanto imaginam alguns, pois se curva às normas obrigatórias da expressão de sentimentos (MAUSS, 1979).

4.2.1 Subcategoria afetos e vivências negativas

Os afetos e as vivências, nomeados como negativos, trazem, para o cenário onde se manifestam, as percepções do homem sobre o valor que uma situação

determinada tem para sua vida, suas necessidades e seus interesses (ABBAGNANO, 1982).

Tradicionalmente, os afetos negativos traduzem sentimentos e emoções, tais como o ódio, a inveja, a ira, a hostilidade, o medo, o desprezo, a insegurança, as preocupações, os quais, vivenciados individualmente, caracterizam estados psíquicos reveladores da personalidade dos sujeitos que os vivencia. A vivência dessas emoções e sentimentos é responsável por numerosos desajustes sociais do ser humano (MIELNIK, 1987).

Nosso interesse maior pelos afetos negativos reside em buscar compreender como tais vivências instauram-se no contexto do cuidar/cuidado do idoso doente, como são expressas, e como participam da elaboração das representações sociais do cuidar/cuidado.

Uma vez presentes nos discursos das cuidadoras, as vivências afetivas foram classificadas, categorizadas, e então listadas em dez subcategorias: vivências de estresse, de sofrimento, outras vivências negativas, vivências de tristeza, de medo, sensações de dificuldades, de perda e vazio, de solidão, de agressividade, raiva e revolta e, ainda, vivências de culpa.

Em torno do longo repertório de vivências afetivas negativas teceremos algumas observações, que são permanentemente contextualizadas, e não têm pretensão diagnóstica. Primamos por procurar entender como o cotidiano do cuidar possibilita as cuidadoras reconstruírem representações de afetos os quais, a primeira vista, não se conjugam com a concepção positiva dos afetos envolvidos no cuidar/cuidado.

Esclarecemos que a forma como as vivências de estresse foram expressas e o conteúdo que transmitiam foram os principais veículos que nos permitiram aproximá-las da condição psíquica denominada estresse. Quando mencionamos tais vivências estamos nos referindo as dificuldades, físicas e psíquicas, que os indivíduos experimentam para realizarem o enfrentamento dos eventos considerados vitais (DORON; PAROT, 1998).

A etiologia do estresse é creditada aos processos internos e a exposição do sujeito aos eventos classificados como vitais e externos. Sua vivência pode tanto motivar, como sobrecarregar o indivíduo. É dito que a vulnerabilidade de um indivíduo ao estresse estaria presa aos fatores predisponentes de ordem biológica,

psicológica ou sócio-cultural (ISAACS, 1998). Embora descrita de forma sumarizada, essa é a concepção que as ciências médicas têm do estresse.

Em nosso estudo consideramos as falas das cuidadoras como sinais ou indícios de estresse e, como tais, somente apontam possibilidades de vivências estressantes. Por este ângulo, excluímos qualquer vestígio de certeza diagnóstica, pois não nos caber diagnosticar, segundo critérios clínicos, se as cuidadoras são ou estão estressadas.

Em uma pesquisa realizada por Bromberg (1998), sobre os cuidados paliativos prestados aos pacientes com câncer, a temática do estresse está presente e nos auxilia a compreender como este se manifesta nos contextos do cuidar/cuidado. Encontramos uma abordagem sobre a família desses pacientes, que pode se estender às cuidadoras de idosos portadores de demência. É dito por Bromberg (1998) que embora o estresse seja reconhecido, não fica claro que aspectos do cuidar são mais estressantes. Inferimos que o fato repete-se entre as cuidadoras que investigamos.

Inferimos, ainda, que não somente fatores de ordem psicológica estão envolvidos nas vivências de estresse identificadas. Pois, como visto anteriormente, as manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado podem, por si só, serem interpretadas e vivenciadas como agressivas. Embora se possa antecipar algumas das situações determinantes de tais vivências, cabe à subjetividade determinar o que e como o sujeito interpretará as situações nas quais se encontra.

O cuidar/cuidado, enquanto vivência afetiva, se manifesta como interpretação predominantemente pautada em experiências pessoais e em leituras particulares do mundo. De modo que seria temerário afirmar, por exemplo, que para as cuidadoras é mais estressante alimentar o idoso através de uma sonda, do que acompanhar as suas mudanças comportamentais. O crivo de tais avaliações é pessoal e necessita ser permanentemente contextualizado.

Um aspecto que consideramos importante para abordar as vivências de estresse no cuidar é o afeto que une a cuidadora ao doente. Pois esse, consideramos ser o grande construtor de relações de cuidar/cuidado. É o afeto a base de sustentação destas relações, seja no pólo entendido como positivo ou negativo.

À medida que nos distanciamos das determinações do que é ou não vivenciado como estressante no cuidar, nos aproximamos do conhecimento que é

comum a todas as cuidadoras sobre o estresse. É este saber que as permite verbalizar:

[...]cuidar é uma carga tão pesada e eu tenho tanta coisa pela frente.
[...] cuidar é estressante.
[...] eu fico com o coração batendo, amargurado.

As cuidadoras, ao se avaliarem como “sobrecarregada”, “estressada”, ou ao descreverem estados físicos associados às vivências de estresse, procedem ao que Brito, Ayres e Silva (1999, p.128) denominam “apropriação exclusiva dos sintomas físicos e psicológicos correspondentes à sintomatologia apontada pelos especialistas”.

Como sugerem as autoras citadas, o trânsito e a transformação do conhecimento científico em conhecimento coletivo ocorre no cotidiano, orienta as práticas de cuidar e, inferimos, permite as cuidadoras nomearem afetos, muitas vezes, inomináveis. A linguagem comum sobre as vivências afetivas as retira do isolamento individual, permitindo-lhes comunicarem e partilharem socialmente suas emoções.

Uma vez agrupadas as falas sobre as vivências afetivas, vimos o verbo sofrer ser conjugado em todos os tempos e, em especial, na primeira e terceira pessoas do singular.

Não surpreende que o sofrer, o sofrimento e a dor sejam presenças marcantes em contextos de cuidar/cuidado da doença. Surpreende é o silêncio social que, normalmente, existe sobre o sofrimento do cuidador. Entendemos que quando alguém se dispõe a cuidar, a cuidar com afeto, dispõe-se, também, a acolher dores. Nessas circunstâncias, as “dores” dos doentes, por quem nutrimos afetos, têm a estranha capacidade de irradiação.

Nasio (1997) apresenta uma precisão terminológica relativa às palavras “sofrimento” e “dor”, a qual nos auxilia a compreender as vivências das cuidadoras. A dor, usualmente, é definida como uma sensação bem delimitada e determinada. Já o sofrimento é uma emoção mal definida. No entanto, tal distinção se esvai quando intentamos precisar a formação da dor corporal e o fator psíquico que nela intervém.

Para nós importa reter que, ao se referirem indistintamente à “dor” ou ao “sofrimento”, as cuidadoras revelam vivências afetivas desencadeadas a partir da temática do cuidar do familiar idoso e doente. Importa-nos ressaltar que estamos

diante de “[...] um sentimento obscuro, difícil de definir que, mal é apreendido, escapa a razão” (NASIO, 1997, p. 18).

O sofrimento e/ou as dores, como expressos pelas cuidadoras, desdobram-se em percepções ora referentes a uma forma de sofrimento pessoal, ora a outra forma, também pessoal, mas decorrente da percepção do estado em que se encontra o seu familiar idoso e doente. A percepção do sofrimento pessoal foi assim expressa:

[...] eu sei que vou sofrer muito [...]
[...] tá doendo em mim.

Já a percepção do sofrimento do idoso é referida da seguinte forma:

[...] cada dia que passa ele [idoso] é mais sofrido.
[...] penso muito de ver uma pessoa tão indefesa nessa situação, sofrendo [...]

Para nós, consistiu em ousadia, demarcar, cognitivamente, a origem e os limites das percepções de sofrimento das cuidadoras. O material em questão, como já enunciamos, é imponderável. No entanto, da dor e do sofrimento das cuidadoras não podemos nos furtar, uma vez que estão presentes nos discursos, indicam estados psíquicos, comunicam com eficiência, e são, primordialmente, efeitos da relação de cuidar/cuidado.

Vergely (2000) aborda a temática da socialização do sofrimento, colocando em discussão as maneiras que, historicamente, a ele se vem conferindo um sentido social. A esse respeito nos diz o autor:

[...] No decurso de sua história, a cultura ocidental elaborou um sentido do sofrimento desposando a estrutura do que Jean Baudrillard chamou uma “troca simbólica”. Para sobreviver dizendo a si mesmo que não se sofre à toa, para conservar um lugar na sociedade mostrando que não se faz pouco ao sofrer, o que chamaremos desajeitadamente a ‘cultura do sofrimento’ operou uma transmutação simbólica da perda que o sofrimento constitui fazendo deste um ganho ou, em todo caso, um mal menor (VERGELY, 2000, p.24).

A pertinência da citação pode ser constatada através das cuidadoras, quando afirmam que

[...] é, eu não posso dizer que é ruim [cuidar], não é? É uma experiência que prá mim eu acho valiosa. É um aprendizado a mais, apesar de ser um aprendizado diferente. A gente sofre, mas não deixa de ser um aprendizado bom. É um pouco difícil, um pouco... não, é muito difícil.

Encontramos também em Vergely (2000) idéias que indicam que ao sofrimento foram apostos uma utilidade e sentidos social, moral e econômico. A utilidade do sofrimento decorre da concepção, cujo fundamento é uma abordagem

pedagógica, ou seja, um dos sentidos para o sofrimento é que ele ensina. Esta concepção está explícita nas falas há pouco colocadas em destaque.

Já o sentido apostado ao sofrimento como coisa necessária, por razões morais e sociais, reside na compreensão que é imprescindível sofrer para reparar faltas. Estaríamos, dessa forma, diante de um princípio de equilíbrio e de justiça, no qual o sofrimento e a punição são dotados de poder restaurador. Ainda, e também, é atribuído ao sofrimento o sentido de “[...] resgatador, comprador, meio de pagamento, meio de desconto, o sofrimento é definitivamente uma moeda. Uma moeda de troca” (VERGELY, 2000, p.47).

Alguns destes sentidos são claramente expressos nas declarações das cuidadoras; outros, se deixam apenas entrever. Ou seja, para o sofrimento, conforme nos falaram as cuidadoras, há sentidos explícitos e implícitos. Se analisados em conjunto, podemos inferir que o sofrimento advindo do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente é muito mais do que expressão personalizada de sentimentos. É parte e expressão da construção social da experiência humana com a doença e o sofrimento.

Do muito que ainda poderia ser dito, restringimo-nos a reconhecer que o sofrimento posto em cena pelas cuidadoras é, em parte, representação mental e, em parte, representação hegemônica (do cuidar e do sofrer) urdida ao longo do transcurso dos tempos históricos.

Dentre o rol dos afetos identificados, as denominadas outras vivências negativas destacam-se pela diversidade e pela impossibilidade semântica de aproximá-las entre si ou a qualquer uma das subcategorias construídas.

Temos, ainda, do ponto de vista quantitativo, que estas vivências representam um percentual que não pode ser desprezado, e, do ponto de vista qualitativo, não as assumir significaria recusar dados que nos auxiliam a compreender a multiplicidade dos afetos envolvidos nas representações sociais do cuidar/cuidado de familiares idosos e doentes. Por esses motivos, nos propomos a tangenciá-los. Para tanto, observemos algumas falas das cuidadoras:

[...] cuidar exige, também, muita renúncia [...]
[...] eu não confio em ninguém [...]
[...] prá mim [cuidar] é assistir uma decadência [...]
[...] tenho saudades dela [idosa]... do jeito que ela era [...]
[...] ele [idoso] tem ciúmes de mim [...]

Mais uma vez inferimos que, junto aos sentidos explícitos nas verbalizações permanecem, implícitos ou latentes, conflitos reais ou imaginários, difíceis de serem declarados. A impossibilidade a qual nos referimos pode estar presa aos fatores tanto conscientes quanto inconscientes; pode ser conseqüência direta do afeto amoroso que une a cuidadora ao idoso; e pode resultar da introjeção de valores e obediência às normas sociais que balizam as relações e as responsabilidades para com os familiares. Inúmeras são as possibilidades de interpretação sobre a dificuldade de expressão direta de sentimentos. Diante desta multiplicidade, não nos parece incabível aventar que a racionalidade presente nas verbalizações das cuidadoras seja indicativa de vivências permeadas de rejeição ou recusa, não consciente, ao cuidar e aos cuidados.

Presentes, ainda, nas declarações das cuidadoras, encontramos vestígios do contra-investimento efetuado sobre o cuidar/cuidado:

[...] não é o que eu queria pra mim.
[...] não é agradável cuidar.

Ao refletirmos sobre estas declarações, contextualizando-as, podemos pensar que as imagens mentais gestadas no caldo das percepções das cuidadoras sobre si mesmas e sobre o ente querido doente, podem contribuir para fixar a desesperança, a decepção, a ausência de escolha ou o desagrado para com as práticas do cuidar.

Aparentemente, tais emoções podem ser consideradas como a contrapartida do intenso investimento afetivo alocado em práticas que, de um lado, são demonstrações explícitas de carinho e, de outro, trazem em suas entrelinhas algo da ordem de um fardo.

Tal possibilidade de interpretação coloca o cuidar/cuidado na encruzilhada das vivências de carinho e dos sentimentos de rejeição. Fértil terreno onde podem ser engendradas emoções que, socialmente, não se permitem nomear e expressar.

Nas falas recolhidas, encontramos expressões denunciadoras das seguintes vivências de afetos negativos:

[...] eu sou carente [afetivamente] [...]
[...] eu tenho me sentido impotente [...]
[...] eu já senti nojo, repugnância [...]
[...] eu sinto aquele desprezo [...]
[...] eu me cobro muito [...]
[...] isso é um egoísmo [...]
[...] às vezes ele [idoso] faz alguma ingratidão [...]
[...] ela [idosa] faz chantagem comigo [...]

Associada a cada uma dessas vivências, a história de vida das cuidadoras. Dito de outro modo, para as investigar adequadamente, buscando penetrar na complexidade que apontam, necessitaríamos de um outro referencial teórico e desenho metodológico.

Para entender o papel que as diversas vivências negativas, do ponto de vista individual, podem ter na elaboração, manutenção ou transformação das representações sociais do cuidar, recorreremos a Wagner (1995, p.173), quando nos explica:

[...] Mesmo que indivíduos pertencentes ao mesmo grupo social possam ser bastante diferentes em termos de sua personalidade, eles se aproximam uns dos outros no que diz respeito à estrutura básica de sua experiência social comum, de seu pensamento e de sua ação. Eles são similares com respeito aos padrões de linguagem e racionalizações que compartilham, isto é, com respeito às suas representações sociais. Ainda que provavelmente diferentes em certos aspectos, essas disposições mentais são variações de um padrão comum subjacente, possível dentro de dadas condições sócio-culturais de vida. A relação estrutural entre condições sociais é homológica por causa de sua história comum e sua função social.

Ao transpor para nossa análise a explicação do autor, podemos imaginar que as cuidadoras, ao vivenciarem, de forma tão plural, os afetos negativos, nos dizem algo para além de suas histórias de vida e singularidade de suas personalidades. Caso se argumente que as singularidades, históricas ou psíquicas, impossibilitam a compreensão do social, se comete um equívoco. Pois, embora singulares no sentido do que é vivido por um único sujeito, as cuidadoras de familiares idosos e doentes estão muito próximas de uma experiência social comum: o cuidar e os cuidados.

Diante das manifestações de cuidar/cuidado investigados, observamos a existência de uma função, de uma linguagem, de modos de racionalização e de ações comuns. De tal modo que, no particular, no singular e no individual, encontramos a marca indelével das representações sociais.

Rey (1999) também nos auxilia a compreender a pluralidade dos afetos negativos nos discursos das cuidadoras. Ele considera que a subjetividade, presente em toda expressão de afeto, não pode ser separada em seus momentos interno-externo e individual-social. A não compreensão da relação dialética e complexa em que esses processos surgem é um dos aspectos que mais tem limitado sua construção teórica e sua investigação na psicologia

As vivências classificadas como de tristeza estão muito próximas da subcategoria que chamamos de “outras vivências negativas”. Acreditamos, nesse

caso, que a análise quantitativa, por si só, já nos permite inferir que os estados emocionais de tristeza acompanham os nomeados “outros afetos negativos”.

O encaminhamento que damos as nossas observações tem por centro a expressão de tristeza conforme referida pelas cuidadoras, não existindo pretensão de trabalharmos com aproximações diagnósticas dos quadros depressivos.

“[...] Sentimentos de tristeza, desapontamento e frustração são acompanhamentos normais da condição humana” (KAPLAN; SADOCK, 1984, p.318), e por concebê-los como tais é que desenvolveremos nossa análise.

Acrescentamos a nossa posição, diante das vivências de tristeza, a consideração feita por Nardi (1998 p.9): “[...] Nos sentimos tristes sempre em resposta a uma perda, a um desapontamento, ou fracasso. A tristeza não compromete nosso raciocínio ou desempenho”. Encontramos nas verbalizações das cuidadoras entrevistadas expressões de tristeza que se coadunam com a posição do autor.

Declinamos que ao agruparmos as verbalizações sob a denominação de vivências de tristeza, objetivamos dar lugar ao sentimento e ao comportamento, tantas vezes, associado ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente: a tristeza e o choro.

Diante das emoções que se extravasam em lágrimas, passamos a ter acesso a uma forma de linguagem que vem definir, sem palavras, uma experiência humana. Entendemos que [...] “A linguagem das lágrimas apresenta uma sintaxe e uma gramática, um conjunto de regras culturais, de gênero, familiares, genéticas e de interação que determinam quando e onde esse comportamento é permitido” (KOTTLER, 1997, p.7).

Ao trabalharmos com os afetos, em sua expressão de tristeza e de choro, somos, novamente, confrontados com a construção e a representação social das emoções. Por este ângulo passamos a melhor compreender porque nem toda tristeza conduz ao choro; e nem todo choro é motivado por tristeza. Ou seja, o comportamento de chorar é dotado de vários significados e, para nos aproximarmos de sua apreensão, temos que considerar o contexto histórico e cultural, o sujeito que chora (sua idade, gênero, pertença familiar, etc.), e as razões que desencadeiam o choro.

As cuidadoras, ao nos falarem dos familiares idosos e doentes, fazem referência, ora às vivências de tristeza, ora ao choro delas decorrente. Na maioria das falas a tristeza foi assim referida:

[...] sinto uma tristeza profunda [...]
[...] fico triste por conta da separação dela [idosa] [...]

O choro foi assim relatado:

[...] já tenho chorado tanto [...]
[...] algumas vezes ela [idosa] chora e eu também [...]

Entre o sentir e o expressar a tristeza através do choro, as normas sociais de controle das emoções comparecem ao discurso das cuidadoras:

[...] aprendi a chorar sem derramar uma lágrima.
[...] eu choro prá dentro.

Presentes, ainda, nas falas das mulheres entrevistadas, a forma como compartilham as emoções e os comportamentos reveladores das vivências de tristeza:

[...] muita gente já me viu chorar [...]
[...] ter um ombro amigo prá chorar [...]

Através das falas postas em destaque apreendemos que o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente pode mobilizar sentimentos de tristeza que, aparentemente, estão diretamente ligados à irreversibilidade da demência. Os sentimentos de perda parecem encontrar franca expressão quando as cuidadoras nos falam de suas tristezas, sendo o comportamento de choro o grande tradutor dessas emoções.

As mensagens veiculadas através das lágrimas - embora entendidas em nossa sociedade como pertencentes ao campo do individual, do privado e da intimidade - estão presentes, de modo marcante, em quase todos os discursos sobre o cuidar/cuidado. Nos permitindo afirmar que não são vivências isoladas e nem à margem dos processos sociais. A tristeza e o choro comparecem aos discursos e às representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

As lágrimas, enquanto manifestações de comportamento emocional, são claras demonstrações da força da construção e do controle social das emoções. Vejamos: esperamos que as filhas chorem por seus pais idosos e doentes, que as mulheres chorem mais do que os homens, e que o choro seja adequado em intensidade e ao contexto onde ocorre.

O choro tem a ambígua qualidade de nos comover e nos constranger e, embora seja uma linguagem universal da expressão emocional, apresenta “[...] diferentes sotaques e peculiaridades na sintaxe, gramática e no vocabulário. Chorar é o que nos une [...]” (KOTTLER, 1997, p.169).

Passemos a analisar as seguintes falas:

[...] eu tenho medo de cuidar [...]
[...] tenho medo de ficar com ele [idoso] [...]
[...] eu tenho pavor [...]

