

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA MORETTI LUCHESI

**CRIANÇAS QUE CONVIVEM COM IDOSOS: ATITUDES EM
RELAÇÃO À VELHICE E PERCEPÇÃO SOBRE DEMÊNCIA**

SÃO CARLOS

2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA MORETTI LUCHESI

**CRIANÇAS QUE CONVIVEM COM IDOSOS: ATITUDES EM
RELAÇÃO À VELHICE E PERCEPÇÃO SOBRE DEMÊNCIA**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem,
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem, com apoio financeiro da
FAPESP (bolsa mestrado).**

***Orientação: Prof^a Dra. Sofia Cristina Iost
Pavarini***

SÃO CARLOS

2011

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

L936cc

Luchesi, Bruna Moretti.

Crianças que convivem com idosos : atitudes em relação à velhice e percepção sobre demência / Bruna Moretti Luchesi. -- São Carlos : UFSCar, 2011.
192 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Enfermagem. 2. Relações entre gerações. 3. Idosos. 4. Crianças. I. Título.

CDD: 610.73 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: BRUNA MORETTI LUCHESI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 14/01/11
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
(Orientadora - PPGEnf/UFSCar)

Profa. Dra. Sueli Marques
(EERP/USP)

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
(EERP/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador de tudo e de todos, estando sempre disposto a me escutar, iluminar e abençoar em todos os momentos;

Aos meus pais, Paulo e Regina, e a toda a minha família, por terem acreditado em mim e me ajudado a passar por mais esta fase da minha vida, me dando carinho, apoio e principalmente amor nas horas mais difíceis;

À Prof^a Dr^a Sofia, orientadora e amiga, por sua compreensão em todos esses anos de convivência, por ter acreditado em meu potencial, além de ter compartilhado comigo toda a sua experiência e conhecimento;

Aos sujeitos deste estudo por sua preciosa participação;

Aos funcionários de todas as Unidades de Saúde da Família participantes do estudo, que se mostraram dispostos a ajudar mesmo com a rotina atarefada que possuem;

Ao Departamento de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de São Carlos, pela possibilidade de realização do trabalho e colaboração na impressão dos folders;

Aos funcionários, docentes e colegas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pela competência e companheirismo;

Aos membros do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento, pelo apoio e militância na área de Gerontologia que me fortalecem a cada dia;

Aos alunos dos cursos de graduação em Enfermagem e Gerontologia, pela possibilidade de aprendizado;

À FAPESP e à CAPES, pelo apoio financeiro do trabalho;

À Universidade Federal de São Carlos, pela possibilidade de desenvolvimento deste;

Aos membros titulares e suplentes da banca do Exame de Qualificação, Prof^{as} Dr^{as} Anita Liberalesso Neri, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e Patrícia Waltz Schelini, que com suas valiosas contribuições enriqueceram o trabalho.

"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino".

(Paulo Freire)

"Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende".

(Guimarães Rosa)

LUCHESE, B.M. **Crianças que convivem com idosos: atitudes em relação à velhice e percepção sobre demência.** 2011. 192p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2011

RESUMO

O aumento do número de idosos na população e a maior longevidade geram maiores oportunidades de convivência desse contingente populacional com crianças. Desde o início da vida as crianças desenvolvem atitudes em relação à velhice e aos idosos com quem convivem. A percepção que progressivamente constroem se baseia nestes relacionamentos e sofrem influência de diversos fatores. Objetivou-se avaliar a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas e verificar a percepção das mesmas sobre demência/ Doença de Alzheimer (DA). O estudo baseou-se no método quantitativo de investigação e os cuidados éticos foram observados. Foram entrevistadas 54 crianças, de 7 a 10 anos de idade, cadastradas em cinco diferentes Unidades de Saúde da Família de um município paulista e que moravam com pelo menos um idoso. As crianças foram entrevistadas, aplicando-se questionário de caracterização, Escala de Atitudes em Relação à Velhice para Crianças e questões relativas ao envelhecimento e demência/DA. Para os idosos que moravam com as crianças (n=46) foi realizada a caracterização e aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente e os qualitativos por meio da análise temática. A maioria das crianças era do sexo masculino, tinha nove anos, estava na 4ª série do Ensino Fundamental e era neta do idoso com o qual morava. A média das crianças na escala de atitudes foi 1,59 pontos, sendo que um ponto representa a atitude mais positiva possível e três pontos a mais negativa. Os idosos eram em sua maioria do sexo feminino, entre 60 e 64 anos e com pontuação média no MEEM de 20,4 pontos. A maioria das crianças (53,7%) mora com idosos sem alterações cognitivas. Foi encontrada diferença significativa nos domínios cognição e relacionamento social da escala de atitude quando comparados os grupos de crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas, sendo que as que moram com idosos com alterações cognitivas possuem atitudes mais negativas nestes domínios. Em relação às questões abertas, as mudanças na aparência física e no modo de pensar foram destacadas como inerentes ao envelhecimento. Também se destacou a perda de memória do idoso com quem a criança mora. A grande maioria das crianças não possuía conhecimento sobre a demência/DA. Profissionais de saúde na atenção básica devem estar atentos às famílias multigeracionais, e no âmbito do Programa Saúde da Família investir em estratégias de educação gerontológica.

Palavras-chave: Relação entre Gerações. Idoso. Criança. Enfermagem Familiar

LUCHESE, B.M. **Children who live with elderly: attitudes toward aging and perceptions about dementia.** 2011. 192f. Masters Dissertation – Federal University of São Carlos, São Carlos. 2011

ABSTRACT

The increase in the number of elderly in the population and increased longevity create greater opportunities for interaction with children of this overall population. Since the beginning of life children develop attitudes toward aging and older people with whom they live. The perception that progressively build is based on these relationships and are influenced by several factors. Objectived to assess the attitude toward aging of children living with elderly people with and without cognitive impairment and check on the perception of the same dementia / Alzheimer disease (AD). The study was based on the method of quantitative and qualitative research and ethical guidelines were followed. Was interviewed 54 children from 7 to 10 years of age were enrolled in five different Units of Family Health of a city of State of São Paulo who were living with at least one elderly person. The children were interviewed, was applied a questionnaire of characterization, Scale of Attitudes Toward Aging for Children and issues related to aging and dementia / AD. In the elderly living with children (n = 46) was made the characterization and applied the Mini-Mental State Examination (MMSE). Quantitative data were statistically analyzed and the qualitatives by thematic analysis. Most children were male, had nine years, was in 4^o grade of Elementary School and was the granddaughter of the elderly with whom she lived. The average of child in the attitude scale was 1.59 points, one point represents the most positive attitude possible and three points more negative. The elderly were mostly female, between 60 and 64 years and mean MMSE score of 20.4 points. Most children (53.7%) live with elderly people without cognitive impairment. Significant differences was found in the areas of cognition and social relationship of the attitude scale when was compared groups of children living with elderly people with and without cognitive impairment, being that those who live with elderly with cognitive impairment have more negative attitudes in these areas. Regarding the open issues, changes in physical appearance and way of thinking have been highlighted as inherent to aging. They also emphasized the memory loss of elderly patients with whom the child lives. The vast majority of children had no knowledge about dementia/AD. Health professionals in basic attention should be attentive to multigenerational families, and within the Family Health Program to invest in strategies for gerontological education.

Keywords: Intergenerational Relations. Aged. Child. Family Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos sujeitos. São Carlos, 2010.	48
Figura 2 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto ao sexo. São Carlos, 2010.	56
Figura 3 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto ao nível de escolaridade. São Carlos, 2010.....	58
Figura 4 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto à religião. São Carlos, 2010.	59
Figura 5 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto ao plano de saúde. São Carlos, 2010.....	60
Figura 6 – Percentual de idosos de acordo com os resultados do MEEM. São Carlos, 2010..	61
Figura 7 - Número de idosos com notas máxima e mínima em cada categoria do MEEM. São Carlos, 2010.....	64
Figura 8 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto ao sexo. São Carlos, 2010.....	65
Figura 9 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto à idade. São Carlos, 2010.	65
Figura 10 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto à série que freqüentam na escola. São Carlos, 2010.	66
Figura 11 – Caracterização as crianças entrevistadas quanto ao número de pessoas na casa. São Carlos, 2010.....	67
Figura 12 – Caracetrização das crianças entrevistadas quanto à USF na qual são cadastradas. São Carlos, 2010.....	70
Figura 13 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto ao grau de parentesco, sexo e tempo de moradia com o idoso. São Carlos, 2010.....	71
Figura 14 - Pontuações médias, referentes aos resultados da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças e seus domínios. São Carlos, 2010.	76
Figura 15 – Pontos de dispersão da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus domínio cognição. São Carlos, 2010.....	77

Figura 16 - Pontuação média para cada item da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. São Carlos, 2010.	79
Figura 17 – Freqüências percentuais de respostas positivas, neutras e negativas na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. São Carlos, 2010.	80
Figura 18 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação ao sexo e idade da criança. São Carlos, 2010.....	82
Figura 19 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação à escolaridade e USF da criança. São Carlos, 2010.....	83
Figura 20 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação ao número de pessoas na casa. São Carlos, 2010.	84
Figura 21 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação à renda familiar, religião e cor da criança. São Carlos, 2010.....	84
Figura 22 – <i>Rank</i> médio de acordo com o teste de Kruskal-Wallis para o domínio agência da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus a renda familiar. São Carlos, 2010.....	85
Figura 23 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação ao sexo, grau de parentesco e tempo de moradia com o idoso. São Carlos, 2010.	86
Figura 24 – <i>Rank</i> médio de acordo com o teste de Kruskal-Wallis para o domínio persona da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças e o tempo de moradia com o idoso. São Carlos, 2010.....	87
Figura 25 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças referentes aos grupos 1 e 2. São Carlos, 2010.....	88
Figura 26 – <i>Rank</i> médio de acordo com o teste de Mann Whitney da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus os domínios cognição e relacionamento social. São Carlos, 2010.....	89
Figura 27 - Visualização do surgimento de novas subcategorias a cada entrevista, para cada categoria. São Carlos, 2010.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. SEADE, 2000.	45
Tabela 2 - Relação das USF selecionadas para cada classificação do IPVS. São Carlos, 2010.	46
Tabela 3 - Notas de corte do MEEM de acordo com a escolaridade do idoso. São Carlos, 2010.....	52
Tabela 4 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto à faixa etária. São Carlos, 2010.	57
Tabela 5 – Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por sexo. São Carlos, 2010.	63
Tabela 6 – Percentuais das atividades que a criança realizou com o idoso. São Carlos, 2010.	72
Tabela 7 – Resultados das correlações (Spearman) entre a Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus seus domínios. São Carlos, 2010.	76
Tabela 8 - Pontuação média e desvio padrão para cada item da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. São Carlos, 2010.	78
Tabela 9 – Resultado das comparações (Mann-Whitney) entre os resultados da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças e seus domínios para os grupos 1 e 2. São Carlos, 2010.....	88

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. A família do idoso.....	19
1.2. Relação criança-idoso	24
1.3. Atitudes em relação à velhice	27
1.4. As crianças e a demência.....	35
2. OBJETIVO	41
2.1. Objetivos específicos	42
3. METODOLOGIA	43
3.1. Caracterização do local do estudo.....	44
3.2. Participantes.....	44
3.3. Procedimentos éticos.....	48
3.4. Procedimento para coleta de dados.....	49
3.4.1. Parte I – Entrevista com o idoso.....	49
3.4.2. Parte II – Entrevista com a criança	50
3.5. Instrumentos	51
3.5.1. Ficha de caracterização sócio demográfica dos idosos.....	51
3.5.2. Mini Exame do Estado Mental.....	51
3.5.3. Ficha de caracterização sócio demográfica das crianças	52
3.5.4. Escala Todaro de Atitudes em Relação à Velhice para Crianças	52
3.5.5. Percepção das crianças sobre idoso e demência.....	52
3.6. Análise dos dados	53
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
4.1. Caracterizando idosos que moram com crianças quanto às condições sociodemográficas	56
4.2. Avaliando a cognição de idosos que moram com crianças	61
4.3. Caracterizando as crianças quanto às condições sociodemográficas	64
4.4. Avaliando a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos.	74

4.4.1.	Pontuação geral na Escala	74
4.4.2.	Os domínios da escala.....	75
4.4.3.	Os itens da escala.....	78
4.4.4.	A Escala e as diferentes variáveis das crianças	81
4.5.	Comparando a atitude em relação à velhice entre as crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas.	87
4.6.	Verificando se as crianças já ouviram falar ou sabem o que é demência/ Doença de Alzheimer	90
4.6.1.	A partir de que idade uma pessoa é idosa na visão das crianças	91
4.6.2.	Percepções relacionadas à aparência física dos idosos	93
4.6.3.	Percepções relacionadas a outros aspectos dos idosos	99
4.6.4.	Ressaltando as diferenças entre o idoso que mora com a criança e os idosos no geral	104
4.6.5.	Mudanças percebidas pela criança no idoso que mora com ela	108
4.6.6.	Como está a memória do idoso que mora com a criança.....	111
4.6.7.	Maus tratos aos idosos: reação e sentimento das crianças	117
4.6.8.	Conhecimento das crianças sobre a demência.....	127
5.	CONCLUSÃO.....	135
6.	REFERÊNCIAS.....	142
7.	APÊNDICES	160
7.1.	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido das crianças	161
7.2.	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido dos idosos.....	162
7.3.	APÊNDICE C – Instrumento aplicado na criança e no idoso	163
7.4.	APÊNDICE D – Tabelas resultantes da análise dos dados qualitativos	171
7.5.	APÊNDICE E – Folder desenvolvido e entregue às crianças	187
8.	ANEXOS	190
8.1.	ANEXO A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos.....	191
8.2.	ANEXO B – Aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos do projeto anterior. 192	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APARU	Associação dos Paraplégicos de Uberlândia
CATE	Children's Attitudes Toward the Elderly
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CVOA	Children's Views on Aging
DA	Doença de Alzheimer
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IML	Instituto Médico Legal
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NEAPI	Núcleo Especializado de Atendimento à Pessoa Idosa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCL	Transtorno Cognitivo Leve
UATI	Universidade Aberta para a Terceira Idade
USF	Unidade de Saúde da Família



APRESENTAÇÃO

“É evidente a relevância em desenvolver estudos relacionados ao envelhecimento populacional, considerando o quadro mundial e nacional que apresenta uma realidade epidemiológica e social com uma demanda social caracterizada pela presença no cotidiano de vida de todas as gerações” (FLORES, 2008, p.20).

Diante desta afirmação feita em 2008, e após muitas reflexões é que decidi realizar o presente estudo na minha dissertação de mestrado. Desejo a partir de agora compartilhar com vocês a minha história.

Desde antes de cursar a graduação em Enfermagem tenho uma tendência grande para a área de saúde da criança e sempre me relacionei muito bem com as crianças. A saúde do idoso para mim era algo que existia, mas que a princípio não despertava meu interesse.

No segundo ano da graduação tive a oportunidade e o prazer de conviver academicamente com a Prof^a Sofia, orientadora do presente trabalho. Ela me ensinou e me ensina muito sobre a área da Gerontologia. Observei que algo nela era diferente, ela possuía um brilho no olhar quando falava dos idosos, algo muito forte de muito envolvimento com esta área.

Era um amor incondicional pela gerontologia, que ela defendia e defende até hoje, com todas as suas forças, e consegue transmitir e despertar algum interesse em quem quer que esteja por perto.

Tive a oportunidade de desenvolver pesquisas de iniciação científica na área de saúde do idoso, o que me levou a conhecer a família destes idosos e iniciar uma reflexão sobre a presença da criança neste contexto. Nestas pesquisas, verifiquei que o número de idosos com alterações cognitivas que vivem na comunidade é grande. Também construí o genograma da família destes idosos e verifiquei grande presença de crianças na residência dos mesmos.

No último ano da graduação algumas perguntas de pesquisa começaram a me instigar, especialmente com relação à família do idoso e tive a oportunidade de discutir algumas delas com a Prof^a Sofia, nascendo assim a possibilidade de ingressar em um Programa de Pós Graduação, tendo-a como possível orientadora.

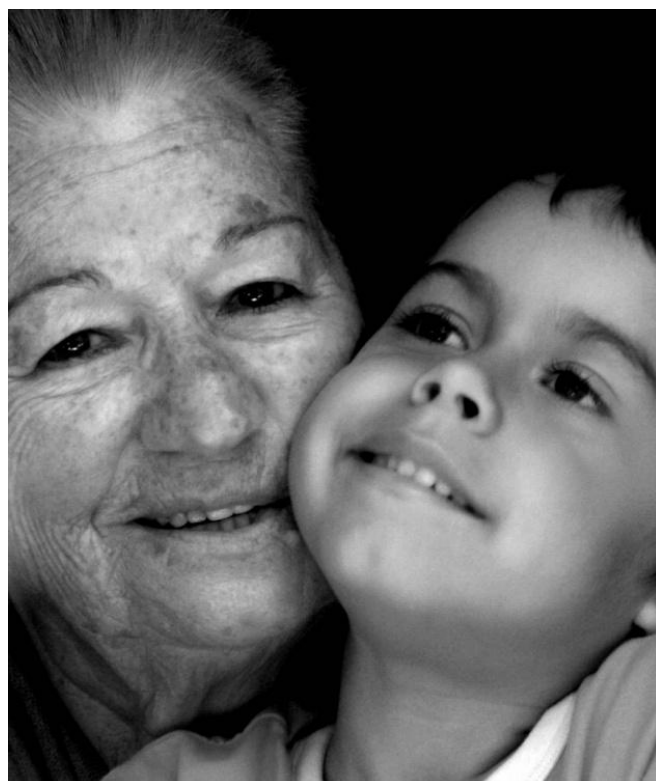
Percebi que há necessidade de se estabelecer um diálogo entre os idosos e a sua rede de relações, principalmente com suas famílias (AGUIAR, 2007). E que são poucos os estudos brasileiros que abordam as relações e interações entre crianças e avós e a influência entre eles (COUTRIM, 2006; BRANDÃO et al., 2006).

Além disso, as pesquisas sobre produção do conhecimento sobre a participação dos idosos na vida familiar deveriam ser intensificadas em função especialmente do grande contingente de idosos na população brasileira (OLIVEIRA, 2007).

A demanda de estudos que envolvem crianças e idosos é grande e os estudos desenvolvidos são poucos, se considerarmos o envelhecimento populacional e a mudança na configuração das famílias brasileiras, com aumento no número de famílias multigeracionais.

Este trabalho levou considerou os elementos citados anteriormente e se propõe a: avaliar a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas e verificar a percepção das mesmas sobre a demência/ Doença de Alzheimer.

Apresento-lhes minha dissertação de mestrado, e espero transmitir a cada um dos leitores o amor que desenvolvi pela área, e gostaria que essa leitura pudesse contribuir para um olhar gerontológico na relação existente entre as crianças e os idosos. Boa leitura a todos!



1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O mundo está vivendo o fenômeno do envelhecimento populacional, que já pode ser notado nos países desenvolvidos e começa a ganhar destaque nos países em desenvolvimento como o Brasil, em que o processo de envelhecimento teve início na década de 60 do século XX e ocorre até hoje numa velocidade sem precedentes (SILVA, 2005).

No Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 (sessenta) anos de idade ou mais (BRASIL, 2007) e é estimado que em 2025 o Brasil seja a 6ª (sexta) população mais idosa do mundo (ARAÚJO; ALVES, 2000; BARREIRA; VIEIRA, 2004).

A pirâmide populacional, que representa graficamente a estratificação etária da população, sendo que a base corresponde às crianças e o topo aos idosos, está se alterando de maneira rápida para uma forma mais retangular, com a queda da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida (BRASIL, 1999; CARVALHO; GARCIA, 2003; NEGRI et al., 2004). A expectativa é que estas alterações levem à inversão da pirâmide, o que representaria um número maior de idosos do que de crianças.

O início desta inversão pode ser observado a partir de dados indicando que em 1980 para cada 100 crianças havia 16 pessoas idosas e no ano 2000 este número cresceu para 30 idosos a cada 100 crianças (BRASIL, 2002). Entre 2035 e 2040, a população idosa já estaria 18% maior que a de crianças e em 2050 poderá chegar a uma proporção de 100 crianças para cada 172,7 idosos (IBGE, 2008).

Outro fator que merece destaque é a expectativa de vida. Na década de 80 do século XX, esta era de 63,4 anos de idade, 30 anos a mais que no início do século. Ela continuou a crescer de 1980 a 2000 e, no início do século XXI, o brasileiro ao nascer esperava viver 68,5 anos (IBGE, 2000). Para o ano de 2009, as projeções indicavam que este número chegaria a 73,4 anos (sexo masculino de 69,7 anos e sexo feminino 77,3 anos) e projeções para 2050 indicam uma população de aproximadamente 64 milhões de idosos, correspondendo a cerca 30% da população estimada total, de 215 milhões de habitantes (IBGE, 2008).

Apesar de indícios e exemplos de países em que o envelhecimento populacional ocorreu antes do Brasil, foi somente a partir da década de 70 que houve um maior interesse pelo envelhecimento populacional brasileiro. Considerada uma grande conquista do século XX, a longevidade é um grande desafio para o século XXI (SILVA, 2005; HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

“Avaliar as condições de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas de intervenção, tanto em programas gerontogeriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar destas pessoas, particularmente, no nosso contexto, onde os atuais idosos são aqueles que conseguiram sobreviver à condições adversas” (MAGALHÃES et al., 2008, p.375).

1.1. A família do idoso

Com o crescimento do número de idosos na população e aumento de sua expectativa de vida, surge uma questão que instiga muitos na atualidade: como fica o cuidado aos idosos?

Segundo Cuesta (2005), na Europa, mais de dois terços do cuidado para idosos com doenças crônicas é provido pela família. No Brasil, tradicionalmente e legalmente, quem é responsável pelo cuidado de um idoso dependente também é a família. Segundo o artigo 230 da Constituição Federal Brasileira, “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) apontam que menos de 1% dos idosos vivem em Instituições de Longa Permanência, sendo que a grande maioria vive sozinho ou junto da família em suas casas. O cuidado no geral é realizado pelas famílias, envolvendo várias gerações (CAMARANO, 2004).

Além disso, as instituições públicas não estão preparadas para atender uma população que envelhece rapidamente, e como consequência os idosos dependem parcial ou exclusivamente do apoio informal familiar. Em contrapartida, observa-se o desenvolvimento e uma situação econômica e social que tende a diminuir a capacidade da família prestar ajuda aos idosos. Entre os fatores que explicam isto podem ser citados o aumento do trabalho feminino e juvenil e a diminuição dos fundos de aposentadoria, que muitas vezes acaba por se tornar a principal fonte de renda familiar (SAAD, 2003).

A palavra família deriva do latim “famulu”, que é um conjunto de servos dependentes de um chefe ou senhor (ROCHA-COUTINHO, 2006). Existem diversas definições de família que dependem do referencial teórico utilizado. Família pode ser um grupo social com pessoas que vivem juntas por um período de tempo e possuem laços que não são necessariamente sanguíneos, sendo o local primordial das relações sociais e onde se criam os vínculos (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

Para outros autores também se deve considerar qual a concepção que a própria família tem sobre família, ou seja, família é quem eles dizem que são. Portanto, segundo eles,

ao se trabalhar com famílias, deve se perguntar quem a família considera ser da família (WRIGHT; LEAHEY, 2002; ÂNGELO; BOUSSO, 2006).

Pode ser considerada também uma unidade ou sistema, em que seus membros podem ou não viver juntos e se relacionar. Existe entre os membros da família um vínculo e um compromisso (ÂNGELO; BOUSSO, 2006).

Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define família como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residentes na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (IBGE, 1992).

Segundo Wright e Leahey (2002), há vários modelos teóricos que dão definições, informações e sustentação às práticas em saúde da família. Um dos modelos, a Teoria dos Sistemas, coloca a família como um sistema em que os membros possuem uma interação mútua e fazem parte de um supra-sistema mais amplo, sendo composto de diversos subsistemas. Esta família, como um todo, é bem maior que a soma de suas partes, e interage internamente e com outros sistemas externos. Qualquer mudança em um membro afeta a todos na família, porém a família é por si só, capaz de gerar um ponto de equilíbrio entre mudança e estabilidade (WRIGHT; LEAHEY, 2002; ÂNGELO; BOUSSO, 2006).

No contexto familiar, em que a maioria dos idosos é cuidado pela família, e considerando que a mudança em um membro da família afeta a todos, o cuidado de uma pessoa idosa, que pode apresentar dependência, não é uma tarefa fácil. Além de demandar dedicação, pode afetar a todos da família. Como a população está envelhecendo, pode-se inferir que tanto os idosos como seus cuidadores possuem idades mais avançadas e podem fazer parte de uma família multigeracional, em que convivem mais de uma geração.

A família, em muitos países surge como única alternativa de apoio à população idosa. Este apoio se dá tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros (CAMARANO, 2004).

Não é raro o fato de uma família apresentar três ou quatro gerações convivendo entre si, o que certamente traz mudanças na dinâmica familiar e na sua configuração, gerando desafios, principalmente os relacionados às relações intergeracionais, aos papéis dos familiares e as novas formas de educação para o envelhecimento (GOLDFARB; LOPES, 2006; HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007). As famílias envelhecem com os idosos, já que aumenta o número de famílias que têm um idoso residindo na mesma casa e também ocorre a verticalização familiar, com a convivência de várias gerações. Essa convivência pode indicar co-residência ou não (CAMARANO, 2004).

Segundo Camarano (2004), existem dois tipos de famílias que possuem idosos na sua configuração. São as famílias *de* idosos, em que o idoso é o chefe ou cônjuge e as famílias *com* idosos, em que o idoso é parente do chefe.

As famílias são cada vez mais requisitadas a cuidar dos seus segmentos mais vulneráveis, e uma das estratégias utilizadas é a co-residência, que pode beneficiar tanto as gerações mais velhas quanto as mais novas. Além desta, também acontecem as transferências de renda, bens e recursos, como apoio emocional, cuidados pessoais e outros. Um fato importante a ser lembrado é que não se deve assumir que um maior número de pessoas morando juntas se traduza em maior suporte aos idosos, nem que a co-residência ocorre somente por necessidade do idoso, já que ela pode acontecer também por necessidade dos outros membros da família (CAMARANO, 2004)

Na China, país desenvolvido e conseqüentemente com um maior número de idosos, 70% deles residem com filhos e destes, três quartos, vivem em domicílios com mais de três gerações (YI, 2001 apud CAMARANO; EL GHAOURI, 2003, p.5).

Em um estudo de revisão de literatura que visou comparar o envelhecimento e a juventude do Brasil e do Japão, houve constatação de que nos dois países aumentou o número de idosos morando sozinhos. Apesar disto, ainda existiam muitas casas multigeracionais, com agregação dos idosos às unidades familiares, muitas vezes em função da aposentadoria dos mesmos. Esta multigeracionalidade não necessariamente significa garantia de boa qualidade de vida, pois é frequente a marginalização de um idoso coabitante. Outro fator identificado foi a queda da fecundidade nos dois países, que se é um fator preocupante quando se analisa quem cuidará dos idosos no futuro e como este cuidado ocorrerá (SCOTT, 2002).

Segundo Pavarini et al. (2008), em um estudo realizado com 49 idosos de uma cidade do interior de São Paulo para identificar a estrutura familiar dos mesmos, a maioria dos idosos possuía família multigeracional e somente 10% deles residiam sozinhos. Também foi encontrado que 73,5% dos idosos residiam com filhos e 36,7% com os netos.

Outro estudo realizado com 523 idosos residentes em um bairro de baixa renda na cidade de São Carlos-SP constatou que 12,2% deles residiam sozinhos, 53,3% com filhos, 29,6% com netos e 1,9% com bisnetos. O número de domicílios com mais de uma geração foi significativo (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Em 2000, no Brasil, 62,4% dos idosos brasileiros eram responsáveis por domicílios, e 64,7% residiam com os filhos ou outros parentes na mesma casa (BRASIL, 2002). O tamanho médio das famílias *de* idosos, em 2000 era de 3,3 pessoas e das famílias

com idosos de cinco pessoas. Os domicílios *de* idosos são os que mais crescem, o que pode indicar um aumento da dependência de outros familiares em relação ao idoso chefe. Em 86% dos domicílios em que residem idosos, este é chefe ou cônjuge, sugerindo redução da dependência dos idosos em relação a seus parentes, e dependência dos outros parentes em relação aos idosos (CAMARANO; EL GHAOURI, 2003; CAMARANO, 2004).

Segundo Camarano e El Ghaouri (2003), em função da maior longevidade dos idosos, no Brasil existem muitos idosos residindo com os filhos aumentando também a proporção de domicílios com três gerações.

Dados do IBGE (2000) mostram que em 1991, 2,5 milhões de netos e bisnetos residiam com seus avós e bisavós e em 2000 este número cresceu para 4,2 milhões. Nas famílias *de* idosos, 14% dos membros eram netos do idoso e nas famílias *com* idosos os netos foram representados por 2,2%. Em média 12% das famílias que contém idosos em sua configuração são netos, e a maioria deles tem entre zero e 14 anos (72,5% dos netos das famílias *de* idosos e 94,6% das famílias *com* idosos) (CAMARANO, 2004).

Apesar disto, é importante destacar que a configuração familiar predominante no Brasil ainda é a do casal de idosos com filhos, ou seja, um arranjo bigeracional (convivência de duas gerações), representada por 43,3% dos domicílios *de* idosos. Esta configuração, apesar de predominante, está em declínio, e crescem as configurações que apresentam idosos morando sozinhos, casal sem filhos e ainda os domicílios com três gerações (CAMARANO, 2004).

O estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), realizado com idosos residentes em sete países da América Latina e Caribe (incluindo o Brasil), aponta que a rede de apoio dos idosos geralmente é extensa, já que 29% declararam ter cinco ou mais filhos vivos, 28% três ou quatro, 34 % um ou dois filhos vivos (SAAD, 2003).

Ainda no estudo SABE, 92% dos idosos do Brasil relatam receber apoio dos familiares, sendo mais citados os apoios de serviços, bens e financeiro. Em relação ao apoio fornecido pelos idosos, 88% declaram fazê-lo, também citando serviços, bens e financeiro. Foi constatado que as condições de educação e financeiras aumentam a chance de oferecer ajuda e diminuem a de receber. Concluiu-se que os arranjos domiciliares e as transferências de apoio variam de país para país e estão relacionadas aos recursos, características, oportunidades e necessidade dos idosos. Nos países em que a transição demográfica está em condições mais avançadas, há uma maior propensão de arranjos independentes, o que não é o caso do Brasil. Outro fato que chama a atenção é o grande apoio prestado aos familiares pelos idosos, o qual aumenta com a co-residência (SAAD, 2003).

O fato de o idoso residir com os filhos e netos pode trazer vários benefícios para a relação do mesmo com seus familiares e para o cuidado do idoso, principalmente para o idoso com demência, em que a relação interpessoal é importante. A co-residência se baseia em apoios múltiplos e pode contribuir para a solidariedade familiar (AGUIAR, 2007).

Porém, a co-residência com familiares não deve ser vista como uma garantia de velhice bem sucedida e nem como um sinal de relações mais amistosas entre os idosos e seus filhos, podendo até significar tristeza e maus tratos (DEBERT, 1999; DEBERT; SIMÕES, 2006).

Um estudo realizado com famílias de trabalhadores rurais, residentes na periferia de cidades da região de Ribeirão Preto–SP indicou que na maioria das famílias foram os idosos que construíram as casas e os filhos passaram a residir com o idoso. Nestas casas, há um grande número de pessoas de diferentes gerações, o que pode colaborar para agravar conflitos e causar diversos rearranjos no espaço físico da casa (SILVA; MELO; APPOLINÁRIO, 2007).

Como destacado há grande prevalência de idosos que vivem com filhos e está crescendo o número de idosos morando com netos, ou seja, está crescendo a presença das crianças (SHULMAN, 2005). Estas crianças, muitas vezes, crescem sem entender o que se passa com seu familiar idoso, o que pode prejudicar a relação existente entre eles.

A mobilização de apoios intergeracionais informais são estratégias de sobrevivência. É uma estratégia de ajuda mútua, que pode trazer benefícios tanto para os idosos quanto para as gerações mais novas. Apesar dos benefícios, não se sabe se estes arranjos representam desejo dos idosos e dos seus filhos ou se acontecem devido às circunstâncias (DEBERT; SIMÕES, 2006).

O fato de a família ser essencial para o cuidado de enfermagem é indubitável. As famílias, em sua singularidade, necessitam que o enfermeiro as ajude a olhar as possibilidades de crescimento e superação. Porém, a enfermagem de família ainda não é uma estratégia comum em muitos locais do mundo. Para isto, o enfermeiro precisa estar sensibilizado, instrumentalizado e principalmente conhecer a família (ÂNGELO, 1999).

É importante que possam ser promovidas políticas e programas de saúde para que se torne mais fácil para as comunidades, crianças, pais e outros membros viver em famílias diversas (FRIEDMAN; BOWDEN; JONES, 2002).

1.2. Relação criança-idoso

Diante da multigeracionalidade familiar, há um tema que começa a nos instigar: o relacionamento entre as crianças e os idosos.

Segundo o artigo 2º da Lei Nº 8.069 de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pode ser considerada criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990). Para efeito do presente trabalho, será considerada esta definição. Dados de 2008 mostram que no Brasil 8,3% da população possuía entre cinco e nove anos de idade (IBGE, 2009).

A mutualidade das relações entre avós e netos é reconhecida atualmente como muito importante, mas foi só durante a década de 80 que cresceu o interesse em estudos sobre os avós (ARAÚJO; DIAS, 2002). Dessen e Braz (2000) citaram que há maior investimento em pesquisas sobre a influência dos avós no desenvolvimento da criança do que em pesquisas sobre a relação avô-criança.

A relação criança-idoso pode ser prazerosa e enriquecedora, mas a compreensão do que está envolvido neste processo ainda é pouco explorada (BRANDÃO et al., 2006).

A melhoria das condições de renda e o aumento da longevidade estão possibilitando maior participação dos idosos na sociedade, o que reflete na organização familiar. Os avós têm um papel importante na organização da casa e no cuidado das crianças em idade escolar, que varia de acordo com o contexto social e cultural em que a família está inserida (COUTRIM, 2006; OLIVEIRA, 2007). Um estudo aponta que os avós podem representar três papéis na nova família formada por seus filhos quando nasce um neto. O papel pode ser participativo, quando os avós não são responsáveis pelo neto, mas são presentes em sua vida; de cuidadores voluntários, quando os avós cuidam dos netos tendo um papel parental sobre estes na maior parte dos dias da semana e o papel de cuidadores involuntários, quando são os cuidadores primários do neto, recebendo a custódia deste, mesmo que involuntariamente (OLIVEIRA, 2007).

Segundo Ruschel e Castro (1998), o papel dos avós tem passado por muitas mudanças, pois surge o avô do século XXI, que tem uma imagem ativa e saudável, vindo para suprimir com o estereótipo de velho, passivo e uma pessoa sem interesses. Segundo os mesmos autores, a relação dos avós com os netos é muito recente, se baseada nos papéis que estes possuem na sociedade contemporânea. O papel do avô/avó é hoje muito mais livre que antigamente, porém ainda permanecem alguns estereótipos e limitações. Além disso, muitos

idosos que não são avós convivem com crianças na mesma casa, e acabam assumindo o papel de avô, pai, companheiro.

Estes novos idosos, vivendo em famílias multigeracionais, têm muitas responsabilidades. Em muitos casos, não é assumida pelo idoso a responsabilização somente de cuidar das crianças, mas também de educá-las, transmitindo crenças, valores e experiências. Os avós acabam sendo uma companhia fiel do neto, um ponto de apoio, alguém de confiança. Esta relação se inicia na descoberta da gravidez da filha ou nora e aumenta com o nascimento do neto (DESSEN; BRAZ, 2000; GERONDO, 2006).

Em uma investigação realizada com 13 idosas que residiam em casas com três gerações em Maringá-PR, detectou-se que os motivos da co-residência são a necessidade pessoal da idosa, necessidade dos filhos, separação da filha e o fato de necessitar cuidar dos netos. Para estas idosas a convivência em família é boa ou boa com ressalvas, quando há problemas de relacionamento. A maioria avalia o tratamento oferecido pela família como bom, e o relacionamento entre idosa e neto também foi avaliado como bom. Neste relacionamento as idosas se sentem valorizadas e queridas, dedicam amor, carinho, cuidado, conselhos e lazer. Segundo elas, as crianças têm orgulho da situação financeira das avós, pois esta gera benefícios econômicos às crianças. Há também transmissão de conhecimentos, vivências e troca de experiência, funcionando com um estímulo na vida das idosas. As idosas do estudo não trocariam a co-residência pela solidão e demonstram prazer em poder ajudar os familiares (AGUIAR, 2007).

“As gerações mais jovens convivem com idosos cotidianamente. Nesse sentido, o cuidado intergeracional com o idoso pode ser uma experiência prazerosa, dependendo das particularidades culturais, das relações entre as pessoas, nas quais os significados atribuídos ao idoso e ao cuidado influenciam as atitudes de todas as gerações” (FLORES, 2008, p.28).

Constantemente o foco da relação entre avós e netos está no benefício que esta traz para os netos, mas o contrário também é verdadeiro. Os avós são beneficiados pelo contato que têm com os netos e esta relação é mutuamente importante. Para os jovens é bom, pois há a transmissão de experiências e a possibilidade de ter uma perspectiva histórica dos fatos, já o idoso pode aprender com o jovem e também contribuir para o seu futuro (ARAÚJO; DIAS, 2002; HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

Um estudo que exemplifica o benefício da relação criança-idoso para os idosos foi realizado com crianças de classes populares cuidadas pelas avós. Foi encontrado que quando os netos não estão em casa as avós relatam um vazio e sentimento de solidão, e os

netos consideram que o melhor período do dia é quando estão com as avós. Neste convívio há um processo de co-educação, com influências e mudanças recíprocas (OLIVEIRA, 1998).