Diante das manifestações verbais das cuidadoras sobre as vivências de medo, não pudemos deixar de nos perguntar: do que elas têm medo? O que, no cuidar, desperta tanto medo? Nas suas falas encontramos respostas parciais, as quais justificam, mas não explicam o medo intenso e freqüente que nelas figura.

Ao procurarmos compreensão para essas e outras tantas expressões de medo, encontramos Chauí (1987, p.36), perguntando e respondendo:

[...] De que se tem medo? Da morte, foi sempre a resposta. E de todos os males que possam simbolizá-la, antecipá-la, recordá-la aos mortais [...] Temos medo do grito e do silêncio; do vazio e do infinito; do efêmero e do definitivo; do para sempre e do nunca mais [...] Temos medo da delação e da tortura; da traição e da censura [...] Temos medo da culpa e do castigo; do perigo e da covardia; do que fizemos e do que deixamos de fazer [...] Temos medo do esquecimento e de jamais poder deslembrar. Da insônia e de não mais despertar. Do irreparável. Do inominável e do horror à perda do nome próprio [...] Temos medo do ódio que devora e da cólera que corroí, mas também da resignação sem esperança, da dor sem fim e da desonra. Da mutilação dos corpos e do espírito [...] Temos medo da loucura roubando a placidez das simples coisas [...] Temos medo dos vivos e dos mortos [...]

O medo, analisado à luz da filosofia, nos indica alguns dos sentidos presentes nos temores das cuidadoras. Se analisado à luz da psiquiatria e da psicologia, é uma reação emocional a um perigo real e externo, que se espera desapareça quando a situação ameaçadora é eliminada. É considerado uma resposta com objetivo determinado. Sua vivência é tida como etapa normal do desenvolvimento psicoemocional, sendo fator básico da vida ética, social e cultural. Possui funções biológicas, individuais e sociais (MIELNIK, 1987).

Se assim se comporta o medo, do ponto de vista biopsicológico, a abordagem histórico-social dessa emoção não despreza, mas também não toma como definitivos os parâmetros utilizados na clínica para o definir.

No plano social, o medo possui um sentido menos rigoroso e mais amplo do que no sentido individual. Enquanto emoção coletiva, recobre sentimentos que variam do temor ao terror. Ou seja, “[...] o medo é aqui o hábito que se tem, em um

grupo humano, de temer tal ou tal ameaça (real ou imaginária)” (DELUMEAU, 1989, p.24).

Na interseção dos conhecimentos elaborados sobre o medo, nos parece plausível pensar que nas representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, tal sentimento seja manifesto como conjunção de medos: do velho, da velhice, do estranho, da doença e da proximidade da morte.

Nesse sentido, uma das cuidadoras verbalizou conteúdo, que julgamos está presente em todas as vivências de medo que recolhemos nos discursos:

[...] eu temo isso porque é mistério e tudo que é mistério o homem teme...

As vivências que nomeamos como de sensações de dificuldades, embora inseridas no contexto do cuidar/cuidado, permanecem vagas, caso procuremos precisar um sentido único e comum para o “difícil” e para a “dificuldade”:

[...] é difícil, é mais do que difícil, é muito difícil.

[...] o problema quando é nos outros é fácil!

[...] existem muitas dificuldades para se cuidar de uma pessoa.

Diante destas declarações, e considerando o que em nossa língua os vocábulos “difícil” e “dificuldade” designam (FERREIRA, 1986), podemos inferir que as cuidadoras, ao empregá-los nos dizem que: assumir o cuidar/cuidado é árduo, penoso, triste; é delicado, embaraçoso, intrincado; não é fácil de contemplar, pois é instável; dificulta o entendimento, o convívio, pois não é certo, seguro, nem provável.

Verificamos que todas essas possibilidades de sentido podem ser aplicadas às declarações das cuidadoras. No entanto, insistimos, não somente isto nos era dito. Para esclarecer o que percebemos, levantamos uma hipótese: o “difícil” e a “dificuldade”, no contexto do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, nos falam também de uma vivência limítrofe. Nesse caso, o “difícil” e a “dificuldade” passam a comportar a possibilidade de significar um ponto limite nas vivências associadas ao cuidar/cuidado.

É útil lembrar que a noção de limiar psíquico - originária da psicofísica - dá conta que “[...] para todos os seres humanos existe um ponto limite (limiar) para a tolerância da ansiedade, considerado o mínimo de intensidade estimulante necessária e suficiente para provocar uma reação emocional ou motora” (MIELNIK, 1987, p.161).

Acreditamos que o “difícil” e a “dificuldade”, devidamente incorporados aos discursos sobre o cuidar/cuidado, comportem essa possibilidade de interpretação. Tomamos como exemplo, uma situação ocorrida quando realizávamos as entrevistas. Perguntamos a uma das cuidadoras as razões pelas quais ela considerava difícil cuidar do idoso doente, ao que ela pronta e jocosamente, respondeu:

[...] porque não é fácil!

Para, em seguida, acrescentar:

[...] o problema quando é nos outros é fácil.

No jogo de oposição entre o que as cuidadoras consideram como fácil ou difícil, inscreve-se um limite. Esse limite não fica claro ao nível da análise temática dos discursos, pois é estabelecido a partir de contextos particulares e de circunstâncias pessoais. No entanto, sua presença é marcante, porque comum, em muitos discursos sobre o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

As verbalizações que agora abordaremos correspondem às vivências de sensações de perda e de vazio. Ao confrontarmos os dados, quantitativa e qualitativamente, observamos que as vivências de sensações de perda e de vazio, embora não tenham sido explicitamente verbalizadas, e, portanto passíveis de serem quantificadas, transpassam todos os afetos ditos negativos.

Ao assumirmos esta possibilidade de interpretação encontramos apoio teórico em Laplanche e Pontalis (1983, p.541-42), os quais precisam o conceito freudiano de “quantum de afecto”. É dito que a soma ou quota de afecto não é um conceito descritivo e plenamente quantificável, e sim metapsicológico, pois [...] “o quantum de afecto corresponde à pulsão, na medida em que esta se destacou da representação [mental] e encontra expressão adequada à sua quantidade nos processos que se nos tornam sensíveis como afectos”.

De modo que entendemos que as cuidadoras, ao nomearem seus afetos negativos, expressam através destes, sensações de perda e de vazio, muitas vezes antecipadas; e também, o trabalho de luto, cuja elaboração é feita em paralelo.

Ouvimos as cuidadoras dizerem sobre a sensação de perda:

[...] chega, assim, na minha cabeça perdê-lo [idoso] [...]
[...] a gente vai perdendo, perdendo [...]

Sobre o vazio:

[...] tem uma falta, um vazio de meu lado [...]
[...] está tudo meio vazio [...]

É asseverado, na literatura especializada, que as vivências de perdas antecipadas, naqueles familiares envolvidos com o cuidar/cuidado de doentes crônicos, podem ser tão perturbadoras e dolorosas quanto as perdas por morte.

Rolland (1998, p. 167) descreve, com acuidade, os estados emocionais identificados nos discursos de cuidadoras:

[...] A experiência de antecipação da perda envolve uma gama de respostas emocionais antecipadas, que podem incluir ansiedade de separação, solidão existencial, tristeza, desapontamento, raiva, ressentimento, culpa, exaustão e desespero. A expressão emocional muitas vezes flutua entre estes sentimentos mais difíceis e outros, como uma percepção mais aguda de estar vivo e da preciosidade da vida, intimidade, apreciação dos eventos 'rotineiros' e esperanças.

As vivências de perdas enquadram-se no espectro das noções que o especialista denomina de “presença física com ausência psicológica”. Ou seja, cuidar do idoso significa acompanhar e defrontar-se com a perda, paulatina, da identidade e do papel do ente querido.

[...] prá mim eu já perdi, como aquele que um dia eu conheci como meu pai, já não existe [...]
[...] você vê seu pai [idoso] cada dia, sabendo que vai diminuindo, diminuindo [...]
[...] cada dia que se passa eu conto, eu vejo que é um dia que se foi [...]

Os filtros usados para a interpretação das perdas antecipadas estão intimamente associados aos fatores histórico-familiares e culturais; determinando que qualquer tentativa de compreensão destas vivências passe, obrigatoriamente, pelo contexto onde ocorrem.

Nesse momento, se afigura como necessário que busquemos compreender a perda e o luto como processos sociais. Koury (1996, p.32) defende as seguintes interpretações, que nos auxiliam a apreender a “sensibilidade” social diante do sujeito que vivencia perdas:

O luto como expressão social é encoberto por uma expessa malha que delimita contornos e o expulsa para dentro da pessoa. A solidão, o isolamento ministram o compasso dessa interiorização. A dor, o processo de introjeção do morto em si, que compõe o trabalho de luto, nostalgicamente processa o ritual interior. Situado como subjetividade, como império da memória pessoal do enlutado, o sentimento de perda é encoberto socialmente pela vergonha da exposição pública, como intimidade que, ao mesmo tempo que recusa, busca e sente falta da expressão social da solidariedade. A dor do luto se mascara publicamente em indiferença e parece dar lugar a uma reciprocidade fragmentada, quase mercantil, onde a pessoa se move em

planos desconexos que impossibilitam a manifestação social dos sentimentos e desencadeiam o medo social da contaminação.
A atitude é de descrição [...]

Imaginamos que ao conservarmos, na íntegra, a longa citação do autor, possamos contemplar a complexa elaboração social da perda e do luto. Nos sentimos autorizadas a revelar que as mulheres que entrevistamos foram discretas quanto as suas dores e aos seus temores advindos das perdas, que, gradativamente, assistem instalarem-se sobre seus familiares idosos.

Deduzimos que não há muito espaço, privado ou público, para a expressão subjetivada dessas emoções, pois diferentemente das perdas e do luto por morte - em torno das quais há rituais, - as perdas antecipadas são pautadas na incerteza, na solidão e na ambigüidade: o vivo em parte morto, aquele que ainda existe, mas já não é; o que anuncia que vai morrer, mas não diz quando.

Como que comprovando o quanto verdadeiras são essas vivências, observamos a solidão surgir, em nossa investigação, como as próximas vivências afetivas a serem analisadas.

Observamos que, à semelhança do que ocorreu quando analisamos outros afetos negativos, as vivências de solidão estão muito próximas, quantitativa e qualitativamente, das vivências de perda e de vazio. Parece existir um deslizamento de uma vivência para outra, uma vez que, experimentado o sentimento de perda, instala-se a sensação de vazio e, como por consequência, as vivências de solidão.

À medida que as cuidadoras nos falam sobre a solidão, verificamos que estamos diante de formas de auto-percepção e de percepção dos semelhantes muito difundidas em nossa sociedade. Nestas falas, as cuidadoras percebem-se sozinhas e solitárias:

[...] eu me sinto sozinha [...]
[...] tem dia que eu sinto muita solidão [...]
[...] às vezes suporto [a solidão] sozinha [...]

Em outras falas, a solidão é justificada em função daqueles que estão distantes, fechados, ocupados, não dispostos a compartilhar:

[...] todo mundo está ensimesmado [...]
[...] às vezes eu queria compartilhar, conversar, mas não tem com quem [...]

Inequivocamente, podemos recolher estas declarações em outros contextos que não somente o do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Os sentimentos e as queixas de solidão parecem fazer parte do repertório de vivências do homem contemporâneo. Genericamente, a marca da solidão, segundo Elias (1994), está

associada à individualização ocorrida nos processos sociais. Processos estes que findam por “encapsular” os indivíduos e dificultar suas relações com os outros.

No específico contexto de cuidar/cuidado do idoso doente verificamos que o estar só é tomado como representante das vivências de solidão:

[...] fico pensando em ficar sozinha [...]
[...] quando a gente é bem dizer só [...]
[...] eu me sinto sozinha [...]

Ao abordarmos como a solidão vem sendo discutida no campo das ciências psicológicas e sociais, verificamos que, embora o assunto venha recebendo atenção não há sobre o mesmo consenso. O conceito e o fenômeno não são bem definidos, comportando sua análise distintas acepções de caráter descritivo e dinâmico, tais como, por exemplo, a solidão culturalmente determinada e o estar sozinho por auto-imposição (PINHEIRO e TAMAYO, 1984).

Os autores citados registram seis dimensões do fenômeno que nos parecem ser úteis quando buscamos apreender os sentidos que podem estar presentes nas representações sociais do cuidar/cuidado do idoso doente. Enumeremos as dimensões da solidão: falta de significado e objetivo na vida, reação emocional, sentimento indesejado e desagradável, sentimento de isolamento e separação, deficiência de relacionamentos e *unattachment*

Sobre a última dimensão, *unattachment*, Pinheiro e Tamayo (1984, p.34) esclarecem que se constitui em uma

[...] resposta as ausências das provisões de um *attachment*²¹ íntimo, verdadeiramente íntimo, podendo ser, também, uma resposta à ausência de provisões de amizades significativas, relacionamentos colegiais ou outras ligações para uma comunidade coerente.

Nas declarações das cuidadoras, registramos essa mesma diversidade de sentidos e de possibilidades de interpretação para as vivências da solidão. De tal forma, avaliamos que se a solidão, ao ser teorizada, pode ser fragmentada e investigada, contrariamente, no nível discursivo, só consegue ser expressa como experiência una, indivisível, pois é vivenciada singularmente.

Entre o que a ciência elabora e o senso comum vivencia como solidão, as cuidadoras nos falaram sobre formas de inquietações e sobre ânsias associadas ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

²¹ Attachment: junção, fixação; embargo; anexo, acessório, pertence; conexão; atração, simpatia; afeiçoamento; arresto, seqüestro (MICHAELIS, p.19).

Ao centralizarmos a atenção sobre as vivências de agressividade, de raiva e de revolta, verificamos que estas são expressas de duas formas: uma auto referida e outra referida aos idosos. A temática alinha-se com estudos sobre a violência e percorre um território teórico muito amplo, que vai do domínio das ciências médicas às ciências sociais. De modo que nossa análise exclui as abordagens macrossociológicas e clínicas, naquilo que se considera as manifestações de agressividade como uma disposição patológica ou não.

Moser (1991), de forma resumida, aponta três pontos de vista sob os quais a temática vem sendo abordada: um comportamento natural e instintivo, próprio de cada indivíduo; um fato social criado pelas coerções da vida em comum; e uma reação à frustração.

Estas perspectivas refletem as diferentes abordagens científicas efetivadas nesse domínio: a agressividade presa aos fatores individuais (biologia, etologia e psicologia), sociais (sociologia), e interindividuais (psicossociologia).

Situadas no específico contexto do cuidar/cuidado em que trabalhamos, a agressividade, a raiva e a revolta, como comunicadas pelas cuidadoras, constituem-se em percepções moduladas afetivamente, as quais parecem não ganhar a forma da agressão física. Em nenhuma das declarações encontramos indícios de violência física dirigida a si mesmas ou aos idosos.

Nesse sentido, a agressividade passa a ser entendida como um fenômeno reativo, instalado diante da frustração, cujo comportamento daí resultante não é direcionado a outro sujeito. Dessa forma, torna-se viável considerar a raiva e a revolta como emoções integrantes da experiência vivenciada no cuidar/cuidado. Mielnik (1987, p.10) faz referência à agressividade em um sentido mais amplo, “[...] como o dinamismo do indivíduo que se afirma, que tem necessidade de comunicação com o meio ambiente”.

As percepções da agressividade, da raiva e da revolta auto referida explicitam-se nas seguintes declarações:

[...] eu me sinto agredida [...]
[...] eu tenho momentos de revolta [...]
[...] eu tenho raiva de mim [...]

Inferimos que a dinâmica subjacente a tais sentimentos aponta para a labilidade emocional. Ou seja, essas vivências afetivas flutuam ao sabor dos acontecimentos, manifestam-se em disposições de humor que não são facilmente

verbalizadas. Alteram as relações interpessoais das cuidadoras, tanto no âmbito familiar como extrafamiliar. O relato seguinte traduz a dificuldade de expressão dessas emoções:

[...] tem dia que aqui em casa dizem que não tô boa. Lá no trabalho dizem que eu tô “nervosa”... Nem sabem o que tô sentindo!

A saída apontada pela cuidadora em questão, para expressar socialmente seus sentimentos, é o silêncio. Acrescentamos, e a solidão. Arriscamos inferir que as demais cuidadoras também experimentam a frustração decorrente das tentativas de empreender um cuidar, que não traz a gratificação da melhora daquele que recebe cuidados. Tal vivência faz com que se acentuem os sentimentos de incompetência e/ou impotência. Frustradas nas tentativas de comunicação dessas emoções podem se instalar sentimentos de raiva e de revolta.

Aparentemente, não há, por parte das cuidadoras, uma clara percepção do agente agressor, nem há um sujeito ou objeto específico a ser agredido. Resultado: auto-agressão.

Por sua vez, as vivências de agressividade, de raiva e de revolta referidas a pessoa do idoso, colocam a cuidadora na posição de vítima, visto que o agressor é objeto de seus cuidados:

[...] ele [idoso] fica me xingando [...]
[...] algumas vezes ele [idoso] quis bater em mim [...]
[...] quando ela [idosa] fica zangada agride [...]

Como já referido, tais comportamentos agressivos estão intimamente ligados à evolução da doença e, salvo exceções, consistem em agressões verbais. Diante destes comportamentos, mais uma vez, evocamos o “estranhamento” que as cuidadoras referem quando cuidam de idosos demenciados. Um “desconhecimento” e um “espanto”, diante daquele sujeito que conheceram e com quem conviveram ao longo dos anos.

Ainda nos parece interessante ressaltar que, ao nos descreverem os comportamentos agressivos dos idosos, as cuidadoras evocaram, com frequência, representações da loucura:

[...] fica parecendo um doido [...]
[...] dá cada grito... precisa ver [...]
[...] isso tem força que só louco... não sei de onde ele [idoso] tira tanta força [...]

É curioso identificar que as cuidadoras, ao nos descreverem estas situações, utilizam-se de uma lógica que não obedece às expressões usualmente esperadas nos relatos sobre agressividade. Esclarecemos que muitos desses relatos nos foram contados entre risos. Os idosos, as mudanças de comportamento, os cuidados, e as próprias cuidadoras são auto descritas, nesse momento, como trágico-cômicas. Circunstâncias isoladas ou comportamento social?

Numa articulação desta vivências com a Teoria das Representações Sociais, encontramos em Madeira (2001, p.133) a seguinte afirmação, que pode ser aplicada às emoções em pauta:

Constituem-se totalidades articuladas na interseção do subjetivo com o objetivo; totalidades que se formulam e reformulam, continuamente, no embate das experiências concretas, vividas pelo sujeito em relações contraditórias e complementares de afirmação e negação. Com isto, não se nega a estabilidade necessária à representação social de um objeto, mas se afirma, como também necessária, sua potencial transformação, ou seja, sua não cristalização.

A última das vivências negativas identificadas, as vivências de culpa, são dotadas de uma aceção muito ampla e de possibilidades de interpretações vinculadas a diversas teorias.

Para conduzirmos nossas análises, adotamos a proposta de compreensão psicodinâmica das vivências de culpa, conforme apresentada por Laplanche e Pontalis (1983, p. 14):

[...] Pode designar um estado afectivo consecutivo a um ato que o indivíduo considera repreensível, e a razão invocada pode aliás ser mais ou menos apropriada (remorso do criminoso ou auto-recriminações aparentemente absurdas), ou ainda um sentimento difuso de indignidade pessoal em relação com um acto determinado de que o individuo se acuse...

Nas falas das cuidadoras, as vivências de culpa manifestam-se com clareza e com objetividade:

[...] eu fico com sentimento de culpa [...]
[...] olho prá ela [idosa] e tenho remorso [...]

Depreende-se das declarações que as cuidadoras, pelo menos conscientemente, experimentam a culpa como uma reflexão - e com ela uma forma de sofrimento - sobre suas histórias de vida, em que não sentem “[...] nem a consciência limpa nem desespero” (VERGELY, 2000, p.218).

O fato de conseguirem falar sobre suas culpas não nos assegura muita coisa. Não nos explica como essas vivências se inscrevem nas representações sociais do

cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, embora nos remetam aos antigos contextos históricos, onde a assunção do cuidar e dos cuidados expiava culpas.

Talvez, somente talvez, ainda permaneça sendo essa uma das vias simbólicas de inscrição da culpa nas representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

4.2.2 Subcategoria afetos e vivências positivas

Ao trabalharmos com os afetos positivos, classificando-os e descrevendo os conteúdos emocionais, não pretendemos imprimir a estes “[...] um caráter meramente acessório e periférico a dimensão cognitiva, descartando-se sua especificidade e importância como processo dinâmico básico, irreduzível à esfera cognitiva do sujeito” (NOVO, 1998, p. 64).

Ao adotarmos tal posição diante dos afetos e da afetividade, como expressos pelas cuidadoras, sentimos dificuldade em abordá-los sem reduzi-los. As dificuldades enfrentadas correspondem, diretamente, à constatação do desafio metodológico em que se constitui sua abordagem.

Os afetos são expressões de subjetividade, muitas vezes, expulsos dos trabalhos científicos. Campeia sobre os afetos o estigma da subjetividade que não se enquadra nos esquemas analíticos ainda dominantes em algumas áreas da produção científica. Falar de amor, de carinho, de atenção amorosa, de prazer, etc, parece ser temática mais afeita aos artistas e aos poetas do que aos cientistas.

Certamente nossa posição não é solitária, tanto que encontramos apoio em Banchs (s/d apud NOVO, 1998, p.64), quando afirma que foi deixado de

[...] lado o fato emocional. Isso vale tanto para os condutistas como para os cognitivistas, os interacionistas simbólicos, os que estudam as representações sociais ou os socioconstrucionistas. Algo tão próximo a nós como o fato de que nossas vidas, para além do que sejam os rituais cotidianos, estejam permanentemente atravessadas pela emocionalidade, aparece ou totalmente escotomizado ou formulado de maneira tangencial.

De forma que, embora tenhamos acerca das emoções humanas uma postura teórica definida, temos também a certeza que ao abordá-las, não contemplamos sua complexidade, nem desvelamos, por inteiro, sua construção social, histórica e cultural. Isso porque não objetivamos aprofundar a discussão sobre os fatos apontados, posto que, mais uma vez, diante dos objetivos almejados nesse estudo,

discutiremos as emoções pelo viés de sua racionalidade, mas com uma razão que se pretende sensível.

Assim sendo, declinamos que os afetos positivos correspondem a 33,4% das manifestações afetivas identificadas nos discursos (anexo 15). Desdobram-se, os afetos, em cinco subcategorias: vivências amorosas; de atenção; prazerosas; outras vivências positivas; e vivências de segurança e proteção.

Para que procedêssemos à nomeação das vivências elencadas, recorreremos, mais uma vez, a Mielnik (1987), quando identifica como positivos afetos tais como a alegria, o sucesso, o amor, a realização dos objetivos, o reconhecimento do nosso valor pelos outros, o elogio, a solidariedade, a segurança.

Para compreendermos as vivências dos afetos positivos em sua relação com a dimensão social, nos alinhamos com a proposta hermenêutica anunciada por Maffesoli (1998, p. 177) em seu elogio da razão sensível. É dito pelo autor que as paixões, as emoções, os afetos

[...] constituem, de fato, os elementos de base dos acontecimentos cotidianos, daquilo que advém sem que se quer se tome conhecimento. Estão na base daquilo que Bérqson chamava de 'duração' feita de pequenos 'instantes eternos' que, de modo fractal, formam o mosaico de uma socialidade que não possui um sentido unívoco que pudesse ser determinado a priori, mas cujo conjunto é feito de significações ao mesmo tempo efêmeras dentro do momento, mas não menos perduráveis em sua globalidade.

Esse é o estatuto das expressões de amor, de carinho, e de atenção, que recolhemos nos discursos das cuidadoras. O acesso que nos foi dado as suas vivências correspondem aos "pequenos instantes eternos", nos quais não é possível identificar um sentido único, nem afirmar que são vivências efêmeras.

No campo específico da psicologia social, encontramos em Hernández (1997) uma análise da produção de Plabo Fernández sobre a construção do sentido, das imagens e dos sentimentos coletivos, que vem fundamentar nossa proposta de aliar razão e sensibilidade.

Hernández (1997, p.99-100), comentando Fernández, nos diz que "[...] Son los sentimientos entonces los que dan significado a la racionalidad, al lenguaje, proporcionándoles imágenes y sensaciones".

Julgamos então que, de forma simbólica, os afetos, transformados em elementos da análise temática, nos permitem uma aproximação do "lugar comum" onde se configuram as representações sociais. Passemos, pois, a análise das subcategorias que dão corpo à categoria dos afetos e das vivências positivas.

Definir um afeto ou uma vivência como de ordem amorosa, no contexto de cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, nos exige uma tomada de posição diante do tema. Mais uma dificuldade em curso, pois não encontramos em textos científicos nada sobre o amor que ultrapasse descrições das alterações físicas e psicológicas induzidas por sua vivência. Nesse sentido, Comte-Sponville (1999, p.38) relata que “[...] Rolland Barthes já observava: o amor é um assunto mais obscuro, para os nossos contemporâneos, do que o sexo. Mais incômodo. Mais íntimo. Mais difícil de dizer, de mostrar, de pensar [...]”.

Porém, pistas e possibilidades de compreensão são fornecidas pela filosofia. A ela recorreremos e verificamos que, abrindo o texto, os organizadores do livro anunciam, em verbete, ser o amor:

[...] Disposição favorável da afetividade e da vontade para com o que é sentido ou reconhecido como bom; movimento de devoção perante uma divindade, um ideal, uma outra pessoa; sentimento intenso entre duas pessoas, englobando a ternura e a atração física; gosto muito marcado, paixão por algo (COMTE-SPONVILLE, 1999, p.38).

Intentando melhor compreender a definição filosófica citada, verificamos como o amor aparece no Aurélio (FERREIRA, 1986, p.107). Dentre as inúmeras acepções ali descritas, citamos aquela cujo teor aproxima-se do que imaginamos estar presente nas relações de cuidar/cuidado: sentimento de dedicação absoluta de um ser a outro ou a uma coisa.

Lembramos que as expressões de afeto que recolhemos nos discursos têm por objeto amoroso um sujeito que é pai, mãe ou esposo. Razão pela qual nos perguntamos: estamos diante de exemplos de amor filial e conjugal? Embora nos indaguemos, não nos cabe responder.

Cabe-nos, no entanto, ter em mente que, aparentemente, a doença e o sofrimento em associação com a avançada idade do familiar, as manifestações explícitas de uma sexualidade que, como inferimos, ainda está presente, mas não se deixa entrever. Permaneceremos, pois, apreendendo os conteúdos manifestos.

Verificamos existirem vivências de amor dirigidas à pessoa do idoso, que foram assim anunciadas:

[...] cuidar de uma pessoa que gosto tanto [...]
[...] eu cuido prá dizer que gosto dele [idoso] [...]

Noutras falas, já não é o objeto amoroso que é apontado, mas o amor, tomado como condição para o cuidar/cuidado:

[...] eu cuido com muito amor [...]
[...] amar é cuidar [...]

Identificamos falas, nas quais o amor é prescrição e descrição de sentimentos associados ao cuidar/cuidado:

[...] é preciso colocar em prática o amor [...]
[...] sem amor você não consegue tomar conta [...]

Em síntese, as cuidadoras apontam o objeto amoroso, tomam o amor como condição, prescrição e descrição dos afetos que acompanham as práticas do cuidar/cuidado.

Sobre o carinho, veículo das manifestações amorosas, nos foi dito:

[...] o carinho é uma forma de cuidar [...]
[...] o carinho é essencial [...]

O amor e o carinho estão presentes e são apontados, não somente pelas cuidadoras, como condições para que o cuidar/cuidado se efetive. Filósofos, teóricos do cuidar, psicólogos, psicanalistas e sociólogos indicam ser a vivência amorosa fundante da relação entre os homens. Ressaltamos que, embora em tese, o amor seja um sentimento comum a todos os homens, em sua expressão podemos observar a presença das normas sócio-culturais. Assim sendo, não nos esqueçamos que trabalhamos com mulheres, na condição parental de filhas ou esposas dos idosos doentes, de quem se espera, naturalmente, expressões de amor.

Embora se curvando às normas sócio-culturais, o amor é representado pelas cuidadoras como condição para o cuidar. Reapresentam-se as vivências amorosas, segundo as circunstâncias e o contexto. Mas, sempre, é o amor, ou sua ausência, quem parece conduzir os atos, os comportamentos e as expressões de cuidar/cuidado.

Passamos, agora, a dar destaque a um dos sentidos apostos ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, qual seja: a atenção.

Para conduzirmos nossa análise primeiro destacamos que, no plano das ciências psíquicas, a atenção é uma função estudada como um aspecto da

consciência que simultaneamente orienta e prepara o indivíduo para uma percepção aguçada de determinado objeto (MIELNIK, 1987).

Aplicada à noção de atenção, enquanto função psíquica, às relações interpessoais, observamos que tal atividade da consciência se traduz em comportamentos. Determinando, então, um outro sentido para a atenção, qual seja o da demonstração de consideração, amabilidade, cortesia ou devoção para com alguém.

É noção corrente, e de consenso, que toda forma de cuidar mobiliza a atenção daquele que cuida. É quase que inimaginável, embora não impossível, conceber uma forma de cuidar desatenta. Se ela ocorre não é mais cuidado, é descuido, desatenção. Tal situação, no contexto dos cuidados profissionais, é falta passível de punição. No contexto dos cuidados familiares, pode ser interpretada como descaso, desconsideração para com aqueles que são próximos. Podemos então inferir que sobre a atenção dedicada às pessoas repousam normas sócio-culturais, determinando níveis adequados ou inadequados da mesma.

Para as cuidadoras, a atenção possui dois destinos, embora um único objetivo, qual seja o cuidar e os cuidados. Um dos cursos da atenção das cuidadoras destina-se ao idoso, e foi assim referida:

[...] prá ela [idosa] sentir minha presença [...]
[...] sempre ao redor, sempre próximo dele [idoso] [...]

Inferimos que nas falas das cuidadoras há um sentido aposto à atenção enquanto presença física, companhia. Diante dessa possibilidade de interpretação, observamos uma das cuidadoras manifestar vivências de culpa:

[...] eu não dou a atenção que ela [idosa] necessita [...]

Quando a atenção muda de curso e passa a se localizar, genericamente, sobre o cuidar e os cuidados, as entrevistadas nos falaram que

[...] [cuidar] é atenção [...]
[...] o primeiro cuidado é a atenção [...]

Ainda para a atenção, mais um outro sentido parece evidenciar-se nas vivências relatadas:

[...] muita, muita observação [...]
[...] é preciso estar em alerta [...]

Nestes casos, o cuidar aproxima-se do vigiar e a cuidadora assume o lugar da sentinela, daquela que vigia e zela; cumprindo, cotidianamente, a “ronda” dos cuidados.

Somente em associação com a expressão dos outros afetos, podemos compreender como as vivências de atenção são percebidas como positivas. Consideremos a irreversibilidade da demência e, mais facilmente, compreenderemos a favor de quem as cuidadoras se põem em vigia: da vida. Passamos, então, a entender contra quem elas protegem, vigiando, seus entes queridos: da morte. Duro embate a ser empreendido no cotidiano do cuidar. As armas são os cuidados, um não “deixar sozinho”. A estratégia “é estar sempre em alerta”, pois neste embate “é preciso muita atenção”. Mesmo que afastado temporariamente, pois sabedoras que o inimigo permanece rondando, as cuidadoras experimentam a agradável sensação de controle, de dever cumprido, de batalha ganha.

Metaforicamente, poderemos imaginar que no embate cotidiano das cuidadoras, cumpre-se, socialmente, o antigo ritual público das lutas, aplaudem-se os vencedores. Os aplausos, em quaisquer circunstâncias, são positivos.

No que refere as vivências prazerosas foram identificadas expressões que indicam que as cuidadoras experimentam, no cotidiano do cuidar/cuidado, emoções agradáveis.

O prazer diz respeito a uma sensibilidade que pode ganhar contornos físicos (prazer sexual) ou uma sensibilidade moral (prazer de pensar), e ainda delinea uma sensibilidade de ordem estética (DORON e PAROT, 1998).

Para compreender tais manifestações, revelamos que embora comunguemos das noções psicanalíticas sobre a temática, restringimo-nos a tangenciar as expressões de prazer das cuidadoras na forma em que foram anunciadas: o cuidar/cuidado pode proporcionar alegria e prazer.

Aparentemente, regidas pelo princípio de realidade, as cuidadoras encontram no desempenho das tarefas típicas do cuidar/cuidado do idoso doente, um nível de satisfação, que ora se expressa como alegria, ora é descrito como sensação de prazer.

Vivências de alegria:

[...] eu sinto [quando cuida] aquela alegria [...]
[...] cuidar prá mim é uma festa [...]

Vivências de sensações de prazer:

[...] sinto muito prazer em fazer [descreve alguns cuidados] [...]
[...] são coisas [alguns cuidados] que me dão prazer [...]

Se tais vivências correspondem aos sentimentos individuais ou às formas particulares de leitura dos acontecimentos, encontram, no entanto, boa acolhida social quando comunicadas. Geram empatia, pois parecem sinalizar vivências afetivas que o senso comum espera do cuidador contemporâneo. Nesse sentido uma das cuidadoras declara:

[...] as pessoas dizem: puxa, um problema desses... e eu ainda consigo ser feliz... num sei te explicar... tem hora que fico triste... mais sou uma pessoa feliz. Gosto de A, B, C [nome de familiares], gosto do meu trabalho... gosto de cuidar de papai [idoso]... Eu curto, sabe o que é curtir?...

Lúcida, mas não desesperada; reflexiva mas não deprimida; participante, mas mantendo sua vida privada. As cuidadoras, ao nos falarem sobre suas alegrias e seus prazeres, ao relatarem como compartilham nos grupos sociais as quais pertencem tais sentimentos, apontam o que o senso comum, aparentemente, espera dos cuidadores: equilíbrio nas expressões e enfrentamento da dor, do sofrimento e da morte.

Elas, as cuidadoras, disfarçam? Mentêm? Ocultam? Por quê? Para quê? Em nome do quê? Um longo percurso de investigações teria que ser empreendido para que algo pudesse ser respondido, seja no referente individual ou social. Por hora só podemos afirmar que a alegria e o prazer têm “lugar” nas representações do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

Pensamos que Comte-Sponville (2001, p.42), ao filosofar, perguntando e respondendo, consegue nos aproximar do que pensam e sentem as cuidadoras: “[...] Ora, quando há prazer? Quando há alegria? Há prazer, há alegria, quando desejamos o que temos, o que fazemos, o que é: há prazer, há alegria quando desejamos o que não falta!”.

Como que comprovando as inúmeras possibilidades de integração de temáticas aos discursos sobre o cuidar/cuidado, as cuidadoras trouxeram para análise os seguintes temas: coragem/força; compreensão; sensação de liberdade; esperança e pertença familiar, os quais foram de dominados de outras vivências positivas.

Em face da diversidade de temas identificados, optamos por reuni-la sob a denominação de outras vivências positivas; vivências essas que, por um lado, não podem ser desprezadas, pois são mobilizadoras de intensos afetos; e, por outro lado, não puderam se aproximar, semanticamente, dos afetos já identificados e discutidos.

As referências às vivências de coragem/força foram assim enunciadas:

[...] é preciso coragem [para cuidar].
[...] isso [cuidar] não me assusta.

Tais expressões, situadas no contexto do cuidar/cuidado de um familiar idoso e portador de uma doença incurável, são plenas de sentidos. Os sentidos, aparentemente explícitos, indicam o necessário enfrentamento da doença e dos cuidados por ela exigidos. Diante dessa possibilidade explícita de sentidos, inferimos que o enfrentamento pode ocorrer em dois planos. Num primeiro plano, destaca-se o enfrentamento da pesada rotina dos cuidados práticos; num segundo, as cuidadoras deparam-se, cotidianamente, com o enfrentamento da perda gradativa do ente querido. Necessário, então, experimentar e vivenciar sensações e sentimentos de coragem, de força, de disposição.

Coragem que as cuidadoras pedem à divindade que é atribuída a algo de origem desconhecida, mas cuja vivência parece querer traduzir a perseverança, a constância, a firmeza necessária ao enfrentamento da doença. Nesse sentido Comte-Sponville (1995) aponta ser a coragem uma virtude que se aplica ao que as cuidadoras sentem e descrevem e que, inferimos, o senso-comum atribui como qualidade necessária aos cuidadores.

A coragem, representada como virtude do cuidador, é simbólica; prescinde, para ser reconhecida, do embate através da força física. É, conforme avaliou Jankelévitch (s/d apud COMTE-SPONVILLE, 1995, p.59), “[...] uma decisão, não é uma opinião, mas um ato”. Ato que, inferimos, se concretiza nos cuidados que são prestados aos idosos.

Verificamos ser plausível pensar que, na interseção dos discursos sobre as práticas e os afetos vivenciados, as cuidadoras pratiquem no cotidiano uma reflexão filosófica: [...] a coragem, repetimos, não é a ausência do medo, é a capacidade de enfrentá-lo, de dominá-lo, de superá-lo, o que supõe que ela existe ou deveria existir (COMTE-SPONVILLE, 1995, p.58).

Inferimos que entre os nossos sujeitos, a coragem existe. É necessária. É, simultaneamente, linguagem, percepção, ato e representação presente nos discursos.

Indicando-nos a ilimitada possibilidade do homem vivenciar afetos, as cuidadoras passam a nos falar sobre o cuidar/cuidado e as suas vivências de compreensão:

[...] é preciso compreensão [para cuidar] [...]
[...] nem todo mundo compreende [o que é cuidar] [...]

Diante dessas declarações, aventamos a possibilidade do “estranho”, que comporta a demência, ser a força motriz da demanda das cuidadoras por compreensão. É sabido, empiricamente, que as inquietações tendem a se abrandar quando se alcança ou se elabora uma forma de compreensão (sentido). Compreender é, pois, atribuir sentidos. No caso das cuidadoras, inferimos, é atribuído sentido tanto no que se refere à doença quanto a si mesmas. Apoiamo-nos em Heidegger (1984), quando proclama ser o sentido, aquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa. Sendo chamado de sentido aquilo que pode articular-se na abertura da compreensão.

Compreender parece ser uma das condições que permite a inclusão da doença e dos cuidados no cotidiano das cuidadoras, as quais por conseqüência, podem melhorar a qualidade de vida dos envolvidos na relação de cuidar/cuidado.

Questionamos: qual o papel da informação, nesse processo de compreensão? Coube aos profissionais de saúde informá-las? Ou a mídia, que, timidamente, concede espaço, se não aos idosos, se não aos cuidadores, aos discursos sobre as doenças? Como contribuem os meios de informação para o “novo” entendimento de “velhos” problemas?

Arruda (1998, p. 43) faz uma afirmação acerca das representações sociais, que julgamos pode ser aplicada ao nosso estudo, e em particular, para a compreensão das vivências associadas ao cuidar/cuidado:

[...] as representações não servem apenas à integração do estranho, mas também à *transformação do familiar*. A renovação dos estoques mentais e culturais não passa apenas pela incorporação do novo, ou talvez não se detenha nela. Ela requer, igualmente, a transformação do familiar, sua transposição para novos quadros, em readequação ao presente, quando é preciso tornar inéditos - estranhar - elementos até então familiares.

Ao prosseguirmos analisando as “outras vivências positivas”, nos deparamos com a temática das vivências de liberdade associadas ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Vejamos como se expressam as cuidadoras:

[...] embora eu cuide, eu me sinto, assim, livre [...]
[...] [cuidar] não tira a liberdade que a pessoa tinha [...]

Tais expressões, além de revelarem a inclusão da liberdade nos discursos, trazem para análise mais um elemento a ser contextualizado. Estamos diante de uma temática que ocupa os filósofos, e em torno da qual, nem o homem comum nem os pensadores encontram consenso. No entanto, comprovam os discursos das cuidadoras, que mesmo sem consenso teórico, podemos vivenciar a sensação de liberdade, ou a ausência desta, em qualquer contexto e circunstância.

As cuidadoras ao falarem sobre a questão da liberdade em relação ao cuidar/cuidado, enquanto vivência positiva, nos permitem inferir que o fazem, como em contraponto ou como em resposta aqueles anônimos, os quais sustentam que o cuidar priva ou aprisiona os cuidadores. Muito embora não tenhamos dados concretos sobre como o senso-comum vem elaborando a relação cuidador familiar versus exercício da liberdade pessoal, inferimos que a responsabilidade atribuída ao cuidador, é quem cerceia a sua liberdade.

Imaginamos que algo da ordem do contraditório, da recusa pessoal à obediência às normas pré-estabelecidas, permeia a elaboração dos discursos das cuidadoras quando colocam nas cenas do cuidar/cuidado as questões complexas do pensar e do viver a liberdade.

Também participam do rol das “outras vivências positivas”, referências sobre às vivências de esperança. Embora, em si mesma, a esperança não se constitua em um afeto, aqueles que a vivenciam, parecem experienciar intensas emoções positivas.