Outra investigação realizada com 27 famílias multigeracionais de Caxias do Sul – RS, entrevistando três gerações diferentes de cada família, indicou que para os avós são muito importantes a convivência, apoio e afeto; para os netos o afeto e a troca, já que podem encontrar nos avós grandes aliados. Porém, um dos aspectos identificados em relação ao convívio intergeracional (entre gerações) é o conflito de ideias que pode ocorrer (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

Independentemente dos conflitos e crises que possam surgir, sabe-se que a relação entre as crianças e os idosos é importante para ambos. O fato de a criança conviver com um idoso, independente de ser avô/ó, pai/mãe ou possuir outro vínculo, mesmo não sendo familiar, pode despertar questões nestas crianças. Elas podem se atentar para aspectos dos idosos não observados anteriormente e também podem encontrar nos idosos grandes aliados.

Devido ao crescimento da convivência das crianças com os idosos, destaca-se a importância da educação gerontológica. Segundo Shulman (2005), há necessidade de um trabalho com as crianças sobre o envelhecimento, pois um dia elas estarão cuidando dos seus pais e já podem estar cuidando de seus avós. Além disso, as crianças se tornarão idosas e seu comportamento nesta fase da vida pode ser influenciado pelas vivências e atitudes da infância.

Segundo publicação americana, pouco tem sido feito a respeito da educação gerontológica nas casas, escolas e comunidades. A literatura aponta que a necessidade primordial é nas escolas, com as crianças, já que na pré-escola algumas já possuem linguagem preconceituosa, mas ainda mantém uma atitude mista que pode solidificar quando chegam à adolescência (McGUIRE; KLEIN; COUPER, 2005).

Segundo a Resolução N°16 de 20 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, é dever do Ministério da Educação desenvolver procedimentos para a inserção em todos os níveis de ensino formal de conteúdos relacionados ao processo de envelhecimento e valorização do idoso, visando eliminação do preconceito e produção de conhecimento. Além disso, a presença destes conteúdos nos currículos universitários deve ser considerada requisito indispensável na avaliação dos cursos superiores (BRASIL, 2008).

As crianças aprenderão sobre a velhice se forem ensinadas ou não, já que escutam e vivenciam experiências em seu dia-a-dia. A questão é o que elas aprenderão, já que podem não saber distinguir o que é fato e ficção (PRATT, 2005).

A educação pode ajudar as pessoas a perceberem as potencialidades da velhice e verem que já estão envelhecendo, sendo que o que fazem hoje pode interferir no futuro (McGUIRE; KLEIN; COUPER, 2005).

O trabalho com as crianças pode ser muito útil se considerarem-se as atividades intergeracionais, como discutido no estudo de Jarrott e Bruno (2003), com propostas de interação entre duas diferentes gerações, considerando a possibilidade de interação entre pessoas com demência e crianças. Nestes programas, esta interação mostrou melhora no afeto e em alguns tipos de comportamentos não relacionados ao cuidado pessoal dos idosos.

Outro programa intergeracional considerou atividades de crianças americanas de dois a dez anos com idosos (maiores de 65 anos). Eram formadas duplas para desenvolver atividades de jardinagem, música, artes, leitura e jogos. As crianças apresentaram maior empatia, aceitação e tolerância em relação aos idosos. Foi desenvolvida uma relação de avô/ó substituto, em que o trabalho em equipe foi destacado pelos pais que acompanhavam as sessões. Algumas limitações foram apontadas, mas as atividades foram avaliadas como muito positivas (GIGLIOTTI et al.; 2005).

1.3. Atitudes em relação à velhice

Diante do fenômeno do envelhecimento populacional, do fato de muitos idosos morarem em famílias multigeracionais, aumentando o contato destes com as crianças e da necessidade de se conhecer um pouco mais sobre o relacionamento das crianças com os idosos, surge a importância das atitudes em relação à velhice.

“Atitudes são predisposições aprendidas e relativamente estáveis para responder ante um objeto e compreendem três componentes: cognitivo, emocional e tendência à ação. O componente cognitivo inclui as crenças avaliativas sobre um dado objeto e, em parte, refletem normas sociais. O componente emocional refere-se aos sentimentos experimentados pelo indivíduo em relação ao objeto. Tendência à ação significa a disposição do indivíduo a entrar em interação com o objeto” (NERI, 2008, p.13).

Atitudes em relação à velhice refletem o processo de supergeneralização, como por exemplo, falar que todos os idosos são dependentes; e de supersimplificação, que gera os estereótipos positivos e negativos (NERI, 2008).

Elas “representam uma avaliação sintética de um objeto psicológico, sendo atributos bipolares” (NERI, 2006, p.1316), não são observáveis, mas podem ser inferidas e avaliadas através dos seus três componentes já citados. Além disso, têm um papel orientador, integrador e controlador no comportamento das pessoas (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 1999; NERI, 2003).

Também “são socialmente aprendidas, a partir da influência de interações ao vivo e simbólicas entre indivíduos, grupos e instituições sociais” (NERI, 2006, p.1316). Decorrem de processos comuns de aprendizagem e apesar de serem relativamente estáveis, são passíveis de mudanças, sendo a educação uma ferramenta central em qualquer tentativa de mudança de atitude (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 1999; CACHIONI, 2003).

As atitudes têm duas dimensões, a direção, expressa em atributos antagônicos como positivo-negativo, concordo-discordo e a intensidade, expressa em diferentes graus (OSGOOD; SUCI; TANNEMBAUM, 1957/1976). Elas podem representar avaliações sobre diversos objetos e, segundo Neri (2006), o interesse em se pesquisar atitudes iniciou-se ao avaliar em diversas nações o impacto político do autoritarismo e intolerância. Através destas avaliações, foi possível esclarecer alguns fenômenos de massa e aperfeiçoar técnicas estatísticas, o que fez com que outros objetos sociais passassem a ser investigados, entre eles a velhice.

Os primeiros estudos sobre atitudes em relação à velhice datam de meados dos anos 40, porém o marco mais importante foi representado pelo trabalho de Tuckman e Lorge (1953) que objetivou investigar atitudes de um grupo de 147 adultos jovens americanos em relação à velhice, por meio de um questionário. A visão geral sobre velhice foi pautada na insegurança econômica, saúde pobre, solidão, resistência à mudanças e falhas nas esferas física e mental.

As atitudes apresentadas por diferentes grupos e sociedades dependem da cultura, contexto social e diversidade das experiências de velhice. Na formação de atitudes em relação à velhice têm influência as opiniões e ações de profissionais que acreditam que velhice é sinônimo de doença e de problema social e de que os idosos devem ser afastados da sociedade (NERI, 2006). As concepções e atitudes podem influenciar o modo como os idosos são tratados, bem como os tipos de políticas a eles destinadas (GREEN, 1981).

A exclusão social limita o acesso dos idosos a recursos e causa isolamento, oferecendo poucas oportunidades das novas gerações construírem relações saudáveis com a velhice e assim tentar combater estereótipos associados a ela (NERI, 2006). Preconceitos são gerados na família desde a infância e formam barreiras, dificultando a comunicação e impedindo a troca de afeto (GOLDFARB; LOPES, 2006).

Em revisão sobre as pesquisas já feitas sobre atitudes e percepções em relação à velhice antes dos anos 80, Green (1981) relatou que a maioria dos estudos de atitudes e percepções sobre a velhice iniciou com instrumentos ou medidas, mas poucos resultados consistentes emergiram. Em muitos destes instrumentos os sujeitos poderiam ter sido forçados

a acreditar em generalizações e estereótipos, já que os detalhes apresentados tendiam a influenciar julgamentos e respostas socialmente desejáveis. Além desta influência também deve se considerar o fato de ser avaliado por um pesquisador.

As conversas abertas e aferições indiretas de percepções através da linguagem não verbal podem ser interessantes para captar outras atitudes não apresentadas pela fala (GREEN, 1981).

Ainda segundo a revisão do mesmo autor, o idoso que a pessoa está tendo como estímulo para que sua atitude seja avaliada é importante. Se o estímulo for uma foto, e houver fotos de idosos sozinhos, junto com outros idosos ou junto com outros jovens pode haver uma mudança nas atitudes. O sexo, a aparência física, classe social, modo de vestir, ocupação e postura também podem influenciar no caso de serem fotos de idosos para avaliação de atitudes. Alguns estudos apontam que a relação com idosos da mesma família ou casa pode influenciar as percepções e atitudes. Mas, assim como o contato foi mostrado como importante ele também pode piorar as atitudes (GREEN, 1981).

A literatura sobre atitudes em relação à velhice reflete uma dupla realidade, mostrando que as atitudes não são tudo ou nada e nem apenas avaliações positivas ou negativas, mas sim a demonstração de avaliações complexas e multifacetadas (CACHIONI, 2003), o que pode ser reflexo do objeto social em que se está avaliando, ou seja, a velhice é um constructo multidimensional e heterogêneo, e as atitudes em relação à mesma não poderiam ser diferentes.

Durante toda a vida as pessoas aprendem quais seriam as ocorrências e o que seria uma sequência de um curso de vida normal e inclusive a idéia de que velhice gera perdas e problemas comportamentais. Este processo de aprendizagem acontece de vários modos, a observação ao vivo, a interação entre as pessoas e contato com os meios simbólicos, como os livros, a televisão entre outros. Entre estes o meio simbólico pode até não ser o mais eficaz, mas ele possui um poder multiplicador importante (NERI; NOGUEIRA, 1994).

A maioria das pesquisas que dizem a respeito à apresentação dos idosos através dos meios simbólicos retratam as percepções de velhice como algo negativo e estereotipado. São poucos os casos em que há percepções positivas sobre o envelhecimento (NERI; NOGUEIRA, 1994).

Neri e Nogueira (1994) realizaram uma análise de 35 textos de literatura infantil que abordavam ou tinham alguma relação com a temática do envelhecimento ou com idosos. Nestes textos foram identificados 63 idosos, que variaram desde uma referência cultural na história, personagens secundários e até figurantes. Muitos idosos eram ligados à

sabedoria, com ênfase na transmissão de experiências entre as gerações. O fator isolamento também foi identificado, pois os idosos viviam sozinhos, apesar de estarem conformados com seu ambiente social. A despersonalização, falta de senhoridade e perdas foram muito encontrados nos textos, destacados em falas preconceituosas e até na vestimenta dos idosos. A literatura infantil analisada no trabalho foi escolhida através da indicação de professores de escolas primárias, o que revela a existência de maior proximidade destes textos com as crianças. Através do contato com os textos as crianças já crescem e começam a formar as imagens de velhice que muitas vezes podem estar relacionadas aos conteúdos dos textos, com estereotípias, despersonalização e ênfase na transmissão de conhecimentos.

Outro tipo de pesquisa que analisou a imagem da velhice através dos meios simbólicos objetivou analisar publicações da imprensa de 1996 a 1998 buscando verificar qual o olhar que a mesma possui sobre o idoso. Foi constatado que na área da saúde as matérias publicadas se voltam muito à questão da institucionalização, custo do idoso e crise da saúde, de forma superficial e sensacionalista. Algumas matérias trataram da qualidade de vida do idoso, mas em poucas delas os idosos puderam se expressar. Apesar disso, o número de matérias no período avaliado cresceu o que mostra uma maior preocupação com o envelhecimento (SOUZA et al., 2002).

Ainda sob o olhar da imprensa, Neri (2003) buscou identificar os significados associados à velhice e aos idosos em textos veiculados pelo jornal O Estado de São Paulo entre 1995 e 2002. Foram analisados 283 textos, sendo que boa parte deles era fundamentada em dados científicos e opiniões de especialistas. Considerando a totalidade da análise, não foi possível dizer que os textos eram preconceituosos e estereotipados, mas que retratavam a variabilidade da velhice, suas preocupações e expectativas. Avaliando a evolução do período analisado, houve mudanças na concepção de idoso, dos deveres da sociedade com ele e a velhice se tornou uma questão política.

A música também é um meio simbólico que possui poder multiplicador. Um estudo realizado por Moura et al. (2009) buscou estudar a representação de velhice expressa na música brasileira no período de 1960 a 2007. Foram analisadas 45 canções e constatou-se que apesar da velhice não ocupar espaço central na música brasileira ela é retratada em várias canções, que ressaltam principalmente um distanciamento entre as gerações e uma identidade negativa da velhice.

Além de pesquisas que abordam a percepção de velhice retratada através dos meios simbólicos, o desenvolvimento de algumas pesquisas que avaliam a percepção e atitudes que as pessoas apresentam em relação à velhice foram encontrados.

Existem várias maneiras de se avaliar atitudes em relação à velhice. No Brasil, uma das escalas mais usadas foi criada por Neri (1991), com base no instrumento do Diferencial Semântico de Osgood. Uma escala diferencial semântica deve conter um conjunto de adjetivos bipolares adequados à idade e à cultura do sujeito que irá respondê-la. Ela oferece uma medida multidimensional de atitudes (OSGOOD; SUCI; TANNEMBAUM, 1957/1976).

A Escala Neri é composta por 40 pares de adjetivos bipolares, com sete níveis de intensidade para cada par de adjetivos e usada para avaliar os conceitos: “O velho é” e “Quando eu ficar velho eu serei”. Ela foi aplicada a uma amostra de 4300 brasileiros não idosos (NERI, 1991). Outras investigações foram realizadas e a escala inicial foi reformulada, passando a contemplar 30 pares de adjetivos e cinco níveis de intensidade (NERI, 1997).

As escalas de Neri (1991/1997) são divididas em quatro domínios: cognição, agência, relacionamento social e persona. O domínio cognição refere-se à capacidade de processamento da informação e da solução de problemas, com reflexos sobre adaptação social; agência se refere à autonomia e instrumentalidade para realização de ações; relacionamento social à aspectos afetivo-emocionais, refletindo na interação social e persona à rótulos sociais comumente usados para designar ou discriminar idosos (NERI, 1991; CACHIONI, 2003; NERI; JORGE, 2006).

Vários estudos foram realizados utilizando estas escalas com diferentes grupos de pessoas.

Rabelo e Freire (2003) avaliaram atitudes de 118 estudantes universitários da área de humanas em relação ao idoso e à velhice pessoal. Já Neri e Jorge (2006) avaliaram a atitude em relação à velhice de 277 estudantes de pedagogia, enfermagem e medicina. Outro estudo conduzido com 188 estudantes de enfermagem nos diferentes estágios da graduação utilizou o mesmo instrumento (FERNANDES; DUARTE, 2009).

O significado atribuído a “ser idoso” também foi avaliado em 50 trabalhadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da cidade de Campinas – SP (REIS; CEOLIM, 2007). Professores também foram avaliados, sendo selecionadas sete Universidades Abertas para a Terceira Idade (UATI) em todo o país, o que resultou na avaliação de 102 professores para mensurar suas atitudes em relação à velhice (CACHIONI, 2002).

A atitude em relação à velhice dos próprios idosos foi avaliada por esta escala, entrevistando 100 idosos frequentadores da UATI (SILVA, 1999). Outro estudo foi conduzido com 68 participantes, entre eles alunos de graduação, funcionários e coordenadores-professores de três instituições de ensino superior brasileiras (CACHIONI;

AGUILAR, 2008). Também foram avaliados 168 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Paraíba (DINIZ; SALDANHA, 2008).

Estudo realizado por Resende (2001) com 242 portadores de deficiência física da Associação dos Paraplégicos de Uberlândia (APARU), visou verificar a atitude dos mesmos em relação ao idoso, à própria velhice e ao portador de deficiência física.

Existem também estudos que avaliaram percepções sobre envelhecimento e a própria velhice e não utilizaram a escala supracitada já que se baseiam na metodologia qualitativa. Entre eles pode ser citado um estudo que identificou como 32 estudantes de enfermagem de uma universidade do Rio Grande do Sul visualizam sua própria velhice, sendo que as percepções foram alcançadas através de redações dos estudantes sobre o tema (LEITE, 2005). Os próprios idosos também responderam a uma entrevista semi-estruturada visando verificar a compreensão da atitude dos mesmos em relação ao envelhecimento. Na ocasião foram entrevistados 38 idosos de Recife-PE (LEAL; ANDRADE; QUEIROZ, 2007).

Para saber quais são problemas encontrados por idosos e como estes são enfrentados, um estudo foi realizado com 30 idosos e 20 informantes-chave de uma comunidade de Bambuí-MG (UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002, p.32).

São poucos os estudos encontrados na literatura que avaliaram as atitudes das crianças em relação à velhice. As pesquisas internacionais datam da década de 70, enquanto que no Brasil estes estudos são mais recentes.

Pesquisas com crianças são importantes, já que muitas atitudes significativas são formadas muito cedo na vida e podem persistir. Outro fator que deve ser considerado é a capacidade da criança determinar as diferenças etárias e saber se uma pessoa é velha ou não. A idade em que esta discriminação etária ocorre não é algo consensual, alguns falam em cinco anos de idade, outros em oito ou nove anos (BURKE, 1981-82).

Um estudo realizou uma pequena revisão de textos publicados sobre atitudes e percepções de crianças sobre idosos. Foi constatado que as crianças tendem a ter uma visão negativa dos idosos, assimilando-os a feiúra, solidão, chatice, inatividade e até a maldade. Mas há também indícios de que as crianças possam ter atitudes mistas de sentimentos positivos de afeto e atitudes estereotipadas. Houve também proposições sobre relação positiva entre o contato com os avós e atitudes positivas em relação à velhice (BURKE, 1981-82).

Após esta revisão, Burke (1981-82) conduziu uma investigação com 102 crianças americanas de quatro a oito anos e procurou identificar suas atitudes e percepções sobre a velhice utilizando painéis com fotos de pessoas de variadas idades. As crianças tiveram de em média 80% de discriminação etária, ou seja, conseguiram identificar se uma

peessoa no painel era adulto jovem ou idoso através das fotos. As crianças que conseguiram discriminar a idade tinham em média entre seis e sete anos. A visão sobre o envelhecimento foi mista, mas refletiu em muitos aspectos a sociedade adulta.

Outro estudo buscou identificar atitudes de crianças sobre o envelhecimento usando a técnica do “complete a sentença”. Foram entrevistadas 2476 crianças de escolas primárias que completaram sentenças relacionadas ao envelhecimento no geral e ao próprio envelhecimento. As crianças avaliaram sua própria velhice como mais positiva do que a dos avós/pais e quando vão descrever um idoso focam nas características e mudanças nas habilidades físicas (LICHTENSTEIN et al., 2003).

Estudos com o mesmo foco utilizando escalas de avaliação são antigos no cenário internacional. A escala mais utilizada citada na literatura é a Children’s Attitudes Toward the Elderly (CATE) (JANTZ; SEEFELDT; SEROCK, 1979 apud TODARO, 2008). Ela é usada com crianças de 3 a 12 anos e possui quatro subtestes, sendo um deles uma escala diferencial semântica com 10 pares de adjetivos bipolares e seis níveis de intensidade (MIDDLECAMP; GROSS, 2002). Além desta escala, existem outras utilizadas internacionalmente com crianças.

Newman, Faux & Larimer (1997) buscaram a percepção de 71 crianças da 4ª e 5ª série sobre envelhecimento e idosos, através do Children’s Views on Aging (CVOA), questionário com quatro seções, sendo que uma delas contém uma escala diferencial semântica com 12 pares de adjetivos bipolares. Neste estudo foi realizado um pré-teste, uma intervenção através de um programa que semanalmente leva idosos à sala de aula e um pós-teste, utilizando o mesmo instrumento. No geral, as respostas foram mais positivas após o contato com os idosos, e mais crianças disseram que gostariam de ter um idoso em sala de aula.

Outra investigação utilizou uma escala diferencial semântica com 17 pares de adjetivos bipolares para avaliar a eficácia de um programa intergeracional americano entre idosos e crianças da 4ª série. Os grupos cresceram e aprenderam a entender o outro, as crianças passaram a avaliar os idosos como cheios de vida e interessantes, não somente pessoas com rugas e cabelos brancos (LYNOTT; MEROLA, 2007).

Na Colômbia, um estudo foi conduzido com 145 crianças da 3ª à 5ª série, com o objetivo de descrever e analisar suas atitudes em relação aos idosos quando conviviam e quando não conviviam com eles. Foi utilizada uma escala diferencial semântica com 32 itens e cinco níveis de intensidade (HERRERA, 2000).

No Brasil, Todaro (2008) optou por elaborar uma escala nos moldes do diferencial semântico, baseada na escala inicial de Neri (1991) e adaptá-la para crianças em idade escolar. A intenção foi avaliar atitudes de crianças em relação à velhice, aplicar um programa de intervenção educacional e após este avaliar novamente as atitudes, com o mesmo instrumento, verificando se o programa foi eficaz.

Para adaptar a escala às crianças, foi realizado um levantamento de significados de ser idoso junto às crianças de 1ª à 4ª série. Partindo destes resultados foi elaborada uma escala piloto, aplicada à 100 crianças para testar a compreensibilidade das mesmas em relação aos atributos da escala piloto. Feito isto, a escala foi novamente reformulada e passou pela análise de duas lingüistas e pela apreciação de crianças para adequação dos termos utilizados e então foi feita a versão final, denominada Escala Todaro para Avaliação de Atitudes de Crianças em Relação a Idosos. A consistência interna da escala foi testada e considerada satisfatória.

A versão final da escala consta de 14 itens bipolares a serem respondidos pelas crianças em que elas devem escolher a melhor alternativa para “Os idosos são:”. Cada item contém duas palavras opostas e a criança deve escolher entre estas ou permanecer no meio das alternativas, ou seja, são três níveis de intensidade (TODARO, 2008). Os itens são divididos nos quatro domínios utilizados por Neri (1991): cognição, agência, relacionamento social e persona, citados anteriormente.

A importância de se avaliar atitudes de crianças em relação à velhice está no fato de que se as pessoas sustentarem a imagem da velhice associada ao declínio, isso terá consequências para toda a população e não só para os idosos (VELOZ, NASCIMENTO-SCHULZE, CAMARGO; 1999).

Na sociedade atual há uma valorização da juventude, mas “recentemente, elas [as pessoas idosas] têm visto, no entanto, algumas mudanças nas atitudes com respeito ao envelhecimento (p.147)” e uma luta crescente e constante contra o preconceito em relação aos idosos (GIDDENS, 2005).

A educação é um instrumento importante na tentativa de modificar, melhorar as atitudes em relação à velhice e aumentar o contato com idosos. A formação de recursos humanos qualificados e a qualidade do conhecimento sobre velhice colocado à disposição dos leigos também são fatores a serem pensados (NERI, 2006).

De acordo com Zimerman (2000) o segredo para que mudanças de atitudes sejam efetivas está na sensibilização da família em relação ao respeito, comunicação e afeto.

A enfermagem possui importante papel na construção de uma estrutura de apoio ao idoso, e para isso precisa conhecer sua realidade (AGUIAR, 2007).

Diante disso, “o cuidado intergeracional ao idoso leva a enfermagem a pensar a respeito da necessidade do conhecimento das particularidades culturais do ser cuidado, do grupo, da sociedade em que os indivíduos estão inseridos” (FLORES, 2008, p.36).

1.4. As crianças e a demência

Com o envelhecimento da população mundial, verifica-se que além da transição demográfica ocorre uma mudança no perfil epidemiológico da população, a chamada transição epidemiológica. Nota-se que as doenças infecto-contagiosas que antigamente intrigaram a população por sua alta prevalência e transmissibilidade estão dando espaço às doenças crônicas não transmissíveis.

Dados apontam que entre os idosos, 80% apresentam pelo menos uma enfermidade crônica (NEGRI et al., 2004). Segundo Ramos (2005), um dos maiores desafios do século XXI para o Brasil será o de cuidar de uma ampla população de idosos, com baixo nível educacional e socioeconômico e que apresenta alta taxa de doenças crônicas e incapacitantes.

Entre estas doenças crônicas, existem muitas que afetam a cognição dos idosos em suas diferentes esferas. A memória é uma das funções que mais preocupa os pesquisadores, por afetar de maneira importante o dia-a-dia do indivíduo.

O envelhecimento fisiológico engloba diminuição gradual nas funções cognitivas sendo que as perdas de memória são as mais percebidas. Esta diminuição tem início e progressão variáveis, dependendo da educação, saúde, personalidade entre outros aspectos. O fato de se preservar o envelhecimento bem sucedido e sem perdas requer uma avaliação e antecipação de risco de declínio cognitivo (CANINEU; STELLA; SAMARA, 2006).

Cognição é um “conceito global que permite ao indivíduo a manutenção de sua capacidade de resolver os problemas do cotidiano”. Para que uma pessoa execute suas atividades do dia-a-dia as funções cognitivas devem funcionar em integração e harmonia. Entre estas funções podem ser citadas a memória, linguagem, função executiva, percepção (gnosia), praxia e função visuo espacial. Cada uma destas funções está localizada em determinadas regiões cerebrais (MORAES; LANNA, 2008, p.85).

As funções cognitivas normalmente não são afetadas pelo envelhecimento fisiológico, o que acontece é uma lentificação global destas, mas que não afeta o dia-a-dia do

idoso. Dados apontam que a cognição tende a se manter preservada em 70% dos idosos (BOTTINO; LAKS; BLAY, 2006; MORAES; LANNA, 2008). O que acontece quando a cognição é afetada patologicamente, é a incapacidade cognitiva que “é a perda de habilidades cognitivas essenciais para uma vida independente” (MORAES; LANNA, 2008, p.86).

Os estudos envolvendo o comprometimento cognitivo estão crescendo e são importantes, pois através deles pode ser possível no futuro prevenir ou tratar algumas doenças crônicas que hoje afetam a população. “A importância do estudo do comprometimento cognitivo em idosos decorre de diversos estudos de seguimento, que tem indicado sujeitos que possuem risco aumentado de desenvolver demência no futuro, o que permitiria estabelecer estratégias de prevenção de demência ou tratamentos mais efetivos para a doença” (VENTURA; BOTTINO, 2007, p.306).

Entre as doenças crônicas que afetam a cognição, que mais acometem os idosos e que ainda conta com pouca informação epidemiológica, está a demência (SCAZUFCA et al., 2002).

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 (1993), demência pode ser definida como uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais e sintomas, caracterizada por desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação nas funções executivas), associado ao declínio de memória, o que interfere no funcionamento das capacidades funcionais e sociais. Estudos realizados em países desenvolvidos sobre a prevalência de demência mostram que a mesma dobra a cada cinco anos de aumento de idade, crescendo de 3% aos 70 anos para 20-30% aos 85 anos (FORLENZA; CARAMELLI, 2000; MACHADO, 2002; SCAZUFCA et al., 2002).

Existem vários tipos de demência, entre elas a Doença de Alzheimer (DA), demência frontotemporal, demência por corpos de Lewy, entre outros.

O estudo Delphi publicado em 2005 e guiado por publicações de revisões sistemáticas de estudos publicados sobre prevalência de demência foi desenvolvido na tentativa de determinar a prevalência de demência no mundo. Segundo este estudo são estimados 4,6 milhões de novos casos por ano, sendo um a cada sete segundos. O número de pessoas com demência vai dobrar a cada 20 anos, passando de 42,3 milhões em 2020 para 81,1 milhões em 2040. Na China e outros países desenvolvidos vizinhos está a mais alta prevalência da doença, atingindo seis milhões de pessoas, seguida pela Europa Ocidental com 4,9 milhões e América no Norte com 3,4 milhões. Apesar dos países desenvolvidos ainda sustentarem a maior prevalência a doença quando analisados individualmente, em 2001, 60,1% de todas as pessoas com demência viviam em países em desenvolvimento, número que

já aumentou e deve aumentar ainda mais nos próximos anos (FERRI et al., 2005). Este é um fato que deve atentar a todos os brasileiros, já que a prevalência da doença no nosso país cresce a cada dia.

Devido à perda de habilidades, o idoso com síndrome demencial costuma apresentar progressivo aumento em sua dependência. Dependência é definida como incapacidade da pessoa funcionar normalmente e sem necessitar de ajuda. Ela pode ocorrer devido a limitações físico-funcionais, cognitivas ou ambas (NERI, 2008).

Com estas possíveis limitações funcionais e a dependência que a demência pode causar, os idosos demandam cuidados cada vez maiores, que vão desde a realização de simples tarefas até as mais complexas.

Porém a demência é uma fase avançada de déficit cognitivo, pois só pode ser diagnosticada quando o indivíduo apresentar prejuízo em mais de uma função. O déficit cognitivo que não se caracteriza por demência também tem se mostrado com importante prevalência na população idosa.

Existem pessoas demenciadas, não demenciadas e as que não podem ser caracterizadas em nenhum grupo, e possuem prejuízo cognitivo, porém não apresentam demência. “As alterações cognitivas que não se caracterizam como demência são comuns entre os idosos, adquirindo significância clínica apenas quando acarretam prejuízo no desempenho das atividades diárias do indivíduo” (CANINEU; STELLA; SAMARA, 2006, p.252).

Muitas terminologias têm sido usadas para descrever estas alterações, entre elas Alteração Cognitiva Leve, Transtorno Cognitivo Leve, Comprometimento Cognitivo Leve, Alteração de memória associada à idade, entre outras. As mais usadas são Transtorno Cognitivo Leve (TCL) ou Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) (CANINEU; STELLA; SAMARA, 2006) que seriam a transição entre a cognição normal do envelhecimento e a demência leve. Pode ser designado a pessoas que apresentam algum déficit cognitivo, mas que não preenchem os critérios diagnósticos para demência. Sua prevalência varia bastante (de 18,5% a 38,4% de acordo com alguns estudos) e depende dos critérios utilizados para avaliação. Há também uma estimativa de que 10% a 15% das pessoas diagnosticadas como CCL podem converter para demência ou DA, sendo um fator de risco para a mesma. Os critérios diagnósticos propostos são queixa de memória, déficit de memória quando comparado a idosos normais, ausência de dificuldade para realização as atividades básicas e instrumentais de vida diária, funcionamento intelectual geral normal, ausência de demência, mas com risco de desenvolvê-la. (BOTTINO; LAKS; BLAY, 2006).

Para poder quantificar este déficit cognitivo, existem hoje, no mundo, muitos instrumentos desenvolvidos para este fim. A escolha dos instrumentos depende do tipo de paciente que se está avaliando (clínica ou comunidade), das queixas apresentadas pelo mesmo, dos recursos e tempo disponíveis para aplicação, entre outros fatores.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um dos instrumentos mais usados no mundo para rastreamento de déficit cognitivo. Foi elaborado para estimar quantitativamente o prejuízo cognitivo dos pacientes, mas hoje também tem sido utilizado para classificar a demência, acompanhar tratamento, etc. É utilizado também em muitos estudos como sendo a primeira etapa de rastreamento para o diagnóstico de demência (BOTTINO; LAKS; BLAY, 2006).

É um instrumento de triagem cognitiva em que cada item avalia alguma função específica, sendo uma avaliação cognitiva muito útil se associado a um exame clínico adequado, já que o prejuízo cognitivo apresentado pode ser causado por variadas doenças. Sua grande vantagem é a avaliação de queixas de distúrbio cognitivo (VENTURA; BOTTINO, 2007; MORAES; LANNA, 2008).

Ele foi desenvolvido por Folstein e Mchugh (1975) e sinaliza se é provável que haja alguma alteração cognitiva e em que área ocorre. Envolve categorias de respostas verbais e não verbais, medindo os seguintes aspectos: orientação espaço-temporal, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem (nomeação, repetição, compreensão e praxia, leitura e praxia e escrita) e capacidade visuo-construtiva. Apesar de não ter sido desenvolvido somente para ser aplicado em idosos, ele é muito usado nesta população, como no presente estudo.

Porém, apesar de muito usado, o instrumento apresenta diferentes formas de uso. Há versões de 30 e de 35 questões, que diferem em relação ao modo como estas são aplicadas e às notas de corte. Foi validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994). Em 2003, Brucki et al. (2003) sugeriram mudanças que compreendem a substituição do “semestre” pela “hora aproximada”, o “nome do hospital” e “andar” por “local geral” e “local específico” e o “bairro” pelo nome de uma “rua próxima”, pois estas se mostraram muito úteis em estudos tanto hospitalares e ambulatoriais quanto os populacionais.

O consenso de neurologia propõe a utilização do MEEM composto por 12 itens, com pontuação máxima de 30 pontos. A nota de corte, pontuação que indica provável presença de alterações cognitivas, varia de acordo com o nível de escolaridade dos indivíduos (TOMBAUGHT; MCINTYRE, 1992). O analfabetismo e a baixa escolaridade, na avaliação

neuropsicológica das demências, mostram que idosos normais e com baixa escolaridade podem erroneamente ser classificados como pessoas com alterações cognitivas.

Mas como as crianças se relacionam com a demência e as alterações cognitivas?

Os idosos estão vivendo cada vez mais em famílias multigeracionais. A idade é um dos fatores de risco para demência, fazendo com que muitos avós e bisavós tenham chance de possuírem esta doença, o que pode significar milhões de netos e bisnetos afetados indiretamente por ela. Os próprios cuidadores dos idosos demenciados não sabem o que é a doença e usam a negação para tentar cuidar melhor (NORMAN et al., 2004). Pouco se sabe sobre o efeito da doença nas crianças e adolescentes, já que estudos anteriores foram desenvolvidos com cuidadores adultos (SCOTT, 1989; WINTERS, 2003; FUH; WANG; JUANG, 2005).

Testemunhar um crescente esquecimento, confusão e agitação de uma pessoa com demência já é difícil para um adulto, agora imagine imaginar como uma criança vê estes comportamentos. Os sentimentos envolvidos na percepção da criança sobre esta síndrome podem variar muito, o que depende da relação e do envolvimento emocional que possui com o doente, além do local em que moram (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997; WINTERS, 2003).

Se moram na mesma casa e se for da mesma família a rotina da criança pode ser modificada. Inveja, ressentimento, tristeza e medo podem ser comumente apresentados pelas crianças. Podem ainda se sentir bravos ou frustrados por ter que repetir as mesmas coisas, preocupados com a chance de os pais poderem ter a doença e envergonhados, chegando até a não convidarem outras crianças para visitar sua casa. Além disso, podem expressar dor física, ter desempenho ruim na escola e ficar mais tempo fora de casa (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997; WINTERS, 2003).

Outros sentimentos que podem ser apresentados pelas crianças nesta situação são curiosidade (como a doença foi adquirida), confusão (em relação às atitudes da pessoa doente), culpa, ciúmes e insegurança (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997).

Também pode ser solicitado que a criança ajude no cuidado do doente ou nas tarefas domésticas, o que pode ser importante para aumentar a proximidade entre os dois e para a criança se sentir útil. Algumas atividades possíveis de ser realizadas são: cozinhar, passear na vizinhança, jogar, colorir ou pintar desenhos, piqueniques, assistir televisão, escutar e cantar músicas antigas e ver álbuns de fotos e vídeos da família, que podem ser confeccionados pelas próprias crianças. A atividade deve ser benéfica e prazerosa para ambos,

além de supervisionada quando necessário (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997; WINTERS, 2003).

É difícil interpretar o sentimento das crianças. Os pais podem não perceberem que estes sentimentos são em decorrência da DA do familiar. Para que isso não ocorra os pais devem encorajar a criança a questionar e expressar seus sentimentos. É importante que os pais e adultos respondam aos mesmos e sejam honestos inclusive preparando a criança para as piores. Os pais devem informar na escola sobre o que a criança está passando (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997; WINTERS, 2003).

É importante lembrar a criança que a pessoa doente continua a amá-la, encorajando-a a beijar, abraçar e segurar as mãos. A criança pode ser alertada de que o idoso não se sente seguro estando sozinho, e que é necessário companheirismo e ajuda (WINTERS, 2003).

Apesar de muitas crianças já estarem convivendo com idosos com a síndrome demencial, a maioria das crianças não possui parentes com demência, o que pode colaborar para o não conhecimento das mesmas sobre a síndrome. Porém, como a síndrome e o número de idosos crescem muito a cada dia, a chance de elas se depararem com a mesma no futuro é grande.

A visão das crianças sobre envelhecimento e demência ainda é pouco explorada, como se pode ver em estudos da literatura nacional e internacional. São poucas as pesquisas que abordam as atitudes de crianças em relação à velhice e não foi encontrado nenhum trabalho no Brasil que buscou o conhecimento de crianças em relação à demência.

Diante do envelhecimento da população, da maior convivência de crianças com idosos, da importância da avaliação da atitude de crianças em relação a idosos e de seu conhecimento sobre demência com o intuito de planejar ações visando melhorias na educação das crianças para que tenham um bom relacionamento com idosos e possam se preparar para alcançarem uma velhice mais saudável no futuro, buscou-se avaliar atitudes de crianças que moram com idosos em relação à velhice e verificar seu conhecimento sobre a demência.



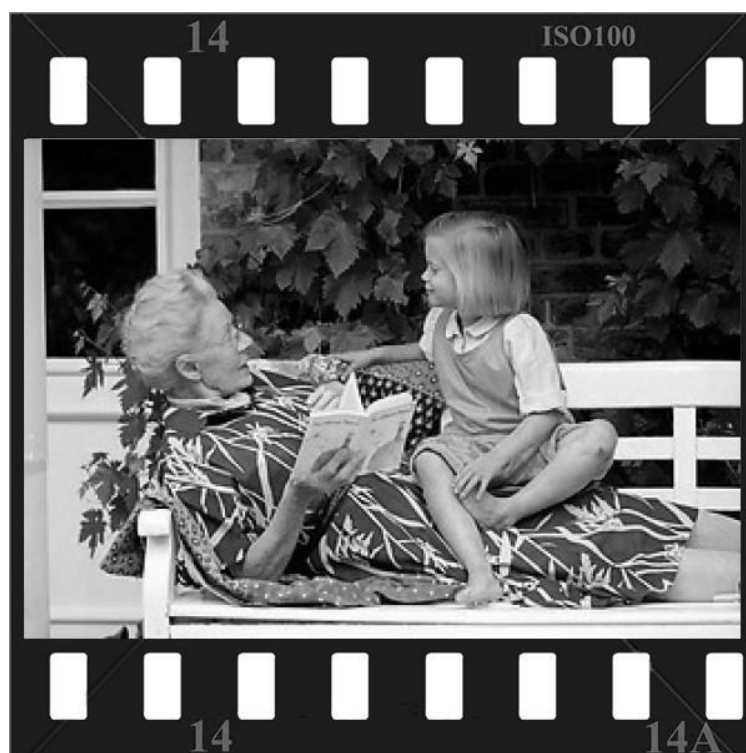
2. OBJETIVO

2. OBJETIVO

Avaliar a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas e verificar a percepção das mesmas sobre a demência.

2.1. Objetivos específicos

- Caracterizar idosos que moram com crianças quanto às condições sociodemográficas.
- Avaliar a cognição de idosos que moram com crianças.
- Caracterizar as crianças quanto às condições sociodemográficas.
- Avaliar a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos.
- Comparar a atitude em relação à velhice entre as crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas.
- Verificar se as crianças já ouviram falar ou sabem o que é demência/Doença de Alzheimer.



3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de metodologia quantitativa-qualitativa.

3.1. Caracterização do local do estudo

Foi realizado no município de São Carlos-SP, conhecido como “Capital da Alta Tecnologia”. Este município situa-se na região central do estado de São Paulo e foi fundado em 1857. Compreende uma grande diversidade nos setores industrial, educacional e da agricultura e tem se destacado como sendo uma das cidades da região com população em crescimento mais acelerado nos últimos cinco anos, em torno de 9,24%.

Segundo o censo de 2000 este município tinha uma população de 192.998 habitantes, 11% dos quais apresentavam 60 anos ou mais. Já de acordo com o censo de 2010, a população era de 221.936 habitantes, sendo que o percentual de idosos ainda não havia sido divulgado (IBGE, 2000/2010).

A cidade conta atualmente com 15 equipes de Saúde da Família, distribuídas estrategicamente em diversas áreas da cidade.

3.2. Participantes

Foram sujeitos desta pesquisa crianças (N=54) de sete a dez anos completos no momento da entrevista, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF); e o idoso (N=46) que morava com a criança na mesma casa.

Os critérios de inclusão das crianças foram: ter entre sete e dez anos, morar com um idoso (com idade maior ou igual a 60 anos) na mesma casa, residir em uma área coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) em uma das Unidades selecionadas e seu responsável consentir sua participação na pesquisa. Já os critérios de inclusão dos idosos foram: ter mais que 60 anos, morar com a criança selecionada e aceitar participar da pesquisa.

Ressalta-se que foram selecionadas crianças desta faixa etária (sete a dez anos), pois a escala utilizada apresentou boa consistência interna em estudo anterior (TODARO, 2008), quando aplicada em crianças com estas características.

Foram excluídas as crianças que não se encontraram nas suas casas após duas visitas em períodos alternados, as que já tinham se mudado da residência ou sua casa não pertencia mais à área de cobertura do PSF e também no caso de falecimento do idoso.

No intuito de respeitar as diferenças sociais das crianças a serem entrevistadas, optou-se por selecionar USF que fossem localizadas em diferentes áreas de vulnerabilidade social.

Para medir esta vulnerabilidade foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), criado pela fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). O IPVS permite à população e aos gestores uma visão detalhada das condições de vida da sua cidade, podendo identificar as áreas que estão mais vulneráveis à pobreza e as que não estão.

Ele se baseia nos pressupostos de que múltiplas dimensões de pobreza devem ser consideradas quando se avalia a vulnerabilidade social e que a segregação espacial é um fato que ocorre nas cidades, dividindo assim a avaliação dos municípios por áreas de acordo com o grau de vulnerabilidade da população residente.

O indicador resultante do grau de vulnerabilidade social de uma determinada região advém da combinação das dimensões socioeconômica e demográfica. A primeira compreende a renda apropriada pelas famílias e o poder de geração da mesma pelos membros, a segunda se relaciona ao ciclo de vida familiar, como pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 1 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. SEADE, 2000.

Grupo	Dimensões		IPVS
	Socioeconômica	Ciclo de vida familiar	
1	Muito alta	Famílias jovens, adultas ou idosas	Nenhuma vulnerabilidade
2	Média ou alta	Famílias idosas	Vulnerabilidade muito baixa
3	Alta	Famílias jovens e adultas	Vulnerabilidade baixa
	Média	Famílias adultas	
4	Média	Famílias jovens	Vulnerabilidade média
5	Baixa	Famílias adultas e idosas	Vulnerabilidade alta
6	Baixa	Famílias jovens	Vulnerabilidade muito alta

Fonte: Fundação SEADE (2000).

Os seis grupos que constituem o IPVS são apresentados detalhadamente a seguir (SEADE, 2000, p.3):

- **“Grupo 1 – Nenhuma vulnerabilidade:** engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muito alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e de moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.
- **Grupo 2 – Vulnerabilidade Muito Baixa:** abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

- **Grupo 3 – Vulnerabilidade Baixa:** formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.
- **Grupo 4 – Vulnerabilidade Média:** composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.
- **Grupo 5 – Vulnerabilidade Alta:** engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.
- **Grupo 6 – Vulnerabilidade Muito Alta:** o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza” (SEADE, 2000, p.3).

A cidade de São Carlos, de acordo com a última classificação do IPVS, possuía a maioria da população pertencente ao grupo 2 (36,3%), seguida pelo grupo 3 (24,8%) e pelo grupo 4 (17,5%). Os grupos classificados como de maior vulnerabilidade tiveram 12,6% da população, sendo 8,4% no grupo 5 e 4,2% no grupo 6. Em relação ao grupo 1, se classificava 8,7% da população, porém, nas áreas que abrangem esta população, não há uma USF, portanto, a classificação 1 do IPVS não fez parte do presente trabalho (SEADE, 2000).

Foi selecionada uma USF pertencente a cada grupo de vulnerabilidade social, sendo assim distribuídas:

Tabela 2 - Relação das USF selecionadas para cada classificação do IPVS. São Carlos, 2010.

IPVS	USF
1 – Nenhuma vulnerabilidade	-
2- Muito baixa vulnerabilidade	Jardim São Carlos
3 – Baixa vulnerabilidade	Jardim Munique
4 – Média vulnerabilidade	Jockey Clube/ Guanabara
5 – Alta vulnerabilidade	Jardim Gonzaga
6 – Muito alta vulnerabilidade	Antenor Garcia

Quando havia mais de uma USF classificada como sendo do mesmo grupo de vulnerabilidade social foi escolhida somente uma USF, aleatoriamente. No grupo 4 (Média vulnerabilidade), na USF escolhida, havia duas equipes de saúde da família atendendo no mesmo espaço físico e por este motivo as duas foram incluídas no estudo.

Vale ressaltar que em cada bairro selecionado havia somente uma USF.

Feita a seleção das cinco USF que iriam compor o estudo, partiu-se para a seleção dos sujeitos. Os sujeitos foram selecionados de dois bancos de dados diferentes:

Banco de dados I: sediado na Universidade, contém entrevistas feitas em um projeto anterior (Tecnologia de Cuidado para Idosos com Alterações Cognitivas) com todos os idosos cadastrados em USF nos anos de 2007 e 2008 na cidade de São Carlos. Neste projeto, financiado pela FINEP, era preenchida a ficha A (ficha de cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) da família do idoso, que compreende todas as pessoas que moram na casa do idoso e suas respectivas data de nascimento e sexo, entre outros dados. Os instrumentos preenchidos com estes dados e que pertenciam às USF selecionadas foram analisados um a um pela pesquisadora do presente trabalho, a fim de encontrar casas que, de acordo com a data de nascimento, possuísem crianças que se enquadravam nos critérios de inclusão. Feita esta busca inicial foram encontradas 45 crianças que se encaixavam nas características supracitadas e moravam nas áreas cobertas pelas USF selecionadas.

Banco de dados II: sediado em cada USF selecionada, foi feita uma busca nas fichas A de cadastro, preenchidas pelo ACS no cadastramento das famílias. Todas as crianças cadastradas na USF e com as características desejadas foram incluídas. Nesta busca foram encontradas 58 crianças.

Após a busca nos bancos de dados, as casas das crianças selecionadas foram visitadas e após retirar da amostra as crianças de acordo com os critérios de exclusão, foi definida a amostra final, composta por 54 crianças.

O fluxograma que representa a definição da amostra pode ser visto na Figura abaixo:

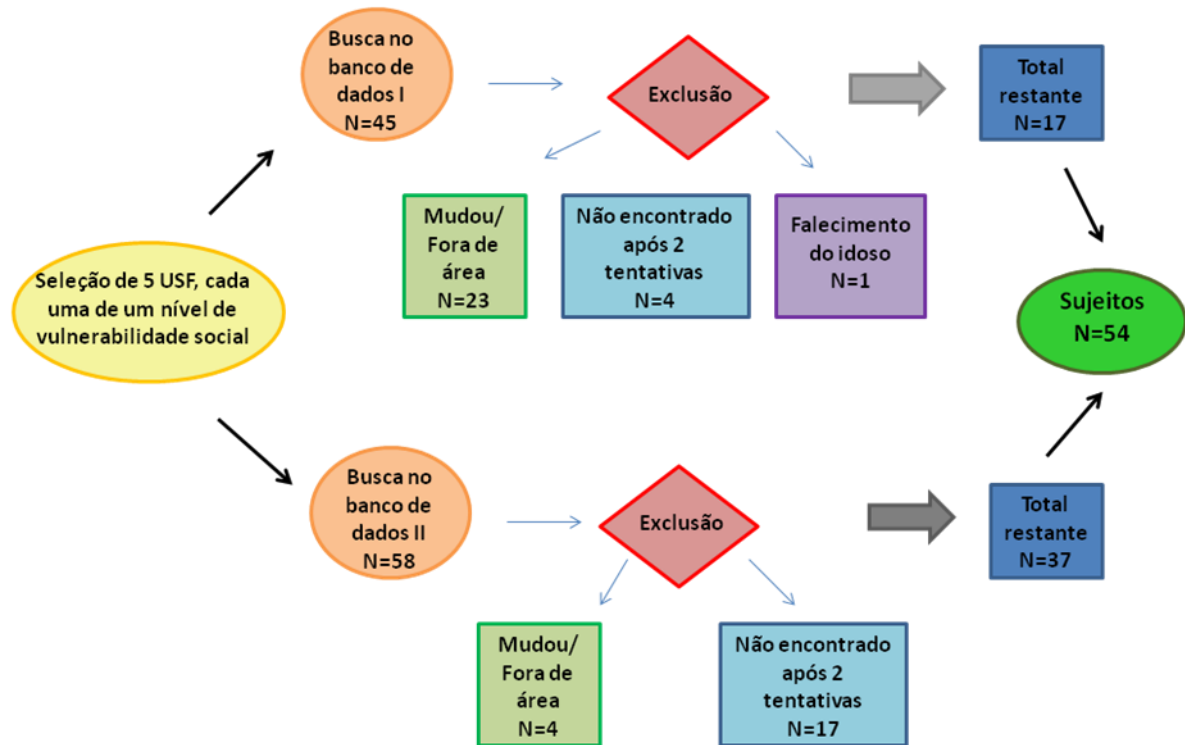


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos sujeitos. São Carlos, 2010.

Percorridas estas etapas, foram entrevistadas todas as 54 crianças, de sete a dez anos, que moravam com idosos na mesma casa e em diferentes áreas de vulnerabilidade social. O número de idosos entrevistados foi 46, já que foi entrevistado somente um idoso por casa e tinham casas com mais de uma criança.

As crianças foram então divididas em dois grupos. Para alocação das crianças nestes dois grupos, foi aplicado o MEEM no idoso que morava com a criança. O grupo 1 foi constituído por crianças que moram com idosos que possuem alterações cognitivas de acordo com o MEEM (resultado abaixo da nota de corte segundo o grau de escolaridade) e o grupo 2 por crianças que moram com idosos sem alterações cognitivas de acordo com o MEEM (nota acima da nota de corte).

3.3. Procedimentos éticos

Todos os cuidados éticos que regem pesquisas com seres humanos foram observados, segundo a Resolução 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Parecer nº 486/2008 – ANEXO A).

A coleta de dados teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido pelos responsáveis das crianças (APÊNDICE A) e pelos idosos. Nos idosos foi utilizado um Termo de Consentimento já aprovado no projeto

“Tecnologia de cuidado para idosos com alterações cognitivas”, do qual também foram usados dados do banco de dados. A aprovação do referido projeto bem como o Termo de Consentimento estão podem ser conferidas no ANEXO B e APÊNDICE B, respectivamente.

Segundo o Estatuto do Idoso, cap. IV, art. 16 “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante”. Devido a isto foi proporcionado aos idosos que moravam com as crianças e que foram entrevistados, a opção de escolha de realização da entrevista na presença ou não do acompanhante, da maneira que fosse mais confortável ao idoso (BRASIL, 2006, p.15).

Para as entrevistas com as crianças, era necessária a autorização do pai ou responsável pela criança. Este era convidado a permanecer no local da entrevista caso desejasse. Tanto para os acompanhantes dos idosos quanto para os das crianças era solicitado que o mesmo não interferisse nas respostas do sujeito.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas em formato mp3, transferidas ao computador e transcritas na íntegra. Os nomes dos sujeitos foram substituídos por números e quando houve a citação de algum nome na fala da criança, o mesmo foi substituído por outro nome.

Quando forem relatadas as entrevistas, será citado o número da entrevista, as iniciais e idade da criança entre chaves, após a transcrição da fala da mesma, seguindo o exemplo: [21-BML-10anos]. Salienta-se que as entrevistas estão numeradas do número 1 ao 54, ordem em que as mesmas foram realizadas. As crianças identificadas como sendo das entrevistas 20 e 42 não aparecem em nenhum exemplo, pois foram duas crianças que desejaram responder somente à escala e não à entrevista semi-estruturada.

3.4. Procedimento para coleta de dados

Os sujeitos foram selecionados de acordo com as etapas citadas acima.

As casas das crianças que moravam com idosos foram visitadas pela pesquisadora, que foi acompanhada pelos agentes comunitários de saúde das USF. As entrevistas foram domiciliares e previamente agendadas de acordo com disponibilidade da criança, de seus pais ou responsáveis e dos idosos que moravam com as mesmas.

A coleta ocorreu do dia 30 de junho de 2009 ao dia 13 de agosto de 2009 e compreendeu duas partes, realizadas sempre no mesmo dia, uma após a outra. O instrumento completo de coleta de dados pode ser conferido no APÊNDICE C.

3.4.1. Parte I – Entrevista com o idoso

- Aplicação de questionário sociodemográfico contendo nome, sexo, idade, escolaridade, religião, cor e plano de saúde.

- Aplicação do MEEM para posterior divisão das crianças nos grupos 1 e 2.

Quando havia mais de um idoso que residia na casa era entrevistado aquele que tivesse presente ou aquele que tivesse maior disponibilidade em responder às questões no momento da entrevista. Quando havia mais de uma criança na casa, o idoso era entrevistado uma única vez, e todas as crianças respondiam às questões, o que explica um número maior de crianças do que idosos entrevistados. No caso de mais de uma criança na mesma casa, cada entrevista era feita separadamente.

3.4.2. Parte II – Entrevista com a criança

- Caracterização socioemográfica das crianças contendo nome, endereço, USF de referência, sexo, idade, escolaridade, tipo de escola (pública ou particular), renda familiar, número de pessoas na casa, religião, cor, plano de saúde, sexo e grau de parentesco do idoso que mora com ela e há quanto tempo mora com o idoso. Além disso, foram coletados dados de convivência da criança com o idoso.

- Sensibilização das crianças em relação ao objeto que elas iriam avaliar, ou seja, em relação à velhice, e também de estabelecimento de contato com as mesmas. Para isso foi feita uma questão inicial: Você sabe o que é idoso? Caso a criança soubesse responder era solicitado a ela que respondesse e se fosse necessário a pesquisadora corrigia algo. Caso não soubesse responder, o conceito era explicado a ela.

- Aplicação da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para Crianças.
- Realização de entrevista semi-estruturada para verificar o conhecimento sobre demência. Além da demência, optou-se por questionar também a respeito da Doença de Alzheimer (DA), por ser o principal tipo e também por ser um termo mais popular do que demência, o que poderia aumentar as chances de alguma criança saber algo sobre.

A entrevista com as crianças aconteceu de maneira informal e quando estava sendo gravada, tentou-se ao máximo minimizar o impacto causado pela presença do gravador. Entrevistas com crianças já foram consideradas não científicas e não válidas, mas gradualmente passou-se a aceitar a entrevista, observação e outros métodos com a participação de crianças (MOREIRA; RABINOVICH; SILVA, 2009). “A entrevista com crianças é uma técnica ainda relativamente pouco explorada na literatura, inclusive porque,

usualmente, pensa-se a criança como incapaz de falar sobre suas próprias preferências, concepções ou avaliações” (CARVALHO et al., 2004, p.291-2).

Pode ser utilizada para se obter dados sobre fenômenos pouco susceptíveis de serem observados diretamente por serem afetados pela presença do pesquisador ou quando se deseja investigar percepções ou concepções da própria criança (CARVALHO et al., 2004).

Nos estudos citados no artigo de Carvalho et al. (2004) as crianças, em sua maioria, tiveram disponibilidade e receptividade para conversar e serem entrevistadas. Fatores que podem afetar esta boa relação são a familiaridade pesquisador-criança e diferenças culturais.

Cabe destacar que “a criança nesta faixa etária [sete a onze anos] adquire a capacidade de pensar de forma lógica. Lógica esta que vai se tornando cada vez mais sofisticada na medida em que a criança se aproxima da adolescência”. Porém, este aprimoramento da lógica só ocorre se o meio oferecer condições, tanto na escola quanto em casa. Com isso, a criança passa a compreender melhor o pensamento do outro e a compreender coisas que estão além dos textos, como conteúdos morais, entrelinhas, mentiras, estratégias etc. (BOSSA; OLIVEIRA, 1997, p.11).

3.5. Instrumentos

3.5.1. Ficha de caracterização sócio demográfica dos idosos

Os idosos foram caracterizados quanto ao nome, sexo, idade, escolaridade, religião, cor, e plano de saúde.

3.5.2. Mini Exame do Estado Mental

O instrumento foi incluído no questionário aplicado com o idoso, para rastrear possíveis casos de alteração cognitiva. Após aplicação do MEEM era anotado em que grupo o idoso se encaixava, 1 (com alterações cognitivas) ou 2 (sem alterações cognitivas).

Seguindo recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, a fim de facilitar a comparação de resultados e seguir as recomendações de um grupo com grande reconhecimento levou-se em consideração o fato do MEEM ser um instrumento de rastreio e a recomendação da utilização de escores de corte mais elevado entre a média dos escores (NITRINI et al.,2005). As notas de corte utilizadas foram as seguintes:

Tabela 3 - Notas de corte do MEEM de acordo com a escolaridade do idoso. São Carlos, 2010.

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade	21 pontos
4 a 7 anos de escolaridade	24 pontos
8 anos ou mais	26 pontos
Pontuação máxima	30 pontos

3.5.3. Ficha de caracterização sócio demográfica das crianças

As crianças foram caracterizadas quanto ao nome, endereço, USF de referência, sexo, idade, escolaridade, tipo de escola (pública ou particular), renda familiar, número de pessoas na casa, religião, cor, plano de saúde, sexo e grau de parentesco do idoso que mora com ela e há quanto tempo mora com o idoso.

Além disso, foram coletados dados de convivência com o idoso. As crianças eram questionadas se o idoso realizava ou não as seguintes atividades: brincar, passear, contar histórias, conversar, ensinar, dar presentes, deixar fazer as coisas e levar à escola. As sete primeiras atividades foram retiradas da tese de Todaro (2008), em que eram coletados dados da convivência de crianças com idosos utilizando estes sete itens. O último item (levar à escola) foi incluído nas atividades por se considerar uma atividade importante e que poderia ser realizada com frequência por idosos que moram com crianças. Também era questionado se havia alguma outra atividade realizada não citada e a mesma era anotada (resposta livre).

3.5.4. Escala Todaro de Atitudes em Relação à Velhice para Crianças

Foi construída por Todaro (2008) e é composta de 14 itens bipolares a serem respondidos pelas crianças em que elas devem escolher a melhor alternativa para “Os idosos são:”. Cada item tem três níveis de intensidade, podendo ser a atitude positiva, negativa ou neutra (TODARO, 2008). É dividida em quatro domínios: cognição, agência, persona e relacionamento social.

3.5.5. Percepção das crianças sobre idoso e demência

As questões feitas às crianças foram:

- Com quantos anos uma pessoa pode ser considerada idosa?
- O que é uma pessoa velha/idosa para você?
- O idoso que mora com você é igual a estas pessoas velhas/idosas? O que ele tem de igual? E de diferente?

- Você percebeu alguma mudança no idoso que mora com você de um tempo para cá?
- Como está a memória do idoso que mora com você?
- Você já viu alguém maltratando uma pessoa velha/idosa? Como você se sentiu? Você fez alguma coisa?
- Você já ouviu falar/sabe o que é demência/ Doença de Alzheimer?

Para formulação destas questões, obteve-se ajuda de uma psicóloga, doutora em psicologia e especialista na área de desenvolvimento infantil. As questões foram formuladas de modo que seguissem uma ordem lógica para que se pudesse chegar à questão principal, do conhecimento sobre a demência/ Doença de Alzheimer. Assim a criança já foi se familiarizando com o tema e refletindo sobre isso.

Foram feitas cinco entrevistas iniciais para verificar se haveria alguma dificuldade na aplicação dos instrumentos e das questões abertas. Diante da facilidade encontrada em realizar as entrevistas, foi mantido o instrumento inicial para o restante das entrevistas.

3.6. Análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados, interpretados e analisados de acordo com estatísticas descritivas - média, desvio padrão (dp), frequência - e correlacionais. Foram utilizados testes estatísticos não-paramétricos aplicados pelo programa Statistical Package for Social Science (SPSS) para Windows. Para todos os testes foi adotado o nível de significância de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Na Escala Todaro, os itens cujos pólos positivos não estavam localizados na posição correspondente a UM ponto foram recodificados para ficar nesta posição, já que, a sua localização na posição UM ou TRÊS foi decidida ao acaso pela criadora da escala.

Os dados qualitativos referentes às questões abertas foram analisados de acordo com a análise temática proposta por Bardin (1977/2008), procurando as regularidades nos discursos, identificando os núcleos do sentido, categorizando e analisando os mesmos.

A análise temática é umas das técnicas que compõe a análise de conteúdo, que é definida como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2008, p.33). A análise de conteúdo surgiu como tentativa de tentar interpretar livros sagrados (século XVII na Suécia e XIX na França). Em 1908 Thomas em Chicago analisou documentos. Na década de 20, com Leavell, a análise alcança forças sistematizadas e na 2ª

Guerra Mundial o método ganha importância. Em 1948 Berelson e Lazarsfeldt publicaram uma obra sobre análise de conteúdo e em 1977 Laurence Bardin publicou a obra mais notável sobre análise de conteúdo, utilizada até hoje em grande escala (TRIVIÑOS, 1987).

A análise de conteúdo consiste em técnicas de pesquisa que ressaltam o processo de inferência através de procedimentos especializados e científicos, para interpretação de material qualitativo. Como citado, existem várias modalidades ou técnicas de análise de conteúdo. Entre elas a análise lexical, de expressão, de relações, de enunciação e a análise temática (MINAYO, 2006). Esta última utilizada no presente estudo.

Para Bardin (2008, p.131), “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado”. Ele pode ser representado na fala por uma palavra, frase ou até um resumo do que foi dito (MINAYO, 2006). Realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido na fala do entrevistado e assim verificar que os mesmos, através da sua presença, ausência ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo da análise (BARDIN, 2008).

A análise temática pode ser dividida em três etapas, que foram seguidas no presente trabalho. São elas a pré-análise (leitura flutuante e escolha dos documentos), a exploração do material (decomposição do texto em categorias) e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2008).



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em seis partes:

- Caracterizando idosos que moram com crianças quanto às condições sociodemográficas.
- Avaliando a cognição de idosos que moram com crianças.
- Caracterizando as crianças quanto às condições sociodemográficas.
- Avaliando a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos.
- Comparando a atitude em relação à velhice entre as crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas.
- Verificando se as crianças já ouviram falar ou sabem o que é demência/ Doença de Alzheimer.

4.1. Caracterizando idosos que moram com crianças quanto às condições sociodemográficas

Em relação aos 46 idosos que responderam ao questionário sociodemográfico, houve 63% (n=29) de mulheres e 37% (n=17) de homens, como mostra a Figura 2. A faixa etária que mais prevaleceu foi a de 60-64 anos, representada por 43,5% (n=20) dos idosos. A porcentagem de cada faixa etária pode ser vista na Tabela 4.

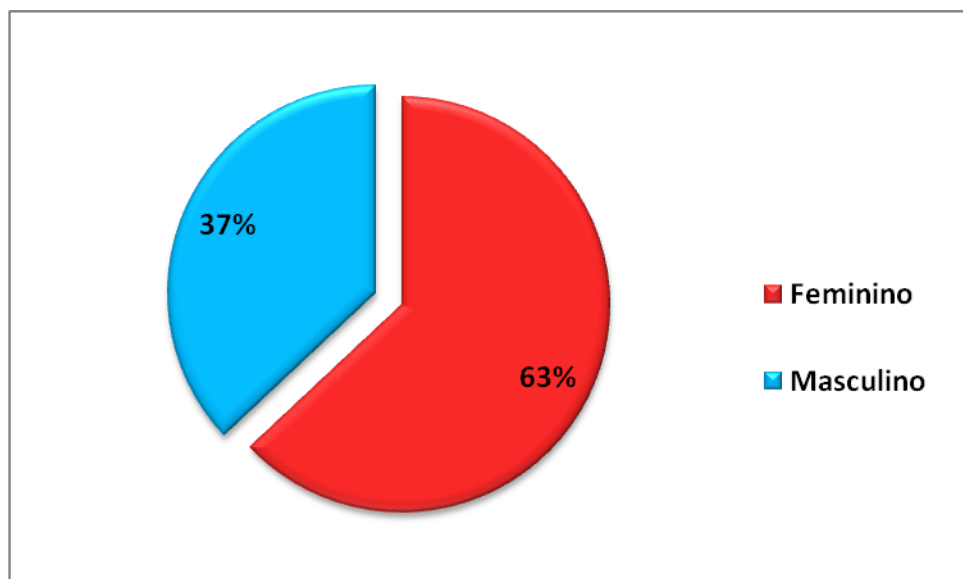


Figura 2 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto ao sexo. São Carlos, 2010.

Tabela 4 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto à faixa etária. São Carlos, 2010.

Faixa etária	% do total	n
60-64	43,5%	20
65-69	26%	12
70-74	19,6%	9
75-79	6,5%	3
80-84	2,2%	1
85-89	2,2%	1
Total	100%	46

Dados da fundação SEADE de 2010 mostram que no município de São Carlos-SP, 56,1% da população idosa era do sexo feminino e 43,9% do sexo masculino. Os dados do Estado de São Paulo são semelhantes, com 56,6% dos idosos do sexo feminino e 43,9% masculino (SEADE, 2010). Dados mostram que a população idosa feminina é maior que a masculina, o que pode ter colaborado para um maior número de mulheres no presente estudo.

Em relação à faixa etária dos idosos, em São Carlos-SP no ano de 2010, 31,9% tinham entre 60-64 anos; 22,7% entre 65-69 anos; 18,5% entre 70-74 e 26,9% 75 anos ou mais (SEADE, 2010). No estudo de Feliciano (2004) a prevalência das diferentes faixas etárias foi: 60-64 anos-31%, 65-69 anos-30,4%, 70-74 anos-19,5%, 75-79 anos-11%, 80 anos ou mais 8,1%.

Realizado em uma USF de Passos-MG, um estudo buscou caracterizar a população de 119 idosos atendidos. Os idosos entre 60-69 anos eram 56,3%, entre 70-79 anos 32,8% e com 80 anos e mais 10,9% (LEMOS; SOUZA; MENDES, 2006). O estudo de Silva, Bessa e Oliveira (2004) detectou que dos 100 idosos entrevistados, provenientes de bairros de baixa renda, a maioria, ou seja, 33% tinham entre 60-64 anos.

O Estudo SABE desenvolvido na cidade de São Paulo-SP no ano 2000, com uma amostra representativa da população idosa da cidade constatou que 32% deles tinha entre 60-64 anos, 46% entre 65-74 anos e 22% com 75 anos ou mais (SAAD, 2003).

As faixas etárias que compreendem os idosos mais jovens são as que tiveram maior representação no presente estudo. Os números foram maiores que os relatados na literatura. Este fato pode ter ocorrido, pois as crianças procuradas tinham no máximo 10 anos de idade. Como todos os pares criança-idoso entrevistados eram da mesma família, supõe-se que para morar junto com uma criança desta idade ele seria ou pai ou avô da criança, ou seja, teria uma idade menor, o que foi confirmado.

Inicialmente, pelo fato de termos mais idosos jovens na amostra, esperava-se que os resultados do MEEM seriam influenciados, já que comprovadamente estudos recentes

mostram que quanto mais avançada a idade da pessoa, menor a pontuação no MEEM, ou seja, maior o comprometimento cognitivo do mesmo (KOCHHANN et al., 2009; VALLE et al., 2009). Talvez este fato fosse dificultador e tornaria o grupo de crianças que moram com idosos sem alterações cognitivas maior que o grupo com alterações, fato este que não ocorreu e será mostrado adiante.

Em relação à escolaridade dos idosos, a máxima encontrada foi um idoso (2,2%) que tinha cursado o ensino médio, porém não concluído, e um idoso (2,2%) que tinha concluído o ensino fundamental. O restante dos idosos (95,6%, n=44) ou era analfabetos (34,8%, n=16) ou tinha iniciado o ensino fundamental, porém sem concluí-lo (60,8%, n=28).

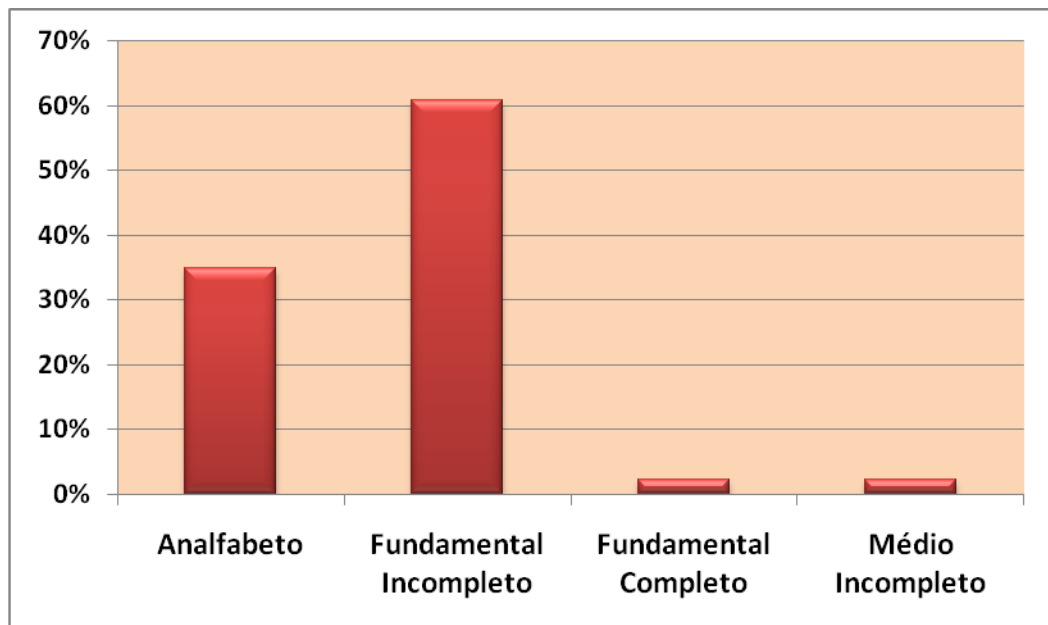


Figura 3 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto ao nível de escolaridade. São Carlos, 2010.

Um estudo conduzido com 119 idosos maiores de 75 anos de uma USF de Jandaia do Sul-PR constatou que 34% dos idosos eram analfabetos, 31% possuía de um a quatro anos de escolaridade e 17% sabe ler ou escrever informalmente (FARINASSO, 2005). No estudo com 523 idosos de um bairro de baixa renda de uma cidade do interior paulista, 56,3% eram analfabetos, 26,2% tem de um a três anos de escolaridade, 15% de quatro a sete anos e 2,5% com oito anos ou mais (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Realizado na cidade de São Carlos com 45 idosos com alterações cognitivas cadastrados em USF de alta e muito alta vulnerabilidade social e 43 de USF de média e baixa vulnerabilidade, um estudo encontrou que dos idosos em situações de maior vulnerabilidade 51% eram analfabetos e 31% tinham ensino fundamental incompleto e nas áreas de menor

vulnerabilidade os idosos eram analfabetos em 30% dos casos e tinham fundamental incompleto em 44% deles (SANTOS, 2009).

A investigação já citada de Souza; Morais e Barth (2006) encontrou que 40,8% dos idosos possuíam de um a quatro anos de estudo e 25,6% analfabetos. Já o estudo de Lemos, Souza e Mendes (2006) detectou 59,7% de idosos com 1º grau incompleto. De acordo com dados do IBGE expressos no perfil dos idosos responsáveis por domicílios no Brasil no ano 2000, 54,4% dos idosos tinha no máximo três anos de estudo (IBGE, 2002).

A escolaridade se manteve baixa em todas as áreas de vulnerabilidade social no presente estudo. Os números encontrados diferem da literatura, como mostrado anteriormente, já que a própria literatura tem dados divergentes quando se trata de números e porcentagens. Porém, mesmo não apresentando dados precisos, há um perfil de baixa escolarização os idosos. É importante destacar que quando os idosos estavam em idade escolar a situação social era diferente dos dias atuais e não eram todas as pessoas que tinham a oportunidade de freqüentar a escola, sendo o trabalho a atividade mais valorizada.

A religião católica foi predominante entre os idosos, sendo seguida por 78,2% (n=36) deles. A segunda mais citada foi a evangélica (10,9%, n=5). As religiões budista, espírita e “crente” – sendo que o idoso não especificou qual era a religião, foi citada cada uma por um idoso (2,2,% cada). E 4,3% (n=2) dos idosos não informaram ou não possuem religião. Esses dados podem ser visualizados na Figura abaixo.

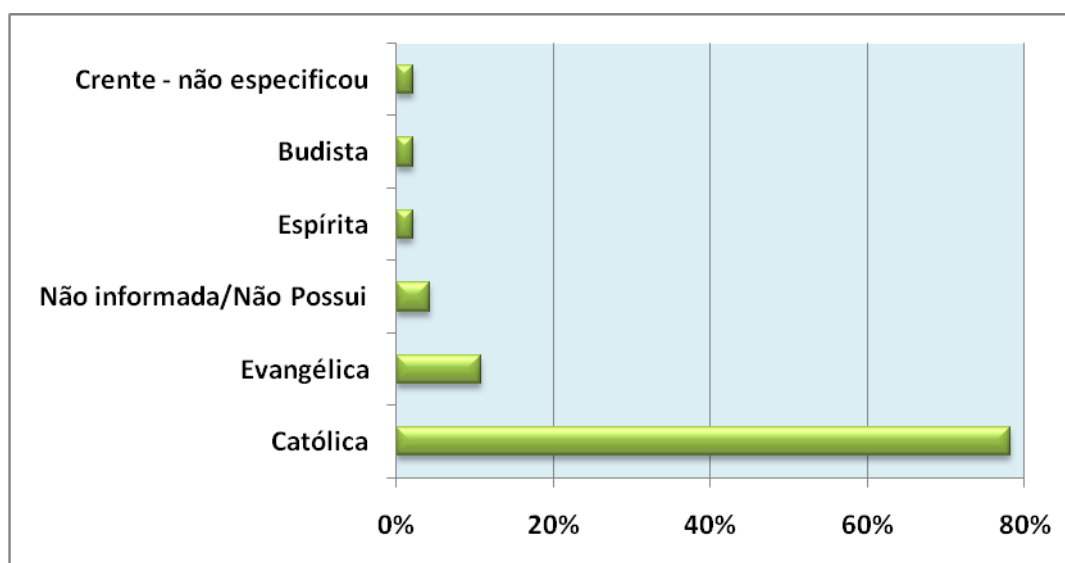


Figura 4 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto à religião. São Carlos, 2010.

O que pode ser ressaltado é que a religião das crianças, que são na maioria netos dos idosos, possui diferenças em relação à dos idosos. A porcentagem de 64,8% das

crianças é católica, contra 78,2% dos idosos. Uma surpresa foi nos evangélicos, em que quase o quase dobro da porcentagem de crianças (20,4%) disse seguir esta religião se comparada aos idosos (10,9%). As famílias de 70 idosos de bairros de baixa renda de Fortaleza-CE eram 81,5% católicas e dos 30 idosos, 19,5% tinham suas famílias evangélicas. Os autores destacaram que numa mesma família havia duas formas de religião coexistindo, como foi encontrado no presente estudo (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004).