Sentimento tão velho quanto o homem, a esperança permanece sendo investigada, essencialmente, pela filosofia e pela teologia. Sendo, de nossa parte, temerário afirmar que as ciências contemporâneas a ignoram. Embora ela apareça como o vocábulo que descreve, muitas vezes acessoriamente, o ato de esperar o que se deseja.

Para compreender essa vivência, recorremos a Comte-Sponville (2001, p.58):
[...] O que é a esperança? É um desejo que se refere ao que não temos (uma falta),

que ignoramos se foi ou será satisfeita, enfim cuja satisfação não depende de nós: esperar é desejar sem gozar, sem saber, sem poder.

De posse de uma das muitas feições filosóficas da esperança, passamos a discutir sobre o que as cuidadoras nos dizem:

[...] sempre resta uma esperança.

[...] quando eu cuido tenho esperança.

Imersas no cuidar de uma doença para a qual ainda inexiste cura, as cuidadoras são, constantemente, confrontadas com a morte e com a desesperança. Somente associando filosofia e vivências cotidianas podemos compreender como elas esperam e desejam, sem saber, sem conhecer, sem poder, o pouco provável ou o impossível: a cura.

Ainda nos parece interessante argumentar, empiricamente, que diante de doenças graves - agudas ou crônicas, que põem em risco contínuo a vida - existem “recomendações” sociais, de fundo religioso, que prescrevem aos familiares do doente, que mantenham a esperança. Provavelmente, nessa “recomendação” há uma associação direta da vivência da esperança com a dimensão religiosa do cuidar/cuidado²², que pode espelhar como tais conteúdos são elaborados e transitam no cotidiano.

Uma última temática a ser apresentada como “outras vivências positivas”, refere-se às vivências de pertença familiar e ao cuidar/cuidado.

No que respeita a essa discussão, atentemos que foi estabelecido como critério de seleção dos sujeitos do estudo, a existência de laços de parentesco entre a cuidadora e o idoso. Tal determinação metodológica, conseqüentemente, passa a refletir nos discursos, e a determinar que a temática também figure nas análises²³.

Privilegiamos, agora, o sentimento de pertença - como afeto positivo - naquilo que evoca o selo da percepção, da sensação e da ação de um sujeito em relação a outro ou a um grupo. Nesse sentido, Áries (1981, p. 273-78) afirma: “[...] ela [a família moderna] correspondeu a uma necessidade de intimidade, e também de identidade: os membros da família se unem pelo sentimento, o costume e o gênero de vida”.

²² Lembramos que empreendemos uma discussão nesse sentido na seção que denominamos a “As cuidadoras e a dimensão religiosa do cuidar/cuidado (p.122).

²³ Sugerimos ver a seção intitulada “O domicílio e a família doméstica das cuidadoras” (p. 94), na qual de forma implícita, a temática da pertença familiar se faz presente.

Nas declarações que apresentamos a seguir, as cuidadoras nos dizem de seus sentimentos, mas também de costumes, gênero de vida e, ainda, apontam sua inclusão e a dos idosos, em um grupo muito especial de pertença, a família.

[...] quando é no sangue, pessoa da gente, a gente cuida.
[...] cuidar é compartilhar com a família, é [...]

Nessa perspectiva, estão presentes as possibilidades de análise da temática, pelo vies dos processos de inclusão/exclusão, do idêntico e do diferente, dos valores concretos e abstratos, enfim de uma lógica social, posta em prática, para dar sentido à existência e à experiência humana.

Jodelet (1998) refere que em nossas relações com o outro - tradução da vida concreta e cotidiana – a questão da pertença familiar é um dos caminhos para aproximação à alteridade. Pelo exposto reconhecemos que as discussões em torno da pertença familiar pedem aprofundamento, para serem contempladas em sua complexidade. Porém, face aos nossos objetivos, somente enfatizamos o sentimento de pertença familiar como representado pelo afeto permeado de valores, que confere ao “sangue”, conforme expressão das entrevistadas, o estatuto de obrigatoriedade do cuidar do familiar idoso e doente.

Como a última das vivências positivas identificadas classificamos as vivências de segurança. Sobre esse assunto verificamos existir nas falas das cuidadoras conotações religiosas que, inferimos, exprimem uma das facetas de suas relações com a divindade.

[...] é preciso confiar Nele [...]
[...] [a religião] tem sido um amparo [...]

Conforme se pode depreender não há espaço para dúvidas ou questionamentos. Mas sim a predominância do sentido da confiança que não se abala diante das adversidades. Que pode funcionar, inferimos, como síntese das vivências de coragem/força e de esperança.

São, ainda, descritos pelas cuidadoras momentos em que as vivências de confiança depositam-se concretamente sobre um outro sujeito com quem são compartilhadas as tarefas do cuidar/cuidado:

[...] só confio naquela pessoa... quando é ela que faz [descreve cuidados] eu fico segura [...]

Como variação da temática das vivências de segurança e de proteção associadas ao cuidar/cuidado, há evidências de desejos em relação aos entes queridos doentes:

[...] se eu pudesse proteger mais papai [idoso]

Ao empreendermos uma leitura psicossocial das vivências discutidas, verificamos que elas podem, também, ser denotativas das funções sociais atinentes à família. Dito de outra forma, as cuidadoras protegem, cuidando, daqueles que um dia protegeram e cuidaram delas próprias. Criam, nesse processo, espaços íntimos de mútua solidariedade e segurança (Sawaia, 1995).

Portanto, não é de todo estranho pensar que as cuidadoras protejam o idoso para se protegerem, e que ao lhe proporcionar segurança, estejam demarcando novas fronteiras do exercício do poder familiar.

4.2.3 Subcategoria afetos e vivências indefinidas

As análises até aqui realizadas nos permitiram apreender afetos polarizados em torno de vivências positivas e de vivências negativas. Para encerrar a análise da categoria das manifestações afetivas, passemos a tratar da subcategoria nomeada por afetos e vivências indefinidas (anexo 15).

Os sentimentos e as emoções expressos através das vivências indefinidas dizem respeito aos afetos que transitam, de forma indeterminada ou vaga, entre as vivências dos afetos positivos e negativos, associados ao cuidar/cuidado.

Ao procurarem precisar seus sentimentos em relação ao cuidar/cuidado, algumas cuidadoras nos disseram:

[...] mas o que eu sinto, o que tô sentindo... nunca sei [...]
[...] é uma dificuldade dizer o que sinto [...]

Entendemos que, para além da indefinição explícita, tais verbalizações comportam um outro sentimento associado ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Estamos falando da ambigüidade, a qual se manifesta nas seguintes falas:

[...] tem hora que eu acho agradável cuidar... não, não é agradável [...]
[...] porque você se sente, assim, dividida... tem hora que é bom, depois não é. Sabe como é?

Em tese, essa seria uma das explicações para as dificuldades de expressão dos sentimentos vivenciados pelas cuidadoras. Em nosso entendimento, a melhor possibilidade de compreensão desta ambigüidade nos é oferecida pela psicanálise, quando descreve os sentimentos ambivalentes:

[...] O termo 'ambivalente' é muitas vezes utilizado em psicanálise com uma acepção muito lata. Pode efectivamente servir para designar as acções e os sentimentos que resultam de um conflito defensivo em que entram em jogo motivações incompatíveis; visto que o que é agradável para um sistema é desagradável para outro, pode qualificar-se de ambivalente qualquer 'formação de compromisso'. Mas o termo 'ambivalência' pode então conotar todas as espécies de atitudes conflituais de maneira vaga (LAPLANCHE; PONTALIS, 1983, p. 50).

Sem pretensões de imprimirmos às vivências indefinidas um carácter sintomático, mas sem, no entanto escamotear os conflitos que podem sinalizá-lo, passamos a verificar que a expressão dessas vivências não é uma tarefa fácil. Chega a causar um certo constrangimento, denunciado no silêncio ou na forma reticente das respostas. Uma das cuidadoras verbalizou um conteúdo, que inferimos estar presente, embora implicitamente, em todos os fragmentos de falas recolhidas:

[...] é uma delicadeza... falar do que eu sinto sobre o cuidar de [...]

Supomos que tal construção reflete tanto as dificuldades pessoais quanto àquelas relativas à elaboração social de tais emoções. Refletem, ainda, características de nosso tempo, no qual a afirmação e a negação, o positivo e o negativo, o amor e o ódio, são categorias antagônicas, mas constituintes do pensar o mundo contemporâneo. Como síntese, nos parece útil resgatar a perspectiva da psicologia dialética enunciada por Lane (1995, p. 62):

[...] Emoções, linguagem e pensamento são mediações que levam à ação, portanto somos as atividades que desenvolvemos, somos a consciência que reflete o mundo e somos afetividade que ama e odeia este mundo, e com esta abordagem nos identificamos e somos identificados por aqueles que nos cercam.

4.3 MANIFESTAÇÕES DE CUNHO FILOSÓFICO SOBRE O CUIDAR/CUIDADO

Em conformidade com a organização dos dados e do tratamento quantitativo, aplicado aos discursos, a categoria manifestações de cunho filosófico sobre o cuidar/cuidado corresponde a 14,8% do total de unidades de análise trabalhadas (Tabela nº 03).

Esta categoria tem por vértice de análise, verbalizações em torno das quais, supomos, o pensamento tende a voltar-se sobre si mesmo e a instaurar a reflexão. Nesse momento, a atitude mental das cuidadoras assemelha-se aquela praticada pelos filósofos. Essa é uma das razões pelas quais decidimos nomeá-la de “manifestações de cunho filosófico sobre o cuidar/cuidado”.

Não pretendemos aprofundar a discussão sobre os fatores que caracterizam e distinguem a reflexão praticada pelos filósofos, daquela realizada pelo homem comum. Nos restringimos a comentar que a provável semelhança entre uma e outra forma de reflexão, reside na necessidade de concentração do pensamento sobre um tema. Também, avisamos, não nos deteremos sobre as distinções, caras à Filosofia, entre o refletir e o meditar. Sobre esse assunto, apenas pontuamos, com o auxílio de Lalande (1999) que a distinção estabelecida entre a reflexão e a meditação reside no fato de, na primeira, representamos as causas, as circunstâncias, os efeitos; e, na segunda, extraímos daí uma lição.

Para nós, que buscamos apreender e descrever representações sociais, importa-nos menos saber se as cuidadoras refletem ou meditam; e mais conhecer os temas que podem estar inscritos nas representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

No que se refere às temáticas presentes nas falas das cuidadoras, observamos existir certa afinidade com as grandes preocupações filosóficas: a moral, as virtudes, os valores, a consciência, a vida, a morte. Aí repousa mais uma das razões pelas quais atribuímos a esta categoria um “cunho filosófico”.

A categoria em análise apresenta três subcategorias nomeadas de: reflexões sobre a temática moral e o cuidar/cuidado; reflexões sobre a temática existencial e o cuidar/cuidado e outras reflexões sobre o cuidar/cuidado.

Necessário sublinhar que ao analisarmos esta categoria, penetramos num campo de conhecimento complexo - a Filosofia -, o qual, em torno de uma única palavra (por exemplos, vida, moral, morte, etc.), tem construído discursos analíticos distintos e profundos. Em face dessa evidência, ressaltamos que nossa análise não contemplará, nem em extensão, nem em profundidade, o pensamento de um único filósofo. Revelamos que nos alinhamos com o pensamento de diversos filósofos, sobre diversas temáticas, na medida em que os discursos das cuidadoras pedem esclarecimentos. Estamos cientes que este procedimento comporta riscos teóricos, no que diz respeito a possíveis contradições entre formas filosóficas particulares de

pensar e conceber as temáticas abordadas. No entanto, em nome de nosso compromisso com os sujeitos e objeto de estudo, assumimos o risco.

Feitos esses esclarecimentos, passemos à análise das subcategorias das manifestações de cunho filosófico, associadas ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

4.3.1 Subcategoria reflexões sobre a temática moral e o cuidar/cuidado

Este grupo de reflexões indica, quantitativamente, que as reflexões de ordem moral predominam sobre as demais reflexões empreendidas pelas cuidadoras. Qualitativamente, nos falamos do entrelaçamento em que são construídos e plasmados, nas representações sociais, os chamados paradigmas morais.

Tomamos como referencial analítico das falas das cuidadoras sobre conteúdos morais, as idéias de Puig (1998), quando trabalha a construção da personalidade moral. O referido autor discute as questões morais na fronteira do individual e do social, aproximando-se do *lócus* onde são gestadas as representações sociais. Para ele, o protagonista das questões morais

[...] é o sujeito individual enquanto ser consciente e autônomo. No entanto, convém advertir que esse indivíduo moral não pensa nem atua sozinho. Na realidade, estamos sempre diante da necessidade de elucidar moralmente (de decidir como se quer viver) em situações de inter-relações, e o fazemos para viver em coletividade. Isto é, a vida humana é sem dúvida alguma social, e a decisão moral é tomada sempre por 'um sujeito individual junto a outros sujeitos'. Portanto, a construção moral se situa 'entre': é ao mesmo tempo totalmente individual e totalmente influenciada pela relação com os demais. A decisão sobre como viver é pessoal e social (PUIG, 1998, p. 2).

Nessa perspectiva, é que conduziremos a presente análise. Ou seja, nos propomos a "ouvir" as cuidadoras enquanto sujeitos que refletem sobre o cuidar/cuidado em constante inter-relação com o todo que as circunda.

Parece-nos interessante lembrar que, durante o século XX, as pesquisas psicológicas sobre a moralidade foram conduzidas por três grandes correntes teóricas: a teoria psicanalítica de Freud, a teoria behaviorista de Skinner e a teoria construtivista de Piaget. Mais recentemente, entre as décadas de 1970 e 1980, encontram-se as pesquisas sobre a moralidade conduzidas por Kohlberg. Sendo com o auxílio destas teorias que se pode acessar os paradigmas morais que regem o nosso tempo.

Em Puig (1998, p.11), encontramos referências a fissuras teóricas produzidas nessas teorias. Como exemplo o autor cita os estudos de Carol Gilligan (1985) sobre as teorias de Freud, Piaget e Kohlberg. A autora as considera, de certa forma, “sexistas”, uma vez que privilegiaram uma visão masculina da moral. A avaliação de Gilligan sobre tais teorias colocou em questão tanto o objeto moral das pesquisas psicológicas, quanto os fatores psicológicos classicamente estudados, em especial o fator gênero. Suas pesquisas a conduziram a afirmar que a moralidade feminina privilegia o ideal do cuidado para com o outro, em oposição à moralidade masculina referenciada no ideal de justiça.

No tocante ao nosso estudo, as idéias de Gilligan parecem encontrar evidência prática, na medida que só identificamos como cuidadores sujeitos do sexo feminino. Embora tal dado não seja suficiente para evidenciar a existência de uma moralidade feminina pautada no cuidado com o outro é, no mínimo, instigante pensar em tal possibilidade.

Com o intuito tornar mais claras as questões pertinentes à moral e à moralidade, como expressas pelas cuidadoras, teceremos um comentário sobre a moral e a ética. Ressaltamos que, evidentemente, num breve comentário não temos a pretensão de esgotar uma distinção que é abordada em tratados filosóficos.

Russ (1999) assinala que, etimologicamente²⁴, os termos moral e ética remetem a acepções muito próximas uma da outra, uma vez que ambas conduzem a idéia de costumes, de hábitos e de modos de agir determinados pelo uso. Vemos, no entanto, que, na literatura especializada, são operadas complexas distinções entre os dois termos. De modo que nossa tentativa de distinção pauta-se na simplicidade, sem que configuremos, aqui, um reducionismo. Assinalamos, então, que a ética é mais teórica que a moral, pois se volta para uma reflexão sobre os fundamentos da moral. A moral, por sua vez, qualifica as condutas humanas e os costumes que regulam, segundo as normas, as intenções numa sociedade, levando em consideração a importância dos laços individuais. (DORON; PAROT, 1998, p. 513).

Encontramos, ainda, em Russ (1999, p.8), idéias que circunscrevem o uso contemporâneo dos termos ética e moral como ambíguos, uma vez que “[...] fala-se

²⁴ Etimologicamente, *ta êthé*, em grego é referido como costumes e *mores*, em latim, como hábitos.(RUSS, 1999, p.7).

hoje de uma 'ética' dos negócios ou de uma 'ética' da mídia, éticas cuja significação parece bem pouco teórica, éticas práticas, às vezes, próximas da deontologia”.

Passemos, agora, a verificar como são expressas, pelas cuidadoras, as reflexões sobre o dever:

[...] eu acho que estou fazendo minha obrigação.
[...] eu tenho que cumprir a responsabilidade com ela [idoso].
[...] cuidar é um compromisso.

Predominantemente, a obrigação, a responsabilidade e o compromisso fundamentam as falas das cuidadoras, sendo, provavelmente, elaborada uma relação direta com as vivências do dever de cuidar do familiar idoso e doente.

Lalande (1999) aponta dois sentidos para a obrigação, que em muito nos auxiliam a compreender os sentidos que as cuidadoras tentam expressar em suas falas. Num primeiro sentido, o autor sugere que a obrigação pode ser entendida como um “[...] laço de direito pelo qual uma pessoa está submetida à outra para fazer ou não fazer alguma coisa”. Segundo essa orientação, a obrigação comporta a noção de crédito e de débito, “[...] de onde o sentido de *compromisso* assumido, de *dívida*”, e as metáforas da linguagem corrente que daí derivam: ‘ter uma obrigação para com alguém, ser seu devedor’ (= reconhecer para com ele uma *dívida* de reconhecimento) etc” (LALANDE, 1999, p. 755).

Uma das cuidadoras declara:

[...] eu cuido, eu tenho uma dívida com ele [idoso].

O segundo sentido apontado por Lalande (1999) para a obrigação tem um valor moral. Nesse caso, aproxima-se do dever, sendo sua vivência permeada pelo sentido do que é obrigatório. Daquilo que, materialmente, pode ou não ser feito, mas que se não for realizado pode determinar que o sujeito se torne culpado.

Mais uma vez as cuidadoras nos dizem em tom de reflexão e constatação:

[...] a pessoa se sente, assim, obrigada a cuidar.
[...] a pessoa tem que fazer o que é prá fazer, sem fugir.
[...] eu tive que tomar conta dele [idoso], não era uma escolha, era uma necessidade.

Também, Hans Jonas (1990 apud RUSS, 1999, p.102), ao tratar da responsabilidade do ponto de vista ontológico, nos oferece dois modelos de apreensão do sentido da responsabilidade: a responsabilidade parental e a responsabilidade do homem de Estado. Nosso interesse recai sobre o que é dito a respeito da responsabilidade parental:

[...] concerne à criança, encarada em seu ser total, e não somente através de suas necessidades imediatas; ela [a responsabilidade] não pode tirar férias; é contínua, porque a vida do objeto, que prossegue sem se interromper, reengendra suas requisições de um instante a outro. Enfim, ela se refere ao futuro da existência da criança.

Conservemos as diferenças entre os extremos cronológicos da vida humana e poderemos imaginar que as cuidadoras reproduzem, quando cuidam dos idosos, algo da ordem da responsabilidade parental, descrita como se destinando, especificamente, às crianças.

Ao considerarmos as verbalizações que envolvem reflexões sobre a obrigação, a responsabilidade e o compromisso do cuidar/cuidado, vividos enquanto dívidas, encontramos em Brasileiro (1993) confirmações para as ocorrências dessas vivências. A autora, ao estudar o tempo vivido entre idosos em duas micro-culturas do estado da Paraíba, faz referências à identificação de construtos lingüísticos compatíveis com as reflexões sobre a existência de uma “dívida parental”. Ou seja, a existência de “algo” a ser pago pelos filhos e que é cobrado, não somente, pelos pais idosos.

A importância deste achado atualiza-se nas declarações que recolhemos entre filhas e esposas, cuidadoras, de idosos doentes. Adquire valor elucidativo, por se tratar de uma observação feita entre sujeitos que, geográfica e culturalmente, estão muito próximos daqueles que estudamos. Inferimos, então que embora exista um espaço cronológico entre a observação de Brasileiro (1993) e a nossa, persiste como indícios discursivos, a possibilidade de que nas representações do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, a dívida parental tenha um importante lugar.