A religião evangélica cresce muito nos dias de hoje, conforme dados do censo 2000, retratados no texto de Jacob (2004) que revelaram que os católicos representavam 73,9% da população, caindo 9,4 pontos percentuais. Já os evangélicos cresceram 6,6 pontos percentuais desde o censo anterior.

Em relação à cor, 60,9% (n=28) dos idosos se autodeclararam brancos, 21,7% (n=10) pardos e 17,4% (n=8) negros.

Sobre o plano de saúde, 6,5% dos idosos disseram possuir um particular. Este número pode ser pequeno, mas pode indicar que as pessoas, quando se tornam mais velhas buscam por um plano de saúde particular, talvez por considerar sua saúde mais frágil.

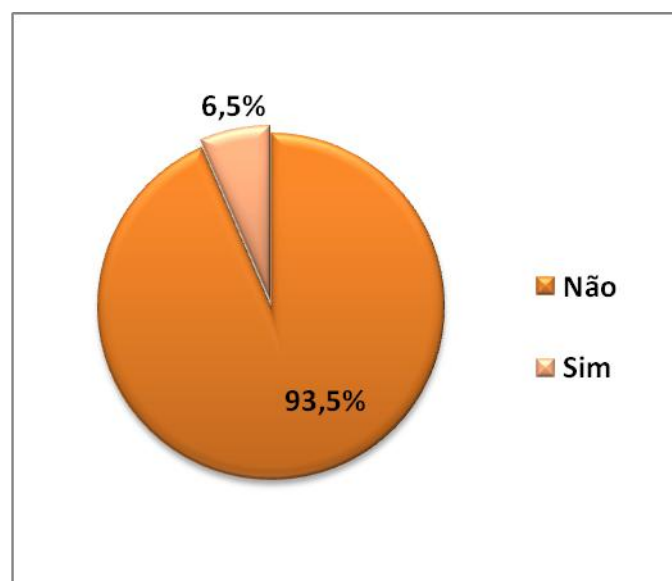


Figura 5 – Caracterização dos idosos entrevistados quanto ao plano de saúde. São Carlos, 2010.

O número de idosos sem plano de saúde particular e que utilizam o SUS é elevado. O estudo de Feliciano (2004) relatou que 95,3% dos idosos utilizam serviços públicos de saúde. Já Lemos, Souza e Mendes (2006) relataram uma situação diferenciada para idosos cadastrados em USF de Passos-MG, sendo que 54,6% tinha plano de saúde. Estes

números devem caracterizar uma exceção, já que normalmente pessoas atendidas por USF não possuem plano de saúde, por serem atendidas pela Unidade.

4.2. Avaliando a cognição de idosos que moram com crianças

O MEEM foi aplicado em 45 dos 46 idosos visitados. Um idoso não respondeu ao teste, pois possuía graves problemas de compreensão, decorrentes de seqüelas de outras doença e tinha sido diagnosticado com quadro demencial. A criança que morava com este idoso foi incluída no grupo 1, ou seja, de crianças que moram com idosos com alterações cognitivas, já que devido ao diagnóstico de demência, o idoso foi considerado como portador de alterações cognitivas.

Abaixo pode ser visualizado que 18 idosos tiveram nota abaixo da nota de corte no MEEM (39,1%), 27 nota acima (58,7%) e um idoso não realizou o teste (2,2%). Além destes dados, a pontuação média no MEEM foi 20,4 pontos ($dp=5,55$).

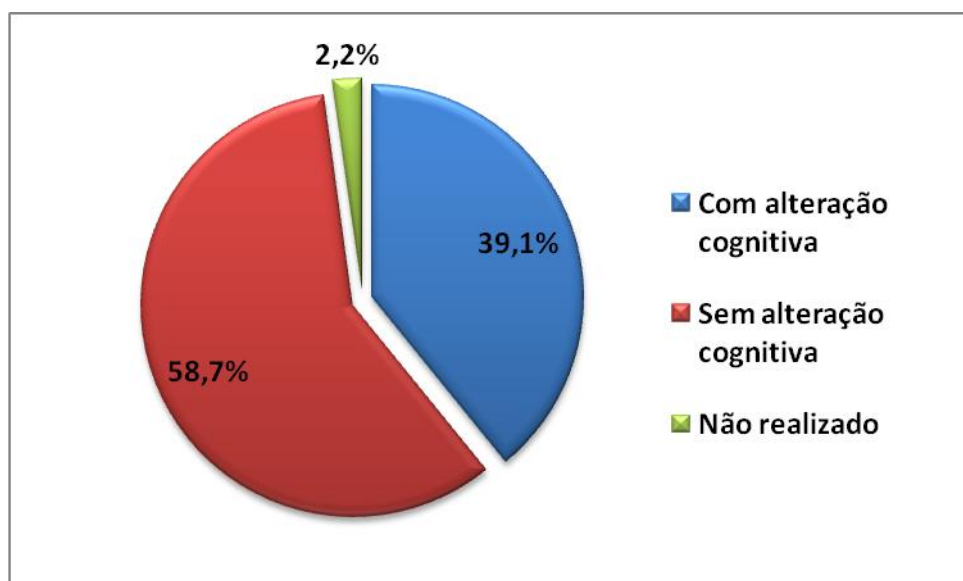


Figura 6 – Percentual de idosos de acordo com os resultados do MEEM. São Carlos, 2010.

Um estudo anterior realizado com 870 idosos residentes na comunidade de Santo Antônio de Pádua-RJ obteve média de pontuação no MEEM de 20,27 pontos (LAKS et al., 2005). Outro estudo feito 65 idosos alunos de uma UATI da Universidade Federal de Pernambuco encontrou a média de 26,9 pontos no MEEM, porém somente 3,1% dos idosos eram analfabetos e 26,1% possuíam nível superior e pós graduação, ou seja, a maioria tinha escolaridade alta (SOUZA et al., 2007).

O número de idosos sem alteração cognitiva foi maior do que o de idosos com alteração cognitiva. Considerando que a população idosa era composta em sua maioria por idosos jovens, advindos da população e que não apresentaram procura espontânea por queixa de memória, o número de idosos com alteração cognitiva foi elevado se comparado a outros estudos realizados na comunidade. Como os de Lebrão e Laurenti (2005) – estudo SABE - de 6,9% e de Laks et al. (2003) de 16,5%.

Uma investigação com o objetivo de identificar a prevalência de comprometimento cognitivo e funcional nos idosos de Ribeirão Preto-SP, avaliou 1145 idosos para rastreamento cognitivo. Foi utilizado o MEEM e outros testes de rastreio. A amostra foi representativa da população da cidade. Dentre estes idosos, 18,9% apresentaram algum comprometimento cognitivo, os quais foram avaliados em profundidade e a proporção de idosos com diagnóstico de demência alcançou 6% da população inicial (LOPES, 2006).

Em São Carlos-SP, uma pesquisa com 523 idosos de um bairro periférico, utilizando o MEEM com nota de corte de 24 pontos encontrou que 56,2% destes não atingiram a nota de corte no exame, sendo classificados como portadores de alteração cognitiva (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Contando com menos sujeitos (49 idosos), outro estudo na mesma cidade foi realizado em uma USF, utilizando o MEEM para rastreio cognitivo encontrou que 29% dos idosos apresentaram algum déficit cognitivo, ou seja, não alcançaram a nota de corte. A nota de corte, neste caso, era adaptada de acordo com a escolaridade (LUCHESE; FERNANDES; PAVARINI, 2007).

Dos idosos com alteração cognitiva do presente estudo (n=18), 61% eram do sexo feminino e 39% masculino, em relação à idade a maioria estava entre 60-64 anos (37%) e em relação à escolaridade, todos eram analfabetos (53%) ou com ensino fundamental incompleto (47%).

A Tabela abaixo mostra que 50% dos idosos com alterações cognitivas apresentaram pontuação até 10% abaixo da nota de corte esperada, sendo cinco homens e quatro mulheres. Enquanto que dois idosos (11,1%) apresentaram pontuação mais de 40% abaixo da nota de corte esperada, indicando uma alteração cognitiva mais grave.

Tabela 5 – Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por sexo. São Carlos, 2010.

MEEM	Sexo				Total	
	F		M			
% abaixo do esperado	Freq.	Freq. %	Freq.	Freq. %	Freq.	Freq. %
Até 10%	4	36,4%	5	71,4%	9	50,0%
11% a 20%	1	9,1%	-	0,0%	1	5,6%
21% a 30%	3	27,3%	1	14,3%	4	22,2%
31% a 40%	2	18,2%	-	0,0%	2	11,1%
> 40%	1	9,1%	1	14,3%	2	11,1%
Total	11	100%	7	100%	18	100%

No estudo de Santos (2009), 41% dos 88 idosos entrevistados estavam até 10% abaixo da nota de corte e 16% com mais de 40% abaixo da nota, números semelhantes aos do presente estudo.

Os dados a respeito da prevalência de mulheres com alteração cognitiva ainda são confusos, já que alguns estudos apontam para a prevalência do sexo feminino e outros não, como relatado por Valle et al. (2009).

Em relação à idade, estudos indicam que conforme a pessoa envelhece, maior a chance dela possuir alguma alteração cognitiva (KOCHHANN et al., 2009; VALLE et al., 2009). No presente estudo, utilizando-se apenas o MEEM para rastrear as condições cognitivas dos idosos, calculando a porcentagem proporcional ao número de sujeitos do estudo, dos 20 idosos com idade entre 60-64 anos, 35% deles apresentaram alterações cognitivas e dos dois idosos que possuíam mais de 80 anos, ambos apresentaram alterações cognitivas.

Em relação à escolaridade, investigações apontam que há uma relação inversamente proporcional do MEEM com a mesma (KOCHHANN et al., 2009; VALLE et al., 2009). Os dados do presente estudo corroboram com estes dados, sendo a maioria dos idosos que possuíam alterações cognitivas, analfabetos.

Em relação às categorias do MEEM, a categoria capacidade visuo-constructiva foi a que apresentou o maior número de pessoas que fizeram pontuação mínima (n=28), ou seja, dos 45 idosos que responderam ao instrumento, 27 não pontuaram na categoria capacidade visuo-constructiva. Nesta categoria era solicitado ao idoso que copiasse um desenho que continha dois pentágonos com uma intersecção entre eles. O fato de o idoso ser analfabeto não justifica o erro nesta questão, porém, a falta de habilidade com a caneta e com as mãos, e a dificuldade do desenho podem ter contribuído para o baixo número de acertos

neste item. Além disso, o idoso poderia possuir déficit de atenção e por isso não conseguiu copiar o desenho.

A pontuação máxima foi alcançada por todos os idosos na categoria nomeação, em que era solicitado ao idoso nomear dois objetos mostrados a ele (uma caneta e um relógio). O número de idosos que alcançaram pontuação máxima e mínima em cada categoria do MEEM pode ser visualizado na Figura abaixo.

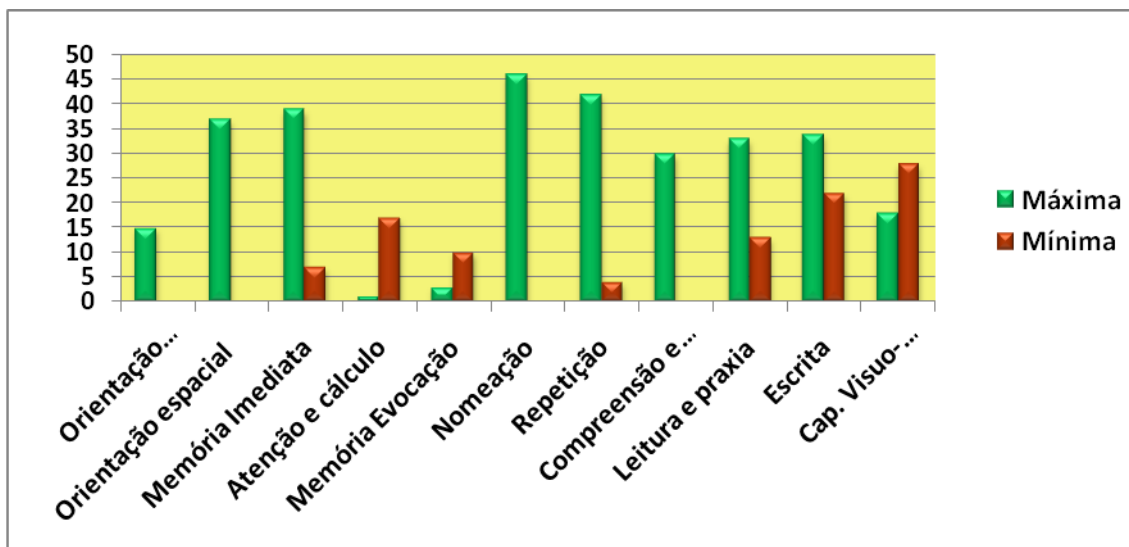


Figura 7 - Número de idosos com notas máxima e mínima em cada categoria do MEEM. São Carlos, 2010.

Atenção especial deve ser dada a categoria memória. O número de pessoas que obteve pontuação máxima na memória imediata foi 86,7% (n=39). Já em relação à categoria memória de evocação, este número cai para 6,7% (n=3). Ou seja, somente três idosos conseguiram lembrar as três palavras ditas anteriormente após um distrator. O declínio na memória episódica anterógrada, de evocação livre após determinado intervalo, foi descrito por Charchat-Fichman et al. (2005) como fator preditivo para a Doença de Alzheimer.

4.3. Caracterizando as crianças quanto às condições sociodemográficas

A coleta de dados sociodemográficos das crianças demonstrou que a maioria é do sexo masculino (57%, n=31) e possui nove anos de idade (29,6%, n=16). As idades mais apresentadas pelas crianças foram nove e dez anos, apesar do número de crianças em cada faixa etária ser semelhante, como se vê nas Figuras abaixo:

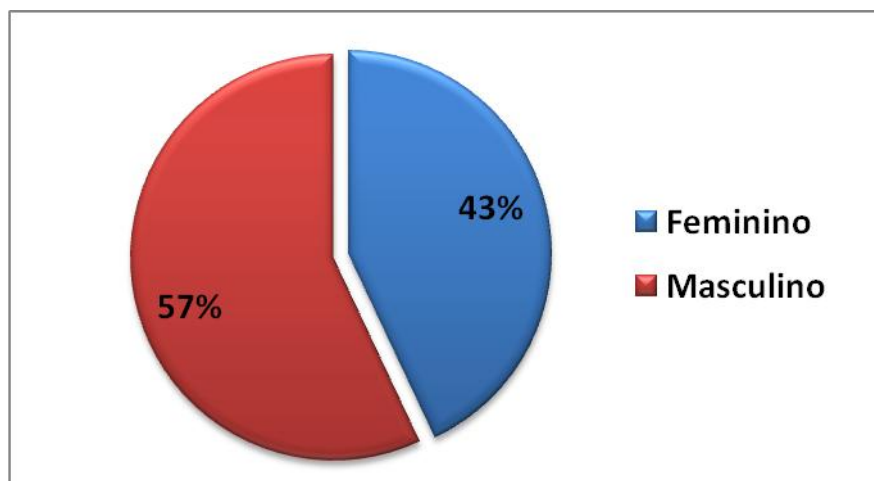


Figura 8 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto ao sexo. São Carlos, 2010.

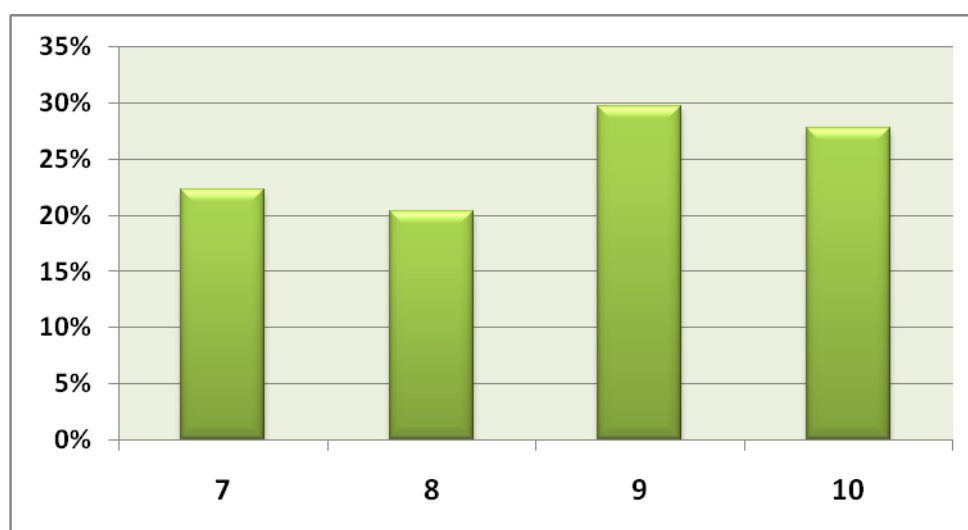


Figura 9 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto à idade. São Carlos, 2010.

No ano de 2010, segundo dados da fundação SEADE, havia 15.539 crianças entre cinco e nove anos de idade na cidade de São Carlos-SP. Destas, 7.597 eram do sexo feminino (48,9%) e 7.942 do sexo masculino (51,1%). No Estado de São Paulo como um todo, estes números são semelhantes, já que das 3.352.269 crianças de cinco a nove anos, 48,9% são do sexo feminino e 51,1% do sexo masculino (SEADE, 2010). Nesta faixa etária, o número de crianças do sexo masculino é maior em São Carlos e no Estado, o que pode explicar um maior número de crianças deste sexo na amostra do presente estudo.

Apesar número de sujeitos em cada faixa etária não variar muito, a escolaridade apresentou diferença. O número de crianças freqüentando a 4ª série do ensino fundamental foi maior (42,6%, n=23). Apenas uma criança estava na 5ª série (1,85%); 24% (n=3) na 3ª série; 20,4% (n=11) na 2ª série e 11,1% (n=6) na 1ª série. Uma parte das crianças de sete anos estava na 1ª série e uma parte na 2ª série, bem como com as crianças de oito anos

na 2ª e 3ª séries e as de nove anos na 3ª e 4ª séries. A diferença foi nas crianças de dez anos, em que a maioria estava na 4ª série.

A Figura que representa a distribuição das crianças por série freqüentada na escola pode ser visualizada abaixo:

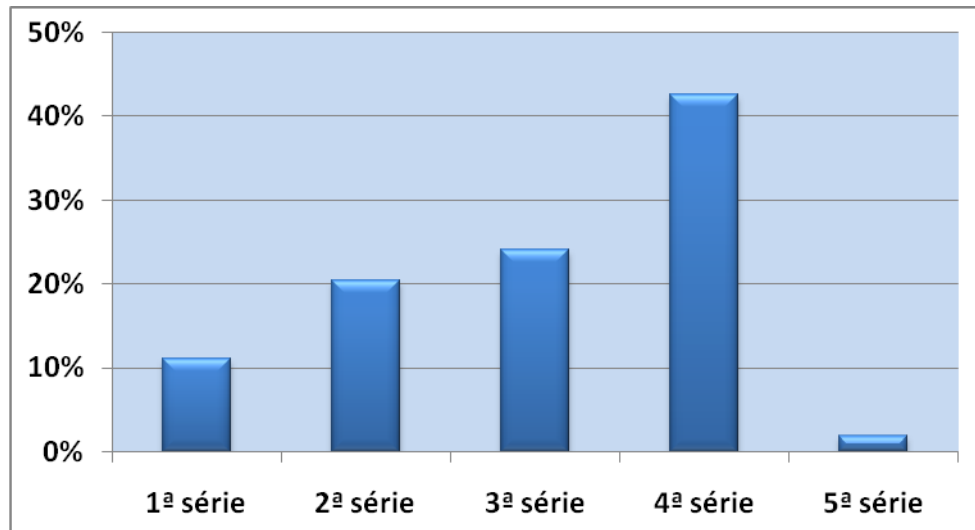


Figura 10 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto à série que freqüentam na escola. São Carlos, 2010.

A grande maioria das crianças (92,6%) estudava em escolas públicas municipais ou estaduais. Dados da fundação SEADE (2006) mostram que na cidade de São Carlos-SP foram feitas 15.212 matrículas de 1ª a 4ª séries, sendo destas 2.920 em escolas particulares, o que corresponde a 19,2% do total. Já no Estado de São Paulo a porcentagem é menor, chegando a 13,5% do total de matrículas de 1ª a 4ª séries. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) feita no Brasil no ano de 2008 mostrou que no ensino fundamental, 12% das crianças estudavam em escolas particulares e 88% em escolas públicas (IBGE, 2009).

Em relação ao número de pessoas na casa, contando com as crianças, houve uma média de seis pessoas ($dp=2,34$), porém o número variou de duas a doze pessoas (Figura 11).

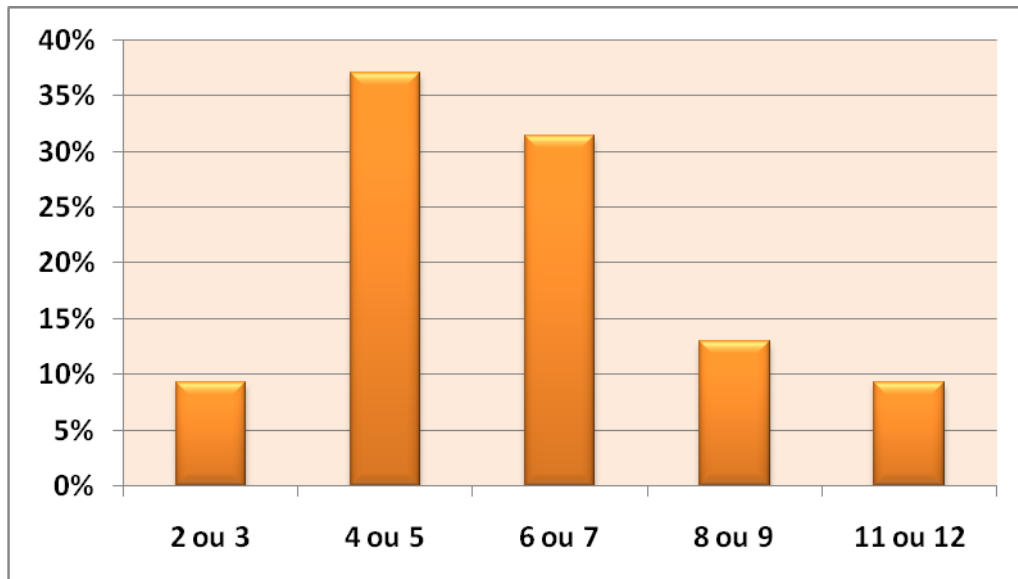


Figura 11 – Caracterização as crianças entrevistadas quanto ao número de pessoas na casa. São Carlos, 2010.

No estudo de Pavarini et al. (2008), realizado com 49 idosos cadastrados em uma USF do município de São Carlos, foi encontrada a média de quatro pessoas morando na casa do idoso, número este menor que o do presente estudo.

Um estudo conduzido com 49 octogenários com alterações cognitivas (MEEM abaixo da nota de corte) que viviam em diferentes áreas de vulnerabilidade social de um município paulista, constatou que em média o idoso vive com mais 1,9 pessoas na casa, totalizando, com ele 2,9 pessoas. Também se observou que conforme aumentava a vulnerabilidade social dos idosos, aumentava também a multigeracionalidade familiar, com em média uma pessoa a mais por domicílio. Segundo os autores isso poderia significar mais auxílio ao idoso, mas não necessariamente um cuidado adequado (PAVARINI et al., 2009).

Estudo realizado com 100 idosos de bairros de baixa renda de Fortaleza-CE, foi encontrado que com as mulheres idosas viviam em média mais 3,6 pessoas, sendo a maioria com mais de 60 anos (38,6%). Porém, 8,6% eram crianças menores de 10 anos. Já com os idosos homens, houve uma média de 4,1 pessoas na casa, sendo 43% maiores de 60 anos (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004). Em uma USF de Porto Alegre-RS, foram caracterizados 98 idosos atendidos e foi encontrada uma média de 3,1 pessoas por casa (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

Outro estudo foi realizado com 45 idosos com alterações cognitivas, cadastrados em USF da cidade de São Carlos-SP em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social (IPVS 5 e 6). Foi encontrado que 7% dos idosos moravam sozinhos,

38% com mais uma pessoa, 33% com mais duas pessoas e 13% com mais de cinco pessoas (SANTOS, 2009).

Dados do estudo SABE, realizado com idosos residentes em sete países da América Latina e Caribe (incluindo o Brasil), mostraram que mais da metade dos idosos entrevistados mora com três ou quatro pessoas na casa e 25% com cinco ou mais pessoas. Dados somente do Brasil mostraram que 37% mora com três ou quatro pessoas, 19% com cinco ou mais pessoas e somente 13% moram sozinhos (SAAD, 2003).

Já o perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil, publicado pelo IBGE em 2002 encontrou que a média destes domicílios é de 3,2 pessoas (IBGE, 2002). A PNAD de 2008 divulgou uma média de 3,3 pessoas por domicílio (IBGE, 2009).

Como explicitado, em diferentes regiões e com sujeitos que possuem diferentes características, o número médio de pessoas nos domicílios em que moram idosos varia. Fatores que influenciam nesta variação vão depender da necessidade dos membros da família, do número de filhos do idoso, sexo, idade, grau de dependência, estado conjugal e até viabilidade física, financeira e condições de saúde (SAAD, 2003).

No presente estudo foram selecionados idosos de cinco USF com diferentes níveis de vulnerabilidade social, o que pode ter influenciado no maior número de pessoas na casa, já que conforme Ramos (2003), os arranjos multigeracionais são prevalentes e estão associados a baixos níveis socioeconômicos, sendo considerados para os idosos e seus parentes uma forma de sobrevivência.

É importante lembrar que todas as crianças entrevistadas no presente estudo moravam com idosos, ou seja, no único caso em que havia duas pessoas na casa, moravam somente a criança e o idoso. A tendência, porém, foi para as casas com um maior número de pessoas. Este fato é justificado, pois normalmente quando há crianças e idosos convivendo juntos, as casas são trigeracionais, ou seja, possuem três gerações dividindo o mesmo espaço físico, o que pode resultar em mais pessoas morando juntas, como destacado por Oliveira, Duarte e Lebrão (2007) a partir de dados do estudo SABE somente da cidade de São Paulo no ano 2000.

Neste estudo, foram avaliados idosos com e sem alterações cognitivas. Dos idosos sem alterações cognitivas, 32,7% viviam em arranjos bigeracionais e 18,6% em arranjos trigeracionais, mas somente 4,6% viviam com os netos, mas sem a presença dos filhos, ou seja, eram cuidadores destes. Já nos idosos com declínio cognitivo, detectou-se 28,4% vivendo em arranjos trigeracionais, 26,1% em bigeracionais e 2,4% morando somente com os netos (OLIVEIRA; DUARTE; LEBRÃO, 2007). Isso revela que em uma amostra

representativa da população da maior cidade do país, o número de idosos que mora com pessoas de outras gerações é grande, e que há a presença de crianças neste contexto, inclusive convivendo com idosos com alterações cognitivas. Porém, o número de idosos que mora somente com crianças na casa é pequeno, o que pode corroborar para o fato de no presente estudo as famílias entrevistadas serem maiores, já que em casas onde há crianças e idosos, normalmente há outros parentes.

Os dados do estudo SABE mostraram ainda que nas situações em que o idoso vivia em arranjos trigeracionais, as dificuldades apresentadas na execução de atividades de vida diária eram mais atendidas do que nos idosos em arranjos bigeracionais. O neto, portanto, podia funcionar como uma pessoa que auxilia na ajuda oferecida ao idoso, mesmo que como coadjuvante (OLIVEIRA; DUARTE; LEBRÃO, 2007).

Ao responsável pela criança foi questionada a renda da família, que variou de $\frac{1}{2}$ a 5 salários mínimos, sendo que o salário mínimo no estado de São Paulo em 2009 variou de R\$505,00 a R\$545,00 (SÃO PAULO, 2009). A renda das famílias variou de, em média, R\$260 à R\$2620 e a média salarial foi de 2,04 salários mínimos aproximadamente, o que corresponde a R\$1071.

Um estudo realizado na mesma cidade do presente estudo (São Carlos-SP) com 49 idosos cadastrados em uma USF constatou que a renda familiar dos mesmos era em média 2,07 salários mínimos, número este muito próximo do encontrado (2,04 salários mínimos) (PAVARINI et al., 2008). Já para os 100 idosos de baixa renda de Fortaleza-CE, a renda familiar em 18% dos casos era menor que um salário mínimo, em 25% era um salário mínimo, em 25% de três a cinco salários mínimos (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004).

No estudo com 45 idosos com alterações cognitivas de São Carlos, a renda da família de 76% dos idosos era de até dois salários mínimos, porém estes números não contam com a renda do idoso, que em 69% dos casos era de meio a um salário mínimo (SANTOS, 2009).

A PNAD de 2008 no Brasil destacou o rendimento médio dos domicílios como sendo de R\$1968, números maiores que o encontrado no presente estudo. Alerta ainda que 12,2% das famílias tinha renda mensal de até um salário mínimo e a maior porcentagem foi das famílias que tinham de um a dois salários (21,5%) (IBGE, 2009).

Uma limitação do presente estudo foi não coletar o rendimento do idoso que morava com a criança, o que impossibilita saber qual a contribuição da renda do idoso na renda total da família.

A média salarial familiar encontrada (R\$1071), se considerarmos que as casas visitadas têm em média seis pessoas morando juntas, pode não ser suficiente, já que resultaria em uma renda per capita de R\$178,5. Esta renda é bem menor que os números da fundação SEADE (2000) que mostraram a renda per capita da cidade de São Carlos-SP como sendo 3,04 salários mínimos e a do Estado de São Paulo de 2,92. É importante salientar que foram entrevistadas crianças que moravam em diferentes contextos de vulnerabilidade social, o que pode explicar diferenças salariais existentes.

Em relação à cor, 29 crianças ou seus responsáveis (quando estas não sabiam ou não queriam responder a esta questão) se autodeclararam brancas (53,7%). Também houve 27,8% (n=15) que se declararam pardas e 18,5% (n=10) negras.

Estes números diferem dos encontrados pela PNAD em 2008, que destacou 48,4% de brancos, 43,8% pardos, 6,8% negros e 0,9% amarelos e indígenas (IBGE, 2009). O número de negros no presente estudo foi aproximadamente três vezes maior que os índices brasileiros o que pode ter sido devido às características próprias das regiões investigadas.

A religião das crianças foi em sua maioria católica (64,8%, n=35), seguida por 20,4% (n=11) de evangélicos, 11,1% (n=6) que disseram não possuir religião e 3,7% (n=2) que não quiseram informar a mesma. Nenhuma das crianças entrevistadas possuía plano de saúde, ou seja, todas eram atendidas pela USF de sua referência.

As crianças entrevistadas eram provenientes de cinco USF de diferentes áreas de vulnerabilidade social, como explicado anteriormente. A distribuição das crianças por USF pode ser vista abaixo:

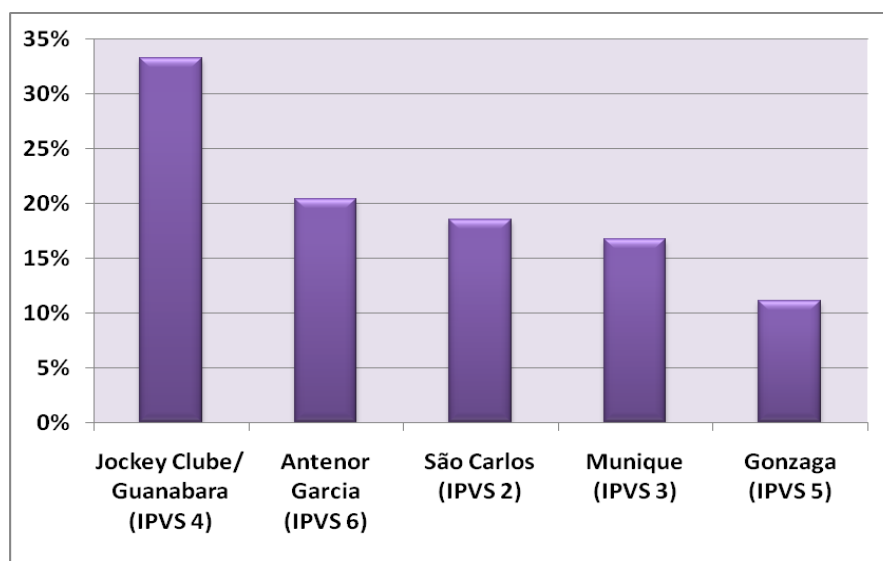


Figura 12 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto à USF na qual são cadastradas. São Carlos, 2010.

A USF que mais apresentou crianças entrevistadas foi a Jockey Clube/ Guanabara (IPVS 4). Este fato pode ser explicado, pois como citado anteriormente, no local funcionam duas equipes de Saúde da Família, possuindo uma área de abrangência maior em relação às outras Unidades. Na cidade de São Carlos-SP, o grupo 4 do IPVS, correspondente a média vulnerabilidade social, era representado por 17,5% da população (SEADE, 2000).

Quanto ao relacionamento que as crianças possuíam com o idoso que morava com ela, foram coletados dados de grau de parentesco, sexo do idoso que morava na casa e há quanto tempo eles moravam juntos.

A maioria das crianças era neta do idoso com o qual morava junto (85,2%; n=46), seguidos pelos filhos (7,4%; n=4), bisnetos (3,7%; n=2) e sobrinho-netos (3,7%; n=2). As crianças moravam com idosos de ambos os sexos em 39% (n=21) dos casos, somente com idoso do sexo feminino em 37% (n=20) e somente com idoso do sexo masculino em 24% (n=13) dos casos. Grande parte das crianças morava com o(s) idoso(s) há mais de cinco anos (75,9%; n=41), seguidas pelas crianças que moravam entre três e quatro anos (11,1%; n=6) e entre quatro e cinco anos (7,4%; n=4). As crianças que moravam com idosos há menos de três anos representam 5,6% (n=3). Este conjunto de dados pode ser visto na Figura 13.

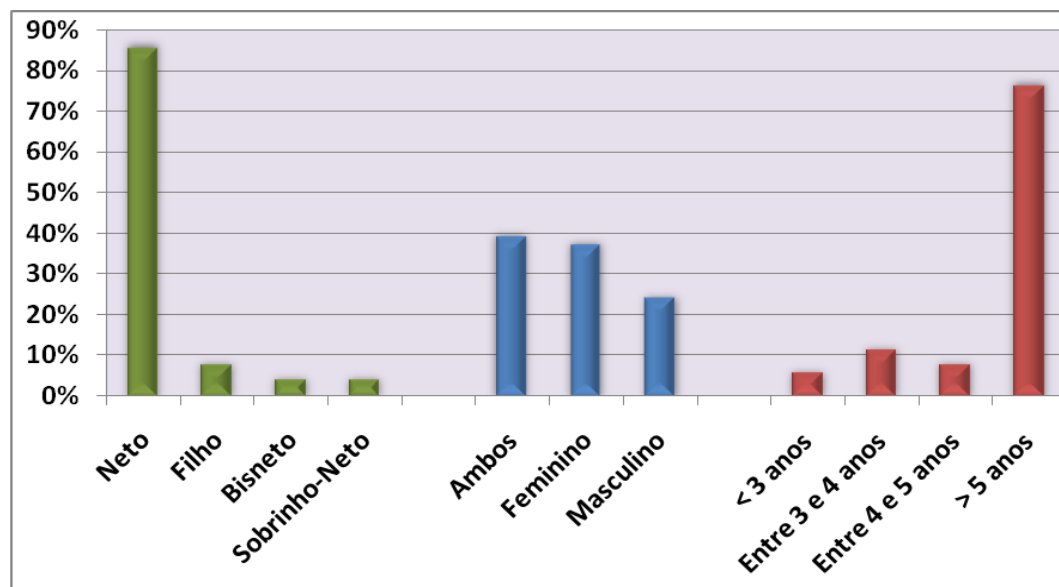


Figura 13 – Caracterização das crianças entrevistadas quanto ao grau de parentesco, sexo e tempo de moradia com o idoso. São Carlos, 2010.

Também foi questionada às crianças qual a convivência que elas possuíam com o idoso que morava com ela (era questionado a respeito do idoso que havia respondido o MEEM). Havia itens predeterminados em que a criança tinha que falar se o idoso fazia

aquela atividade com ela ou não. Realizado o questionamento desses itens era indagado à criança se havia mais alguma atividade que o idoso fazia com ela que não havia sido citada anteriormente, em caso afirmativo a atividade era anotada.

As atividades predeterminadas foram: “brinca, passeia, conta histórias, ensina as coisas, dá presentes, deixa fazer as coisas e leva à escola”. A Tabela abaixo mostra a porcentagem de crianças que referiram realizar cada atividade com o idoso, seguida de outras atividades que não estavam na lista, mas que foram citadas.

Tabela 6 – Percentuais das atividades que a criança realizou com o idoso. São Carlos, 2010.

Atividades pré-determinadas	% de crianças que a citou	Outras atividades (resposta livre)	% de crianças que a citou
Conversam	98,20%	Assistem TV	20,4%
Dá presentes	83,30%	Brigam	3,7%
Ensina as coisas	79,60%	Dormem juntos	3,7%
Passeiam	70,40%	Pescam	1,85%
Brincam	59,30%	Dão risada	1,85%
Deixa fazer as coisas	46,30%	Vão à missa	1,85%
Leva à escola	44,40%	Avó pede para a criança fazer as coisas	1,85%
Conta histórias	37%		

De acordo com a Tabela 6, a atividade mais relatada pelas crianças foi “a conversa com o idoso”. Mesmo a conversa sendo algo que talvez possa ser considerada trivial para uma pessoa que mora na mesma casa, uma criança revelou não conversar com quem mora. Esse fato pode colaborar para piorar as atitudes em relação à velhice que serão descritas posteriormente.

O fato de o idoso dar presentes às crianças foi relatado por 83,3% delas. Popularmente o avô/avó é considerado uma pessoa que agrada mais a criança do que os pais, e que é mais liberal (AGUIAR, 2007; MOREIRA; RABINOVICH; SILVA, 2009). Mas, além de dar presentes os idosos também transmitem sabedoria, já que 79,6% das crianças disseram que eles “ensinam as coisas a elas”. O que acontece muitas vezes é uma troca de experiências entre as gerações, já citada em trabalhos anteriores (OLIVEIRA, 1998; DEBERT; SIMÕES; 2006; GOLDFARB; LOPES, 2006; AGUIAR, 2007; HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007; FLORES, 2008).

Uma atividade que chamou a atenção foi a de “contar histórias”, relatada por 37% das crianças. O idoso é conhecido popularmente como uma pessoa que tem experiência de vida e conhecimento, acabando por transmitir isso às gerações mais novas através das

histórias. Porém, a criança pode não considerar como história algo que não é proveniente de um livro infantil, por exemplo. Portanto, o fato de poucas crianças identificarem esta atividade pode ter ocorrido pelo não entendimento das crianças a respeito desta atividade.

O estudo de Todaro (2008) coletou informações sobre a convivência de 248 crianças de sete a dez anos com seus avós. Vale ressaltar que 74,2% destas crianças não moravam com os avós, mas 41,5% relatou vê-los todos os dias e 28% toda semana. As atividades eram predeterminadas como as do presente estudo, com exceção da atividade “leva à escola”, sendo que naquele estudo haviam sete atividades para a criança dizer se fazia ou não com o idoso e nesse estudo há oito atividades. A média de atividades citadas pelas crianças de sete e oito anos no estudo de Todaro foi 4,65 e 4,16, respectivamente. Já para as crianças de nove e dez anos as médias giraram em torno de três atividades.

No presente estudo, as crianças de sete e oito anos relataram uma média de 5,58 e 5,54 respectivamente e as de nove e dez anos foram em torno de cinco atividades citadas. Os números são semelhantes aos do estudo de Todaro, já que havia uma atividade a mais para a criança assinalar. Porém, como as crianças do presente estudo moravam com os idosos era esperado que elas tivessem uma convivência mais próxima, desenvolvendo mais atividades, o que não ocorreu.

Outro fato que merece atenção são as outras atividades citadas espontaneamente pelas crianças. Atividades como “assistir TV, pescar, dormir juntos, dar risadas e ir à missa” foram citadas pelas crianças. Duas crianças citaram as brigas, que podem contribuir para atitudes negativas em relação à velhice, já relatada em estudo anterior (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

O fato da avó pedir para a criança fazer as coisas, citado por uma criança no presente estudo, já foi alvo de trabalho anterior, realizado com avós e netos pertencentes a classes populares, que identificaram que os avós ensinam as crianças a realizar atividades manuais dentro de casa, os chamados “servicinhos” domésticos. Segundo o autor, estas atividades ajudam a criança a desenvolver o senso de responsabilidade e contribuem para a formação da mesma. Porém, em alguns casos, quando há tarefas acumuladas os avós podem solicitar que as crianças falem da escola para ajuda, prejudicando o rendimento acadêmico. Na visão das crianças, as atividades que faziam parte de uma brincadeira acabam se transformando em rotina (OLIVEIRA, 1998). Outro autor relata que a criança por volta de oito anos de idade gosta de ajudar nas tarefas domésticas, mas somente se tiver alguma recompensa (GESELL, 1998).

4.4. Avaliando a atitude em relação à velhice de crianças que moram com idosos.

4.4.1. Pontuação geral na Escala

A pontuação média das crianças na Escala Todaro de avaliação de atitudes de crianças em relação à velhice foi 1,59 pontos ($dp=0,35$). O mínimo de pontos esperado era um ponto e o máximo três, sendo que um representava a atitude mais positiva possível e três a mais negativa. Este dado aponta que a atitude das crianças em relação aos idosos tendeu a ser positiva, sendo mais próxima de um ponto. A menor média de pontos foi um ponto, ou seja, a criança que em todos os itens apresentou atitude positiva e o máximo 2,43 pontos.

No estudo de Todaro (2008), a mesma escala foi aplicada em 248 crianças de sete a dez anos. A escala foi aplicada uma vez, foi realizada uma intervenção através de um programa de leitura relacionado ao envelhecimento e a escala foi aplicada novamente, realizando portanto um pré e um pós teste. A média das crianças no pré-teste foi 1,52 pontos e no pós-teste 1,38 pontos. A média do presente estudo é ligeiramente maior que a média do pré-teste obtida por Todaro. Cabe ressaltar, no entanto, que no estudo de Todaro, 74,2% das crianças não moravam com os avós.

Todaro (2008) ainda comparou as médias obtidas pelas crianças que moravam com os avós com as que não moravam e somente houveram diferenças significativas no domínio persona. As crianças que conviviam com os avós tinham atitudes mais positivas neste domínio. Outro estudo foi realizado com 145 crianças colombianas de oito a 14 anos para descrever e analisar as atitudes das mesmas frente aos idosos quando conviviam e quando não conviviam com eles. Os autores utilizaram uma escala diferencial semântica com 32 itens e cinco níveis de intensidade. Na pontuação geral da escala não foram encontradas diferenças significativas entre as crianças que conviviam e as que não conviviam com idosos (HERRERA, 2000). Portanto, o fato de morar com os avós parece não influenciar as atitudes das crianças em relação à velhice.

Green (1981) aponta que percepções e atitudes em relação aos idosos podem ser influenciadas pela convivência com os idosos. Em seu estudo, o autor observa que crianças que convivem com avós tendem a ter uma atitude mais positiva em relação a eles, reconhecendo-os como legais, que conversam, levam para passear e cuidam deles. Porém, quando é solicitado que as crianças considerem a própria velhice ou idosos que não conhecem, as atitudes tendem a ser mais negativas. A criança que convive com um idoso da

mesma família e possui atitude positiva em relação a ele, pode desenvolver atitudes positivas em relação a outros idosos que tenha contato (BURKE, 1981-82).

Foi solicitado que as crianças do presente estudo respondessem à escala considerando os idosos no geral, porém o fato de ter um idoso morando com ela na mesma casa pode ter direcionado as respostas.

Cachioni e Aguilar (2008) realizaram um estudo com 47 alunos de graduação, seis funcionários e 15 coordenadores-professores de três instituições de ensino superior brasileiras. Foi aplicada Escala Neri de atitudes em relação à velhice, da qual derivou a Escala utilizada no presente estudo. Os alunos de graduação tinham em média 22 anos e a média de pontuação na escala geral foi de 2,39 pontos, porém, na Escala Neri os adjetivos opostos são divididos em cinco níveis de intensidade, e na Escala Todaro em três níveis. Se fizermos um ajuste da pontuação para três pontos a média seria 1,43 pontos, menor que a do presente estudo. Já as médias dos funcionários e professores, ajustadas para três pontos foram 1,62 e 1,64 pontos, respectivamente; maiores que a do presente estudo.

Já Resende (2001) utilizou a Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice com sete níveis de intensidade em 242 portadores de deficiência física de Uberlândia. A média da escala foi de 3,76 pontos, que se ajustada para três níveis de intensidade é igual a 1,61 pontos, ligeiramente mais elevada que a do presente estudo.

4.4.2. *Os domínios da escala*

Em relação aos domínios da escala, o que obteve maior média foi o domínio cognição com 1,82 pontos ($dp=0,5$). Ele foi seguido pelos domínios agência (média=1,56, $dp=0,5$), relações sociais (média=1,42, $dp=0,45$) e persona (média=1,31, $dp=0,38$). A Figura 14 apresenta a média geral da Escala de Atitudes e a média em cada domínio.

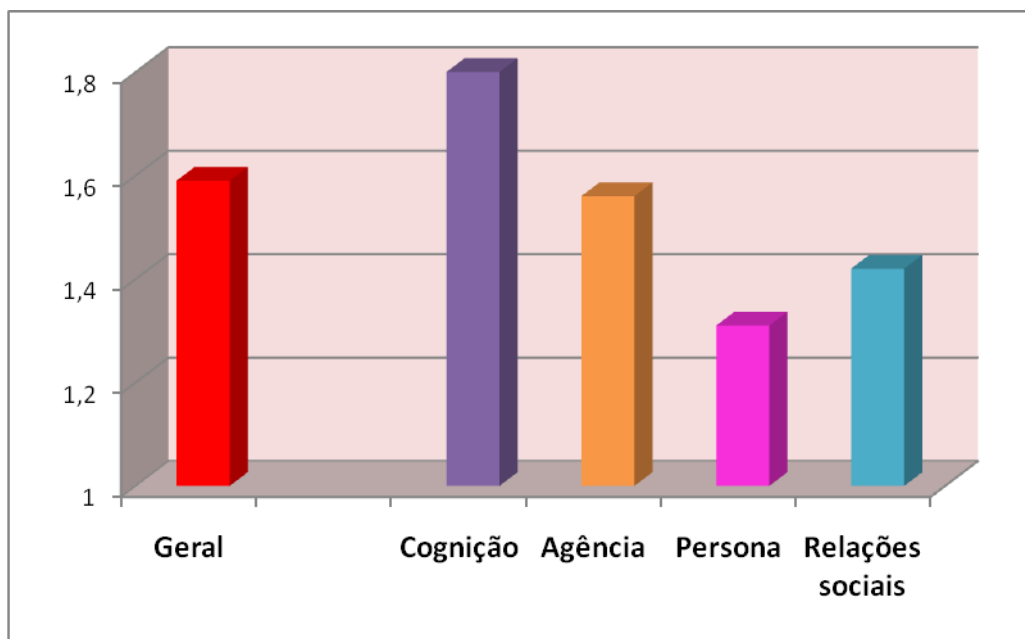


Figura 14 - Pontuações médias, referentes aos resultados da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças e seus domínios. São Carlos, 2010.

O domínio cognição refere-se à capacidade de processamento da informação e da solução de problemas, com reflexos sobre adaptação social. Ele engloba itens sobre inteligência dos idosos, rapidez, clareza, criatividade, atenção e segurança. O fato deste domínio apresentar maior média entre todas, tendendo a atitudes mais negativas, pode indicar alguma relação entre a cognição dos idosos e o que as crianças pensam sobre ela. Mais adiante será realizada a comparação entre os grupos de crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas.

Foi realizado o teste de correlação de Spearman para verificar a correlação entre a pontuação geral da escala e seus domínios e os resultados foram os seguintes:

Tabela 7 – Resultados das correlações (Spearman) entre a Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus seus domínios. São Carlos, 2010.

Spearman	Domínio Cognição	Domínio Agência	Domínio Persona	Domínio Relações Sociais
Escala de atitudes em relação à velhice	$\rho=0,89^{***}$	$\rho=0,62^{***}$	$\rho=0,61^{***}$	$\rho=0,62^{***}$
Domínio Cognição	-	$\rho=0,44^{**}$	$\rho=0,39^{**}$	$\rho=0,40^{**}$
Domínio Agência		-	$\rho=0,32^*$	$\rho=0,25^*$
Domínio Persona			-	$\rho=0,37^{**}$

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Como mostra a Tabela acima, a nota geral da escala apresentou correlação positiva forte ou moderada com todos os domínios da escala. Todos os domínios apresentaram correlação entre si, porém esta foi de moderada a fraca.

A correlação mais forte foi da escala geral com o domínio cognição, o que mostra que estes estão fortemente relacionados, sendo que quando aumenta a pontuação neste domínio, aumenta a pontuação geral da escala, ou vice-versa, como pode ser visto na Figura abaixo:

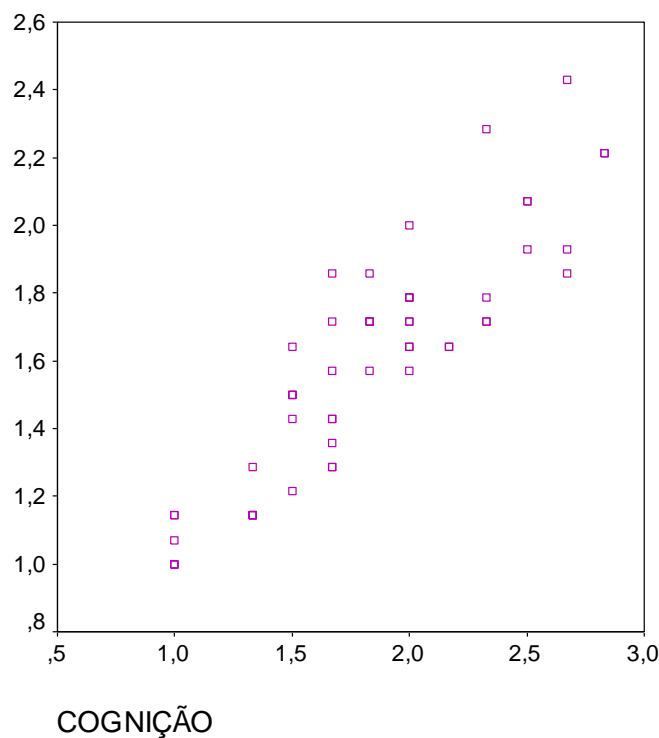


Figura 15 – Pontos de dispersão da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus domínio cognição. São Carlos, 2010.

As médias nos domínios da Escala no estudo de Todaro (2008) seguiram o mesmo padrão do presente estudo, sendo a maior média no domínio cognição (1,66 pontos) e a menor no domínio persona (1,27 pontos).

Cachioni (2003) avaliou a atitude em relação à velhice de 102 professores de UATI brasileiras, sendo a maioria entre 40 e 59 anos. O instrumento utilizado foi a Escala Neri. A avaliação mais positiva ocorreu no domínio relacionamento social e a mais negativa nos domínios persona e cognição. Já Neri e Jorge (2006) avaliaram a atitude em relação à velhice de 262 estudantes de graduação em educação e saúde (média de 23 anos), usando a Escala Neri. A média mais positiva foi no domínio relacionamento social e as mais negativas nos domínios cognição e agência. O estudo de Resende (2001) com portadores de deficiência

física (média de 32 anos) verificou que o domínio mais positivo foi o relacionamento social e os mais negativos persona e cognição. Os 168 ACS da Paraíba também pontuaram mais positivamente no domínio relacionamento social e mais negativamente no domínio cognição (DINIZ; SALDANHA, 2008).

Vê-se que os domínios positivos e negativos mudam de perfil conforme mudam as amostras, o que pode ser reflexo da idade dos sujeitos, mais velhos que os do presente estudo e os do estudo de Todaro (2008), porém maiores investigações precisam ser realizadas já que outras variáveis podem estar envolvidas. Apesar destas diferenças, nota-se que nas quatro pesquisas o domínio cognição esteve entre os que possuíam médias mais negativas.

4.4.3. Os itens da escala

Abaixo pode ser observada a média de cada item da escala, em ordem crescente.

Tabela 8 - Pontuação média e desvio padrão para cada item da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. São Carlos, 2010.

Item	Média	Desvio Padrão	Domínio ao qual pertence
Legais/ Chatos	1,19	0,44	Persona
Valorizados/ Maltratados	1,26	0,52	Relacionamento Social
Alegres/ Tristes	1,28	0,63	Agência
Sábios / Bobos	1,30	0,54	Cognição
Boninhos/ Bravos	1,37	0,62	Persona
Mãos abertas/ Pães duros	1,37	0,68	Persona
Aceitos/ Colocados de lado	1,48	0,79	Relacionamento Social
Bem-humorados/ Mal-humorados	1,52	0,77	Relacionamento Social
Criativos/ Sem criatividade	1,59	0,77	Cognição
Seguros/ Inseguros	1,81	0,87	Cognição
Saudáveis/ Doentes	1,85	0,86	Agência
Atentos/ Distraídos	1,89	0,92	Cognição
Claros / Confusos	1,91	0,92	Cognição
Rápidos / Lentos	2,43	0,81	Cognição

Como citado anteriormente, o domínio cognição foi o que apresentou maior média. Este fato pode ser confirmado pelos itens individualmente. A quase totalidade dos itens deste domínio se encontra entre os que obtiveram a maior média, ou seja, atitude mais negativa. O item “rápidos/ lentos” foi o que apresentou maior média (média=2,43, dp=0,81). Ou seja, a maioria das crianças considerou que os idosos são pessoas lentas. Apesar disto, o

item “legais/ chatos” foi o que teve a menor média (média=1,19, dp=0,44), indicando que apesar de considerarmos os idosos lentos, confusos e distraídos, eles são, para elas, pessoas legais. O fato de os idosos serem maltratados não foi confirmado pelas crianças, sendo que este item possuiu a segunda menor média entre os itens (média=1,26, dp=0,52).

A Figura abaixo ilustra as questões apresentadas na Tabela 8, apontando a média das questões, separadas por domínio (as questões estão separadas por domínio para ilustrar as médias, elas não estão na ordem em que aparecem na escala):

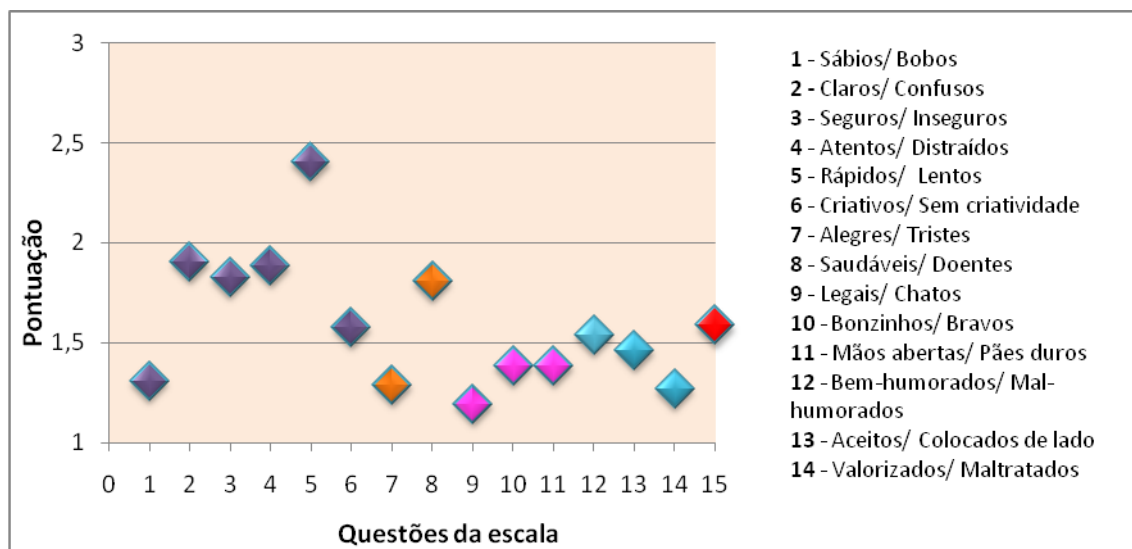


Figura 16 - Pontuação média para cada item da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. São Carlos, 2010.

Foi realizado o teste de correlação de Spearman para verificar a correlação entre os itens da escala. A pontuação geral da escala apresentou correlação significativa e positiva com todos os itens da escala.

No trabalho já citado de Cachioni (2003) o item “rápidos/lentos” também esteve entre os mais negativos da Escala Neri. Entre os mais positivos estava o item “sábio/tolo”. Outro estudo já citado encontrou entre os itens mais positivos “sábio/tolo” e entre os mais negativos “rápido/lento”, “valorizado/desvalorizado” e “aceito/rejeitado” (NERI; JORGE, 2006). Outros estudos também ressaltaram o item “sábio/tolo” entre os mais positivos (RESENDE, 2001; RABELO; FREIRE, 2003; REIS; CEOLIM, 2007; DINIZ; SALDANHA, 2008). Diniz e Saldanha (2008) destacam também o item “rápido/lento” como o mais negativo.

Vale ressaltar que todos os trabalhos citados anteriormente usaram a Escala Neri para avaliar a atitude em relação à velhice. Esta escala, como já citado, derivou a Escala

Todaro, usada no presente estudo. As duas escalas possuem diferenças quanto à quantidade de itens, a nomeação dos itens e o grau de intensidade para cada item.

Outro trabalho, desenvolvido nos Estados Unidos avaliou um programa intergeracional que colocava em contato crianças de 4ª série (média 9,5 anos) e um grupo de idosos de uma casa de repouso. Foram aplicados pré e pós testes com as crianças utilizando uma escala diferencial semântica com 17 itens e sete graus de intensidade. Tanto no pré como no pós teste o item “rápido/lento” foi o que teve médias mais negativas, como no presente estudo, o item mais positivo foi “bom/mal”. As atitudes em relação à velhice melhoraram em todos os itens no pós teste (LYNOTT; MEROLA, 2007).

Pode-se destacar com os estudos citados, tanto os realizados com crianças quanto os conduzidos com adultos de diferentes faixas etárias que o item “sábio/tolo” é na maior parte deles colocado entre os mais positivos, demonstrando que as pessoas consideram os idosos sábios. Já o item “rápido/lento” apareceu em alguns estudos como o mais negativo, ou seja, as crianças e alguns outros grupos consideram os idosos como pessoas lentas.

A Figura 17 ilustra as freqüências percentuais de respostas positivas (1 ponto), neutras (2 pontos) e negativas (3 pontos) para cada item da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. As respostas, para a maioria dos itens, foram positivas.

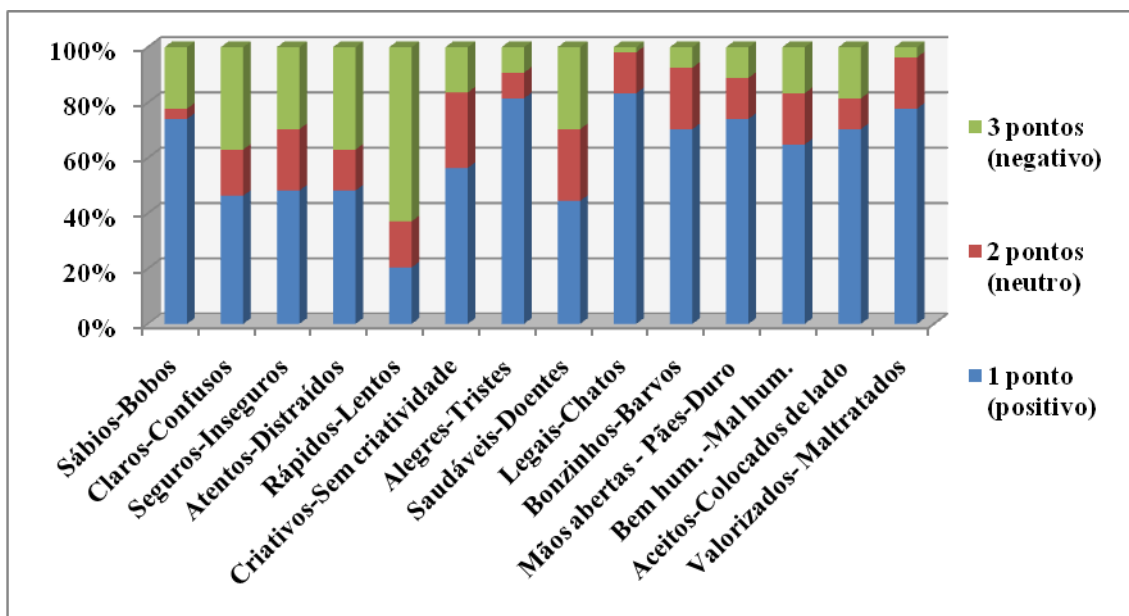


Figura 17 – Freqüências percentuais de respostas positivas, neutras e negativas na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças. São Carlos, 2010.

A porcentagem de respostas positivas no total dos itens foi 61,4%, as respostas neutras somaram 16,9% e as negativas 21,7%.

O estudo realizado com 100 idosos alunos de uma UATI em Pernambuco encontrou 41% de respostas positivas, 39% de respostas neutras e 20% de negativas, porém foi utilizada a escala com cinco níveis de intensidade (SILVA, 1999). Já os 118 estudantes da área de humanas pontuaram positivamente em 34,4% dos casos, negativamente em 33% e foram neutros em 32,6% dos casos (RABELO; FREIRE, 2003). Os números apontam para indícios de respostas mais positivas entre as crianças, se comparadas aos estudos já citados.

4.4.4. A Escala e as diferentes variáveis das crianças

Em relação ao sexo das crianças, a média das crianças do sexo feminino foi 1,61 pontos ($dp=0,36$) e a das crianças do sexo masculino 1,57 ($dp=0,35$). Porém, através do teste de Mann-Whitney não houve resultados significativos na comparação entre estas duas variáveis. Também em relação ao sexo e aos quatro domínios da escala não houve diferenças estatisticamente significativas.

Diferentemente do presente estudo, a média dos meninos foi maior que a das meninas no estudo de Todaro (2008), sendo 1,59 e 1,45 pontos respectivamente. Estes resultados apresentaram diferenças significativas quando comparados, sendo que os meninos apresentaram atitudes significativamente mais negativas que as meninas, o que não ocorreu na presente investigação.

As crianças com sete anos de idade tiveram a média geral de 1,42 pontos ($dp=0,32$), as de oito anos de 1,59 ($dp=0,37$), nove anos 1,68 ($dp=0,21$) e as crianças de dez anos média 1,59 ($dp=0,37$).

É interessante salientar que não houve, neste estudo, uma tendência das crianças mais velhas apresentarem atitudes mais negativas, como no estudo de Todaro (2008). Esta tendência estava acontecendo dos sete aos nove anos, porém, as crianças de 10 anos não a confirmaram. A Figura 18 ilustra a média geral da escala, a média para cada sexo e grupo etário:

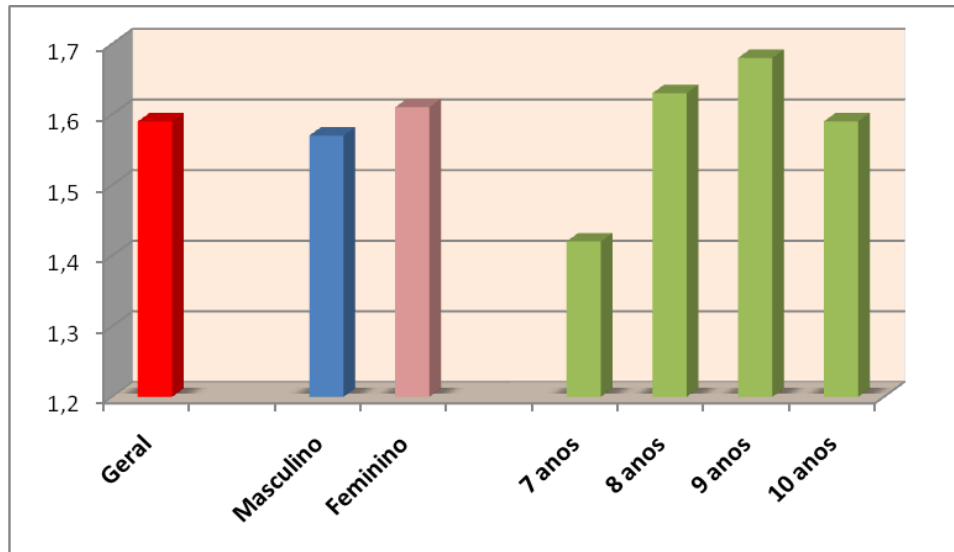


Figura 18 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação ao sexo e idade da criança. São Carlos, 2010.

Para verificar se existia diferença estatisticamente significativa para cada faixa etária, foi feito o teste de Kruskal-Wallis para comparar a idade das crianças com a escala geral e seus domínios. Não foram encontradas diferenças significativas. Há uma ressalva para uma tendência na comparação entre a idade das crianças e o domínio persona ($\chi^2=7,11(3)$, $p=0,065$), sendo que as crianças de sete anos apresentaram atitudes mais positivas que as mais velhas. Porém isto é apenas uma tendência que precisa ser melhor investigada.

Todaro (2008) comparou as médias das crianças de sete a dez anos no pré-teste utilizando a escala. Os resultados mostraram que as crianças mais novas apresentaram atitudes mais positivas que as mais velhas na escala, diferentemente do presente estudo.

Em relação à escolaridade das crianças, ou seja, à série que elas estavam na escola no momento da entrevista, as médias para cada escolaridade foram: 1ª série (média=1,49, dp=0,3), 2ª série (média=1,48, dp=0,42), 3ª série (média=1,57, dp=0,3) e 4ª/5ª série (média=1,67, dp=0,37). Como houve apenas uma criança que estava na 5ª série, ela foi agrupada com as crianças que estavam na 4ª série para que pudesse ser feita a comparação.

De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, não houve diferenças significativas entre a escolaridade e a escala geral e seus domínios.

Em relação à USF de origem das crianças, as médias podem ser acompanhadas, bem como as médias por escolaridade, na Figura abaixo.

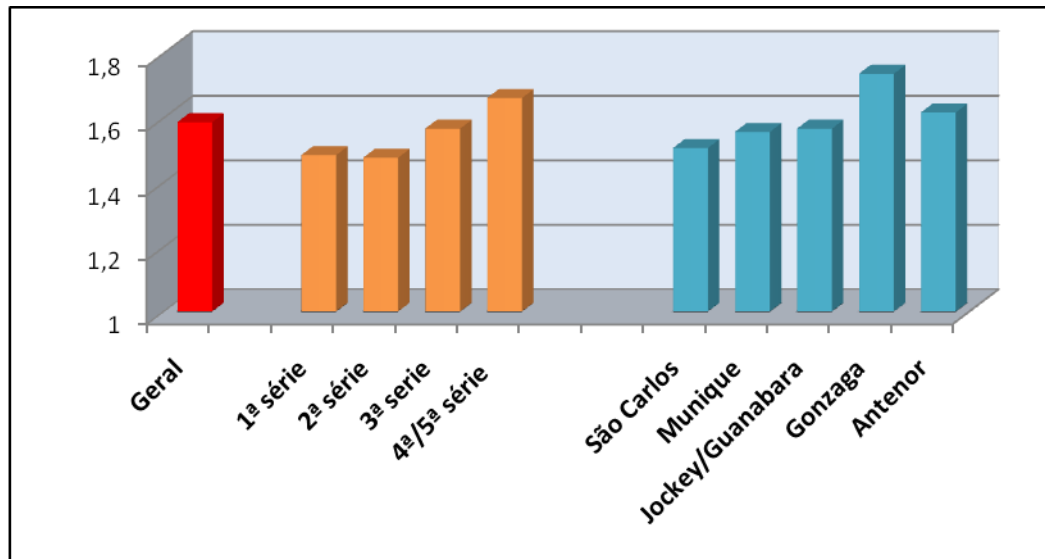


Figura 19 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação à escolaridade e USF da criança. São Carlos, 2010.

A USF do Jd. Gonzaga obteve a média de 1,74 pontos, $dp=0,27$. Já as outras unidades: Jd. São Carlos (média=1,51, $dp=0,34$), Jd. Munique (média=1,56, $dp=0,35$), Jockey Clube/Guanabara (média=1,57, $dp=0,38$) e Antenor Garcia (média=1,62, $dp=0,39$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a escala geral e domínios e em relação à USF da criança quando realizado o teste de Kruskal-Wallis.

Um estudo conduzido com 682 jovens estudantes de Universidades Chilenas (de 17 a 25 anos) aplicou uma escala diferencial semântica criada pelos autores com 17 pares de adjetivos bipolares e sete níveis de intensidade para avaliar a atitude em relação à velhice. Assim como no presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas para as variáveis gênero e nível socioeconômico e as atitudes em relação à velhice (ARNOLD-CATHALIFAUD et al., 2008).

Como citado anteriormente, uma pequena quantidade de crianças freqüentava escola particular (7,4%). Considerando esta ressalva, a média das crianças que estudavam em escolas particulares foi 1,41 pontos ($dp=0,17$) e a das que estudavam em escolas públicas 1,6 pontos ($dp=0,36$). Porém, não houve diferença estatisticamente significativa entres estes dois grupos quando aplicado o teste de Mann-Whitney.

O número de pessoas que morava na mesma casa que a criança variou de duas a doze, como citado anteriormente. A Figura 20 ilustra as médias das crianças na Escala separadas de acordo com o número de pessoas com quem esta morava.

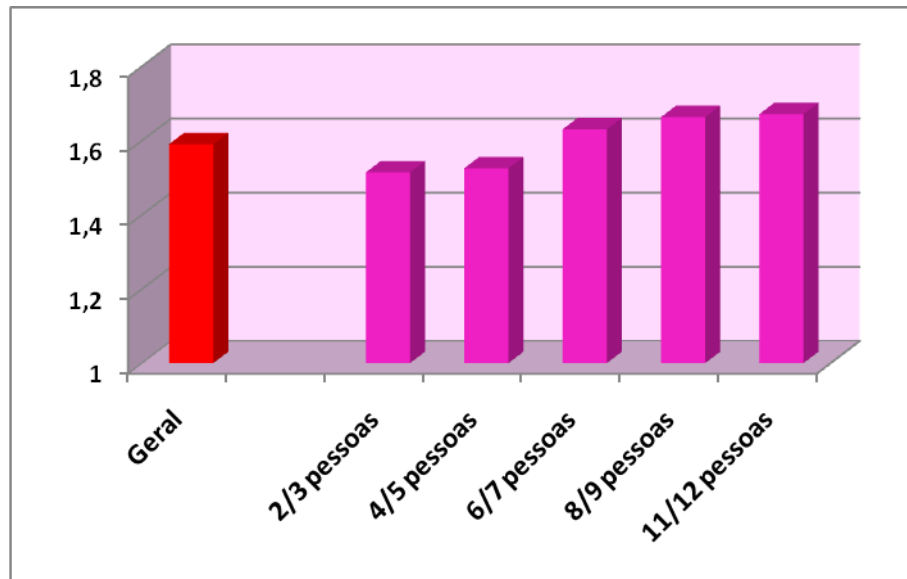


Figura 20 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação ao número de pessoas na casa. São Carlos, 2010.

Como pôde ser observado na Figura, não houve uma distribuição que pudesse indicar alguma relação entre a atitude em relação aos idosos e o número de pessoas na casa. A maior média foi apresentada pelas crianças que moravam em casa com 11/12 pessoas (média=1,67, dp=0,34) e a menor pelas casas com 2/3 pessoas (média=1,51, dp=0,23).

O teste Kruskal-Wallis não indicou diferenças estatisticamente significantes entre o número de pessoas na casa e a pontuação na escala geral e domínios.

A Figura 21 apresenta a média das crianças para as variáveis renda familiar, religião e cor.

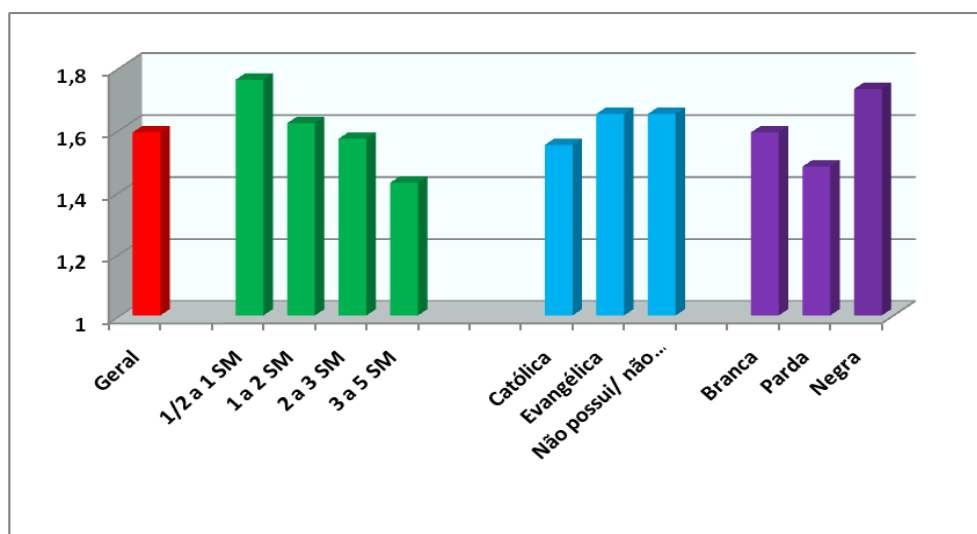


Figura 21 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação à renda familiar, religião e cor da criança. São Carlos, 2010.

Quanto à renda pode-se observar um perfil de diminuição da pontuação conforme aumenta a renda. Porém, a variável renda não se associou significativamente à escala geral e domínios quando realizado o teste de Kruskal-Wallis.

Houve uma tendência na comparação destas variáveis. A variável renda teve uma tendência de associação com o domínio agência ($\chi^2=7,28(3)$, $p=0,059$). A Figura 22 mostra o *Rank* médio, de acordo com o teste de Kruskal-Wallis, para o domínio agência e a renda familiar das crianças:



Figura 22 – *Rank* médio de acordo com o teste de Kruskal-Wallis para o domínio agência da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus a renda familiar. São Carlos, 2010.

De acordo com a Figura, para o domínio agência, as crianças com maior e menor renda (3 a 5 salários mínimos e ½ a 1 salário mínimo) são as que apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice no domínio agência. Já as crianças cujas famílias possuem de 1 a 2 e de 2 a 3 salários mínimos são as que apresentam tendência de possuir atitude mais negativa no domínio agência.

Na categoria religião, a pontuação média das crianças católicas foi 1,55 pontos ($dp=0,34$), das evangélicas 1,65 pontos ($dp=0,28$) e dos que não possuem ou não informaram a religião foi 1,65 pontos ($dp=0,49$) sendo pouco menor que as demais.