Conche (1998) inicia uma conferência, pronunciada em Sion (1996), sobre a obrigação moral, que vem preencher o vazio do que não conseguimos dizer:

[...] Não me interrogo aqui sobre o fundamento, isto é, sobre a justificação da moral, mas sim sobre a origem da obrigação moral: por que me sinto obrigado a fazer o que contraria minha propensão natural a viver para mim e se choca com meu desejo de compor as ocupações de meus dias de acordo com meu gosto ou meu prazer? Essa questão provem de um espanto. De alguns anos para cá, estou sujeito a viver constantemente ao lado de minha esposa doente (Kierkegaard fala da sua noiva, por que eu não poderia falar da minha esposa? Será que o filósofo deveria fingir que não tem família?), a fim de ajudá-la a se locomover e a se cuidar. ‘Estou sujeito’, ou melhor: ‘eu me sujeitei’ e ‘eu me sujeito’, pois não poderia aceitar que ela vá para uma clínica ou um asilo para pessoas doentes ou idosas. Se aceitasse, eu me sentiria em falta com ela: sinto-me obrigado a fazer que ela fique o melhor possível acompanhada e ajudada. No entanto, vários desejos e projetos que eu teria são contrariados com isso. De onde vem, pois, esse sentimento de obrigação, tão forte que arrasa até mesmo as propensões pessoais e egoístas? (CONCHE, 1998, p.29).

Acreditamos que a fala do filósofo contempla e traduz o que as falas, comuns, das entrevistadas queriam transmitir. Ainda, responde-nos o filósofo, ser a finalidade da obrigação moral do cuidar: “[...] deixar viver, ajudar a viver, manter em vida, em resumo, criar obstáculos à morte... [...] Agir conforme devemos é uma condição de paz consigo mesmo e de serenidade. O juiz esta em nós” (CONCHE, 1998, p.39 e 57).

Desses assuntos, no cotidiano, pouco se diz. O que não significa que deles não se saiba. Aparentemente, deles tanto sabemos, que se fazem presentes em nossas representações.

Dando prosseguimento à análise desta subcategoria, observamos as cuidadoras expressarem suas reflexões sobre a paciência:

[...] é preciso muita paciência prá cuidar.

[...] é preciso que tudo seja feito com paciência.

Ao contextualizarmos estas falas nas cenas do cuidar/cuidado, depreende-se que a paciência é “arma”, “munição” para o enfrentamento cotidiano dos cuidados que a doença do idoso exige. Ou, ainda, inferimos, é uma das traduções para a perseverança necessária à continuação de uma tarefa que se afigura longa e difícil.

Parece-nos, também, haver associações entre o exercício da paciência e a rotina cotidiana dos cuidados. Ou entre a paciência e as alterações do comportamento dos idosos, decorrentes da evolução da doença. Sendo nessas circunstâncias curioso constatar que, entre os extremos que indicam a rotina e o imprevisível, da paciência seja dita, por uma das cuidadoras, que é fundamental.

Embora referida como necessária, desejável ou fundamental, a paciência é vivenciada enquanto uma virtude que as cuidadoras reconhecem, às vezes, lhes faltar.

Tal “falta” de paciência nos foi relatada em meio a uma série de justificativas, extraídas de situações concretas, nas quais um limite, para que a paciência fosse “perdida”, sempre nos foi apontado. Nesses momentos, voltamos a inferir que mais do que a si próprias, as cuidadoras tentam se justificar diante do que é socialmente delas esperado: muita paciência.

Configura-se, pois, para os casos em que não se consiga por em prática a paciência, o que uma das cuidadoras aponta como uma norma a ser observada:

[...] se você não tiver paciência não se meta a cuidar...

Em um outro momento, os discursos são dotados de uma racionalidade que destitui a paciência das características de dom divino que, algumas vezes, lhe é atribuído. Vejamos:

[...] você não tem que pedir paciência a Deus, você é que tem que ter...

A paciência é, então, qualidade, virtude pessoal que o cuidador deve exercitar no cotidiano. Julgamos que, dessa forma, se dá o encontro entre a concepção pessoal e o pensamento social erigido em torno das questões da paciência *versus* cuidar.

Trazendo maior possibilidade de apreensão dos sentidos apostos à paciência, uma cuidadora nos disse:

[...] não, não é paciência... é sabedoria.

Sabedoria que tanto pode querer designar um conhecimento inspirado nas coisas divinas quanto humanas, que pode se manifestar objetiva ou subjetivamente no cuidar e nos cuidados, que vem confirmar serem as representações sociais um saber prático, que tem por função orientar comunicações e condutas.

Dando prosseguimento à análise trataremos das reflexões sobre fazer o bem. O bem é um vocábulo dotado de extrema variedade de significados, podendo ser aplicado a tudo que tem um valor qualquer. As leituras filosóficas sobre o bem são antigas e múltiplas, de modo que ao analisarmos as referências que as cuidadoras fazem ao bem, produzimos um recorte específico, no qual a palavra “[...] se refere particularmente ao domínio da moralidade, isto é, dos *mores*, da conduta dos comportamentos humanos inter-subjetivos, e designa por isso o valor específico de tais comportamentos” (ABBAGNANO, 1982, p.102).

O bem é, então, um valor moral, um conceito normativo fundamental em termos éticos, que comparece aos discursos e, possivelmente, as representações do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, sob as seguintes formas:

[...] [cuidar] é tá fazendo o que é bom, o que é certo [...]
[...] é fazer algo de bom por aquela pessoa que necessita [...]
[...] eu tenho a oportunidade de fazer um bem por ela [idosa] [...]

Como referido pelas cuidadoras, o bem, ora objetiva-se nos cuidados (sendo então realidade moral), ora permanece subjetivado ou dotado de um sentido metafísico que o coloca no esteio de uma realidade ideal.

Independentemente da caracterização do bem como um valor pertencente ao campo da moral quer absoluta quer relativa, o bem está colocado, nas falas das cuidadoras, como relação social. Aquilo que alguém é capaz de fazer ao outro objetivando sua sobrevivência, seu conforto, seu prazer, sua felicidade. Embora não seja fácil nem pouco, é socialmente esperado que o cuidador deseje, sempre, o bem de quem é cuidado.

Com naturalidade, as cuidadoras deslizam suas falas da temática do bem para as reflexões sobre as preocupações.

Julgamos que ao expressarem suas preocupações com os idosos, as cuidadoras promovem uma espécie de intercâmbio semântico entre os vocábulos preocupação e cuidar. Os sentidos parecem se interpenetrar e autorizar um jogo, no qual o cuidar expressa e comporta uma pré-ocupação, e a preocupação sinaliza uma das facetas do cuidar. Dito de outra forma: quando cuidam, se preocupam, e ao se preocuparem denotam cuidado para com o familiar idoso e doente.

A preocupação, enquanto expressão de cuidado, e de cuidado com afeto, é também zelo pelo objeto amoroso:

[...] eu me preocupo demais com ela [idosa]...
[...] a minha preocupação é com ela [idosa], cuido dela [...]

Inferimos que, ao refletirem e, simultaneamente, expressarem suas preocupações com os idosos, as cuidadoras falam, não somente, de situações imediatas ou circunstâncias presentes. Há, em seus relatos, indícios de antecipações de um futuro, cuja marca maior parece ser a dúvida e o medo:

[...] às vezes fico preocupada ... O que vai ser dessa criatura? [idoso]...

Suas falas indicam vivências de inquietações que chegam a perturbar o pensamento e, algumas vezes, a ação. Aparentemente, um tipo de pensamento dominante sobrepõe-se a qualquer outro e resiste às tentativas de racionalização:

[...] não sei como fazer... Só penso nessas preocupações...

Nessas circunstâncias, mais uma vez inferimos, o sofrimento psíquico que se evidencia comporta o sofrimento moral. Em face dessa possibilidade de

interpretação, Lalande (1999) comenta, advertindo-nos, para que não se produza uma redução do sofrimento moral a um estado afetivo ou nível mental. Inferimos que nas falas das cuidadoras o que parece estar em causa diz respeito à moralidade, já que é um valor, no caso um bem, que dá conformidade aos discursos.

Diante dessa possibilidade de apreensão do como se tecem as relações pessoais entre o preocupar-se e o cuidar/cuidado, lembramos as associações já entretidas entre a responsabilidade, a obrigação, o compromisso e o cuidar/cuidado, para, então, tentar compreender sua elaboração social. No âmbito social, o cuidar, sobretudo o cuidar do familiar doente, põe em articulação normas sócio-culturais que regem a compreensão coletiva da responsabilidade, da obrigação, do compromisso e da preocupação. Pois, além do que é da ordem de uma moral pessoal aplicada ao cuidar do familiar doente, estão presentes as exigências e cobranças formuladas pelo conjunto social.

Como último componente dessa subcategoria, as cuidadoras passam a nos falar acerca das reflexões sobre a consciência.

Verificamos, então que, dentre os inúmeros sentidos que comporta a consciência, um se destaca como “[...] um cuidado com que se executa um trabalho, se cumpre um dever, senso de responsabilidade” (FERREIRA, 1986, p. 457). Tal sentido evidencia-se nos discursos das cuidadoras:

[...] é um trabalho de conscientização... é... cuidar é isso.
[...] se o indivíduo não tiver consciência, não cuida não.

No entanto, a consciência, como referida nos discursos, também nos remete à definição filosófica da consciência moral:

[...] Propriedade que o espírito humano tem de fazer juízos normativos espontâneos e imediatos sobre o valor moral de certos atos individuais determinados. Quando esta consciência se aplica aos atos futuros do agente, ela toma a forma de uma ‘voz’ que comanda ou proíbe; quando se aplica aos atos passados, traduz-se por sentimentos de alegria (satisfação) ou de dor (sofrimento). Esta consciência é dita conforme os casos *clara, obscura, duvidosa, errônea, etc* (LALANDE, 1999, p. 197).

Assim definida a consciência moral, inferimos que ela perpassa os discursos e manifesta-se nas entrelinhas de todas as categorias identificadas. Ou seja, embora, agora, claramente manifesta, já se deixava entrever nas falas que conformam as categorias nomeadas de pragmática, afetiva e temporal do cuidar/cuidado.

Em tempo lembramos que em torno da consciência, segundo Sawaia (1995), foram construídos discursos científicos - fetichizados - nos quais preponderam categorias explicativas como a alienação e a ideologia, em detrimento ao seu aspecto intuitivo-emocional.

Ao aplicar aos discursos a noção de consciência, em seus aspecto intuitivo-emocional, podemos observar ser a consciência um processo de conhecimento que se instaura progressivamente:

[...] depois fui me conscientizando que era a doença [...]
[...] é um trabalho de conscientização... é... cuidar é isso [...]

Trabalho, no qual a consciência moral elabora formas de sentir, de agir e, também, de sofrer:

[...] quando minha consciência pesa, me incomoda.
[...] quando minha consciência manda, eu faço.

Encontramos nos discursos reflexões entre o ter consciência e o pensar a doença. O pensar racionalmente mistura-se com o afeto que as cuidadoras nutrem pelos idosos e, parece justificar o que uma delas verbaliza:

[...] penso que é até bom ela [idosa] não ter consciência de nada do que está acontecendo com ela...

Em meio à lamentada perda da consciência do ente querido, as cuidadoras encontram uma forma para protegerem e preservarem a dignidade que a doença, paulatinamente, vem lhes retirando. A semelhança do personagem de uma conhecida história infantil, elas assumem o lugar da consciência do outro, marcando sua presença, enquanto tal, quando dizem:

[...] tô ali prá lembrar prá ele [idoso] o que pode e o que não pode, o que é certo e o que é errado...

Difícil papel a ser representado no cotidiano. Papel este que finda por conduzi-las a refletirem sobre a existência, a pensarem não só em si próprias, mas nos outros que lhes são próximos. O viver humano, então, passa a ser objeto de reflexão e induz a consciência da cuidadora a ditar:

[...] eu tenho consciência de que viver é uma arte, uma arte bonita, é uma arte bela, é uma arte difícil...

O que inferir, e como dizer do que anuncia a cuidadora? Talvez, interpretação da vida, que somente adquire sentido nas representações do cuidar/cuidado, se articulada com outros conteúdos significantes.

4.3.2 Subcategoria reflexões sobre a temática existencial e o cuidar/cuidado

Esta subcategoria circunscreve as falas das cuidadoras agrupadas sob a designação de existencial. Entre os temas identificados como pertencentes a este grupo, dois se sobressaem: reflexões sobre a morte/morrer e sobre a vida/viver.

Como se evidencia, através da análise empreendida, as reflexões sobre a morte/morrer preponderam sobre as considerações à cerca da vida/viver. Entendemos que, invariavelmente, quando a temática da vida e da morte comparecem a um discurso, os sujeitos estão a pensar sobre o existir e a existência. Obviamente, os nossos sujeitos não tomam da temática como o fazem os filósofos. Não elaboram refinamentos teóricos que nos permita vinculá-los a uma ou outra corrente filosófica. Eles nos falam do que pensam e sentem no cotidiano. O existir, na maioria das vezes, corresponde a uma indicação do que é real, do que permanece. A existência, por sua vez, vincula-se à noção do estar com vida, do entreter relações.

Mantendo em mente o contexto no qual os discursos foram produzidos, compreendemos porque a morte e o morrer são verbalizados como contrapontos para o pensar a vida e o viver. Não fossem as circunstâncias que vivenciam as cuidadoras, já é notório que o próprio envelhecimento engendra representações da finitude da existência humana. Não sendo pois estranho, que representações sobre a vida e a morte pré-existam a experiência do cuidar do familiar idoso doente. Ou ainda, que estas representações se transformem, ou a elas venham se associar novos elementos. Não havendo, supostamente, como as cuidadoras escaparem, tanto do contexto que vivenciam, quanto do pensar reflexiva e associativamente sobre a vida, o viver, o adoecer, o cuidar, a morte e o morrer. Nada estranho que nos discursos, sobre o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, estejam presentes reflexões sobre a existência polarizada em torno da morte e da vida.

Deixamos claro que não temos intenção e espaço para tratar, com a devida profundidade, os muitos problemas que as reflexões sobre a vida e a morte levantam. Os sentidos presentes nas verbalizações destacadas, muitas vezes,

apelam para uma noção de globalidade, de início e de fim, de destino e de religiosidade, que não conseguiremos, aqui, contemplar.

De Márquez²⁵ (1981) tomamos de empréstimo o título de uma das suas obras e aplicamos aos discursos das cuidadoras sobre seus familiares idosos e doentes: são crônicas de uma morte anunciada. De forma distinta do escritor, as cuidadoras inspiram seus textos/discursos no cotidiano e os inscrevem em representações que, ao longo do tempo, perderem suas marcas pessoais e se tornam uma produção coletiva.

Nossa análise, voltamos a afirmar, não esgota os sentidos presentes nos discursos. O limite é nosso. Dar sentido ao que, aparentemente não tem sentido é, em nossa opinião, a maior e melhor produção das cuidadoras. Expressão máxima de liberdade que não se curva a teorias, embora, paradoxalmente, as geste, engendre, produza e reproduza.

Verifiquemos o que e como nos falam as cuidadoras sobre a morte/morrer e a vida/viver. Investidas, desde já, de uma certeza: em suas falas comuns nada é simples nem exato.

Longe o tempo em que a morte não comparecia aos discursos científicos. Hoje, é pensada e estudada de forma multidisciplinar, o que não significa que assim seja vivenciada. Ao seu redor existem diversas ordens de registro: filosófico, biológico, social, cultural, psicológico, antropológico, etc. Diante dessa diversidade, salientamos, que o nosso registro pretende ser psicossocial.

Nas palavras proferidas pelas cuidadoras, observamos um investimento no sentido de tentarem naturalizar e racionalizar, a morte e o morrer:

[...] procuro ver a morte como uma coisa natural, da vida.
[...] é a realidade... É, cada dia eu vejo ela [idosa] morrendo.
[...] [a morte] é uma coisa, como tudo na vida, não tem volta.

De forma direta e sem arroudeios, a morte é naturalizada como integrante do ciclo da vida. A morte, referida enquanto discurso genérico, parece não perturbar as cuidadoras:

[...] eu não tenho medo de morrer porque ficou prá todo mundo.
[...] isso é um negócio que já tô sabendo... é um caso de morte [...]
[...] realmente a gente tem de encarar a morte como uma solução para vida.

²⁵ MÁRQUEZ, G. G. *Crônica de uma morte anunciada*. Rio de Janeiro: Record, 1981.

Discurso? Defesa? Desejo? Cansaço? Teoria posta em prática? Ao nível do material psicológico passível de ser interpretado, tudo é, e pode não ser. Se consideradas como respostas engendradas a partir da inserção social do sujeito, verificamos que se alinham com a racionalidade que caracteriza o pensamento contemporâneo sobre a morte e o morrer. No entanto, apesar da racionalidade com que genericamente a morte é abordada, os sentimentos transvasam os discursos, quando as cuidadoras conseguem falar da morte anunciada de seu ente querido:

[...] já houve época em que eu não pensei na morte, hoje penso e dói.
[...] disso [a morte do idoso] eu tenho medo.
[...] se disser que não penso na morte é um devaneio. Eu penso... eu sofro [...]

Os sentimentos e as emoções associados às representações da morte são, em sua maioria, valorados como negativos, o que, provavelmente, contribui para as verbalizações, em muitas ocasiões, acontecerem entre lágrimas. Nesses momentos, a religião ou a relação com a divindade foi evocada e convocada para o enfrentamento da perda (antecipada) do familiar:

[...] penso [na morte] e converso com Deus, Ele me sustenta e me prepara.
[...] penso sobre isso: morte e religião.
[...] eu vou cuidando até o dia em que Deus quiser levar ela [idososa].

Como visto, tratam-se de reflexões nas quais, somente, a morte física é antecipada (anunciada). Pois a morte social dos idosos já foi decretada, ou então vem sendo claramente vivenciada pelas cuidadoras:

[...] então a morte, hoje em dia, já aconteceu...
[...] quanto mais vida se tem mais se perde, mais se vê a morte.
[...] prá mim já morreu, eu cuido de um corpo, do que restou dele [idoso]...

Em nome do que a leitura dos fragmentos de fala não consegue traduzir, pois nossa escrita pode fazer parecerem frias as declarações, dizemos-lhes haver muito sentimento quando as cuidadoras assim se expressam. O lamento é o tom que modula as suas vozes quando nos falam de seus “mortos-vivos”.

No que concerne especificamente às relações entretidas entre os cuidados e a possível morte dos idosos doentes, nos foi dito:

[...] se não houver cuidados ele [idoso] morre [...]
[...] se você não cuidar vai diminuir a vida de uma pessoa, de uma criatura que podia viver mais [...]
[...] se eu pensar, assim, que ela [idososa] vai se acabar, num cuidado [...]

Anteriormente sugerimos, e agora podemos afirmar, que o cuidar/cuidado é a última barreira que se interpõe entre os idosos e a morte. As cuidadoras disto sabem e, através do cuidar/cuidado com afeto, tentam restituir vivacidade ao contexto, ao mesmo tempo em que apontam sentidos para o envelhecimento, para a doença e para a morte.

Antes que alguma coisa seja dita a respeito das reflexões das cuidadoras sobre a vida/viver e o cuidar/cuidado, apresento-lhes uma explicação que julgamos poder ser esclarecedora.

Ao iniciarmos a análise das verbalizações que deram corpo às reflexões sobre a temática existencial - morte/morre e vida/viver - imaginávamos que nos depararíamos com discursos preponderantemente elaborados em torno de representações da vida e do viver. Expliquemos mais detalhadamente como se montou nossa enganada pressuposição. Embora cientes que os discursos foram produzidos num contexto de cuidar/cuidado de uma doença irreversível - portanto que aproxima as cuidadoras da morte e do morrer - os discursos das entrevistadas, num primeiro momento, apontavam para um maior número de reflexões sobre a vida e o viver. À medida que se aprofundam as elaborações discursivas em torno do cotidiano do cuidar/cuidado, as cuidadoras revelam que estruturam seus discursos sobre a vida, paradoxalmente, em torno da morte. Não ousamos dizer que são contraditórias suas falas, mas podemos imaginar que são dotadas de um saber sobre a vida que facilmente não se aceita nem se deixa apreender. Conceber que a vida

[...] supõe a morte e a traz em si, desde o começo, não apenas como seu termo, mas como sua condição. Querer a vida sem a morte, na verdade, é não querer a vida, ou se enganar sobre ela. É como querer o monte sem o vale ou o rio sem o mar [...] (COMTE-SPONVILLE, 2001, p.202).

Inferimos, a partir do que nos foi dito pelas cuidadoras sobre a morte e o morrer, - e com o auxílio de Comte-Sponville - que a vida é quem importa, embora se fale de morte. Descobrimo-nos mortal na lenta morte do ente querido, uma das cuidadoras pergunta:

[...] viver muito prá que? Prá chegar onde ele [idoso] chegou?

Enquanto outra cuidadora, diante do curso da vida e dos acontecimentos que envolvem seu familiar idoso e doente, revela:

[...] na vida não vou me omitir a nada. Já vi gente nascer, envelhecer, adoecer e morrer... Agora é a vez dele [idoso].