Em relação à cor, as que se autodeclararam pardos tiveram a média de 1,48 pontos ($dp=0,38$), as brancas de 1,59 pontos ($dp=0,34$) e as negras (média=1,73, $dp=0,33$). O teste de Kruskal-Wallis foi realizado e não foi encontrada significância em relação à cor da pele auto declarada e a religião quando comparados à pontuação geral da escala e seus domínios.

Já em relação aos dados do idoso que morava com a criança, podem ser observados na Figura abaixo:

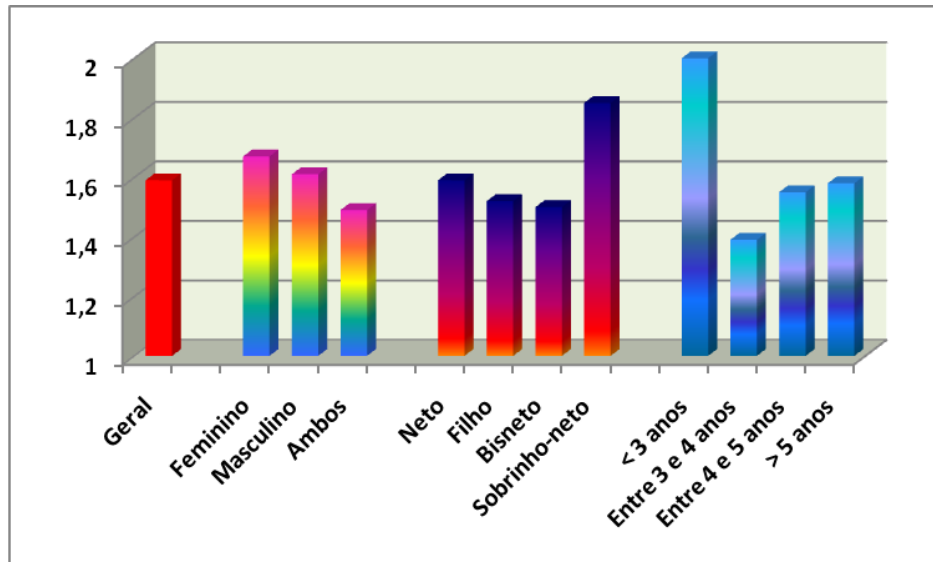


Figura 23 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças em relação ao sexo, grau de parentesco e tempo de moradia com o idoso. São Carlos, 2010.

Quanto ao sexo do idoso que morava com a criança, não houve diferenças significativas em relação às médias, sendo a média das crianças que moravam somente com um idoso do sexo feminino 1,67 ($dp=0,37$), a das crianças que moravam com idosos de ambos os sexos 1,49 ($dp=0,33$) e das crianças que moravam somente com um idoso do sexo masculino 1,61 pontos.

Em relação ao grau de parentesco da criança com o idoso, as médias de pontuações entre as crianças que eram netas, filhas ou bisnetas do idoso foram próximas, já que não houve relação entre o grau de parentesco e a escala e seus domínios de acordo com o teste de Kruskal-Wallis.

Sobre o tempo que a criança mora com o idoso, a maior média foi para as crianças que moravam com o idoso há menos de três anos (média=2,04, $dp=0,39$).

O teste Kruskal-Wallis indicou relação entre o tempo que a criança mora com o idoso e o domínio persona ($\chi^2=8,9(3)$, $p=0,02$). Abaixo pode ser observada a Figura que mostra o *Rank* médio, de acordo com o teste de Kruskal-Wallis, para o domínio persona e tempo de moradia com o idoso:

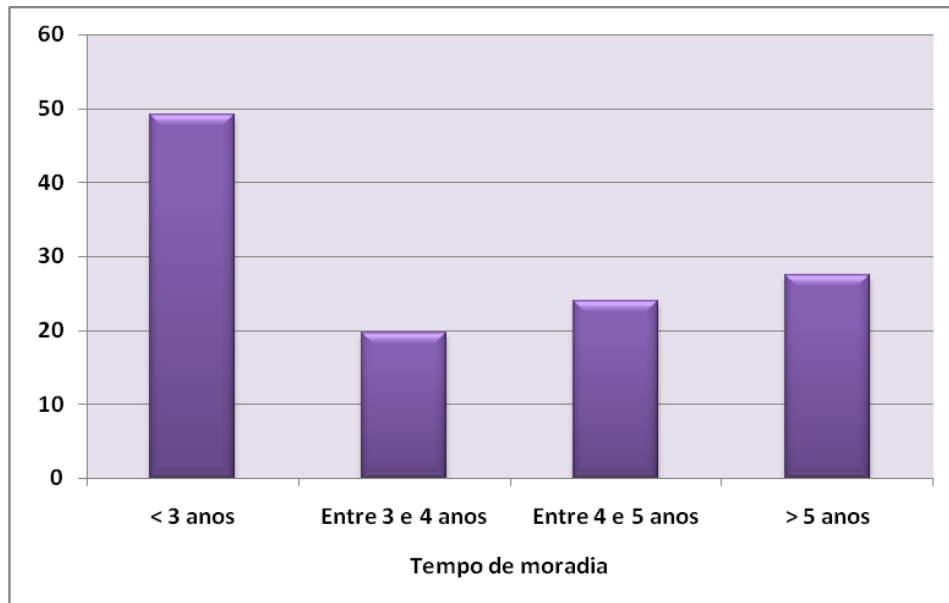


Figura 24 – Rank médio de acordo com o teste de Kruskal-Wallis para o domínio persona da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças e o tempo de moradia com o idoso. São Carlos, 2010.

De acordo com a Figura, não há uma distribuição que indique uma piora ou melhora nas atitudes no domínio persona em relação ao tempo de moradia da criança com o idoso. As crianças que moravam com os idosos há menos de três anos têm as atitudes mais negativas, seguidas pelas que moravam há mais de cinco anos, entre quatro e cinco anos e a atitude mais positiva para as que moravam entre três e quatro anos. O fato de a criança morar a um determinado tempo com o idoso parece não influenciar nas atitudes em relação à velhice.

4.5. Comparando a atitude em relação à velhice entre as crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas.

Nas casas em que residia mais de uma criança a Escala de Atitudes em Relação à Velhice foi aplicada de forma independente para cada criança da casa.

Para cada criança foi considerado como padrão para divisão das crianças nos grupos 1 (que mora com idoso com alteração cognitiva) e 2 (mora com idoso sem alteração cognitiva) o idoso que morava com ela, independentemente do fato dela morar com outra criança que foi entrevistada ou não.

Após a divisão das crianças nos grupos 1 e 2, 25 crianças (46,3%) ficaram localizadas no grupo 1 (mora com idoso com alteração cognitiva) e 29 crianças (53,7%) no grupo 2 (mora com idoso sem alteração cognitiva).

A média de pontuação das crianças do grupo 1 na escala foi 1,66 pontos ($dp=0,3$) e a das crianças do grupo 2, 1,52 pontos ($dp=0,38$), como se observa abaixo.

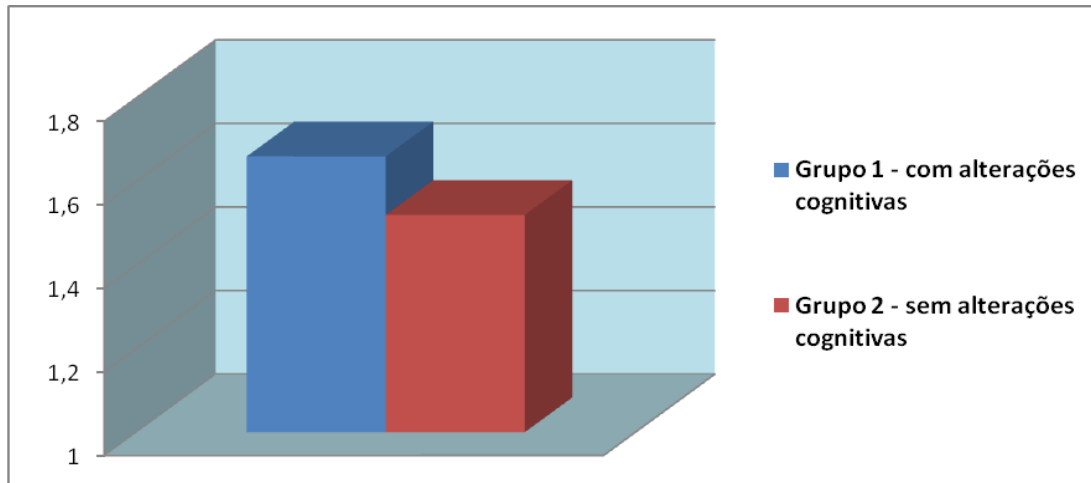


Figura 25 - Pontuações médias na Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças referentes aos grupos 1 e 2. São Carlos, 2010.

Partindo da hipótese de que as crianças que moram com idosos com alterações cognitivas podem desenvolver atitudes mais negativas em relação à velhice; quando os grupos 1 e 2 foram comparados através dos teste de Mann-Whitney, observou-se:

Tabela 9 – Resultado das comparações (Mann-Whitney) entre os resultados da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças e seus domínios para os grupos 1 e 2. São Carlos, 2010.

	Escala	Cognição	Agência	Persona	Relacionamento Social
Mann-Whitney U	269,5	250	332	359	271,5
p valor	0,053	0,025	0,311	0,480	0,049

Nota: nível de significância de 95% ($p<0,05$)

Como mostra a Tabela 9, a comparação entre os grupos 1 e 2 apresentou níveis considerados significativos para o domínio cognição ($p=0,025$) e relacionamento social ($p=0,049$) e apresentou uma tendência para a escala geral ($p=0,053$). A Figura 26 ilustra o *Rank* médio, de acordo com o teste de Mann-Whitney, para a escala geral e os domínios cognição e relacionamento social:

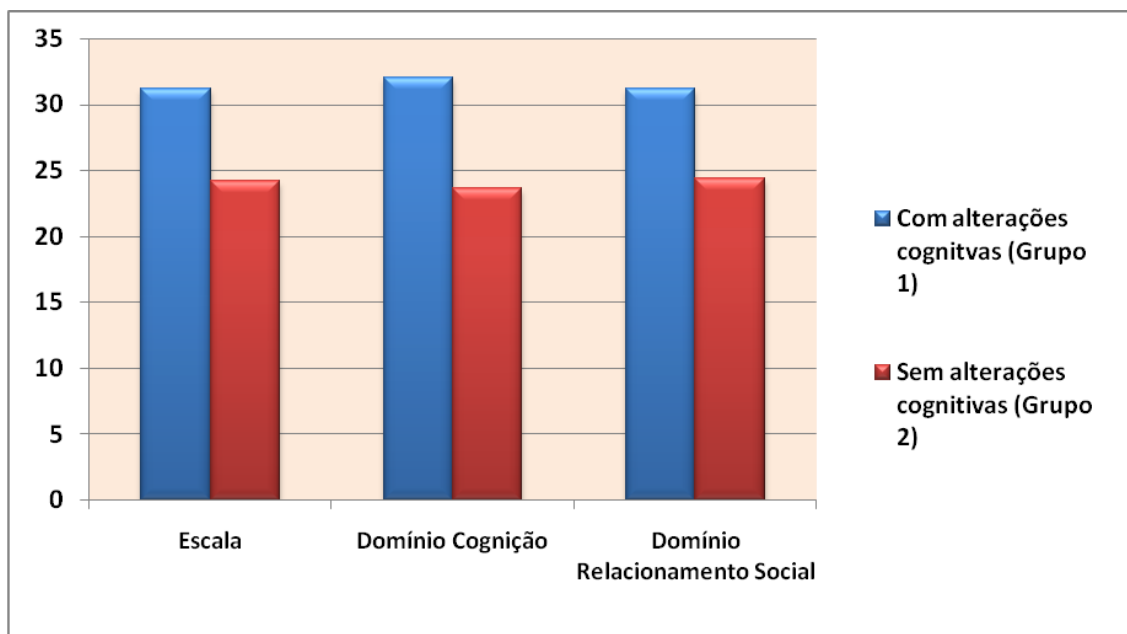


Figura 26 – Rank médio de acordo com o teste de Mann Whitney da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças versus os domínios cognição e relacionamento social. São Carlos, 2010.

As crianças que moram com idosos com alterações cognitivas possuem as médias do *Rank* maiores que as crianças que moram com idosos sem alterações cognitivas, o que significa que elas possuem atitudes piores nos domínios cognição e relacionamento social e tendência de piores atitudes na pontuação geral da escala.

As crianças do grupo 1 avaliaram o domínio cognição (ser sábio, criatividade, rapidez, atenção, segurança e clareza dos idosos) de forma mais negativa. Isso pode ter sido influenciado pelo fato de morar com idoso com alteração cognitiva.

No domínio relacionamento social que está ligado à aspectos afetivo-emocionais (valorização, aceitação e humor) que refletem na interação social, as crianças do grupo 1 apresentaram atitudes mais negativas. Estas crianças também apontaram tendência a atitudes mais negativas na pontuação geral da escala.

Este dado parece bastante importante em estudos que investigam as doenças que afetam a cognição para e as crianças. Deve ser considerado que, crianças que convivem com idosos com alterações cognitivas, tendem a possuir atitudes mais negativas em relação à velhice no geral, mas significativamente mais negativas nos domínios cognição e relacionamento social. Os outros domínios não apresentaram índices significativos na comparação dos grupos 1 e 2.

Cabe ressaltar que apesar de terem sido encontradas diferenças significativas quando foi comparada a variável pontuação na escala de atitudes das crianças e a cognição do idoso que mora com a mesma, outras variáveis podem ter influenciado estes resultados, como

por exemplo, nos casos em que a criança morava com mais de um idoso na mesma casa. Apesar disto, as diferenças encontradas devem ser consideradas no atendimento e planejamento de ações para crianças que moram com idosos com alterações cognitivas.

4.6. Verificando se as crianças já ouviram falar ou sabem o que é demência/ Doença de Alzheimer

Nesta etapa serão apresentados os resultados obtidos através de entrevistas em profundidade com as crianças. É importante ressaltar que das 54 crianças que participaram do estudo, duas crianças não desejaram responder às questões abertas, somente tendo respondido à escala de atitudes. As entrevistas foram realizadas, portanto, com 52 crianças.

As categorias criadas a partir da análise dos dados são:

- A partir de que idade uma pessoa é idosa na visão das crianças
- Percepções relacionadas à aparência física dos idosos
- Percepções relacionadas a outros aspectos dos idosos
- Ressaltando as diferenças entre o idoso que mora com a criança e os idosos

no geral

- Mudanças percebidas pela criança no idoso que mora com ela
- Como está a memória do idoso que mora com a criança
- Maus tratos aos idosos: reação e sentimento das crianças
- Conhecimento das crianças sobre a demência/ Doença de Alzheimer

As tabelas construídas para cada categoria e suas respectivas subcategorias encontradas nas entrevistas podem ser visualizadas na íntegra no APÊNDICE D. Nelas pode-se observar para cada entrevista individualmente, qual subcategoria foi citada pela criança. Também notar qual a recorrência de cada subcategoria, ou seja, qual foi mais citada.

Além destes dados, podem ser observadas, a cada entrevista, quantas novas subcategorias apareceram. Este é um dado interessante para visualizar a saturação teórica dos dados.

Ressalta-se que neste trabalho todas as crianças encontradas foram entrevistadas, não havendo, portanto o critério de saturação. Porém, se houvesse a intenção de seguir este critério, poderia ser visualizada quando ocorreu a saturação a partir da seguinte Figura:

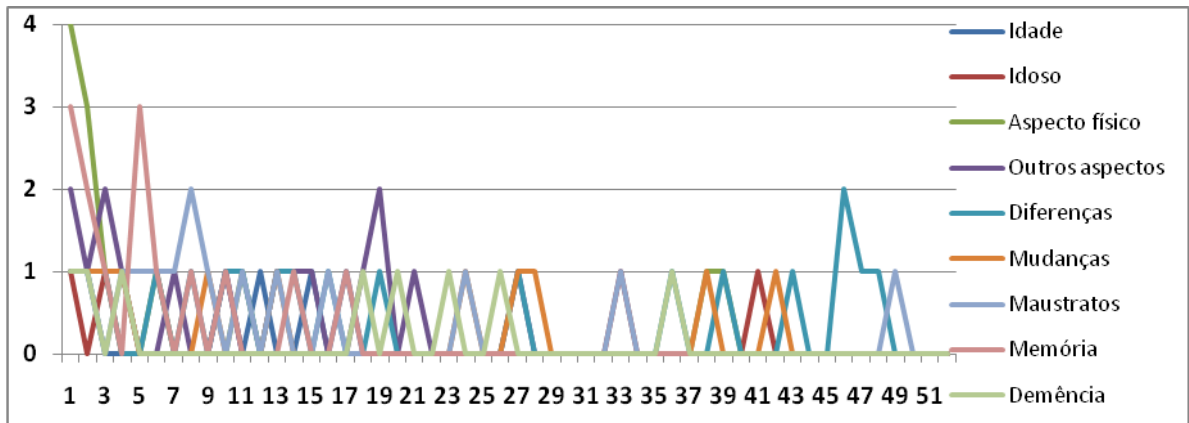


Figura 27 - Visualização do surgimento de novas subcategorias a cada entrevista, para cada categoria. São Carlos, 2010.

Para cada categoria, há um maior surgimento de novas subcategorias nas primeiras entrevistas. Com o passar das entrevistas, esse aparecimento vai se tornando menos freqüente, ou seja, as crianças e suas falas se enquadram nas subcategorias anteriormente citadas por outras crianças.

Nota-se que nas entrevistas 30 e 31 não houve a citação de novas subcategorias em nenhuma das categorias. Nesta análise, portanto, se fosse considerada a saturação dos dados, a coleta poderia ter sido interrompida na entrevista de número 31.

Porém, os resultados apresentam a concepção de todas as crianças entrevistadas neste estudo.

4.6.1. *A partir de que idade uma pessoa é idosa na visão das crianças*

Nesta categoria, quando a criança sabia o que era idoso, era questionada a ela com qual idade uma pessoa pode ser considerada idosa. Quando a criança não sabia o que era idoso, esta pergunta não era feita, já que para explicar o conceito de idoso a ela era necessário falar na idade.

Vinte e cinco crianças (48,1%) não responderam ou não sabiam responder a esta questão. As outras respostas variaram dizendo que a idade era de 50 à 80 anos, compondo as seguintes subcategorias que serão apresentadas a seguir: *Aproximadamente 50 anos; Entre 60 e 64 anos; Entre 65 e 69 anos; Entre 70 e 74 anos e Entre 80 e 84 anos.*

Aproximadamente 50 anos

Nesta subcategoria se encaixaram seis crianças (11,5%). Elas relataram que a idade através da qual uma pessoa pode ser considerada idosa é próxima aos 50 anos, como nos exemplos abaixo:

“Uns cinqüenta, por aí...” [10-HMS-10anos].

“É mais ou menos uns cinqüenta, por aí” [36-GMRS-8anos].

“Ah, acho que a partir dos cinqüenta” [44-MVGB-10anos].

Entre 60 e 64 anos

Doze crianças (23,1%), a maioria das que responderam a esta questão, acreditavam que entre 60 e 64 anos uma pessoa pode ser considerada idosa, como se observa abaixo:

“Com sessenta pra cima...” [1-BPS-10anos].

“É... sessenta e um?” [29-VT-8anos].

“Idoso? Acho que é de sessenta pra cima” [37-GKSM-9anos].

Entre 65 e 69 anos

Somente três crianças (5,8%) avaliaram que entre 65 e 69 anos uma pessoa pode ser considerada idosa.

“Uns sessenta e cinco” [15-AJNJ-9anos].

“Hum...setenta e cinco, sessenta e...não, acho que é de sessenta e cinco pra cima” [18-VGGCS-8anos].

“É, sessenta e sete” [19-GRC-7anos].

Entre 70 e 74 anos

Quatro crianças (7,7%) se encaixaram nesta subcategoria, dizendo que entre 70 e 74 anos uma pessoa já pode ser considerada idosa.

“Uns setenta” [22-GBP-9anos].

“Ah, uns setenta já é idoso” [40-TPSM-9anos].

“Ah, setenta e três, por aí...” [49-AS-9anos].

Entre 80 e 84 anos

Apenas duas crianças (3,8%) fazem parte desta subcategoria, como mostram os relatos abaixo:

“Hum... oitenta?!” [12-KHM-8anos].

“Uns oitenta” [21-LOS-10anos].

No Brasil, é considerada idosa uma pessoa com 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2007). A maioria das crianças que responderam a esta questão vão de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Porém, o envelhecimento é um processo heterogêneo e muitos elementos se somam a idade cronológica determinar diferenças entre idosos, como contexto socioeconômico, gênero, condições de saúde e personalidade (NERI, 2001).

Para cada um o processo de envelhecimento se desenvolve de maneira diferenciada, e as crianças para responder a esta questão, podem associar sua concepção da idade de início da velhice ao idoso que mora com ela e ao estilo de vida do mesmo. Ela pode residir com um idoso de sessenta anos, que é seu pai e não considerá-lo idoso, enquanto que pode ter um avô dependente de sessenta anos e devido à suas condições considerá-lo idoso. As pessoas mais velhas com quem a criança tem ou já teve contato em sua vida podem influenciar sua percepção a respeito da idade de início da velhice.

Das seis crianças que consideram que idosa é uma pessoa com aproximadamente 50 anos, quatro moravam com idosos do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade dos idosos que moravam com estas era de 60 a 68 anos, ou seja, elas moravam com idosos jovens e já os consideravam idosos há dez anos ou mais.

Já dos idosos que moravam com as duas crianças que se encaixaram na subcategoria “Entre 80 e 84 anos”, um tinha 64 anos e o outro 65 anos, ou seja, as crianças não os consideravam como idosos, e só os considerariam como tal daqui a 15 anos.

No estudo de Fernandes et al. (2010), que objetivou identificar o conhecimento de 51 ACS sobre envelhecimento e demência, a maioria deles descreveu idoso do ponto de vista cronológico, sendo pessoas com mais de 60 anos. Rabelo e Freire (2003) entrevistaram 118 estudantes da área de humanas e quando questionados sobre a partir de que idade uma pessoa pode ser considerada idosa, 50,9% considerou que é aos 60 anos, e a média de respostas foi 62,3 anos. Porém, alguns estudantes (6,8%) tiveram uma visão multidimensional quando disseram que depende de cada um e de cada ponto de vista.

4.6.2. Percepções relacionadas à aparência física dos idosos

Para que esta categoria pudesse ser criada, foi questionado às crianças o que elas achavam ser uma pessoa velha. É importante destacar que as crianças têm muitas

percepções sobre os idosos, e normalmente, a primeira resposta a esta pergunta está relacionada ao aspecto ou aparência física.

Nesta categoria foram identificadas 12 subcategorias, são elas: *Cabelo Branco*; *Mudanças na pele*; *Piora no jeito de andar*; *Andam mais rápido*; *Perda de visão/Usos de óculos*; *Perda da audição/Usos de aparelho auditivo*; *Prótese dentária*; *Bengala*; *Cadeira de rodas*; *Queda de cabelos*; *Mudanças na voz* e *Algumas características físicas dependem da pessoa*.

Cabelo Branco

Esta subcategoria foi a mais citada pelas crianças. Quarenta e oito (92,3%) das cinquenta e duas crianças entrevistadas citaram esta característica física como inerente aos idosos.

“Que o cabelo delas fica branco e o nosso que somos jovens fica preto...” [1-BPS-10anos].

“O cabelo muda de cor, fica branco, porque fica mais velho, tem mais idade” [2-RRP-7anos].

“...É que o cabelo é meio branquinho, mas as pessoas novas vai ficar assim também” [18-VGGCS-8anos].

Mudanças na pele

As mudanças na pele foram citadas por 86,5% (n=45) das crianças. Estas citações envolveram mudanças na coloração, aspecto e textura da pele, como se observa nos exemplos abaixo:

“A pele fica mais velha, vai ficando feia, descascando” [4-DFAC-9anos].

“A pele delas é um pouco mais frágil assim...” [21-LOS-10anos].

“A pele, fica mais pra baixo” [22-GBP-9anos].

“A aparência, elas ficam mais velhas. É, eu sou novo ainda, eu tenho a pele boa e depois quem é mais velho tem a pele meio enrugada assim” [28-YCSF-10anos].

“O rosto fica com pintinha” [40-TPSM-9anos].

“O rosto, de branco vai mudando de cor” [45-CVGB-8anos].

“Muda, fica mais grossa” [50-LSC-9anos].

Piora no jeito de andar

Outros 71,1% (n=37) citaram que o jeito de andar dos idosos piora com o envelhecimento, tanto o modo como andam como a velocidade.

“Anda caindo, devagar, porque elas são velhas” [2-RRP-7anos].

“É que eles são mais lentos, não conseguem correr muito rápido” [4-DFCA-9anos].

“O jeito de andar é diferente porque eles andam torto e as outras não” [6-VB-9anos].

“Fica meio manco” [24-JHSC-10anos].

“Eles andam assim ó, com a coluna” [25-MERS-7anos].

Andam mais rápido

Apesar de várias crianças terem citado a piora no jeito de andar dos idosos, como relatado na subcategoria anterior, uma criança (1,9%) ressaltou que os idosos andam mais rápido:

“O jeito de andar muda, fica mais rápido” [39-MMC-8anos].

Perda de visão/Usos de óculos

Esta subcategoria foi citada por 18 crianças (34,6%), relacionando o fato de uma pessoa envelhecer à perda da visão e uso de óculos.

“Usa óculos, porque a visão delas é fraca” [8-MWE-10anos].

“Eles enxergam menos, aí eles usam óculos” [9-HVS-9anos].

“É... eles param de enxergar...” [31-SRL-8anos].

Perda da audição/Usos de aparelho auditivo

Assim como a perda da visão, 15,4% (n=8) das crianças se lembraram da perda da audição e do uso de aparelho auditivo:

“...e usam um aparelho aqui ó, para escutar melhor” [6-VB-9anos].

“O jeito de ouvir, porque aí eles escutam mais baixo porque eles vão ficando mais velhos” [12-KHM-8anos].

“Muda o jeito de escutar, assim eles escutam bem baixinho né” [37-GKSM-9anos].

Prótese Dentária

Três crianças (5,8%) relacionaram o fato de ser idoso ao uso de prótese dentária, como mostram os exemplos abaixo:

“Tem também a dentadura, mas num sei por que usa, é porque elas ficam mais velhas” [2-RRP-7anos].

“...dentadura, mas num sei por que” [5-GCN-10anos].

Bengala

O uso da bengala também foi lembrado pelas crianças como algo que faz parte do envelhecimento. Três crianças (5,8%) lembraram deste objeto:

“É, ela é um pouco mais velhinha, tem bengala...” [21-LOS-10anos].

“...bengala, elas usam isso porque elas são mais velhas” [2-RRP-7anos]

Cadeira de rodas

O uso da cadeira de rodas foi lembrado por três crianças (5,8%).

“É uma pessoa que já está na cadeira de rodas...” [18-VGGCS-8anos].

“Tem vezes que os idosos vai pra cadeira de rodas” [33-MPC-10anos].

Queda de cabelos

O fato de ocorrer queda de cabelo em idosos foi citado por uma criança (1,9%):

“É careca...” [3-PAMR-7anos].

Mudanças na voz

A mudança na voz das pessoas idosas foi relatada por uma criança (1,9%):

“O jeito de falar fica meia rouca” [40-TPSM-9anos].

Algumas características físicas dependem da pessoa

Nesta subcategoria se enquadraram as 11 crianças (21,1%) que destacaram que as características físicas dependem da pessoa, ou seja, não são determinadas somente pela idade da mesma.

“O cabelo fica assim, é... tem idosos que é de cabelo preto, tem uns que não é. quando é preto fica igual o das pessoas, quando não é fica branco” [13-TSC-7anos].

“Tem gente que anda assim [corcunda], e tem gente que anda normal” [21-LOS-10anos].

“Tem alguns que não conseguem enxergar direito, tem alguns que consegue, depende a pessoa” [24-JHSC-10anos].

De acordo com os relatos das crianças nesta categoria foi possível notar que elas estão atentas às mudanças que ocorrem na aparência física quando uma pessoa fica velha. Estas mudanças são as mais notadas pelas crianças, que convivem diariamente com um idoso em sua casa.

Silva et al. (2006) conduziram um estudo que objetivou verificar a percepção de 10 idosos de um centro de convivência para a terceira idade sobre o envelhecimento. Os próprios idosos relatam que perceberam que estavam envelhecendo por volta dos 40 anos de idade, quando começaram a notar aparecimento de rugas, ganho de peso (principalmente as mulheres), perda da acuidade visual entre outras alterações fisiológicas indesejadas. Já os 48 idosos moradores da zona rural do estado do Ceará que foram entrevistados em outro estudo, relatam que em parte estão satisfeitos com a velhice, apesar das perdas. As mulheres discorrem sobre a perda da beleza da juventude e o aparecimento de rugas, mas dizem ser felizes por poderem estar com os filhos e netos por perto (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Portanto, os próprios idosos citam as mudanças na aparência física com o advindo da velhice, esta percepção dos idosos pode ser que esteja enraizada na sociedade e por isso as crianças também os veem de acordo com estes atributos.

No estudo que analisou a representação da velhice na música brasileira de 1960 a 2007 foi verificado que o velho cantado nas músicas é na maioria das vezes do sexo masculino e que apesar de ser chamado de velho não são citados critérios de delimitação etária. Há várias citações de mudanças corporais, como o cabelo branco e as rugas e de objetos que evidenciam a velhice como bengala, cadeira de rodas e dentadura (MOURA et al, 2009).

Outro meio simbólico estudado foram os textos da literatura infantil brasileira e as atitudes em relação à velhice trazida por esses. Foram analisados 35 livros e destes, em 48% os idosos aparecem sorridentes e em 45,9% não aparecem rugas nem dentes ou falta deles. Os idosos são identificados pela cor do cabelo, barba, calvície, estilo das roupas e uso de óculos ou bengala (NERI; NOGUEIRA, 1994). Apesar de nos textos não aparecerem as rugas; o cabelo branco, os óculos e a bengala aparecem, assim como foram mencionados pelas crianças.

A música e os livros infantis podem funcionar como meios simbólicos através dos quais as crianças podem se espelhar para construir suas percepções acerca da velhice. Como constatado muitas músicas e livros trazem a questão da aparência física, assim como muitas crianças desatacam esta questão.

Em um livro que relata o desenvolvimento das crianças dos cinco aos 10 anos de idade é mostrado como é o relacionamento destas crianças com os avós. De acordo com o texto, as crianças de sete anos tendem a descrever os avós em termos de cabelo, cor dos olhos, se usa ou não óculos ou pela idade. Conforme as crianças vão se tornando mais velhas elas começam a acrescentar outros aspectos na descrição dos avós, como por exemplo simpatia, humor, trabalho, amizade entre outros aspectos (GESELL, 1998). Outra publicação sobre desenvolvimento infantil relata que a partir dos nove anos de idade as descrições que as crianças fazem dos outros começam a enfatizar traços ou qualidades internas e não somente aspectos físicos (BEE, 2008).

No presente estudo, a maioria das crianças relatou algo relacionado aos aspectos físicos, sendo 92,3% o cabelo, 86,5% a pele e 71,7% o jeito de andar. Portanto, mesmo que as crianças mais velhas enfatizem outros aspectos, elas ainda trazem a questão dos traços externos para descrever os idosos.

O estudo pioneiro sobre atitudes em relação à velhice realizado com 147 estudantes de pós-graduação de uma universidade de Nova Iorque (EUA) constatou que 87% dos estudantes afirmam que os idosos andam devagar, 79% que perdem a maioria dos dentes, 65% que precisam de óculos para ler, 53% que têm dificuldade para escutar. A média de idade dos estudantes era de 30,9 anos (TUCKMAN; LORGE, 1953). Como se pode perceber, mesmo os adultos atribuem características físicas na descrição dos idosos, inclusive em maiores porcentagens que no presente estudo. A investigação, devido ao fato de ter sido publicada há mais de 50 anos, pode alertar que estas percepções continuam na sociedade mesmo com o passar dos anos.

Outra publicação de 2003 utilizou o método do “complete a sentença” para acessar atitudes de crianças sobre o envelhecimento. Foram entrevistadas 1874 crianças da 6ª a 8ª série, de duas escolas do Texas (EUA) e solicitado que elas preenchessem as sentenças “Velho é...”, “Você sabe que é velho quando...”, “Você sabe que seus pais são velhos quando...”, “Quando eu ficar velho eu serei...” e “Pessoas velhas...”. As respostas foram agrupadas em categorias, sendo que a maioria das crianças completou duas das cinco sentenças dadas (52%) e a média de características por sentença foi de 2,6 (LICHTENSTEIN et al., 2003).

Os atributos mais citados para as sentenças na categoria características físicas foram rugas (21,1%), cabelo branco (20%), falta de dentes ou uso de dentadura (4,3%) e calvice (4,1%). Estes números podem parecer pequenos, mas se considerarmos que foram citadas mais de sessenta características, o fato de 21,1% das crianças citarem uma delas é importante. Cabe ressaltar que a característica “rugas” foi a mais citada entre todas do trabalho. Concluiu-se que o foco das respostas foram as características e mudanças nas habilidades físicas (LICHTENSTEIN et al., 2003).

Outro estudo realizado com 71 crianças da 4ª e 5ª série de uma escola da Pennsylvania (EUA) buscou avaliar as percepções das crianças sobre o envelhecimento e idosos utilizando o questionário CVOA. Quando questionadas como sabem que uma pessoa está ficando velha, 80% das crianças citaram atributos físicos como cabelo branco e rugas e 5% citaram perda da audição, visão e memória (NEWMAN; FAUX; LARIMER, 1997).

De acordo com os dois últimos estudos citados, feitos especificamente com crianças, é comum elas se remeterem aos idosos através dos atributos físicos.

4.6.3. *Percepções relacionadas a outros aspectos dos idosos*

Esta categoria foi constituída por respostas das crianças sobre o que elas achavam ser idoso, mas que não estavam relacionadas ao aspecto ou aparência física.

As subcategorias identificadas foram: *São ou ficam mais doentes, Ficam doentes igual aos mais novos, São mais saudáveis, Pensam menos, mais devagar, Não sabem nada, Pensam diferente mas não sabe como, O jeito de pensar depende da pessoa, São mais espertos, São legais, Fazem poucas atividades/ Exercícios, São mais isolados/Calmos, Perda de força, Dor nas pernas, Alguns são chatos/ não brincam, São bons e Perto do falecimento.*

São ou ficam mais doentes

Nesta subcategoria, 48,1% (n=24) das crianças relataram que idosas são pessoas mais doentes ou que ficam doentes mais facilmente do que as pessoas dos outros grupos etários.

“Eu acho que... as pessoas velhas ficam doentes...” [4-DFAC-9anos].

“Tem alguns que não ficam doentes, tem alguns que sim, mas eles ficam mais doentes que os mais novos” [24-JHSC-10anos].

“Não, eles tem que ter mais cuidado assim, eles são um pouco mais fracos, fica mais fácil de ter doenças” [37-GKSM-9anos].

Ficam doentes igual aos mais novos

Apesar de quase metade das crianças relatarem que os idosos são mais doentes que os mais novos, 32,7% (n=17) consideraram que os idosos ficam doentes igual aos mais novos, como uma pessoa de qualquer idade.

“Tem uns que não é não... os novos também ficam doentes, até eu fico doente” [18-VGGCS-8anos].

“Tem umas que sim, tem umas que não. Acho que elas ficam doentes igual aos mais novos, só de vez em quando” [40-TPSM-9anos].

“Tem umas que é doente, tem umas que não... depende a pessoa” [53-AZDS-7anos].

São mais saudáveis

Além das duas subcategorias anteriores, uma criança (1,9%) citou o fato dos idosos serem mais saudáveis que os mais novos.

“Ah, eu nunca vi minha vó doente, nem meu vô, acho que elas são mais saudáveis” [28-YCSF-10anos].

Pensam menos, mais devagar

Para que fosse possível chegar à questão central da entrevista, que estava relacionada ao conhecimento da criança sobre a demência, começou-se a questionar sobre as características da cognição dos idosos, focando do modo de pensar dos mesmos. Diante disso, 48,1% (n=25) das crianças disseram que os idosos pensam menos ou mais devagar que os mais novos.

“É um pouco menos que os mais jovens, pensam menos” [8-MWE-10anos].

“É, sem inteligência. Ué, eles são velhos, quando eles eram novos... eles num lembram mais como que quando era novo” [36-GMRS-8anos].

“Num sei, acho que demora mais pra pensar” [46-GFP-10anos].

Não sabem nada

Houve ainda duas crianças (3,8%) que disseram que os idosos não sabem nada:

“A pessoa velha num sabe nada” [3-PAMR-7anos].

“...quando eles são mais novos eles sabem das coisas, e depois não sabem não” [5-GCN-10anos].

Pensa diferente, mas não sabe como

Há duas crianças (3,8%) que acreditam que os idosos pensam diferente dos mais novos, mas não souberam identificar esta diferença.

“O jeito de pensar é diferente, só diferente” [22-GBP-9anos].

“É diferente... num sei, só sei que fica diferente” [28-YCSF-10anos].

O jeito de pensar depende da pessoa

E há ainda oito crianças (15,4%) que relataram que o jeito de pensar depende da pessoa e não da idade que ela possui:

“Todo mundo pensa o que eles quiserem se for velho ou novo” [13-TSC-7anos].

“Pensa de outras coisas” [53-AZDS-7anos].

São mais espertos

A mesma porcentagem da subcategoria anterior, 3,8% (n=2) acredita que os idosos são mais espertos que os mais novos:

“Ela é mais esperta que a gente” [1-BPS-10anos].

“Muda, pensa mais rápido” [39-MMC-8anos].

São legais

Três crianças (5,8%) definiram os idosos como sendo pessoas legais:

“Na minha cabeça acho que as pessoas mais velhas são um pouco legais” [22-GBP-9anos].

“...mas elas são mais ou menos legais” [36-GMRS-8anos].

Perda de força

Quatro crianças (7,7%) relataram que com o processo de envelhecimento ocorre perda de força, refletindo uma fraqueza na velhice:

“Acho que porque são mais velhas, ficam fracas” [2-RRP-7anos].

“A pessoa velha tem pouca força e as novas têm mais força” [8-MWE-10anos].

“Por causa da idade, aí fica mais fraco” [35-BTF-10anos].

Fazem poucas atividades/ Exercícios

Assim como na categoria anterior foi relatada uma piora no modo de andar dos idosos, também houve 7,7% (n=4) das crianças que consideraram que idosos são pessoas que fazem poucas atividades ou exercícios:

“Uma pessoa que já num tem muitas atividades pra fazer...” [7-KCS-10anos].

“É... eles num podem correr, num podem pular e num podem jogar futebol” [22-GBP-9anos].

“Eu acho que muda deles se divertirem e sair para passear, que eles num saem muito” [54-TCVC-9anos].

São mais isolados/Calmos

Relacionada à subcategoria anterior, três crianças (5,8%) disseram que os idosos são pessoas mais calmas e que ficam mais isoladas:

“As pessoas mais velhas são mais... mais idosas, então elas ficam mais no canto delas” [19-GRC-7anos].

“Ah, as pessoas mais novas são mais agitadas” [27-ACVV-9anos].

Dor nas pernas

As dores nas pernas foram relatadas por 3,8% (n=2) das crianças:

“...e as pernas tem muita dor” [15-AJNJ-9anos].

“Às vezes até dói quando vai andar” [47-MHRG-8anos].

Outros achados

Três subcategorias foram citadas por apenas uma criança cada uma, e por isso foram agrupadas nos outros achados. São elas: *Alguns são chatos/ não brincam*, *São bons e Perto do falecimento*, como mostram os relatos abaixo:

“Tem algumas que são chatas, elas num brincam, elas são chatas” [19-GRC-7anos].

“Pessoa velha é uma pessoa boa” [14-LILR-7anos].

“É uma pessoa... que ta pra falecer” [18-VGGCS-8anos].

No estudo de Silva et al. (2006) já mencionado, os idosos entrevistados relatam que com o envelhecimento eles puderam notar perda da força física e diminuição da mobilidade, causando maior preocupação com as quedas. Outra investigação já citada realizada com idosos mostrou que apesar de ilustrarem a velhice também em outras

perspectivas, eles acreditam ser um momento de dependência e perdas (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). Ainda estudando o olhar dos idosos sobre o processo de envelhecimento, Jardim, Medeiros e Brito (2006) entrevistaram 10 idosos entre 60 e 85 anos e a associação mais evidente da velhice foi com doenças, perdas e incapacidade. Porém foi destacado que cada idoso percebeu a velhice de uma maneira, o que remete a conotação heterogênea da velhice.

No estudo já citado realizado em Bambuí-MG com 30 idosas e 20 informantes-chave, os informantes viram a velhice como um conjunto de perdas, com alta dependência e necessidade de suporte. Já as idosas tiveram uma imagem mais positiva da velhice, não colocam o que vivem como algo totalmente negativo ou somente definido por perdas e limitações. Todas citam problemas de saúde, mas há uma alta capacidade de enfrentamento, principalmente com ajuda dos filhos (UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002).

A importância da família, principalmente filhos e netos, para enfrentamento das dificuldades que aparecem na velhice foi citada em estudos anteriores (UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002; JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006; SILVA et al., 2006; LEAL; ANDRADE; QUEIROZ, 2007; FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Nos parágrafos anteriores foi possível notar a percepção dos próprios idosos sobre a velhice. A doença, as perdas e a incapacidade parecem ser uma questão unânime. Os idosos por estarem vivenciando a velhice podem possuir estas características e as crianças, que estão nas casas com eles podem escutar conversas a respeito de doenças, vê-los tomando remédios e perceberem algumas incapacidades.

Apesar disto, muitas crianças no presente estudo citaram o fato de os idosos ficarem doentes igual às pessoas mais novas, o que pode ter duas explicações. Uma delas pode ser devido às crianças somente perceberem uma doença quando ela é aguda (que pode acontecer menos frequentemente) e assim não saberem que o idoso possui uma doença crônica. Outra explicação seria que os idosos realmente ficam pouco doentes.

Objetivando compreender como 10 alunos de enfermagem se imaginam idosos e como se preparam para a velhice, um estudo detectou que 90% dos estudantes associam o velho à dependência, limitações, doença e cansaço. A maioria acredita que será portador de alguma doença crônica no futuro, mas 90% não realiza nenhum preparo para a velhice (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008). Investigação conduzida com adultos na década de 50, já mencionada, constatou que 19% dos 147 estudantes de pós-graduação de Nova Iorque (EUA) acreditam que os idosos se tornam menos inteligentes e 10% que eles não podem aprender coisas novas (TUCKMAN; LORGE, 1953).

Outro estudo que realizou grupos intergeracionais com 84 estudantes da 7ª e 8ª séries e 26 idosos de Taguatinga-DF, constatou que antes do contato com os idosos, aproximadamente metade dos jovens eram preconceituosos, considerando os idosos chatos, com uma imagem associada à dependência, doença, solidão, tédio e crítica (SOUZA, 2003).

Os jovens, bem como as crianças e os idosos também sustentam a ideia de velhice associada às perdas. Ressalta-se também a falta de preparo dos jovens em relação ao seu futuro. Mesmo sabendo que os idosos possuem doenças e que muitas delas podem ser prevenidas, não se preparam para evitá-las.

Oitenta e um por cento dos idosos de livros da literatura infantil analisados aparecem nos livros como pessoas saudáveis (NERI; NOGUEIRA, 1994). Estudo já citado feito com crianças americanas, mostrou que 9,9% delas citam a fraqueza como característica dos velhos. Poucas crianças associaram a idade a doenças específicas (4,6%) e 6% disseram que os idosos são doentes e precisam tomar remédios (LICHTENSTEIN et al., 2003). Nos dois trabalhos citados anteriormente os idosos são vistos com melhores olhos. Os idosos dos livros infantis, apesar de aparecerem com atributos físicos que os caracterizam como velhos estão na maioria dos casos saudáveis. Essa pode ser uma tentativa de passar para as crianças esta visão, que pode não ser condizente com o espelho de idoso que elas possuem em casa.

Uma das crianças do presente estudo relacionou velhice à morte, dizendo que idosa é uma pessoa que está para falecer. A morte foi relatada por 11,5% dos livros infantis analisados em estudo anterior (NERI; NOGUEIRA, 1994). Pode ser importante para as crianças saber que as pessoas idosas estão mais próximas da morte do que os mais novos, já que um dia elas terão que lidar com este fato.

4.6.4. Ressaltando as diferenças entre o idoso que mora com a criança e os idosos no geral

Para verificar como as crianças entrevistadas veem o idoso que mora com ela se comparado aos idosos no geral, foi questionado se ela achava que o idoso que mora com ela é igual ou diferente aos idosos no geral e quais são as diferenças.

As subcategorias identificadas foram: *Não há diferenças; Há diferenças, mas não sabe quais; É mais legal/bom/faz o que a criança quer; É mais nervoso/ bravo/agride a criança; Cada um tem seu jeito; Brinca com a criança; A cor da pele; É inteligente/ não é confuso; É meu avô e por isso é diferente; É mais rápido; É mais bonito; Faz ginástica; Aprendeu a escrever depois; Não bebe álcool; Tem Alzheimer; Não é pão duro; Pega cães para criar e Tem problema no pé.*

Não há diferenças

Dezoito crianças (34,6%) responderam não haver diferenças entre o idoso que mora com ela e os idosos no geral.

“É igual a todos, ele corre devagar, tem cabelo branco e pele descascada” [4-DFAC-9anos].

“É igual, tudo o que eu falei” [5-GCN-10anos].

“Acho que ela é igual em tudo, em qualquer idoso” [7-KCS-10anos].

Há diferenças, mas não sabe quais

Houve ainda quatro crianças (7,7%) que identificaram diferenças no idoso que mora com ela, mas não souberam dizer quais eram estas diferenças.

“Diferente, num sei o que” [32-MTB-7anos].

“Diferente, num sei porque” [53-AZDS-7anos].

É mais legal/bom/faz o que a criança quer

A diferença notada por 16 crianças (30,7%) entre o idoso que mora com ela e os idosos no geral foi o fato do idoso ser mais legal, bom com a criança e fazer o que ela quer.

“Não, ele é bonzinho. Porque tem um vô meu que ele briga comigo, porque às vezes nós vamos lá na horta e ele pede pra mim pegar as coisas que eu num sei o que é, aí ele briga comigo. Mas este aqui é bonzinho” [12-KHM-8anos].

“Não, tem... tem idoso que é chato e ela é legal” [15-AJNJ-9anos].

“Hum... ela é boazinha, porque tem avós assim que são malvados com as crianças” [16-KLS-9anos].

“Não, ela é legal, é divertida!” [22-GBP-9anos].

É mais nervoso/ bravo/agride a criança

Apesar da subcategoria anterior ter identificado o fato dos idosos serem mais legais com as crianças, também foi identificado por quatro (7,7%) crianças que o idoso que mora com ela é mais nervoso, mais bravo e chega até a agredir a criança.

“Não, ela é mais nervosa, ela, assim...tem medo que aconteça as coisas comigo, muitas coisas” [16-KLS-9anos].

“Ela é brava, num gosta que faz nada errado” [24-JHSC-10anos].

“É diferente, porque ela fica batendo em mim. Eu fico quietinha, um dia eu fiquei aqui quietinha ela foi e deu uma garfada em mim” [52-LJSV-7anos].

Cada um tem seu jeito

Quatro crianças (7,7%) relataram que não tem como comparar o idoso que mora com ela com os idosos no geral, pois cada um tem seu jeito.

“Não, ela é do jeito dela, cada um é do seu jeito” [13-TSC-7anos].

“Diferente, porque ninguém é igual a igual” [19-GRC-7anos].

“Num é todo mundo que é igual, tem que ser diferente” [24-JHSC].

Brinca com a criança

Outra diferença notada por duas crianças foi relacionada fato do idoso que mora com a criança brincar com ela (3,8%).

“Num sei, ela brinca comigo, faz coisas diferentes do que os outros” [1-BPS-10anos].

“... ela faz brincadeira comigo” [18-VGGCS-8anos].

A cor da pele

Duas crianças (3,8%) disseram que o idoso que mora com ela é diferente devido à cor da pele:

“É diferente... a cor” [14-LILR-7anos].

“Muda a cor” [24-JHSC-10anos].

É inteligente/ não é confuso

Outras duas crianças (3,8%) citaram o fato de o idoso morar com ela ser mais inteligente que os outros e não ser confuso.

“Ela é legal, inteligente...” [48-SMP-7anos].

“Ai eu num sei, acho que ela é diferente, porque minha vó num é confusa...” [51-BGSF-9anos].

Outros achados

Apareceram também mais dez subcategorias, cada uma citada por apenas uma criança. Devido ao fato de terem sido citadas por um sujeito cada, elas foram agrupadas na subcategoria *Outros achados*. As subcategorias agrupadas foram as seguintes: *É meu avô e*

por isso é diferente, É mais rápido, É mais bonito, Faz ginástica, Aprendeu a escrever depois, Não bebe álcool, Tem Alzheimer, Não é pão duro, Pega cães para criar e Tem problema no pé. Seguem algumas falas que representam estas subcategorias:

“Ela é muito diferente. Porque agora ela ta aprendendo a escrever e as outras pessoas mais velhas já aprenderam” [11-FAM-8anos].

“Ela num bebe, e meu vô bebe” [19-GRC-7anos].

“Ah, eu acho que é diferente né, algumas assim já são bem mais espertas, alertas. E ele já tem uma doença né, que é Alzheimer” [37-GKSM-9anos].

“Ela tem que ela... sempre quando ela vai sair ela pega mais cães e fica cuidando” [45-CVGB-8anos].

“... mas ela num fica muito em casa, faz ginástica... então acho que ela é diferente” [50-LSC-9anos].

Algumas crianças (34,6%) disseram não existirem diferenças entre o idoso que mora com ela e os idosos no geral. Para as 71 crianças americanas que participaram de um programa intergeracional, os avós são vistos como pessoas especiais e não são incluídos por elas nos grupo dos idosos (NEWMAN; FAUX; LARIMER, 1997). No estudo citado as crianças não veem os avós como idosos comuns. As crianças do presente trabalho também são assim, sendo que 65,4% delas notaram diferenças no idoso que mora com ela quando comparado aos idosos no geral.

Para estas crianças, o idoso que mora com ela é mais especial que os idosos. Isso pode ser devido ao maior contato destas crianças com o idoso que está na sua casa ou pela falta de contato com outros idosos que não seus avós.

As próprias idosas de investigação anterior (n=13) que moravam em famílias trigeracionais disseram possuir um bom relacionamento com os netos, ocorrendo transmissão de conhecimento e vivências (AGUIAR, 2007).

Em uma pesquisa que entrevistou 10 universitários com questionário contendo questões abertas e 100 universitários com questionário contendo questões fechadas, estudantes da Universidade Federal de Pernambuco e da Unicamp com o objetivo de investigar como os avós são percebidos por jovens universitários foi encontrado que os avós significam em ordem decrescente de importância respeito, afeto e carinho, sabedoria e experiência de vida, raiz e origem da família e os segundos pais. Os universitários também relataram que os avós exercem grande influência emocional e as atividades como conversa e

escuta são as mais praticadas com os avós. A grande maioria afirmou ainda que seu relacionamento com os avós foi sempre bom (DIAS; SILVA, 2003).

Um estudo etnográfico realizado com 10 idosos e 10 cuidadores desses idosos de outra geração cadastrados em uma USF foi encontrado que para os netos conviver com os idosos é uma oportunidade de aprendizado, crescimento e criação de vínculos fortes e é importante se pensar e planejar ações que envolvam todas as gerações no cuidado ao idoso (FLORES, 2008).

Os velhos da literatura infantil brasileira são relatados como próximos das crianças, já que 60% interagem com crianças, sendo 51% com netos e 9% com não parentes (NERI; NOGUEIRA, 1994).

De acordo com o desenvolvimento infantil, as crianças de sete e oito anos possuem uma relação mais sociável com os idosos se comparadas às crianças mais novas, já que brincam e passeiam com eles (GESELL, 1998).

Baseado nestes dados da literatura pode-se dizer que o relacionamento das crianças com seus avós é geralmente bom, com troca de afeto e carinho. Devido a isso, 30,7% das crianças disseram que os idosos que moram com ela são mais legais, são bons e fazem o que a criança quer.

Destaque especial deve ser dado à criança que identificou como diferença o fato do idoso que mora com ela ter a DA. Como citado anteriormente, a prevalência da DA, um dos tipos de demência, está crescendo cada vez mais entre os idosos e a doença afeta diretamente os familiares que estão envolvidos com a pessoa que possui a doença.

Outro destaque pode ser feitos às crianças que colocam como diferenças entre o idoso que mora com ela e os idosos no geral as características físicas, fato já discutido em categoria anterior.

Além disso, não se pode deixar de ressaltar as 7,7% das crianças que disseram que o idoso que mora com ela é mais nervoso, bravo e chega até a agredir a criança. A violência contra crianças e adolescentes é algo passível de punição garantida em constituição e no ECA, sendo que as crianças têm garantia de proteção e é obrigação dos profissionais, quando em flagrante, denunciar este fato (BRASIL, 1988/1990).

4.6.5. Mudanças percebidas pela criança no idoso que mora com ela

Foi questionado às crianças se elas notaram mudanças no idoso que mora com ela de um tempo pra cá, com o objetivo de verificar se citavam algo relacionado à cognição, memória ou comportamento.

As subcategorias identificadas foram: *Continua o mesmo*; *Mudou alguma coisa, não sabe dizer o que*; *Mudou a aparência física*; *Mudou o jeito de andar/ ouvir/ falar*; *Mudou a velocidade/ energia/ força*; *Piorou a memória*; *Piorou a saúde*; *Tem dores nas pernas*; *Parou de beber*; *Ficou mais triste/chorando e Dá dinheiro para a criança*.

Continua o mesmo

A maioria das crianças (59,6%; n=31) disse que o idoso que mora com ela continua o mesmo, ou seja, não notou nenhuma mudança nele de um tempo pra cá.

Mudou alguma coisa, não sabe dizer o que

Três crianças (5,8%) relataram ter notado diferenças no idoso que mora com ela, mas não sabiam dizer quais eram estas diferenças.

“Mudou... num sei o que” [25-ACVV-9anos].

“Num sei, ele muda... num lembro o que” [38-MAC-9anos].

“Acho que ela mudou, ela... num sei, tô confusa” [51-BGSF-9anos].

Mudou a aparência física

Das crianças que perceberam alguma mudança no idoso com quem mora e soube dizer o que mudou, a mudança em algum elemento da aparência física foi a mais citada, por 9,6% das crianças (n=5).

“Ela mudou, porque eu vi uma foto dela. Ela era um cabelo mais grande” [13-TSC-7anos].

“Mudou, o cabelo ficou branco” [30-MT-9anos].

“Percebi, mudou o cabelo...” [45-CVGB-8anos].

Mudou o jeito de andar/ ouvir/ falar

Outra mudança percebida foi no jeito do idoso. O jeito de andar, ouvir ou falar foi citado por 7,7% das crianças (n=4).

“Mudou...hum, o jeito. De andar, de ouvir, igual eu falei” [9-HVS-9anos].

“Ah, percebi né. Antes ele saia pra andar... agora num sai mais pra andar” [37-GKSM-9anos].

“...a voz, era fininha, agora já ta mais grossa” [45-CVGB-8anos].

Mudou a velocidade/ energia/ força

Na mesma porcentagem da subcategoria anterior, 7,7% (n=4) das crianças perceberam mudanças na velocidade, energia ou força do idoso que mora com ela.

“Não, quer dizer... ele era mais rápido” [2-RRP-7anos].

“Mudou, muita coisa... a energia, e só!” [22-GBP-9anos].

“Mudou, porque ela teve infarto, aí ela ficou mais fraquinha” [35-BTF-10anos].

Piorou a memória

A piora da memória foi lembrada por três crianças (5,8%), o que fez com que emergissem novas questões sobre a memória do idoso que formaram a categoria que será apresentada a seguir (Como está a memória do idoso que mora com a criança).

“Ela continua igual. Já esqueceu algumas coisas. Eu fui mexer no computador lá no cyber aí eu falei pra ela, ela ficou preocupada porque ela tinha esquecido” [1-BPS-10anos].

“Não, ele esquece mais ou menos as coisas” [5-GCN-10anos].

“Percebi né, antes ele já lembrava das coisas... agora ele num lembra mais né” [37-GKSM-9anos].

Piorou a saúde

A piora na saúde do idoso foi citada por duas crianças (3,8%), como se observa abaixo:

“Mudou, ele foi buscar cana ali em cima ali, e ele caiu... sentou e deitou lá. Aí minha mãe ajudou ele, e eles só chegaram de noite” [39-MMC-8anos].

“Ah, teve um dia que ela ficou doente, ficou tremendo, essas coisas. Acho que faz uns dois meses” [49-AS-9anos].

Outros achados

Assim como na categoria anterior, houve quatro subcategorias citadas por apenas uma criança cada uma e que foram agrupadas: *Tem dores nas pernas*, *Parou de beber*, *Ficou mais triste/chorando* e *Dá dinheiro para a criança*. Exemplos destas podem ser vistos nos relatos abaixo:

“Mais ou menos. Agora ele me dá dinheiro e só” [4-DFAC-9anos].

“Ah mudou, antes ele podia me buscar na escola. Agora as pernas dele fica doendo” [28-YCSF-10anos].

“Mudou, que ele parou de beber” [29-VT-8anos].

“Eu acho que ela ficou mais chorando... chorando pros cantos né” [44-MGVB-10anos].

Nesta categoria pode-se perceber que a maioria das crianças não citou mudanças no idoso que mora com ela de um tempo para cá. Das que perceberam alguma mudança a maioria citou algo relacionado à aparência física e o jeito de andar/ouvir/falar, fato já ressaltado em outras categorias discutidas anteriormente.

As alterações aparentes, como mudanças na cor e tamanho do cabelo, dificuldades na audição, etc., são as mais percebidas pelas crianças, quando se trata dos idosos no geral e dos idosos com quem ela mora.

Algumas crianças também citaram a piora da memória, este fato é bastante importante, pois não é algo tão aparente como uma mudança nos cabelos, por exemplo, mas que foi percebido por elas. Devido a estas citações das primeiras crianças em relação à piora da memória do idoso, uma nova pergunta (Como esta a memória do idoso que mora com você?) foi incluída no roteiro de questões feitas às crianças. A categoria que emergiu desta será apresentada em seguida.

Os outros achados apesar de terem sido citados por uma criança cada um devem ser destacados. A criança notar que o idoso que mora com ela parou de beber é interessante, já que o fato dele beber pode influenciar de algum modo a vida da mesma.

Notar que o idoso está mais triste e chorando pode nos dar algum indício de depressão, muito comum em idosos, e que precisa ser investigada. Além disso, o fato de o idoso dar dinheiro para a criança já foi discutido anteriormente e está relacionado ao idoso agradá-la mais do que os pais da criança.

4.6.6. *Como está a memória do idoso que mora com a criança*

Como citado anteriormente, considerou-se importante questionar às crianças a respeito da memória do idoso que mora com ela. Das crianças que responderam à questão, identificaram-se as seguintes subcategorias: *Não esquece as coisas/ não sabe se esquece, Esquece algumas coisas (sem especificações), Esquece onde guarda as coisas, Esquece ou confunde os nomes, Esquece o que ia fazer ou falar, Esquece o que criança falou para ele e vice-versa, Esquece o fogão aceso, Esquece os dias/ horário, Se perde na rua, Esquece assuntos relacionados à escola da criança, Esquece de tomar remédio, Não reconhece as*

peças, Esquece os aniversários e compromissos e Esquece poucas coisas, menos que a criança.

Não esquece as coisas/ não sabe se esquece

Sete crianças (13,4%) relataram que o idoso que mora com ela não esquece as coisas ou então a criança não sabia dizer se ele esquece ou não.

Esquece algumas coisas (sem especificações)

Outras quatro crianças (7,7%) disseram que o idoso que mora com ela esquece algumas coisas, mas não souberam especificar o que ele esquece.

“Eu acho que sim, mas eu nunca vi na verdade” [28-YCSF-10anos].

Esquece onde guarda as coisas

Das crianças que destacaram alguma coisa que o idoso que mora com ela esquece, o fato do idoso esquecer onde guarda as coisas foi o mais lembrado, por 50% (n=26) das crianças.

“Aham, ela guardou a bolsinha dela em cima do guarda roupa e achou que tava na gaveta... aí ela num achava” [18-VGGCS-8anos].

“De vez em quando ela vai procurar e ela esquece. Uma tesoura, por exemplo, ela... num é assim, mas ela vai procurar a caixa de fósforo, ela fica procurando mas ela num sabe onde tá” [21-LOS-10anos].

“Ontem ela tava com luva e calça, ela fez assim... ela num achou. Ficou procurando, caiu embaixo da calça e ela num lembrava que tinha caído. Aí ela passou a mão e achou” [23-RFPM-7anos].

“Aham, é o óculos. Tipo ela coloca, vamos supor ela coloca ali em cima daquele negócio que tem um número. Aí ela fala, onde que tá meu óculos? E fica procurando, procurando... por toda casa. E depois ela fala, ah, tá aqui! E tava lá onde ela guardou” [36-GMRS-8anos].

“Lembro, que a gente ia no centro e ela falou pra mim segurar [o RG], e eu segurei e ela falou, deixa aí em cima e corre e vai tomar banho, aí eu fui né, e deixei lá. Aí eu falei, vó o RG tá aqui em cima, quando a senhora for pegar a carteira você põe dentro. Aí quando tava dentro do ônibus que foi lembrar e tinha esquecido em cima da mesa. Quando tava dentro do banco esqueceu, aí teve que voltar” [40-TPSM-9anos].

Esquece ou confunde os nomes

Outro fato lembrado por 40,4% (n=21) das crianças foi o idoso esquecer ou confundir os nomes da criança ou de outra pessoa da família.

“Não só que às vezes ela troca o meu e o do Iago, porque somo tipo, quase igual” [1-BPS-10anos].

“Às vezes... minha mãe chama Sabrina e a outra filha dela chama Roberta, aí as vezes ela chama minha mãe de Rô, ao invés de chamar de Sabrina. Às vezes ela confunde” [15-AJNJ-9anos].

“Confunde, muito muito muito. Eu ela confunde com o Carlos, com o Roberto, com o Leandro. O Roberto confunde com o Leandro, o Júnior confunde com o Leandro, com o Carlos. Nossa, muitas confusão. Meu tio Gabriel ela confunde com eu, um monte de pessoas” [36-GMRS-8anos].

Esquece o que ia fazer ou falar

Nove crianças (17,3%) também se lembraram que o idoso que mora com ela esquece o que ia fazer ou falar, como se observa abaixo:

“Esquece quando ela ia fazer uma coisa aí eu faço outra, aí ela esquece o que ela ia fazer” [8-MWE-10anos].

“Quando ela vai falar as coisas ela esquece o que ia falar” [9-HVS-9anos].

“Esquece, ah, assim, minha mãe fala pra ele tomar água ou fazer alguma coisa e depois ele já esquece” [37-GKSM-9anos].

Esquece o que criança falou para ele e vice-versa

Algumas crianças (9,6%; n=5) concordaram com o fato de que o idoso que mora com ela esquece o que ele falou para a criança ou esquece o que a criança falou para ele:

“...já esqueceu algumas coisas, eu fui mexer no computador lá no cyber aí eu falei pra ela. Ela ficou preocupada porque ela tinha esquecido” [1-BPS-10anos].

“Ela falas coisas assim pra mim daí depois passa uma semana, por aí, aí eu falo pra ela e ela fala que ela num falou” [16-KLS-9anos].

“Esquece, esquece. Ela esquece as coisas que eu digo pra ela, tipo se eu falo é... seu pé tá sujo e ela ainda num lavou, aí passa um minuto, aí ela fala: ai, eu num tomei banho! Eu falo, mas eu disse pra você naquela hora e ela: o que?” [36-GMRS-8anos].

Esquece o fogão aceso

Quatro crianças (7,7%) relataram que o idoso esquece o fogão aceso.

“... as vezes ela esquece o fogo aceso às vezes...” [8-MWE-10anos].

“Não, ah esquece sim. Deixa queimar a comida” [9-HVS-9anos].

“Já, vazando gás” [24-JHSC-10anos].

Esquece os dias/ horário

O fato de o idoso esquecer em que dia estamos e que horas são foi lembrado por 5,8% das crianças (n=3):

“Ele esquece, outro dia era terça e ele achou que era domingo, ele confunde” [2-RRP-7anos].

Se perde na rua

Algumas crianças (5,8%, n=3) também disseram que o idoso que mora com ela se perde na rua, não se lembrando onde está:

“Já, várias vezes. Ela conseguiu achar o caminho depois” [24-JHSC-10anos].

Esquece assuntos relacionados à escola da criança

Três crianças (5,8%) também se lembraram que o idoso esquece coisas relacionadas à escola da criança:

“Esquece, eu pergunto as coisas, e depois ele lê meu caderno e num entende nada” [3-PAMR-7anos].

“Ah, várias coisas, quando eu to fazendo a lição de casa ela fala assim, deixa eu te ajudar. Aí eu falo, mãe, você num vai saber. Aí ela num sabe porque no tempo dela as... as... o modo da matemática, essas coisas, era diferente” [7-KCS-10anos].

“Quando eu to fazendo tarefa às vezes eu falo um número e ela esquece, fala que é outro” [15-AJNJ-9anos].

Esquece de tomar remédio

Duas crianças (3,8%) disseram que o idoso se esquece de tomar os remédios que deveria tomar:

“Esquece, ele tem que tomar remédio e quando ele vai tomar remédio ele vai dormir, esquece de tomar” [2-RRP-7anos].

“Aham, ah, de tomar remédio” [50-LSC-9anos].

Outros achados

Foram identificadas três subcategorias citadas por uma criança cada uma. São elas: *Não reconhece as pessoas, Esquece os aniversários e compromissos e Esquece poucas coisas, menos que a criança*. Segue exemplo abaixo:

“Esquece algumas coisas, mas eu esqueço também. Mais que ele” [14-LILR-7anos].

Somente 5,8% das crianças relataram ter notado piora na memória no idoso que mora com ela de um tempo para cá quando questionado a elas se perceberam alguma mudança no idoso, como foi mostrado na categoria anterior. Porém, quando questionadas especificamente sobre a situação da memória do idoso que mora com ela, somente 13,4% delas dizem que o idoso não esquece as coisas.

Sabe-se hoje que o envelhecimento saudável abranger certos déficits de memória, já que há uma lentificação dos processos cognitivos. Porém estes déficits não chegam a afetar o dia-a-dia do idoso e nem suas atividades de vida diária (BOTTINO; LAKS; BLAY, 2006; YASSUDA et al., 2006; MORAES; LANNA, 2008). A memória sofre um declínio gradual e modesto com o advento da velhice, o que não ocorre de maneira uniforme e varia para cada indivíduo (YASSUDA, 2006).

De acordo com Yassuda (2006), a memória semântica, que registra informações verbais como nome de pessoas e lugares, acontecimentos, vocabulários entre outras coisas é pouco afetada pelo envelhecimento, não sendo característica de um idoso perdê-la normalmente. Como já citado, 40,4% das crianças relataram que o idoso que mora com ela esquece ou confunde os nomes das pessoas. Isso pode ser indicativo de alguma perda de memória patológica ou de algum prejuízo cognitivo, o que apareceu nos resultados do MEEM aplicado nos idosos.

Já a memória episódica, ou seja, a capacidade de gravar informações de eventos que ocorreram recentemente e a memória de curto prazo, que gravamos as informações por um período de tempo não muito longo parecem ser sensíveis ao envelhecimento, ocorrendo, portanto uma perda das mesmas conforme a pessoa vai ficando velha (YASSUDA, 2006). Como citado, 50% das crianças disseram que o idoso que mora com ela esquece onde guarda as coisas e 9,6% citaram que esquece o que a criança falou para ele e vice-versa. No caso destes idosos terem guardado algo e esquecido logo em seguida, ou ainda falado ou escutado algo pode haver indicativos de perdas de memória episódica, comum

no envelhecimento. Cabe lembrar que esta perda considerada comum é pequena e não afeta o dia-a-dia.

A memória de procedimentos, utilizada quando se realizam ações rotineiras que se tornam automáticas como dirigir, tomar banho e acender o fogão normalmente é preservada com o envelhecimento (YASSUDA, 2006). Algumas subcategorias levantadas pelas crianças como *esquece o que ia fazer ou falar* (17,3%), *esquece o fogão aceso* (7,7%), *se perde na rua* (5,8%) e *esquece de tomar remédios* (3,8%), podem ser indicativos de perdas da memória de procedimentos, o que também pode sugerir alguma alteração cognitiva do idoso, já que normalmente esta é preservada conforme as pessoas envelhecem.

Algumas categorias citadas pelas crianças, portanto, podem ocorrer devido à perda de memória comum no envelhecimento saudável, outras podem indicar déficits, já que normalmente se mantém preservadas. O idoso pode possuir alguma alteração cognitiva, e ser classificado como portador de CCL, mas não possuir diagnóstico de demência, ou ainda ser portador da síndrome demencial, o que não é possível saber através do único exame realizado com os idosos, o MEEM, que é um teste de rastreio.

O que podemos afirmar é que de acordo com o MEEM, 39,1% dos idosos do presente estudo possuíam alterações cognitivas, sendo provável uma perda de memória, que possivelmente foi notada pelas crianças e apareceram nas subcategorias acima. Outro fato importante é que muito idosos tiveram dificuldade em responder o item do MEEM relacionado à memória de evocação, o que também pode indicar perda de memória.

As afirmações feitas até o momento não pretendem sugerir que os idosos que moravam com as crianças possuem algum déficit de memória. O que vale ressaltar é que de acordo com as falas das crianças e o resultado do MEEM aplicado no idoso foi feita uma análise da memória do mesmo. O MEEM não avalia todos os tipos de memória e uma pontuação indicativa de alterações cognitivas não indica necessariamente perda de memória, pois podem estar afetadas outras esferas da cognição. Além disso, a percepção que as crianças possuem da memória do idoso que mora com ela é baseada em vivências da mesma, mas não é possível afirmar se os fatos relatados ocorrem frequentemente, se ocorreram somente uma vez e até mesmo se ocorrem.

O estudo já citado de Lichtenstein et al. (2003), que entrevistou mais de mil crianças americanas para conhecer suas percepções acerca do envelhecimento através do método “complete a sentença”, constatou que para a sentença “Velho é...”, 6,9% das crianças disseram ser esquecido, louco ou demenciado. As crianças, portanto, associam os idosos à

perda de memória e até a loucura. Vale lembrar que os idosos do estudo citado eram idosos no geral, e os do presente estudo idosos que moravam com a criança.

4.6.7. Maus tratos aos idosos: reação e sentimento das crianças

Devido à citação de algumas crianças em relação aos maus tratos aos idosos, o questionamento a respeito do tema foi realizado, perguntando à elas se já tinham visto alguma cena de maus tratos com idosos, na televisão ou pessoalmente. Também foi questionado o que elas fizeram se viram ou o que fariam se vissem e o que sentiram quando viram ou se vissem.

Das questões formuladas sobre o assunto, foram identificadas as seguintes subcategorias: *Não sabe o que faria; Não faria nada se visse; Ficando triste/ chateado; Destacando a fragilidade e merecimento dos idosos; Pedindo para o agressor parar; Denunciando o agressor; Partindo para agressão física ou verbal; Não apresentando nenhum sentimento; Ajudando o idoso que está sendo agredido; Pedindo auxílio de um adulto; Tendo medo das conseqüências; Destacando a religiosidade (o pecado de maltratar as pessoas); Separando a briga e Aconselhando o agressor.*

Não sabe o que faria ou Não faria nada se visse

Dezesseis crianças (30,8%) disseram que não sabem o que fariam ou não fariam nada se vissem um idoso sendo maltratado.

Ficando triste/ chateado

Muitas crianças (71,1%, n=37) relataram que ficaram/ ficariam tristes ou chateadas quando viram ou se vissem um idoso sendo maltratado:

“Num gosto, fico triste” [5-GCN-10anos].

“Eu fico chateado... num sei, tristeza” [7-KCS-10anos].

“...porque eu num gosto que ninguém maltrata os idosos, eu fico triste” [19-GRC-7anos].

Destacando a fragilidade e merecimento dos idosos

Também houveram 28 crianças (53,8%) que destacaram que os idosos são pessoas frágeis e por isso não merecem ser maltratados.

“Não pode maltratar os idosos, coitados” [8-MWE-10anos].

“Porque os mais velhos têm que ser bem tratados” [9-HVS-9anos].

“Porque eles não têm como se defender, já estão mais velhinhos” [12-KHM-8anos].

“Porque maltratas as pessoas idosas e num pode, porque elas são muito lentas e pessoas que maltratam elas podem até bater, e num pode fazer isto” [22-GBP-9anos].

Pedindo para o agressor parar

Dez crianças (19,2%) relataram que se vissem alguém maltratando um idoso iriam pedir para a pessoa que estava agredindo parar de fazer isso:

“Eu ia falar para eles parar” [12-KHM-8anos].

“Ia chamar atenção” [27-ACVV-9anos].

“Eu ia falar para ele num bater e não xingar” [29-VT-8anos].

Denunciando o agressor

Outra ação destacada por seis crianças (11,5%) no caso de verem alguém maltratando os idosos foi denunciar.

“Ia olhar, ligar e denunciar” [9-HVS-9anos].

“Eu ia ligar pra polícia, ué!” [15-AJNJ-9anos].

“Ah, quem, maltrata deve ser preso, pagar uns dinheirinho” [22-GBP-9anos].

“Podia ter processado a pessoa” [24-JHSC-10anos].

Partindo para agressão física ou verbal

Citada por 9,6% (n=5) das crianças, a agressão física ou verbal à pessoa que estava maltratando o idoso foi lembrada:

“Eu ia me sentir triste, ia pegar um pedaço de tijolo e tacava nele” [8-MWE-10anos].

“Xingaria ele...” [17-NS-8anos].

“Ia, ia dar um pé na bunda” [19-GRC-7anos].

“Eu ia lá ajudar o policial a bater no muleque” [45-CVGB-8anos].

Não apresentando nenhum sentimento

Cinco crianças (9,6%) disseram que não sentiriam nada se vissem alguém maltratando um idoso:

“Não fiquei triste, nem pensei nisso” [36-GMRS-8anos].

Ajudando o idoso que está sendo agredido

Quatro (7,7%) crianças relataram que ajudariam o idoso agredido:

“Eu ia, ia levar pra um médico” [39-MMC-8anos].

“Aham, eu ia ajudar né?!” [44-MVGB-10anos].

Pedindo auxílio de um adulto

A solicitação de auxílio de uma pessoa adulta foi lembrada por 5,8% (n=3) das crianças, como reação quando viram ou caso vissem uma pessoa idosa sendo agredida.

“Se eu visse? Se eu tivesse do lado da minha mãe eu falava pra minha mãe, oh mãe, aquela pessoa idosa ta apanhando. Aí eu ia pedir pra ela fazer alguma coisa” [6-VB-9anos].