Inferimos que a vida e o viver possuem, nas representações sociais do cuidar/cuidado, conotações diferentes. Observemos que, na primeira verbalização, a partir da doença que afeta os idosos, a vida longa é questionada quanto ao seu sentido. Na segunda verbalização, o envelhecimento e a doença são vistos como situações a serem enfrentadas, e não questionadas, como integrantes do curso da vida humana.

Ventilamos que a razão dessa duplicidade de sentidos presente nas representações das cuidadoras pode ser explicada a partir da história particular de cada uma. Como também podem reproduzir, de forma fragmentada, como nossa sociedade vem elaborando representações do sentido da vida e do viver. Uma filosofia da vida cotidiana – por oposição a filosofia formal - é codificada na retórica das cuidadoras. Prestando-se, enquanto tal, e se desconstruída, a revelar formas como as realidades do envelhecimento e da doença vêm sendo socialmente elaboradas.

[...] procure viver mais e aproveitar mais a vida porque [...]
[...] tem que ter limite [para cuidar] se não você para de viver.
[...] sempre gosto de chamar a atenção deles [dos filhos] nesse sentido, do sentido do que é uma vida, de como é frágil.

Julgamos que quando assim se expressam, as cuidadoras buscam sintetizar a experiência que vêm adquirindo ao cuidar do familiar idoso e doente. O cuidar/cuidado pode então ser entendido como força transformadora de visões de mundo, do viver, do envelhecer e do morrer. A experiência de cuidar do outro pode ser, também, compreendida como um cuidado para consigo e para com todos, pois instaura um saber que não pode ser silenciado, que necessita ser transmitido e, por conseqüência, representado. Nesse sentido, Madeira (2001) nos oferece um conceito, o qual, em articulação com a Teoria das Representações Sociais, consegue sintetizar o dito pelas cuidadoras. Ela refere-se ao “saber-do-viver” como um dinamismo, uma atribuição de sentido através da qual o homem se expressa enquanto indivíduo social.

4.3.3 Subcategoria outras reflexões sobre o cuidar/cuidado

Para concluir a discussão da categoria denominada de manifestações de cunho filosófico sobre o cuidar/cuidado, passamos a analisar a subcategoria intitulada de outras reflexões sobre o cuidar/cuidado (anexo 16).

Uma variedade de temas compõe esta subcategoria, o que, por uma parte, dificulta sua análise em bloco, uma vez que os discursos são pulverizados em várias direções. Por outra parte, nos é indicado, para além da riqueza temática dos discursos, a capacidade de se associar à temática do cuidar/cuidado a outros pólos de discussão.

As possibilidades de associação do cuidar/cuidado a outros temas mostraram-se ilimitadas, razão pela qual propomos uma restrição das mesmas. Para tanto, buscamos, nos discursos das cuidadoras pontos que se transformam em pontes, para apreensão daquilo que conduz formas distintas de pensar e representar o cuidar/cuidado. Acreditamos que assim procedendo poderemos traçar uma imaginária linha de acesso as hetero representações do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

Entre os temas identificados no conjunto dos discursos, citamos alguns, acompanhados por uma verbalização das cuidadoras.

[...] há mais sinceridade quando se cuida de um velho [...]
[...] minha maior preocupação é manter a dignidade do meu pai [idoso] [...]
[...] não faltar, quando cuido, com o respeito pela pessoa [idosa] [...]
[...] tem que ter aceitação da situação [...]
[...] tem que se dedicar ao máximo [...]
[...] tem que ser uma pessoa desprendida [...]
[...] não tô fazendo [cuidar] prá receber recompensa [...]
[...] quando a gente cuida perdoa [...]
[...] eu acho que cuidar é zelar [...]
[...] a pessoa tem que ter qualidades prá cuidar [...]
[...] [cuidar] é ir conciliando as coisas [...]

Inferimos que há três pólos representacionais nestas verbalizações. São eles:
1) Qualidades primordialmente inerentes ao cuidador: sinceridade, aceitação/tolerância, dedicação, desprendimento, recompensa, perdão, valores/qualidades; 2) Qualidades intrínsecas ao cuidar/cuidado: respeito, zelo e capacidade de conciliação; 3) Valor fundamental a ser preservado na pessoa idosa e doente: dignidade.

Nesse processo de qualificação e atribuição de valores, são sintetizadas percepções espontâneas, naturais ou naturalizadas do que se pensa e se faz no

cotidiano do cuidar/cuidado, representado sob a forma de virtudes, as quais, para Conte-Sponville (2001), nada mais são que a encarnação de valores morais postos em ato.

4.4 MANIFESTAÇÕES DA TEMPORALIDADE ASSOCIADAS AO CUIDAR/CUIDADO

As manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado atravessam por inteiro os discursos das cuidadoras, embora nem sempre sejam explícitas em palavras. Queremos com isso dizer que certos gestos, movimentos corporais e expressões fisionômicas não se subordinam a quantificações como as palavras, embora também expressem vivências do tempo. De forma que mesmo permanecendo não verbais, subtendidas ou latentes, as vivências da temporalidade são marcantes, organizam os discursos e findam por nos colocar frente-a-frente com o fenômeno do tempo.

Diante do tempo nenhum homem permanece indiferente, pois como nos diz d'Ormesson (1997, p. 28), citando Santo Agostinho (s/d), “[...] se você não me pergunta o que é o tempo, eu sei o que ele é; se me pergunta, já não sei”. Tanto assim parece ser que é viável invocar um percurso histórico da evolução das idéias sobre o tempo. Ou seja, colocar o próprio tempo numa perspectiva temporal.

Uma bela e longa história das concepções sobre o tempo é realizada por Whitrow (1993). Lá estão reunidas idéias sobre o tempo, desde os primórdios da história até os nossos dias. Um longo tempo seria necessário para contá-la e, em nosso texto, não dispomos de tanto.

Em Brasileiro (2002) encontramos uma trilha para que tracemos um rápido apanhado sobre como o tempo vem sendo pensado. A autora nos diz que as idéias do homem sobre o tempo já estão presentes nos relatos mitológicos (através, por exemplos, das figuras míticas de Cronos, para os gregos; e Saturno, para os romanos), e em interpretações dos filósofos antigos (entre tantos, Aristóteles e Platão). O tempo foi questionado, como pensado pelos gregos, por Santo Agostinho (século IV e V de nossa era), sendo ele o pioneiro do estudo do tempo psicológico. Está presente na história do Renascimento (cuja imagem símbolo era a ampulheta) e nos sonetos de Shakespeare. No século XVIII, século das luzes, entre aqueles que filosofaram sobre o tempo, citamos: Turgot e Condoret, na França; Priestley, na

Inglaterra; e Kant, na Alemanha. Com o avançar dos tempos, filósofos como Nietzsche, Henri Bergson (com a idéia de duração), Heidegger (transforma o tempo em possibilidade) marcam nossa história e a filosofia do tempo. Ainda, não nos esqueçamos - nesta história acelerada - das contribuições de Galileu, Newton, Maxwell, Einstein, que deram ao tempo um estatuto original e particular. Não obstante a todo pensar sobre o tempo, é indubitável que estamos e permanecemos mergulhados na temporalidade.

Como visto, não há um só caminho para pensar o tempo. Assim as cuidadoras nos colocam diante de uma temática complexa. Para abordá-la, optamos por não seguir um único teórico, mas utilizar leituras variadas, que nos tragam esclarecimento.

Na concepção das cuidadoras, a temporalidade foi alocada em dois pólos: passado e futuro. Evidencia-se na concepção comum do tempo que este se delinea em três momentos temporais: passado, presente e futuro. Onde está então, na concepção das cuidadoras, o presente? Para lhes responder nos baseamos na concepção fenomenológica do tempo como pensado por Heidegger (s/d apud ARAÚJO, 1984). Para ele o conceito de temporalidade funda-se nos horizontes da “existência” e neles se delinham os momentos temporais que, vulgarmente, chamamos de passado, presente e futuro. Na perspectiva do filósofo, [...] o primeiro momento temporal se refere à constituição do futuro, do ‘por-vir’... [...] o segundo momento se refere à perspectiva do passado (ou do ‘ser-sido’) e o terceiro momento se refere ao ‘estar em situação’, ao momento (ARAÚJO, 1984, p.09).

De maneira simplificada (diante da filosofia de Heidegger) justificamos que o presente não está isolado dos outros momentos temporais. O presente (momento temporal) se faz presente em nossas análises sobre o que as cuidadoras nos falam como lembranças do passado e projeções para o futuro.

Passemos, agora, a aplicar filosofia as falas das cuidadoras; e nelas busquemos entendimento para apreender as representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

4.4.1 Subcategoria retornos ao passado

Quando nos falam sobre como vivenciam a temporalidade, primeiro as cuidadoras promovem um retorno ao passado, ocasião em que recuperam

lembranças sobre o cuidar/cuidado e sobre cuidadores. Através destes dados identificamos, então, a primeira subcategoria das manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado.

Vejamos como as cuidadoras lembram do cuidar que foi praticado pelos idosos:

[...] eram tantos filhos e ela [idosa] cuidou de todos.
[...] minha mãe [idosa] cuidou de mim.
[...] guardo a lembrança dela [idosa] tomando conta da casa, do jardim... Cuidando dos meninos [...]

Como recordam dos cuidados empreendidos pelos idosos

[...] lembro que eu chegava lá e via ela [idosa] dando remédio, comer na boca [...]
[...] eu tinha uma alergia, uma asma... ela [idosa] era quem ficava comigo... parecia que ela queria respirar por mim.
[...] lembro de uma vez, isso nunca vou esquecer, que meu pai andou 8 km de noite, a pé, prá comprar um remédio.

Como rememoram cuidadores presentes em suas histórias de vida:

[...] me lembro, como se diz, de uma negona que morava lá em casa... foi ela quem criou e cuidou da gente [...]
[...] lembro dos meus avós, do meu avô, ele cuidava da minha avó.
[...] lembro da minha babá, acredita?

Como já frisamos, as atuais declarações das cuidadoras são trabalhos da memória. Do dito, e também do implícito, inferimos que a experiência de um tempo passado não é representada como algo estranho às cuidadoras.

Nessa perspectiva, o passado é e está presente. Manifesta-se nas falas, e pragmaticamente nos cuidados, chegando a desafiar o conhecimento formal das cuidadoras, quando - independente delas possuírem, em sua maioria, um bom grau de escolaridade - referem praticarem os mesmos rituais de cuidados de que um dia foram objetos ou observaram acontecer. História pessoal, cultura e memória misturam-se nas expressões das cuidadoras, permitindo-nos inferir que aí se engendram representações do cuidar/cuidado.

Através de um deslizamento da memória, as cuidadoras passam, espontaneamente, a nos falar sobre suas histórias de vida. Para as abordar, adequadamente, uma outra metodologia teria que ser adotada, e nossos objetivos reformulados. Nos contentamos, portanto, a tangenciá-las, buscando nelas um enlace entre o lembrar a própria história e o cuidar. Bosi (1994, p. 419), ao abordar o

compasso social do tempo, nos fala da força da evocação e elabora idéias que parecem aplicar-se ao contexto investigado. Ela se refere a

[...] Um desejo de explicação atua sobre o presente e sobre o passado integrando suas experiências nos esquemas pelos quais a pessoa norteia sua vida. O empenho do indivíduo em dar sentido à sua biografia penetra as lembranças com um 'desejo de explicação'.

Inferimos poder ser essa uma das razões pelas quais tantas lembranças de histórias de vida nos foram narradas. São tantas as temáticas indicadas nas narrativas das cuidadoras, quanto diversas são suas histórias. A singularidade é a primeira marca das falas colocadas em destaque:

[...] tenho tantas lembranças de infância, de quando [...]
[...] lembro que eu era muito dependente dela [idosa] [...]
[...] lembro de coisas do passado... são lembranças bem ruins [...]

O repertório de lembranças é longo, as situações são distintas. São lembranças alegres e tristes. As lembranças denotam que as cuidadoras receberam cuidados, outras parecem recair sobre situações de não cuidado. Enfim, a trama das lembranças das cuidadoras parece confirmar as idéias de Bosi (1994), quando sugere que há um desejo de explicação e de justificação para o papel que agora desempenham. Expressando-se de um outro modo, d'Ormesson (1997, p. 38) diz: [...] Por qualquer ângulo que se observe, e mesmo para o mais ardoroso partidário dum racionalismo legítimo e dum determinismo vacilante sob os golpes das teorias do caos e da incerteza, o tempo é um romance formidável.

No mesmo compasso e ritmo de rememoração, as cuidadoras trazem para os discursos as lembranças sobre a pessoa do idoso saudável. Em suas falas, confirmamos a inexistência da generalidade que os discursos científicos querem fazer prevalecer, quando categorizam uniformemente os idosos. Em suas lembranças não encontramos generalidades, mas histórias particulares, crivadas em memórias, também, singulares.

[...] lembro dele [idoso] na rede se balançando, cantando [...]
[...] lembro como ele [idoso] era ruim, não ligava prá família [...]
[...] ela [idosa] era uma parada... eita mulher valente [...]
[...] às vezes me dá um branco sobre ele [idoso]... mas volta tudo e eu me lembro [...]

Bosi (1994, p.425) a esse respeito comenta:

[...] Muitas lembranças, que relatamos como nossas, mergulham num passado anterior a nosso nascimento e nos foram contadas tantas vezes que as incorporamos ao nosso cabedal. Entre elas, contam-se feitos dos avós, mas também nossos, de que acabamos 'nos lembrando'. Na verdade, nossas primeiras lembranças não são nossas, estão ao alcance de nossa mão no relicário transparente da família.

Mesmo que todas as lembranças que nos foram relatadas não se derivem diretamente de eventos que antecedem as cuidadoras, esta possibilidade de compreensão da evocação e formação de lembranças nos remete para o terreno da elaboração social da memória. É nos processos de interações que rememoramos certas lembranças, compartilhamos sentimentos, comunicamos o que sabemos e representamos. Com nossas memórias pessoais entramos na trama social do tempo.

À medida que vamos levantando possibilidades sobre como as vivências da temporalidade são expressas pelas cuidadoras, aplicamos, para poder prosseguir, um dos princípios da filosofia de Heidegger. Segundo este, o homem só pode voltar-se verdadeiramente para o futuro, enquanto consente voltar-se ou compreender-se em seu passado (ARAÚJO, 1984). Este princípio aplicado aos discursos nos permite compreender como as cuidadoras promovem a transição das lembranças do passado para projeções para o futuro.

4.4.2 Subcategoria projeções para o futuro

As verbalizações em torno das projeções futuras configuram outra subcategoria das manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado. Correspondem a 27,4% do total de unidades de análise identificadas sobre a temática da temporalidade (anexo 17).

Antes de iniciarmos a análise desta subcategoria destacamos outras considerações teórico-filosóficas sobre o tempo. Abbagnano (1982, p.999), no verbete dedicado ao tempo, anuncia o que agora transcrevemos: [...] Futuro, diz Heidegger, não significa um *agora* que ainda não se tornou atual e que ficará, mas o 'infuturamento' pelo qual o Ser-aqui chega a si mesmo, por meio do seu mais próprio 'poder-ser'.

Traduzimos, de forma simplificada, que é a partir do futuro (enquanto possibilidade, projeto, antecipação) que nos damos conta do passado e assumimos

ou não o presente. Embora não encontremos a explicitação do princípio filosófico nos discursos analisados, verificamos que as idéias acerca do futuro projetam-se em três direções: o futuro da cuidadora, o futuro do idoso, e o futuro como incógnita.

Observemos como no cotidiano do cuidar/cuidado, as idéias sobre o futuro nos são re(a)presentadas. Agrupamos sob a égide de futuro da cuidadora, verbalizações nas quais estão presentes idéias, projetos e possibilidades de vivências de um tempo futuro que tem a si próprias por centro:

[...] meu futuro? Olhe eu ainda não parei prá pensar.
[...] não sei como vou enfrentar o que vier pela frente.

De tais verbalizações é possível inferir que a existência de um futuro pessoal não é francamente negado, embora se possa ventilar a atitude de “não parar para pensar” ou “de não saber como enfrentar” o futuro, enquanto possibilidade psicológica de negação. O que nos querem fazer entender as cuidadoras? Que os cuidados prestados aos idosos não as permitem parar e pensar? Que o presente, no qual, entre outros acontecimentos se inclui o cuidar/cuidado, as absorve completamente?

Em contraposição a estas idéias sobre o futuro pessoal, outras cuidadoras nos dizem:

[...] sou uma pessoa tão sonhadora, faço planos para o futuro, projetos e chego a sonhar acordada.
[...] sou tão empolgada quando falo do meu futuro.

Postas em confronto uma e outra forma de pensar o futuro pessoal, enlaçado com o cuidar/cuidado do idoso doente, duas possibilidades de interpretação se afiguram: a primeira nos indica uma absorção total do pensar pelo tempo presente, com conseqüentes limitações de projetos e planos para o futuro. A segunda, sinaliza que mesmo imersas no cotidiano do cuidar/cuidado os horizontes existenciais estão preservados. Não estamos autorizadas a julgar se uma ou outra forma de pensar e sentir o futuro são mais ou menos adequados diante das circunstâncias presentes. O que podemos inferir é que tais conteúdos se fizeram presentes aos discursos, foram partilhados conosco e, talvez, sejam comunicados a outros sujeitos pertencentes a grupos sociais diversos. Portanto, enquanto possibilidades, circulam em sociedade, gestando em torno de si representações sobre o futuro pessoal daqueles que cuidam do familiar idoso e doente.

Como variante das elaborações sobre um tempo futuro, as cuidadoras expõem idéias sobre o futuro dos idosos.

[...] não penso no futuro dele [idoso], procuro não pensar...
[...] nesse caso tem que pensar no futuro... na morte...
[...] eu nem considero que ele [idoso] tenha um futuro...
[...] é um futuro sem esperanças, sem expectativa nenhuma...

Mais uma vez se faz necessário contextualizarmos as condições nas quais os discursos são produzidos: são mulheres que cuidam, em domicílio, de parentes idosos, portadores de uma doença incurável. Pensar a morte neste contexto e projetá-la como possibilidade futura, nos parece ser racionalmente inevitável. Seria simples, se em tal pensar e projetar não houvesse afeto. Mas há, e havendo, nenhuma racionalidade basta a si mesma. Ou seja, ninguém, a quem dedicamos afeto, é velho ou doente demais para não possuir ou não ser incluído em nossos projetos de futuro. A razão dita que o fim está próximo, mas as emoções parecem querer congelar o por-vir. As emoções, socialmente elaboradas e representadas em torno do velho doente, tendem a canalizar a ausência de projetos de futuro da pessoa idosa para uma zona pretensamente neutra. O fim da existência é naturalizado, ainda que para tanto seja necessário sublimá-lo e mantê-lo ritualizado.

Se, por alguns momentos, os discursos das cuidadoras recaíram sobre seu próprio futuro ou sobre o dos idosos, uma terceira direção ainda nos foi apontada. Trata-se de um tempo futuro que não se personaliza, sendo, portanto, abordado de forma genérica. Assim pensado, o futuro pertence a todos (às cuidadoras, aos idosos, a nós, às espécies, ao planeta) e é condição da experiência da temporalidade que transforma o homem em um “ser de lonjuras” (JOVILET, 1961, p.139).

[...] o futuro... O futuro a Deus pertence.
[...] eu nem sei dizer o que penso sobre o futuro.
[...] quem sabe no futuro o que vai ser?...
[...] o futuro me deixa uma interrogação muito grande.

Assim posto, o tempo futuro é vivenciado no presente como incógnita. Uma dentre muitas possibilidades. O futuro, por não pertencer as cuidadoras, justifica um “não pensar” e um “não saber”, que embora se explicita em palavras, deixa uma “interrogação”. Inferimos que no “não pensar”, no “nada saber” ou, então, no “interrogar-se” sobre o futuro, estão contidas formas de conhecimento que o senso comum elabora como representação do tempo futuro. Se assim se afigura como

possível, deduzimos que o “saber” do futuro deriva-se de um “não saber”, que parece marcar, indelevelmente, as representações do tempo futuro.

Associado ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente, o tempo futuro é representado como incógnita, parece exercer sua função de justificação e orientação das ações das cuidadoras. Numa clara demonstração que são nos processos mútuos do pensar, do sentir e do agir, que as representações se engendram.

Um derradeiro comentário para encerrarmos a análise das manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Aqui, o método parece haver brincado conosco, ao apontar, simultaneamente, a temporalidade como a última das categorias discursivas e o último momento de nossa análise. Para melhor explicar a “brincadeira”, recorreremos a Lacan (1978), quando, no texto intitulado “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”, elabora a análise de um sofisma. Deste, nos interessa a modulação do tempo subjetivo em três momentos de evidência: “o instante de olhar”, o “tempo para compreender” e o “momento de concluir”.

Ao refletirmos sobre as evidências lacanianas compreendemos que ao realizarmos este estudo vivenciamos, objetiva e subjetivamente, tais possibilidades temporais. Pois já podemos falar de um instante, passado, em que olhamos com um certo distanciamento nosso objeto. De um tempo, presente, em que desejamos compreender (e, portanto, nele mergulhamos), mas que já se encerra, trazendo consigo o que se aproxima de nós como momento de concluir.

O tempo, sem dúvidas, é, metaforicamente, um engenhoso arquiteto que presta seus serviços a todos os homens e em todas as circunstâncias.

CAPÍTULO 5

Considerações finais

Aplicamos às considerações finais a poética lacaniana: passados o instante de olhar e o tempo para compreender, chega o momento de concluir. Este é, agora, nosso propósito, embora nos seja claro que no campo dos saberes sociais, nada pode ser tomado como definitivo ou conclusivo. Possibilidade é a palavra-chave para a apreensão das elaborações humanas que trazem a marca da confluência das instâncias psicológicas e sociais.

Nesta perspectiva é que colocamos o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente em questão. Indagamo-nos sobre os sentidos ali elaborados e representados. Para apreendê-los, descrevemos, e para compreendê-los, analisamos os discursos à luz da Teoria das Representações Sociais. Por último, nos dispusemos a dar visibilidade aos cuidadores familiares e aos cuidados domiciliares prestados às pessoas idosas e acometidas pela demência.

Uma vez caracterizados os atores envolvidos nesta específica relação de cuidar/cuidado, destacamos que os cuidadores familiares são mulheres, filhas ou esposas dos idosos doentes. Tal informação nos permite concluir que, no referente às questões de gênero, o cuidar permanece naturalizado como pertencente ao universo feminino e, como tal comparece às representações partilhadas pelas cuidadoras.

Os idosos, em face da condição clínica em que se encontram, foram caracterizados a partir do trabalho da memória das cuidadoras. Através delas conhecemos um pouco da história de vida dos idosos: a sua origem familiar, o quanto estudaram, em que trabalharam, como casaram, como receberam os filhos, alguns de seus prazeres, desencantos e perdas, como adoeceram e como hoje vivem.

O entrelaçamento dessas informações e relatos nos permitem considerar que o fenômeno do cuidar/cuidado, embora tão antigo como o próprio homem, é sempre acontecimento novo, dotado da capacidade de produzir “estranhamento”. Nas relações de cuidar/cuidado investigadas o “velho” gesta o “novo”; o “novo”, por sua vez, traz a marca do estranho que, para ser incorporado, necessita ser familiarizado. Tal processo, em consonância com a Teoria das Representações Sociais, deu-se

por aproximações, traduções, familiarizações, aposição de sentidos, representações. Representações as quais, embora tragam a marca da singularidade, estão presentes não em um, nem em dois, mas em todos os discursos analisados. A singularidade embora se dilua no conjunto dos discursos, não desaparece na construção de um saber tornado, então, coletivo.

Através da análise do material discursivo, identificamos quatro grandes categorias do cuidar/cuidado: manifestações pragmáticas, manifestações afetivas, manifestações de cunho filosófico e manifestações da temporalidade associadas ao cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Tais categorias comportam-se como pólos representacionais, em torno dos quais gravitam temáticas afins, ora aproximando-se das circunstâncias específicas que as cuidadoras vivenciam, ora apontando generalidades de um cuidar/cuidado que não se especifica. São campos representacionais primários. Campos onde se engendram, nas relações interpessoais, a práxis, o afeto e a cognição. São pontes para o acesso à elaboração, reelaboração e transformação das representações sociais. Nas categorias discursivas inscrevem-se as representações, sua gênese, seus processos e suas funções, em franca associação com os vínculos sociais.

Na análise da categoria das manifestações pragmáticas se destacam os sentidos atribuídos ao “estranhamento” vivenciado pelas cuidadoras diante das mudanças, preponderantemente comportamentais, dos idosos. É na prática cotidiana dos cuidados para com os idosos que a ruptura produzida pela doença instala o “estranhamento”, e passa a demandar aproximações com o já-dito, visto e sabido social e culturalmente. Nessas ocasiões, os idosos demenciados, ou em processo de demenciação, são aproximados dos bebês. Os cuidados que necessitam são assemelhados aos praticados na maternagem.

Esse foi um dos mais interessantes movimentos de aproximação temporal, com fins práticos, que as cuidadoras vincularam entre os extremos da existência humana em seus discursos sobre o cuidar/cuidado. Sua função, inferimos, parece ser contemplar, justificando a dependência que se instala à medida que a doença evolui. Os idosos são infantilizados e as cuidadoras passam a se comportar e a cuidar como mães. Tal inversão de papéis, embora socialmente esperada, não é vivenciada com tranquilidade.

Uma outra possibilidade de incorporação do “estranho” consiste na naturalização da doença dos idosos enquanto “coisa de velho”. Verificamos que tal

construção mental não é individual, pois traz a marca das elaborações sociais que recaem sobre uma específica faixa etária. No contexto investigado, a doença dos idosos passa a não existir como entidade nosológica, pois é considerada parte integrante e natural do processo do envelhecimento. Nessa ocasião, o bom nível de escolaridade da maioria das cuidadoras e as informações que possuem ou a que têm acesso, pouco as auxilia na modificação de crenças, atitudes e comportamentos diante da pessoa idosa e doente. Estereótipos e preconceitos acerca da idade avançada comparecem às representações do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente.

Através das práticas e dos afazeres fomos introduzidas no âmbito dos afetos vivenciados pelas cuidadoras em suas relações com o cuidar/cuidado. A racionalidade, tão presente nos relatos dos cuidados, é vazada pelas demonstrações da afetividade. Confirma-se, através dessas vivências, que a subjetividade também é um poderoso guia para as ações das cuidadoras.

Salientamos que para tratar das vivências afetivas não encontramos padrões simétricos de respostas nos discursos analisados. Os afetos e as vivências daí decorrentes evidenciaram o amálgama de traços individuais e coletivos presentes na elaboração social das emoções. Ou seja, fatores internos e externos, particulares e coletivos, associam-se às regras culturais e consubstanciam a presença do simbólico nas representações sociais do cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Através dessa dinâmica, o poder explicativo das representações se faz presente e manifesta-se como ação e como linguagem.

No campo intersubjetivo dos afetos encontramos três pólos de significação do cuidar/cuidado: os afetos e vivências negativas, os afetos e vivências positivas e os afetos e vivências indefinidas. Quantitativamente, preponderam nos discursos indícios de vivências socialmente valoradas como negativas.

Quando colocamos os afetos negativos (estresse, sofrimento, tristeza, medo, sensações de perda e vazio, solidão, agressividade, raiva, revolta, culpa) numa perspectiva analítica, não empreendemos um julgamento sobre estes. As considerações que foram entretidas não são dotadas, mesmo que metaforicamente, da força de um veredicto. Ao anunciá-las como presentes nas representações do cuidar/cuidado, não absolvemos, condenamos ou vitimizamos as pessoas que cuidam de familiares idosos e doentes. Eles, os afetos, sejam negativos ou positivos,

estão presentes nos discursos de pessoas comuns, se fazem representar e são parte indissociável de toda e qualquer experiência humana.

No entanto, inferimos, os afetos e as vivências negativas, como expressos pelas cuidadoras, não são processos pacíficos. Embate, luta, conflito, pressões endógenas ou exógenas, oriundas da sociedade, da cultura, da economia, da história, constatamos, são poderosos mediadores não só do agir, mas do pensar e do sentir. Tais vivências apontam, ainda e também, o grau de implicação de um sujeito em uma determinada situação.

As cuidadoras, ao expressarem o que sentem e vivenciam como afetos negativos, simultaneamente nos falaram daqueles outros afetos que acreditam deveriam sentir por e quando cuidam de seus familiares idosos e doentes. Verificamos, então, que nos discursos é promovido um intercâmbio entre os afetos valorados como negativos e positivos (vivências amorosas, de atenção, de prazer, de segurança, de proteção). Ao nível das representações, essa dinâmica revela o quanto podem ser ambíguos e tensos os afetos vivenciados pelas cuidadoras de familiares idosos e doentes. A tensão ou ambigüidade é indicativa do investimento afetivo na produção de sentidos, que por sua vez e excelência, são trabalhos das representações.

As práticas do cuidar/cuidado, mescladas com os afetos, inferimos, induzem à reflexão. A reflexão, secundariamente, conduz à análise. Quando refletem e analisam seu cotidiano, as cuidadoras extraem conclusões sobre o cuidar/cuidado que fundamentam o desejo de dar sentido ao que é, algumas vezes, experienciado como sem-sentido. Proliferam nos discursos reflexões que, então, denominamos de cunho filosófico. Nesse sentido, Moscovici (1978) aponta que nos processos de elaboração das representações somos, todos, “sábios amadores”; ou seja, para encontrar respostas e atribuir sentidos diante do novo ou do estranho, questionamos.

Na categoria nomeada de manifestações de cunho filosófico, as cuidadoras refletem, questionam-se, indagam-se sobre o sentido moral e existencial do cuidar/cuidado. Pensar sobre o dever, o bem, a paciência, as preocupações e a consciência integra o cotidiano das cuidadoras e foi apontado como norma de respeito a si próprias e aos outros. O *ethos* do cuidar está presente nas representações que investigamos. Evidenciou-se, mais uma vez, o peso destas idéias e pensamentos, enquanto orientadores das ações do cuidar/cuidado.

O contexto em que estão inseridas as cuidadoras é propiciador da instauração de reflexões sobre a existência, quando então são polarizadas em torno da morte/morrer e da vida/viver. Sobre essas temáticas encontramos, nos discursos, indícios de representações hegemônicas sobre a morte e a vida que, confrontadas com as atuais circunstâncias vivenciadas pelas cuidadoras, inferimos, tendem a se emancipar.

A morte e o morrer, eternos estranhos à experiência humana, são, via cognição, naturalizados. A lógica empregada nesse processo não é complexa: a longa vida dos idosos como que já aponta seu fim. Não fossem os afetos que as cuidadoras nutrem pelos idosos, a questão aí se resolveria. Mas há afetos, e também desafetos, e então nada é simples. Pelo viés dos afetos, a racionalidade pode ser banida, a naturalização da perda, antecipada, e a morte, necessariamente, simbolizada.

Em meio aos discursos sobre a morte e o morrer, as temáticas da vida e do viver são re(a)presentadas. São engendrados e atribuídos sentidos para a vida e para o viver, nos quais morte e vida se interpenetram, dialogam e produzem, inferimos, novas representações sobre velhos acontecimentos.

Entre a diversidade de perspectivas nas quais a vida e a morte podem ser pensadas e representadas, a temporalidade foi resgatada nos discursos sobre o cuidar/cuidado do familiar idoso e doente. Observamos, então, a emergência de mais dois pólos representacionais: o tempo passado e o tempo futuro. O passado foi evocado através de lembranças do cuidar/cuidado e lembranças de cuidadores das cuidadoras, de histórias de vida e recordações sobre a pessoa do idoso quando saudável. Na instância temporal futura, projetaram-se as cuidadoras e, através destas, os idosos doentes. O tempo futuro foi, também, vivenciado como incógnita, pois dele o que é sabido e representado configura-se como um não-saber. Esclarecemos que no âmbito deste estudo o tempo presente correspondeu ao tempo dos discursos. Entendemos que se classificássemos e categorizássemos o presente em separado das outras categorias discursivas identificadas, estaríamos a destituir o espaço/tempo de onde nos falaram as cuidadoras.

Por último, e por fim, concluímos que as representações do cuidar/cuidado são traduções atualizadas da Fábula do Cuidado Essencial. No contexto do presente estudo as mulheres cuidam e representam-se ao representar o cuidar e os cuidados.

Traduzem uma dinâmica marcada pela dúvida e ambigüidade, mas notadamente expressa como desejo de compreensão.

No centro de nossas conclusões estão alocadas as múltiplas representações do cuidar/cuidado - práticas, afetos, memórias, questionamentos e reflexões - indicando-nos a premente necessidade de outras investigações.

Os resultados e as conclusões apontam que trilhamos um dos caminhos para compreensão social do cuidar/cuidado. Como resultado acadêmico de tal percurso, o presente texto; como conclusão pessoal, uma única certeza nos invade: outros caminhos são possíveis. Possibilidade permanece sendo a palavra chave para que se apreenda, analise e compreenda as experiências humanas.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Mestre Ju, 1982.
- ABRIC, J-C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.115-171.
- ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. de, OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiana: AB, 1998. p 27-38.
- ADAM, P. e HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.
- ALVES, R. F. **O olhar de agricultores do Cariri Paraibano sobre a loucura**. 2001. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2001.
- ALMEIDA, O. P. Queixas de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. **Arquivos de neuro-psiquiatria**. São Paulo, v. 56, nº 03-A, set. p. 412-18. 1998.
- ALMEIDA, A. J. A proposta do "pensar diferente" em Foucault. In: **Escritos - Michel Foucault**. São Paulo: Deptº. Sociologia, FFCLH, USP. 1994. v.1. p .97-106.
- ALZHEIMER'S DISEASE SOCIETY. **Como cuidar de pessoas prejudicadas mentalmente**: guia para familiares e outros cuidadores. (Trad.) Elvira C. Abreu, Mello Wagner e Maria Célia Guerra Medina. São Paulo: Companhia Editora Nacional. s/d.
- AMÂNCIO, L. Gênero e representações sociais em Portugal: perspectivas actuais e desenvolvimento futuro. In: MOREIRA, A.S.P. (Org.) **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária/Autor Associado, 2001. p.173-201.
- ARAÚJO, I. L. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: Ed. UFPR, 2000.
- ARAÚJO, J. N. G. de. Algumas considerações a respeito do tempo vivido. **Cadernos de Psicologia**. Belo Horizonte: Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais - FAFICH/UFMG, v. 1, nº 1, out. p. 5-25. 1985.
- ARIÈS, P. e DUBY, G. (Org.). **História da vida privada**: da primeira guerra a nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras. v.5. 1991. p.13-159.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- ARRUDA, A. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998. p.17-46.
- AUGÉ, M. **O sentido dos outros**: atualidades da antropologia. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/São Paulo: Edições 70/Martins Fontes, 1977.
- BACHELARD, G. A poética do espaço. In: **Os pensadores**: Bachelard. (Introdução) São Paulo: Abril Cultural, 1978. p.222-255.
- BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2º v. 1980. p.165-247.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L. e DEBERT, G. G. (Org.) **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus. 1999.

BERTOLUCCI, P. H. F. Instrumentos clínicos para avaliação do paciente demenciado. In: ALMEIDA, O. P.; NITRINI, R. et al. **Demência**. São Paulo: Fundação Byk. 1995, p.83-93. BIANCARELLI, A. Brasil vai adotar plano para idosos. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 26 set.1999. Cad. Esp., p.3.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

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

BORTZ, W. M. **Viver mais cem anos**. Rio de Janeiro: Record, 1995.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOTTINO, C. M. C. et al. Aplicações de protocolo para o diagnóstico de demência. **Revista ABP-APAL**. São Paulo, v.17, nº 4, out/dez.,p.143-9. 1997.

BRASILEIRO, M. do C. E. Interdisciplinaridade: uma construção temporal. In: FERNANDES, A.; GUIMARÃES, F. R.; BRASILEIRO, M. do C. E. (Orgs.) **O fio que une as pedras**: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação. São Paulo: Biruta. 2002. p. 97-110.

_____. Etude du temps avec chez les personnes agee de deuse micro-cultures brasiiliennes. 1993. 248 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Université Paul-Valery, Montpellier III, França, 1993.

BRITO, S. M. O. **A (in)complexidade dos processos de formação das representações sociais**: a ancoragem e a objetivação. Trabalho apresentado na disciplina Abordagens teórico-metodológicas das representações sociais, do Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Julho, 2000. Não publicado.

BRITO, S. M. de O.; AYRES, K. V.; SILVA, C. V. do N. O saber leigo de stress: cansaço e nervosismo. In: GUIMARÃES, A. F.; MEDEIROS, J. L. A. de.; BRASILEIRO, M. do C. E. (Org.). **Olhar multifacetado na saúde**. Campina Grande: EDUEP. 1999. p. 115-144.

BRITO-MARQUES, P. R. et al. Avaliação neurológica adequada as demências. **Arquivos de neuro-psiquiatria**. São Paulo. v. 53, nº 53, mar. p.147-152. 1995.

BROMBERG, M. H. P. F. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, pacientes e famílias. In: (Org.). CARVALHO, M. M. M. J. de. **Psiconcologia no Brasil**: resgatando o viver. São Paulo: Summus. p.186-231. 1988.

CALDAS, C. P.(a) Memória, trabalho e velhice: um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: (Org.). VERAS, R. P. **Terceira idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnaTI/UERJ. 1997. p.121-142.

_____.(b) Cuidador: sua instância de experiência (Introdução). In: CALDAS, C.P. (Org.) **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p.12.

CARVALHO, M. do R. de F. **O outro lado do aprender**. Recife: Massangana/EDUFRN, 2001.

CHAUI, M. **Convite a Filosofia**. 8. ed. São Paulo: Ática, 1997.

_____. Sobre o medo. In. CARDOSO, S. et al. (Org.) **Os sentidos da paixão**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. p. 35-75.

CHIAZZOTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COMISSÃO DO REAL INSTITUTO DE ANTROPOLOGIA DA GRÃ-BRETANHA E DA IRLANDA. **Guia prático de antropologia**. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1973.

COMTE-SPONVILLE, A. **A felicidade, desesperadamente**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- _____. O amor é falta ou plenitude? In: **Café philo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 42-7.
- _____. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- CONCHE, M. **A análise do amor e outros temas**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- CUNHA, A.G. da. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- DaMATTA, R. Sobre o simbolismo da comida no Brasil. **O correio da Unesco: o sal da terra, alimentação e culturas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. ano 15, nº 7, jul. p.22-3. 1987.
- DANOSO, A. S. Clínica de las demências. In: **Jornadas bienales de medicina interna**, 6, 1996, s.l., 1996. p.244-47.
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: USP/Fapespe, 1999.
- DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DORIN, E. (Org.) **Dicionários técnicos Melhoramentos de psicologia abrangendo terminologia de ciências correlatas**. São Paulo: Melhoramentos. v. VI. 1978.
- d'ORMESSON, J. **Quase nada sobre quase tudo**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- DORON, R.; PAROT, R. **Dicionário de psicologia**. São Paulo: Ática, 1998.
- DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- DURKHEIM, É. [1858-1917] **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Martins Fontes. Coleção Tópicos, 1996.
- ELIAS, N. O individualismo no processo social. In: (Org.). SEHRÖTER, M. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 102-125.
- FARR, R. M. **As raízes da psicologia social moderna (1872-1954)**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- FERREIRA, M. L. M. Memória e velhice: do lugar da lembrança. In: (Org.) BARROS, M. M. L. de. **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 207-222.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C.; PORTO, I. S.; FERREIRA, M. A. A dama de branco transcendendo para vida/morte através do toque. In: (Orgs.) MEYER, D., E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p.137-169.
- FILHO, E. A. de S. Análise de representações sociais. In: (Org.) SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.109-145.
- FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: (Org.). JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. URJ, 2001. p.173-184.
- FONSECA, T.M.G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In:(Org.). LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

- FOUCAULT, M. **História da sexualidade** (3): o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985a.
- _____. História da sexualidade: (1): A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1995b.
- _____. Subjetividade e verdade. In: **Resumo dos cursos do Collège de France** (1970-1982). Rio de Janeiro: Zahar, 1997a. p.107-115.
- _____. A hermenêutica do sujeito. In: **Resumo dos cursos do Collège de France** (1970-1982). Rio de Janeiro: Zahar, 1997b. p.119-134.
- GARINE, I. de. Alimentação, cultura e sociedade. **Correio da Unesco**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Ano 15, nº 7. jul. 1987. p. 4-7.
- GEORGE, J. B. Madeleine Leininger. In: (Org.) GEORGE, J. B. P. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 286-299.
- GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UEP, 1993.
- GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- HEIDEGGER, M. **El ser y el tiempo**. 5. ed. México, Madri, Buenos Aires: Fundo de Cultura Econômica, 1984.
- HERNÁNDEZ, M. Apariciones del espíritu de la posmodernidade em la psicología social contemporânea. **Psicología & sociedade**. nº 9, jan./dez. p.91-112. 1997.
- HOUTART, F. **Sociologia da religião**. São Paulo: Ática, 1994.
- ISAACS, A. **Saúde mental e enfermagem psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: ED. UERJ, 2001. p. 17-44.
- _____. A alteridade como produto e processo psicossocial. IN: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 47-67.
- JOFFE, H. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In: **Textos em representações sociais**. GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p.297-321.
- JOVILET, R. **As doutrinas existencialistas**: de Kierkegaard a Sartre. Porto: Tavares Martins, 1961.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- KOTTLER, J. A. **A linguagem dos idosos**. São Paulo: Markron Books, 1997.
- KOURY, M. G. P. Cultura e subjetividade: questões sobre a relação luto e sociedade. **Cultura e subjetividade**. KOURY, M. G. P.; LIMA, J. C. (Orgs.) João Pessoa: Ed. Universitária/UEPB, 1996. p. 29-45.
- LACAN, J. **Escritos**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

- LANE, S. T. M. A mediação emocional na constituição do psiquismo humano. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. (Org.) **Novas veredas em psicologia social**. São Paulo: Brasiliense/EDUC, 1995. p. 55-63.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário de psicanálise**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- LARKS, J. et cols. Sintomas psiquiátricos na doença de Alzheimer e... **Revista brasileira de neurologia**. Rio de Janeiro.v.31, nº 5. set./out. p. 225-34. 1995.
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. In: **Cadernos de envelhecimento**. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares da Terceira Idade da PROEXT/URGS, v.1, p. 07-35, 1999.
- LEITE, M. M. **Retratos de família**: leitura da fotografia histórica. São Paulo: Ed. USP (Texto & Arte, v. 9), 1993.
- LELOUP, J.Y. **Cuidar do ser**. Fílon e os terapeutas de Alexandria. Petrópolis: Vozes, 1996.
- LEVY, R. & ALMEIDA, D. P. Sintomas psiquiátricos em pacientes portadores de doença de Alzheimer. In: (Orgs.). ALMEIDA, O. P. e NITRINI, R. **Demência**. São Paulo: Byk, 1995. p. 66-75.
- LIMA, C. P. de. **Evolução humana**. 2. ed. São Paulo: Ática. Série Princípios. 1994.
- LLORET, C. As outras idades ou as idades do outro. In: (Orgs.) LARROSA, J.; LARA, N. P. de. **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. p.13-23.
- LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.) **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 55-66.
- MADEIRA, M. C. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. IN: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária/Autor Associado, 2001. p. 123-144.
- MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- MARCUSCHI, L.A. (Prefácio). In: PETRI, D. **A linguagem dos idosos**. São Paulo: Contexto, 1991. p. 9-13.
- MARTIN-FUGIER, A. Os ritos da vida privada burguesa. In: **História da vida privada**: da revolução francesa à primeira guerra. São Paulo: Companhia das Letras. v..4. 1991. p. 193-261.
- MAUSS, M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: **Marcel Mauss**: antropologia. São Paulo: Ática, 1979. p. 147-153.
- _____. Técnicas y movimientos corporales. In: **Sociologia y Antropologia**. Madri: Tecnus, 1971.
- MELO, L. G. de. **Antropologia cultural**: iniciação, teorias e temas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- MIELNIK, I. **Dicionário de termos psiquiátricos**. São Paulo: Roca, 1987.
- MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade.Rio de Janeiro:Vozes, 1994.
- MITJAVILA, M. Corpo, poder, saber. In: (Org.) ADORNO, S. **Escritos - Michel Foucault**. São Paulo: Dptº de Sociologia, FFCLH - USP, v.1, p. 61-71, 1994.
- MORIN, E. **O método**: a natureza da natureza. Mira-Sintra: Publicações Europa-América. v.I, s/d.

MOREIRA, A. S. P. (org.) **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária/Autor Associado, 2001.

MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. de. (Org.). **Estufos interdisciplinares de representação social**. Goiana: AB, 1998.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. EURJ, 2001. p.45-66.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSER, G. **A agressão**. São Paulo: Ática, 1991.

NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. São Paulo: Editorial Lemos, 1998.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. P. P. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 265-279.

NASIO, J-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

NÓBREGA, S. M. da. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária/Autor Associado, 2001. p.55-87.

NOVO, H. A. Quem tem medo das emoções? Alguns apontamentos para uma reflexão crítica sobre o lugar das emoções na psicologia social. In: SOUZA, L. de.; FREITAS, M. de F. Q.; RODRIGUES, M. M. de P. (Org.). **Psicologia**: reflexões (im)pertinentes. São Paulo: Casa do Psicólogo., 1998. p. 63-81.

OJEDA, C. F. Depresión y demência: uma perspectiva psiquiátrica. **Rev. Chil. neuropsiquiatria**. s/l. v. 34, nº 2. abr./jun. p. 159-64. 1996.

OLIVEIRA, D.C. **A promoção da saúde e da criança**: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais, 1996. 198f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 1996.

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Grall, 1999.

PERROT, M. et al. (Dir.) A margem: solteiros e solitários. In: ARIÈS, P.A.; DUBY, G. (Org.) **História da vida privada**: da revolução francesa à primeira guerra. São Paulo, Companhia das Letras, v.4, 1991. p.287-303.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. Recife: Cortez/Editora Universitária da UFPE, 1995.

PINHEIRO, A. de A. A.; TAMAYO, A. Conceituação e definição de solidão. **Revista de psicologia**. Fortaleza: Edições Universidade Federal do Ceará. v. 2, nº 1; jan./jun. 1984. p. 29-37.

PRADO, D. **O que é família**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PRETI, D. **A linguagem dos idosos**. São Paulo: Contexto, 1991.

PUIG, J. M. **A construção da personalidade moral**. São Paulo: Ática, 1998.

RABINOVICH, E. P.; CARVALHO, A. M. A. Modo de morar e modo de cuidar: uma proposta de tipologia. **Psicologia**: ciência e profissão. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, nº 2, p. 74-85, 2001.

REA, L. M.; PARKER, R. **Metodologia da pesquisa**: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

REY, F. G. O emocional na construção da subjetividade. In: GIORA, R. C.; REY-GONZÁLEZ, F.; LENZOM, A. M.; LANE, S. T. M.; ARAÚJO, Y. (Orgs.). **Arqueologia das emoções**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 37-56.

ROCHA, E. P. G. **O que é mito**. São Paulo: Brasiliense, 1985 (Coleção Primeiros Passos).

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

ROLLARD, J. S. Ajudando famílias com perdas antecipadas. In: (org.). WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na família**: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 166-186.

ROQUETTE, M. L. Introdução ao estudo do conhecimento social. In: PAREDES, A. S. (Org.) **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa, Ed. Universitária/Autor Associado, 2001, p.31-48.

RUSS, J. **Pensamento ético contemporâneo**. São Paulo: Paulus, 1999.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. **Sobre o núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SANT'ANNA, M.J. G. UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In: VERAS, R. P. (Org.) **Terceira idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI/UERJ, 1997. p. 75-102.

SANTOS, M. F. S. A velhice na zona rural: representação social e identidade. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (Org.) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis/ UFSC, Coletânea da ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia) v. 1, nº 10, set. 1996. p. 59-81.

SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993, p. 188-211.

SAYEG, N. **Doença de Alzheimer** : guia do cuidador. São Paulo: N. Sayeg, 1991, p.38-46.

SAWAIA, B. B. Psicologia social: aspectos epistemológicos e éticos. In: (ORG.). LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. **Novas veredas em psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 45-53.

SEMIN, G. R. Protótipos e representações sociais. In: JODELDT, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 205-216.

SHARMA, T. & GIERT, B. L. Demência. In: FLAHERTY, J. A.; DAVIS, J. M. (Org.). **Psiquiatria**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.184-197.

SILVA, L. de F.; GURGEL, A. H.; CARVALHO, Z. M. F. ; MOREIRA, R. V. O. Cuidado como essência humana em Martin Heidegger e a enfermagem. In: **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa José de Alencar/Programa Editorial, 2001. p. 29-49.

SILVEIRA, M. F. A. **A sagração das flores**: um ritual para encantar o corpo da mulher no cuidado. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem 2001. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem/USP.

SILVA, M. J. P.da. Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Orgs.) **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 127-135.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993, p. 85-103.

STEINER, G. **As idéias de Heidegger**. São Paulo: Cultrix, 1978.

TALBOT, J. A. et al. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3. ed. São Paulo: Polis, 1982.

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

TUCHERMAN, I. **Breve história do corpo e seus monstros**. Lisboa: Veja/Passagens, 1999.

VALA, J. Análise de conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, S. M. (Org.). **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Afrontamento, 1986. p. 101-128.

VARGAS, H. S. **Psicogeriatría geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 1. 1994.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, R. P.; ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO. p. 320-37. 1995.

VERGELY, B. **O sofrimento**. Bauru: EDUSC, 2000.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GAURESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 149-186.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (Orgs.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WHITROW, G. J. **O tempo na história: concepções do tempo da pré-história aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, eu

disponho-me a participar da pesquisa “Quem está aí, onde antes era ele? - Representação Social do cuidar entre familiares de idosos portadores de demência”, sob a responsabilidade da psicóloga MÉRICA MARIA PAIVA GAUDENCIO, aluna regular do MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA, UEPB.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pela pesquisadora acerca de:

1. A pesquisa justifica-se em face do crescente número de familiares envolvidos no cuidar de idosos portadores de demência e, ainda, da necessidade de melhor estudar a problemática decorrente deste envolvimento.
2. A pesquisa objetiva identificar e analisar as representações sociais, por ventura, presentes nos discursos dos familiares cuidadores.
3. Os dados serão coletados através de teste projetivo, entrevista gravada em fita K7 e preenchimento de formulários.
4. Minha participação é voluntária, tendo eu liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

Campina Grande, _____ de _____ de 2001

Familiar cuidador

Pesquisadora

ANEXO 2

TESTE DE ASSOCIAÇÃO-LIVRE

Quando você escuta a expressão “cuidar de um velho doente”, o que primeiro lhe vem à cabeça?

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES

Cuidador nº _____

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: _____

3. Estado civil:

3.1 Solteiro (a).....

3.2 Casado (a).....

3.3 Viúvo (a).....

3.4 Separado (a).....

3.5 Com companheiro.....

3.6 Outros..... Qual? _____

4. Número de filhos vivos: _____ Homens/Idades _____ Mulheres/Idade _____

5. Escolaridade: _____

6. Ocupação atual: _____

7. Religião:

7.1 Sim.....

7.2 Não.....

7.3 Qual? _____

7.4 Praticante..... Assíduo..... Eventual.....

7.5 Não praticante.....

8. Vive na companhia de _____

9. Propriedade do domicílio:

9.1 Próprio..... Pertence a _____

9.2 Alugado.....

9.3 Cedido.....

10.0 Tipo de domicílio:

10.1 Casa..... Taipa..... Tijolo.....

10.2 Apartamento.....

10.3 Outros..... Qual? _____

11. Domicílio situado no bairro: _____

12. Composição da renda familiar:

12.1 Quantas pessoas colaboram com a renda familiar? _____

12.2 Quem colabora com mais frequência? _____

12.3 Quem colabora eventualmente? _____

12.4 Valor da renda mensal? _____

13. Mantém atividade empregatícia fora do domicílio? Sim..... Não.....

13.1 Qual? _____

13.4 Carga horária semanal _____

14. Qual o seu grau de parentesco com o idoso? _____

15. Há quanto tempo você é responsável pelos cuidados prestados ao idoso?

16. O que o motivou a ser responsável pelos cuidados prestados ao idoso?

17. Você tem algum empregado(a) remunerado(a) auxiliando nos cuidados para com o idoso?

Sim

Não.....

17.1 Quem?

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

Idoso nº _____

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: _____

3. Estado civil:

3.1 Solteiro (a).....

3.2 Casado (a).....

3.3 Viúvo (a).....

3.4 Separado (a).....

3.5 Com companheiro.....

3.6 Outros..... Qual? _____

4. Número de filhos vivos _____ Homens/Idades _____ Mulheres/Idades _____

5. Escolaridade _____

6. Religião:

6.1 Sim..... Qual? _____

6.2 Não

7. Profissão _____

8. Atualmente desenvolve alguma atividade laboral?

8.1 Sim..... Qual? _____

8.2 Não.....

9. Possui renda própria?

9.1 Sim..... Origem _____ Valor _____

9.2 Não.....

10. Faz acompanhamento médico regular?

10.1 Sim..... Com que frequência? _____

Qual a especialidade médica mais freqüentemente procurada?

10.2 Não.....

11. O idoso dorme:

11.1 Sozinho.....

11.2 Com acompanhante..... Quem é? _____

ANEXO 5

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Cuidador nº _____

1. Para você, o que significa cuidar?
2. Fale-me como é sua experiência de cuidar.
3. Fale-me dos cuidados que o (a) Sr.(a) _____ necessita.
4. Existem cuidados que são exclusivamente de sua responsabilidade? Fale-me sobre esse assunto.
5. Você divide com alguém os cuidados prestados ao (a) Sr.(a) _____? Fale-me sobre isso.
6. Você acha que o (a) Sr.(a) _____ é uma pessoa dependente? Fale-me sobre isso.
7. Você lembra de ter recebido cuidados de alguém?
8. Você lembra de alguma pessoa cuidando de um doente?
9. No que você pensa quando está cuidando do (a) Sr.(a) _____?
10. Você divide seus sentimentos com alguém?
11. Você poderia falar o que pensa sobre o futuro?
12. O que você diria para as pessoas que estão começando a cuidar de idosos doentes?

ANEXO 6
DISTRIBUIÇÃO DAS CUIDADORAS POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	%
32-39	03	15
40-49	08	40
50-59	06	30
60-69	01	05
70-75	02	10
TOTAL	20	100

ANEXO 7
DISTRIBUIÇÃO DAS CUIDADORAS SEGUNDO O ESTADO CONJUGAL

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	%
Casada	13	65
Com companheiro	01	05
Divorciada	01	05
Solteira	05	25
TOTAL	20	100

ANEXO 8
PRÓPRIDADE DO DOMICÍLIO X ESTADO CIVIL DAS CUIDADORAS

Proprietário do domicílio	ESTADO CIVIL DAS CUIDADORAS									
	Casada		C/companheiro		Divorciada		Solteira		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cuidadora/cônjuge	09	45	-----		01	05	02	10	12	60
Idoso doente	04	20	01	05	-----		03	15	08	40
TOTAL	13	65	01	05	01	05	05	25	20	100

ANEXO 9

RELIGIÃO PROFESSADA PELAS CUIDADORAS X FREQUÊNCIA DAS PRÁTICAS RELIGIOSA

Tipo de frequência às práticas religiosas	RELIGIÃO									
	Católica		Evangélica		Espírita		Esotérica		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
*Assiduidade	09	45	02	10	02	10	01	05	14	70
**Eventualidade	05	25	-----		01	05	-----		06	30
TOTAL	14	70	02	10	03	15	01	05	20	100

*Assídua: cuidadora que frequenta o templo (igreja) semanalmente

**Eventual: cuidadora que frequenta o templo segundo sua vontade, sem dias ou horários determinados.

ANEXO 10

DISTRIBUIÇÃO DAS CUIDADORAS POR GRAU DE ESCOLARIDADE

GRAU DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	%
Sem estudo	01	05
Ensino Fundamental completo	05	25
Ensino Fundamental incompleto	01	05
Ensino médio completo	02	10
Ensino médio incompleto	01	05
Superior completo	07	35
Superior incompleto	03	15
TOTAL	20	100

ANEXO11

DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR GÊNERO E IDADE

GÊNERO	FAIXA ETÁRIA									
	67-70		71-80		81-90		91-99		F %	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	01	05	01	05	06	30	02	10	10	50
Feminino	01	05	05	25	02	10	02	10	10	50
TOTAL	02	10	06	30	08	40	04	20	20	100

ANEXO 12

DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR GÊNERO E ESTADO CONJUGAL

GÊNERO	ESTADO CONJUGAL							
	Casado		Viúvo		Separado		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	08	40	02	10	-----		10	50
Feminino	-----		09	45	01	05	10	50
TOTAL	08	40	11	55	01	05	20	100

ANEXO 13

LAÇOS DE PARENTESCO/AFINIDADE ENTRE OS IDOSOS E OS CUIDADORES

LAÇOS DE PARENTESCO/AFINIDADE	FREQUÊNCIA	%
Filhas	15	75
Esposas	04	20
Noras	01	05
TOTAL	20	100

ANEXO 14

CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DAS MANIFESTAÇÕES PRAGMÁTICAS DO CUIDAR/CUIDADO

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	COMPONENTES DAS SUBCATEGORIAS	F	%
Manifestações pragmáticas do cuidar/cuidado	Cuidados com a evolução da doença	Percepção de alterações comportamentais	159	19,4
		Percepção de alterações no estado físico		
		Percepção de alterações da memória		
		Percepção de alterações cognitivas		
		Percepção de alterações da orientação		
	Cuidados com a alimentação	Cuidados com a via de alimentação	140	17,0
		Cuidados com as manifestações de fome e saciedade		
		Cuidados com a quantidade, horários e qualidade dos alimentos		
		Cuidados inespecíficos com a alimentação		
		Cuidados voltados para o auxílio na alimentação		
	Cuidados com a higiene	Cuidados com a higiene corporal	130	15,8
		Cuidados inespecíficos com a higiene		
		Cuidados com a higiene dos excrementos		
Cuidados com a higiene do ambiente				
Cuidados médicos	Visitas ao médico/hospital	117	14,3	
	Cuidados médicos inespecíficos			
	Informações médicas			
Cuidados com a medicação	Intervenções médicas	73	8,9	
	Cuidados com a administração de medicamentos			
	Cuidados inespecíficos com a medicação			
	Cuidados com a posologia da medicação			
Cuidados com a segurança	Cuidados com a provisão de medicamentos	61	7,4	
	Cuidados com a locomoção			
	Cuidados com a postura			
	Cuidados com a proteção			
	Cuidados com a comunicação	58	7,1	
	Cuidados com o sono/repouso	43	5,2	
	Cuidados com as vestimentas	40	4,9	
	Cuidados com vestir			
	Cuidados com o despir			
TOTAL		821	100,0	

ANEXO 15

CATEGORIA, SUBCATEGORIA E COMPONENTES DAS MANIFESTAÇÕES AFETIVAS DO CUIDAR/CUIDADO

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	COMPONENTES DAS SUBCATEGORIAS	F	%
MANIFESTAÇÕES AFETIVAS DO CUIDAR/CUIDADO	Afetos e vivências negativos	Vivências de estresse Vivências de sofrimento Outras vivências negativas Vivências de tristeza Vivências de medo Vivências de sensações de dificuldades Vivências de sensações de perda e vazio Vivências de solidão Vivências de agressividade, raiva e revolta Vivências de culpa	474	61,6
	Afetos e vivências positivas	Vivências amorosas Vivências de atenção Vivências prazerosas Outras vivências positivas Vivências de segurança e proteção	257	33,4
	Afetos e vivências indefinidas		38	5,0
TOTAL			769	100,0

ANEXO Nº 16

CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DAS MANIFESTAÇÕES DE CUNHO FILOSÓFICO SOBRE CUIDAR/CUIDADO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	COMPONENTES DA SUBCATEGORIA	F	%
MANIFESTAÇÕES DE CUNHO FILOSÓFICO SOBRE O CUIDAR/CUIDADO	Reflexões sobre a temática moral e o cuidar/cuidado	Reflexões sobre o dever e o cuidar/cuidado Reflexões sobre a paciência e o cuidar/cuidado Reflexões sobre fazer o bem e o cuidar/cuidado Reflexões sobre as preocupações e o cuidar/cuidado Reflexões sobre a consciência e o cuidar/cuidado	152	48,1
	Reflexões sobre a temática existencial e o cuidar/cuidado	Reflexões sobre morte/morrer e o cuidar/cuidado Reflexões sobre a vida/viver e o cuidar/cuidado	110	34,9
	Outras reflexões sobre o cuidar/cuidado		53	17,0
TOTAL			315	100,0

ANEXO Nº 17

CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES DAS MANIFESTAÇÕES DA TEMPORALIDADE ASSOCIADAS AO CUIDAR/CUIDADO

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	COMPONENTES DA SUBCATEGORIA	F	%
MANIFESTAÇÕES DA TEMPORALIDADE ASSOCIADAS AO CUIDAR/CUIDADO	Retornos ao passado	Lembranças sobre o cuidar/cuidado e cuidadores Lembranças sobre histórias de vida Lembranças sobre a pessoa do idoso saudável	162	72,6
	Projeções para o futuro	O futuro da cuidadora O futuro do idoso O futuro como incógnita	61	27,4
TOTAL			223	100,0