“Eu contei pra Camila, e ela deu um xingo neles” [18-VGGCS-8anos].

“Assim, eu falo pra minha avó que eu fico preocupada...” [54-TCVC-9anos].

Tendo medo das conseqüências

Algumas crianças (5,8%, n=3) alegaram que não fariam nada se vissem um idoso sendo maltratado, pois tem medo do que pode acontecer com ela:

“Eu acho que eu não posso fazer nada” [7-KCS-10anos].

“Senão eu ia pra cadeia” [13-TSC-7anos].

“Minha irmã, ela trata mal, fica xingando. Não faço nada, senão ela fica brava comigo também” [14-LILR-7anos].

Destacando a religiosidade (o pecado de maltratar as pessoas)

Duas crianças (3,8%) destacaram a religiosidade no maltrato aos idosos, elas colocaram esta prática como pecado, como se vê abaixo:

“É pecado” [51-BGSF-9anos].

“... e é pecado fazer isso” [52-LJSV-7anos].

Outros achados

Duas subcategorias, *Separando a briga e Aconselhando o agressor*, foram citadas por somente uma criança cada e por isso foram incluídas nos outros achados. Os exemplos de falas das mesmas podem observados vistos abaixo:

“Hum... ia separar a briga” [11-FAM-8anos].

“Ah, eu ia falar pra ele pensar bem porque um dia ele pode ficar pior que aquela pessoa” [16-KLS-9anos].

De acordo com a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso, abuso pode ser definido como “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha” (ACTION ON ELDER ABUSE, 1995 apud WHO, 2005, p.29). No Brasil, esta definição foi adotada pelo Ministério da Saúde no anos de 2001 (SANCHES, LEBRÃO E DUARTE, 2008).

De acordo com Sanches, Lebrão e Duarte (2008), é sugerido o uso do termo maus tratos, por este termo representar uma ação e possuir diferentes tipos e categorias. Os maus tratos contra idosos incluem abuso físico, sexual, psicológico, financeiro e a negligência. É uma violação dos direitos humanos e normalmente pouco denunciado (WHO, 2005).

No nosso país existe uma legislação específica que apoia e protege os idosos. De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006), em seu artigo 4º, “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Ainda no mesmo Estatuto, no artigo 10º, parágrafo 3º: “É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. A população de maneira geral tem o dever de proteger o idoso de qualquer ato violento e denunciar caso presencie.

Os profissionais de saúde também devem denunciar qualquer forma de maus tratos contra os idosos e caso não o faça deverá ser punido com multas, como consta no artigo 57º do Estatuto: “Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento: Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência” (BRASIL, 2006).

Outro artigo que aborda os crimes cometidos contra os idosos considera como crime: Artigo 99º - “Expôr a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado. Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa”. Diz ainda, no parágrafo 1º do referido artigo: “Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena – reclusão de

1 (um) a 4 (quatro) anos” e no parágrafo 2º “Se resulta a morte: Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos” (BRASIL, 2006).

Como foi possível observar, a legislação é rigorosa e prevê inclusive reclusão para agressores de idosos. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), também define que a população deve “Aproveitar todas as oportunidades para realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas”.

A conscientização da população de maneira geral, em especial os mais jovens pode modificar uma estrutura que está se formando de maneira frágil. Hoje a violência já pode ser considerada um problema de saúde pública e há necessidade de se desenvolverem estudos que abordem maus-tratos contra idosos em diferentes comunidades, utilizando diversas metodologias e instrumentos (GAIOLI; RODRIGUES, 2008; SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Conhecer a percepção de crianças sobre o assunto é um passo importante para que esta conscientização se inicie, como foi realizado no presente estudo. Apesar de não relatarem detalhes sobre o assunto ou de nunca terem visto presenciado um idoso sendo maltratado, 71,7% das crianças disseram que ficariam tristes se presenciassem uma cena dessas. Este é um dado importante que mostra uma sensibilização delas em relação ao tema. É esta noção deve ser mantida pelo restante de suas vidas, para que no futuro nunca pratiquem um ato agressivo e denunciem os atos que presenciarem.

Devem ser destacadas também 9,6% das crianças que disseram não apresentar nenhum sentimento frente a um ato de maus tratos aos idosos. São estas crianças que precisam ser conscientizadas.

De acordo com a OMS (WHO, 2005), há necessidade de aumentar a consciência política sobre esse problema e não somente conscientizar a população. Com toda a população se importando devidamente com o assunto é que será possível planejar e executar políticas públicas adequadas, já que devido ao aumento da ocorrência de alguns agravos contra idosos como as mortes por causas externas, acidentes, violência e maus tratos é preciso que mais atenção seja voltada a este tema (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

A relevância em se pesquisar a violência contra o idoso aparece como algo recente na literatura. A violência contra crianças, adolescentes e mulheres é muito mais pesquisada (ESPINDOLA; BLAY, 2007; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Foi somente em 1975 que surgiram os primeiros relatos britânicos de violência contra os avós, porém o tema levou cerca de 10 anos para se tornar alvo de pesquisas mais sistematizadas (MACHADO; QUEIROZ, 2006).

A primeira pesquisa de prevalência de maus tratos em idosos foi realizada nos Estados Unidos em 1981 e foi constatado que menos de 4% dos idosos já haviam sofrido abuso e somente um em cada seis era denunciado. O primeiro relatório sobre violência contra idosos da OMS relatou que a taxa de incidência variava de 4% a 6% nos estudos já realizados. Na América Latina a primeira publicação sobre o tema foi feita na Argentina em 1989 (WHO, 2002; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

Atenção especial a este assunto deve crescer também devido ao aumento no número de pessoas com mais de sessenta anos. Com o aumento da população idosa aumenta também o número de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis, que podem gerar incapacidade funcional e um conseqüente aumento na dependência do idoso para desenvolver suas atividades. A dependência de um idoso é um fator de risco que pode deixá-lo vulnerável a sofrer alguma das formas de maus tratos (MACHADO; QUEIROZ, 2006; SANTOS et al., 2007).

No Brasil, Machado (1997) apud Machado e Queiroz (2006) questionou a idosos o que eles consideravam ser maus tratos. Sessenta e cinco por cento deles consideravam ser a forma preconceituosa como são tratados pela sociedade e não relacionavam somente à violência física.

Um estudo realizado com 50 idosos de grupos de convivência do arquipélago de Fernando de Noronha – PE objetivou apreender as representações sociais da violência na velhice e encontrou que para os idosos, a violência é abandono (35%), desrespeito (29%), negligência (18%) e agressão física (18%). Como medidas preventivas eles apostam na punição (45%), denúncia (27%), políticas públicas (18%) e cuidados (8%) (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009).

Os sujeitos dos estudos supracitados não relacionam a violência e maus tratos estritamente à agressão física, é importante destacar que eles mesmos consideram que ser abandonados ou tratados com desrespeito são formas de violência, mas em muitos casos não denunciam este atos.

As crianças do presente estudo, quando questionadas se já presenciaram algum idoso sendo maltratado normalmente relacionaram os maus tratos à violência física, como se observa nas seguintes falas: *“Porque maltratas as pessoas idosas e num pode, porque elas são muito lentas e pessoas que maltratam elas podem até bater, e num pode fazer isto”* [22-GBP-9anos]; *“Eu ia falar para ele num bater e não xingar”* [29-VT-8anos] e *“Se eu visse? Se eu tivesse do lado da minha mãe eu falava pra minha mãe, oh mãe, aquela pessoa idosa ta apanhando. Aí eu ia pedir pra ela fazer alguma coisa”* [6-VB-9anos].

Os idosos de Fernando de Noronha apontam que em 45% dos casos a punição é a medida preventiva para a violência (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009). Das crianças do presente estudo, 19,2% pediriam para o agressor parar caso vissem um idoso sendo maltratado, 11,5% disseram que denunciariam o agressor e 5,8% que pediriam auxílio de um adulto, o que é uma forma de denúncia. Além destas, aproximadamente 8% das crianças disseram que ajudariam o idoso que sofreu alguma agressão. Mesmo que muitas crianças não conheçam a importância da denúncia e nem realizá-la, elas possuem alguma noção de como proceder nestes casos e de que o agressor deve ser punido.

Deve ser destacado aqui o fato de que 9,6% das crianças disseram que agrediriam a pessoa que estaria maltratando um idoso. Este fato pode ter uma dupla visão, já que as crianças podem ter dito isso pensando na proteção do idoso ou se mostrando crianças violentas, o que não é uma boa perspectiva se pensarmos que as crianças tinham entre sete e dez anos no momento da entrevista.

Além de estudos que verificam a concepção de idosos sobre a violência e maus tratos, há um estudo que buscou identificar a concepção de familiares que coabitam com idosos sobre o tema. Foram entrevistados 19 familiares da cidade de Três Passos-RS, sendo a maioria mulheres e filhas do idoso. De acordo com a maioria, maus tratos não se limitam à agressão física, incluem também deixar sozinho, não alimentar, não cuidar e restringir o idoso a frequentar locais públicos. Porém, alguns familiares associam somente à agressão física. Um dos sujeitos destacou que as atitudes que o idoso tem com sua família durante a vida podem favorecê-lo a ser agredido (LEITE; HILDEBRANDT; SANTOS, 2008).

Os familiares deste estudo não associam a violência somente à agressão física, assim como os idosos das investigações citadas acima. Este dado é importante, já que muitos comportamentos e atitudes rotineiras não são entendidos por familiares e idosos como atos de maus tratos ou de violência (LEITE; HILDEBRANDT; SANTOS, 2008).

A concepção de idosos e de profissionais de saúde sobre situações de risco a que os idosos estão submetidos foi investigada através da entrevista com 12 idosos e oito profissionais de saúde. Mais da metade dos idosos diz que o tratamento prestado pela família é insuficiente, apresentando inclusive sentimentos de raiva e revolta. Já 32% dos profissionais acham que os idosos são maltratados, 24% que são carentes afetivamente, 14,6% carentes financeiramente e 9,3% veem os familiares como agressores (CRUZ et al., 2003).

Os profissionais de saúde acreditam que idosos são maltratados. Como destacado, eles devem investigar casos suspeitos e denunciar, sob pena de multa.

A prevalência de maus tratos contra idosos ainda não é algo claro na literatura. Estudos buscam estimar a mesma, porém muitos deles avaliam as denúncias feitas em órgãos especializados. Os casos em que o idoso ou alguma outra pessoa denuncia são raros já que normalmente a violência é subnotificada.

Outras investigações avaliam a violência através de entrevistas com os próprios idosos. Apesar de ser garantido o sigilo nas entrevistas, muitos idosos podem não querer falar sobre o assunto com medo das consequências. Os estudos podem ser inconclusivos devido a estes fatos, porém são eles que estão disponíveis na literatura e nos quais se deve ter uma base para estudos futuros.

Buscando identificar e analisar os trabalhos publicados sobre a prevalência de maus tratos contra o idoso entre 1988-2055 através de uma revisão sistemática, Espíndola e Blay (2007), selecionaram 11 artigos, desenvolvidos nos EUA, China, Inglaterra, Dinamarca e Suécia, Holanda, Canadá, Finlândia, Chile e Cuba. Nove dos 11 trabalhos analisados tratavam de mais de um tipo de abuso. Os mais recorrentes eram o abuso verbal com a prevalência variando de 1,1% a 26,8% e o psicológico de 29,6% a 47%. Também foram relatados os abusos físico (1,2% a 16,5%), financeiro (1,4% a 8,5%) e a negligência (0% a 24,6%). O abuso sexual não foi citado em nenhum estudo.

Os estudos analisados foram divididos em dois grupos de acordo com o risco de apresentarem viés. Quando havia menor risco de viés a prevalência para os diferentes tipos de abuso variaram entre 1% e 5%, já quando houve maior risco de viés, os números são mais elevados, chegando a quase 50%. Foi constatada uma falta de estudos bem delineados metodologicamente, principalmente no Brasil, onde nenhum havia sido encontrado até aquele momento (ESPÍNDOLA; BLAY, 2007).

Chaves (2002) apud Costa e Chaves (2003) analisou dados de idosos vítimas de violência de 1998 a 2001. Em 1998 o número de mulheres era maior que o de homens, chegando a 80,5% do total de idosos vítimas, já em 2001, este número diminuiu para 68,9%, o que mostra que apesar de as mulheres ainda serem as principais vítimas, este perfil está se modificando. Em relação ao agressor, de 1998 a 2001, em média 45,3% deles eram filhos e 15,4% cônjuge ou companheiro.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto-SP buscou verificar a ocorrência de maus tratos no domicílio contra idosos a partir de análise de laudos de exame de corpo delito do Instituto Médico Legal (IML). Foram identificados, no ano de 2002, 175 laudos de idosos, sendo 100 da cidade de Ribeirão Preto. Destes 100, 87 se referiam a idosos vítimas de maus tratos no domicílio e o restante a outras formas de violência. Dos idosos que haviam sofrido

maus tratos no domicílio, a maioria tinha entre 60-69 anos, era do sexo masculino, identificou o agressor como sendo filho, neto, nora ou genro e não procurou atendimento de saúde (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Outra investigação identificou e analisou dados relacionados à violência contra idosos, registrada em fontes oficiais na cidade de Fortaleza-CE no primeiro semestre de 2005. Na maioria dos casos os idosos eram do sexo feminino e tinham de 71-80 anos. O agressor normalmente foi o filho ou outro parente e pelo menos metade deles foi identificada como dependente químico. Os abusos financeiros e econômicos foram relatados em 59% dos casos, seguido pela negligência (22%), abuso físico (15%) e verbal (4%) (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Outro estudo analisou as informações da Delegacia do Idoso e do Núcleo Especializado de Atendimento à Pessoa Idosa (NEAPI), do Rio de Janeiro-RJ em 2004. Foram encontrados 898 registros. Na Delegacia, 48,5% era de maus tratos, 11,1% de constrangimento ilegal, 10% de apropriação indébita e 9,4% se referiam a ameaças. Já no NEAPI, 47,5% de maus tratos, 24% de apropriação indébita e 21% de abandono. Na maioria dos casos, nos dois locais, os abusos ocorreram na residência da vítima, em idosas de 60-69 anos. Os agressores eram na maioria adultos de 40-49 anos e filhos ou enteados do idoso, porém havia muitos casos sem informações a respeito do agressor. Destacou-se a necessidade de fortalecer os vínculos e a rede familiar para que estes possam ser protetores dos idosos e não agressores (SOUZA et al., 2008).

Realizado com 322 idosos residentes em Niterói-RJ, um estudo buscou estimar a prevalência de violência física contra o idoso no ambiente doméstico. Dez por cento dos idosos relataram a ocorrência de pelo menos um ato de violência física contra ele, sendo a maioria idosos mais novos, que moravam com mais pessoas na casa (MORAES; APRATTO JR.; REICHENHEIN, 2008).

Buscando descrever a situação de maus tratos no município de Camaragibe-PE, uma investigação foi conduzida com 315 idosos utilizando um questionário sobre violência, desenvolvido pelos próprios pesquisadores. Uma parcela de 34,8% dos idosos e 38,9% das idosas refere ter sido vítima de violência. Dos homens, 73,9% relata os maus tratos psicológicos, 17,4% físicos e 8,7% a negligência. Das mulheres, 55,6% psicológicos, 40% físico e 4,4% negligência. Dos idosos agredidos, grande parte morava em famílias multigeracionais e a maioria das agressões ocorreu na residência e foi praticada por um familiar do idoso. Aproximadamente vinte por cento dos idosos reagiram e somente 4,5%

denunciaram. Quase metade dos idosos disse saber a qual órgão público poderia denunciar a agressão, porém nenhum soube nomeá-lo (MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006).

A partir destes estudos foi possível conhecer um pouco mais sobre a prevalência de maus tratos a idosos. Como abordado anteriormente, muitos dados ainda são inconclusivos, mas representam o que temos disponível no momento. Através destes dados, puderam ser identificados fatores relacionados à violência contra idosos. São eles:

- violência é normalmente intrafamiliar/domiciliar (MINAYO, 2003; MACHADO; QUEIROZ, 2006; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006; SANTOS et al., 2007; SOUZA et al., 2008).

- está relacionada ao convívio intergeracional (CRUZ et al., 2003; SOUZA et al., 2004; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006; MORAES; APRATTO JR.; REICHENHEIN, 2008).

- agressor geralmente é do sexo masculino e de meia idade, normalmente filho do idoso (CHAVES, 2002 apud COSTA; CHAVES, 2003; MACHADO; QUEIROZ, 2006; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; SOUZA et al., 2008).

- associação do agressor com dependência química (MINAYO, 2003; MACHADO; QUEIROZ, 2006; SANTOS et al., 2007; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

- maioria das vítimas são mulheres apesar de já haver uma mudança neste perfil (CHAVES, 2002 apud COSTA; CHAVES, 2003; MINAYO, 2003; SOUZA et al., 2004; MACHADO; QUEIROZ, 2006; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; SOUZA et al., 2008).

- idade do idoso parece variar de acordo com os estudos, já que alguns apontam ser entre 60-69 anos (GAIOLI; RODRIGUES, 2008; MORAES; APRATTO JR.; REICHENHEIN, 2008; SOUZA et al., 2008) e outros entre idosos mais velhos (SOUZA et al., 2004; MACHADO; QUEIROZ, 2006; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

- idosos isolados socialmente (CRUZ et al., 2003; SOUZA et al., 2004; SANTOS et al., 2007).

- idosos como a única fonte de renda familiar (CRUZ et al., 2003; SOUZA et al., 2004; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

- idosos dependentes (CRUZ et al., 2003; SOUZA et al., 2004; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

De acordo com estes dados, deve ser destacado o fato de que 30,8% das crianças do presente estudo não sabiam o que fariam ou não fariam nada caso vissem um idoso sendo maltratado. Este é um dado preocupante, já que como relatado, a violência intrafamiliar é mais prevalente e caso uma criança presencie este ato na sua família ela pode não tomar nenhuma providência.

Acrescenta-se a isso o fato de que 5,8% disseram que não denunciariam o agressor, pois tem medo das consequências. A violência além de ser mais prevalente no ambiente domiciliar, o agressor normalmente é o filho da vítima, que pode ser o pai de uma criança que mora na mesma casa. Se o pai da criança agride o idoso, ele pode agredir a criança também e por isso a mesma tem medo das consequências da denúncia.

As crianças também disseram que 53,8% dos idosos não merecem ser maltratados, pois são pessoas frágeis. As crianças veem os idosos como frágeis, colocando-os numa condição de vulnerabilidade, mesmo eles não sendo dependentes. Elas sentem pena, pois estão sendo maltratados e não tem como se defender, mas mesmo que tivessem como se defender eles não deveriam sofrer maus tratos, por serem seres humanos.

Outras subcategorias interessantes foram a das crianças que destacaram a religiosidade no maltrato aos idosos (3,8%), colocando o mau trato como pecado e a criança que falou que aconselharia o agressor, dizendo a ele que ele poderia ficar bem pior que aquele idoso um dia e as pessoas poderiam maltratá-lo. Esta é uma visão interessante citada por uma criança de nove anos, mas que todos deveriam pensar antes de prejudicar de alguma forma uma pessoa idosa.

4.6.8. Conhecimento das crianças sobre a demência

Feitas várias questões sobre idosos no geral e sobre o idoso que mora com a criança, chegou-se à questão central, o conhecimento das crianças sobre a demência/ Doença de Alzheimer.

Das crianças que responderam à questão, foram identificadas as seguintes subcategorias: *Nulo*; *Na TV/ já ouviu falar, mas não lembra nada a respeito*; *O avô(ó) tem a doença, esquece as coisas*; *Na TV (remédio, diminuição audição, esquecimento)*; *Na TV (parada cardíaca, perda audição e fala)*; *O avô teve a doença, fica "lelé", urina nas calças, não escuta direito, não lembra dos familiares e Na TV, sinônimo de louco, todos podem ter, não tem cura mas tem remédio*.

Nulo

A grande maioria das crianças, 76,9% (n=40), não sabia nem nunca ouviu falar sobre demência/Doença de Alzheimer. .

Na TV/ já ouviu falar, mas não lembra nada a respeito

Três crianças (5,8%) já ouviram falar na TV ou em algum outro lugar sobre a doença, mas não lembram nada a respeito da mesma.

“Alzheimer eu já escutei, mas não sei o que é. Vi na TV, mal de Alzheimer, no médico” [21-LOS-10anos].

“Não, eu já ouvi uma que tem um nome esquisito, mas eu num lembro agora. Acho que era uma dessas, mas eu num lembro agora” [28-YCSF-10anos].

“Já, mas num lembro como era. Vi na globo, era uma doença só de velhinhos assim, mas num lembro como era” [47-MHRG-8anos].

O avô(ó) tem a doença, esquece as coisas

Duas crianças (3,8%) disseram que o avô(ó) tem a doença de Alzheimer. Quando questionado sobre o que elas sabiam a respeito da mesma ela disseram que o idoso esquece as coisas:

“Ah, eu sei mais ou menos assim que ele esquece as coisas, é isso que mais ou menos eu sei, percebo” [37-GKSM-9anos].

“Minha vó tem essa doença. Tem vez que ela... um dia minha vó deu cinquenta centavos pra comprar pão. Aí o Carlos foi lá, na hora que ele chegou minha vó falou: ô Carlos, você pegou cinquenta centavos meu? Ela num lembrava. Antes ela lembrava de tudo, depois que pegou essa doença esqueceu” [53-AZDS-7anos].

O avô teve a doença, fica "lelé", urina nas calças, não escuta direito, não lembra dos familiares

Outra criança (1,9%) disse que o avô dela teve a doença e ela se lembrava de algumas características, que podem ser observadas abaixo:

“Meu vô morreu de Alzheimer. Que ele fica... fica mijando na calça, fica meio lelé da cabeça. Ele mijava nas calça, num escutava bem, num lembrava de nós” [27-ACVV-9anos].

Na TV (remédio, diminuição audição, esquecimento)

Uma criança (1,9%) disse ter ouvido falar da demência na TV e o que ela se lembrou da doença aparece abaixo:

“De vez em quando já, que ela tem que tomar remédio, vai escutando baixo, esquece onde tá as coisas e só” [4-DFAC-9anos].

Na TV (parada cardíaca, perda audição e fala)

Outra criança (1,9%) relatou ter assistido sobre demência na televisão, lembrando de outros aspectos:

“Ah, já... no 27 da TV. É que dá um negócio que elas podem até morrer. Dava parada cardíaca, um monte de coisas, ela ficava sem conseguir falar, escutar” [18-VGGCS-8anos].

Na TV, sinônimo de louco, todos podem ter, não tem cura, mas tem remédio.

Mais uma criança (1,9%) relatou ter assistido sobre a síndrome na televisão, se lembrando de aspectos diferentes ainda das crianças citadas anteriormente:

“Já, é louco. Todo mundo pode ter, não só os idosos. Não tem cura, mas acho que tem remédio. Vi na TV, não sei que canal” [24-JHSC-10anos].

De maneira geral pode-se notar que a maioria das crianças (76,9%) nunca ouviu falar de demência nem DA. As demências e a seu principal tipo, a DA, são enfermidades pouco conhecidas pela população brasileira. Porém, como já citado, sua incidência cresce, devido principalmente ao crescimento no número de idosos e sua importância é cada vez maior no cenário das doenças crônicas.

Para as crianças, parece não ser importante saber a respeito da DA, porém, as crianças entrevistadas moram com idosos, sendo que 39,1% deles possuem alterações cognitivas e um possui diagnóstico de demência do tipo Alzheimer. Os idosos que moram com as crianças ainda são idosos jovens (maioria entre 60-69 anos) e que tem a chance de desenvolverem demência no futuro.

Se as crianças apenas souberem o que é a DA, quais são seus principais sintomas, causas, tratamento e prevenção, elas podem estar alertas para possíveis manifestações dos sintomas nos idosos com quem moram e nos idosos no geral, já que a cada dia elas conviverão mais com idosos, não somente em suas próprias casas. Além disso, as crianças tendo conhecimento que fatores ambientais, alimentação inadequada e falta de

exercícios físicos são fatores de risco para a DA, elas podem se preparar para o futuro e consequentemente estarão melhorando sua saúde de modo geral, prevenindo outras doenças.

Um estudo foi realizado em Taiwan com o objetivo de conhecer a atitude de crianças e adolescentes sobre demência. Foram entrevistadas 5515 crianças de 10 a 15 anos estudantes de escolas públicas, 282 professores destas crianças e 20 profissionais de saúde especialistas em demência. Um questionário com 10 questões foi aplicado e nele não era feita a definição de demência (FUH; WANG; JUANG, 2005).

Entre os que já tinham ouvido falar da demência estavam 93% das crianças, 97% dos professores e 100% dos profissionais. Porém somente 13% das crianças, 45% dos professores e 65% dos profissionais conheciam alguém com a doença. Mesmo já tendo ouvido falar ou conhecendo alguém com a doença os entrevistados possuem ideias errôneas sobre a mesma, associando-a à psicose (48% das crianças), à hereditariedade (8% das crianças) e ao fato de ser contagiosa (3% das crianças). Setenta por cento de todos os entrevistados se preocupam com o fato de parentes adquirirem a doença. Aproximadamente 88% das crianças concordam ou concordam em parte que a doença é prevenível (FUH; WANG; JUANG, 2005).

As crianças e adolescentes do estudo citado conhecem mais sobre demência do que as crianças do presente estudo. É difícil citar fatores que podem influenciar esse dado. Assim como o Brasil, Taiwan também é um país subdesenvolvimento que está buscando ser desenvolvido. Taiwan, após sua independência, concentrou seus esforços na reforma agrária e investiu em educação, objetivando aumentar a produtividade através da pesquisa. Este pode ser um dos motivos pelo qual a pesquisa realizada em Taiwan apresentou índices bem maiores de conhecimento sobre a demência do que o presente estudo.

Os estudantes mais velhos acreditam mais que a doença não é normal e que não é psicose do que os mais novos, fato que pode mostrar que os estudantes entendem mais a doença conforme vão crescendo. Os profissionais de saúde tiveram atitudes mais realistas (FUH; WANG; JUANG, 2005).

Também não se pode deixar de destacar que o estudo de Taiwan foi realizado com crianças e adolescentes de 10 a 15 anos, e foi constatado um maior conhecimento da doença pelos mais velhos, fato que também pode ajudar a compreender as diferenças existentes entre os dois estudos. O número de sujeitos do estudo de Taiwan também foi mais alto que o do presente estudo.

As outras faixas etárias da sociedade também não estão atentas a esta síndrome, que não é menos importante do que outras enfermidades crônicas como o câncer, hipertensão arterial e da diabetes, amplamente difundidas pela população.

Uma investigação realizada com 51 ACS buscou identificar a percepção dos mesmos sobre velhice e demência. A demência aparece nos relatos como comprometimento do raciocínio, de memória, problema de saúde mental, associação com incapacidade, dependência e alterações de comportamento. Também houve a associação com qualquer problema de saúde mental, fato citado erroneamente, já que muitos transtornos mentais não possuem associação com as demências. Alguns sujeitos não conheciam a síndrome (FERNANDES et al., 2010). Os ACS por atuarem dentro de uma Unidade de saúde e estarem em contato com outros profissionais da área tendem a ter um conhecimento maior sobre o assunto, o que foi constatado no estudo citado. A demência ainda é muito associada ao déficit de memória e muitas pessoas se referem à mesma somente por esta característica ou citando outros sinais ou sintomas, não possuindo mais nenhuma informação.

Além disso, não há na mídia muita divulgação sobre a DA como existe com outras doenças e isto precisa mudar devido às modificações nas taxas de incidência da mesma.

Estudos internacionais já apontam uma divulgação da DA para crianças em idade escolar há algum tempo. Uma experiência interessante foi relatada por Scott (1989). A mãe de uma criança que tinha a avó com a doença de Alzheimer conversou com a professora da escola e ambas tiveram a ideia de conversar com alunos de 4ª à 6ª série de uma escola americana sobre a doença. A autora do texto, coordenadora do um grupo de apoio sobre a doença e convidada para esta conversa achou muito interessante, porém bastante desafiador. As crianças foram divididas em grupos de aproximadamente 50 alunos e participaram de sessões de uma hora de duração.

As questões formuladas pelas crianças variaram desde o que é a doença e como ela se desenvolve até como são o diagnóstico e tratamento. Todos, incluindo professores e mães concordaram que a iniciativa foi muito interessante e extremamente necessária. Os professores pretendem continuar com este trabalho e perceberam que as crianças ficaram mais livres nos seus questionamentos após a sessão (SCOTT, 1989).

Algumas questões possíveis de as crianças fazerem são: O que é a doença? Por que a pessoa está agindo assim? Os pais também terão a doença? Porque a pessoa não me chama mais pelo nome? Ela vai morrer por causa desta doença? Porque ela fica repetindo as coisas? Como posso ajudar? Ela vai melhorar? Se eu ficar junto dela eu vou pegar esta doença? (SCOTT, 1989; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997).

Foi constatado que as questões feitas por estudantes de 4^a a 6^a série sobre a DA foram similares às feitas pelos adultos em grupos de ajuda e apresentações na comunidade e o número de questões foi muito além do que se imaginava (SCOTT, 1989). As crianças possuem curiosidade e entendem as doenças, ficando interessadas e querendo saber mais.

Outro estudo realizado por Boles e Roberts (1997) buscou identificar a percepção das crianças sobre doença e morte. Segundo os autores, estudos mostram que quanto mais velha é a criança, maior a sua capacidade de entender as doenças. A experiência com doenças crônicas na família aparenta facilitar o entendimento das crianças sobre a doença. Porém, estes dados ainda são poucos consistentes. É muito importante que as crianças entendam as doenças, principalmente quando ela acontece com familiares ou conhecidos. Porém, futuras investigações são necessárias para entender as variáveis-chave associadas à percepção das crianças sobre doenças crônicas e morte e quando conclusivos, os resultados podem ser usados para desenvolver intervenções efetivas (BOLES; ROBERTS, 1997).

Uma publicação de 1997 da Associação de Alzheimer (*Alzheimer's Association*) funciona como um guia para pais ajudarem crianças e adolescentes a entender a DA. De acordo com a mesma, deve-se dizer que a DA é uma doença do cérebro, que mata as células e encolhe o mesmo, causando problemas de memória, pensamento e comportamento (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997). Estratégias para contar sobre a DA é falar que o avô/ó esquece as coisas, pois seu cérebro não está mais funcionando normalmente (WINTERS, 2003).

Pode ser falado que a doença não é contagiosa e não é algo normal no envelhecimento e que nada que as crianças fizeram ao idoso causou a doença, pois assim elas não se culpam pelo acontecido. Não é necessário usar jargões médicos ou dar informações sobre tratamentos ou procedimentos específicos (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997; WINTERS, 2003).

A doença piora com o tempo, mas os sintomas variam de pessoa para pessoa. O sintoma mais notado é o esquecimento, que afeta as atividades normais de trabalho ou em casa. Situações que podem ocorrer com a descoberta da doença como o idoso esquecer o nome do neto, em que dia ou local estão devem ser alertadas às crianças. Outros sintomas são confusão, se perder na rua, trocar coisas e ter problemas de linguagem. Portanto, ao se abordar este tema com as crianças deve ser usada uma linguagem simples, mas que deixe claro à criança o que a doença significa (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 1997; WINTERS, 2003). O esquecimento é com certeza o sintoma mais notado nas pessoas com demência. As crianças do presente estudo que conheciam a demência ou DA, na maioria das vezes conhecia, pois o

avô ou avó possuía doença e citou entre os sintomas o esquecimento e não reconhecimento dos familiares, como foi possível observar nos relatos.

As crianças que não possuíam familiar com a doença, mas conheciam a mesma, tinham visto na televisão. Algumas se lembram de ter assistido ou se lembram somente do nome, mas não se lembram nada a respeito (5,8%), uma criança citou que viu na televisão e citou alguns sintomas onde não foi possível saber se ela estava realmente se referindo à demência/ DA ou não e outra criança citou alguns sintomas “Ah, já... no 27 da TV. É que dá um negócio que elas podem até morrer. Dava parada cardíaca, um monte de coisas, ela ficava sem conseguir falar, escutar” [18-VGGCS-8anos], que também podem não estar relacionadas ao tema da investigação. A criança pode ter recordado de alguma doença ou de sintomas que já tinha visto na televisão e os relatou no momento da entrevista.

Uma das crianças que também disse ter ouvido falar da demência/DA na televisão associou as mesmas à loucura. Existe um estereótipo na população de que a demência seja associada à loucura e o termo “demente” é utilizado em tom pejorativo por muitas pessoas. Das poucas crianças que conheciam a síndrome, uma delas usou um termo pejorativo para se referir a ela, o que não é bom se for pensada a importância de conhecer a doença como ela realmente é.

Com base nas respostas dos sujeitos deste estudo sobre o envelhecimento e demência foi desenvolvido um material ilustrativo (APÊNDICE E) que foi entregue às crianças entrevistadas, considerando que a preparação para o futuro deve ter como meta educacional a educação sobre o envelhecimento, que deve ser considerada alta prioridade. As crianças precisam começar o mais cedo possível a ter uma visão saudável e realista sobre o envelhecimento, tendo a oportunidade de maximizar suas próprias oportunidades de qualidade de vida, entendendo realmente o que ocorre conforme a idade chega (PRATT, 2005).

Segundo McGuire, Klein e Couper (2005) os americanos chegam à velhice sem estar preparados para ela. Se tivessem tido a oportunidade de conhecer sobre a velhice na vida jovem e adulta e pudessem pensar nas conseqüências de seus atos estariam bem mais preparados. Isso deve acontecer com os brasileiros também. Falar de idosos e pessoas velhas parece um assunto cansativo e distante da realidade, já que muitos pensam que estão longe da velhice. Porém não chegam a pensar que as atitudes que têm hoje vão interferir diretamente no futuro. Esse assunto precisa ser encarado com naturalidade.

Três pontos importantes a serem abordados quando se trata de educação gerontológica pra crianças são: fornecer informações verdadeiras sobre a velhice para que se formem concepções realistas e positivas, permitir que as crianças possam avaliar o efeito que

a vida tem sobre a velhice e colocá-las em contato com a heterogeneidade da velhice, para que elas não tenham somente imagens negativas e estereotipadas (MCGUIRE; KLEIN; COUPER, 2005). A educação com informações acuradas e para a diversidade da velhice, educando as pessoas para as diferenças também foi citada por outro autor (WEAVER, 1999).



5. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

O presente estudo investigou as atitudes em relação à velhice de crianças que moram com idosos. As atitudes foram comparadas entre as crianças que moram com idosos com e sem alterações cognitivas. Além disso, foi possível conhecer a percepção destas crianças a respeito de velhice, do idoso com quem ela mora, principalmente a memória do mesmo e da demência/ DA.

Os resultados mostram que das 54 crianças, a maioria era do sexo masculino (57%), tinha nove anos (29,6%), estava na 4ª série do ensino fundamental (42,6%) e estudava em escola pública (92,6%). Na casa das crianças havia uma média de seis pessoas, sendo que o número variou de duas a doze. A renda familiar média foi de 2,04 salários mínimos.

As crianças se autodeclararam brancas (53,7%), católicas (64,8%) e nenhuma tinha plano de saúde particular. A maioria das crianças era proveniente de USF classificada com IPVS valor 4, correspondente a média vulnerabilidade social. Grande parte das crianças era neta do idoso com o qual morava (85,2%) e morava com este idoso há mais de cinco anos (75,9%).

Em relação às atividades que a criança desenvolve com o idoso, as mais citadas foram a conversa (98,2%), o fato de o idoso dar presentes à criança (83,3%) e ensinar algo a ela (79,6%).

Foram entrevistados 46 idosos que residiam com as crianças. Sessenta e três por cento era do sexo feminino, 43,5% tinha entre 60-64 anos e a maioria não tinha completado o ensino fundamental (60,8%). Eles eram em sua maioria católicos (78,2%), auto declarados brancos (60,9%) e sem plano de saúde particular (93,5%). Uma limitação do presente estudo foi não coletar a renda específica do idoso, somente coletando a renda familiar, o que contribuiu para o não conhecimento da contribuição da renda do idoso na família.

A média de pontuação no MEEM foi de 20,4 pontos. Pouco mais da metade dos idosos não apresentou pontuação indicativa de alterações cognitivas (58,7%), 39,1% tem indícios de déficit cognitivo e um idoso (2,2%) não respondeu ao MEEM por já possuir diagnóstico de demência e ter problemas de compreensão.

O crescimento no número de idosos é evidente no mundo, bem como as mudanças nas configurações familiares. Crianças morando com idosos na mesma casa é uma situação real e que merece atenção. Há casas em que moram somente a criança e o idoso, onde o atendimento à demanda de ambos pode ser prejudicado. Há também situações em que

moram a criança, o idoso e mais dez pessoas, com uma renda mínima, que pode ser muito aquém do que a família necessita.

Acrescenta-se a isso o crescimento da incidência de doenças crônicas que afetam a população idosa, como a demência. A utilização do MEEM não nos permite estabelecer o diagnóstico de nenhuma doença, mas pode-se realizar um rastreamento das condições cognitivas dos idosos e verificar a existência de déficit cognitivo, fator preditivo de alguma das causas da demência, como por exemplo, a DA. Mais de 40% dos idosos entrevistados possuíam alterações cognitivas e podem apresentar dificuldades em algumas atividades da vida diária, necessitando da ajuda da família. As configurações multigeracionais são diversas e a presença das crianças neste contexto deve ser entendida como importante.

As atitudes que uma pessoa possui em relação a um objeto podem influenciar seu relacionamento com este. Atitudes de crianças em relação à velhice podem ter efeitos sobre o modo como estes idosos são tratados pelas mesmas.

De acordo com a aplicação da Escala de Atitudes em Relação à Velhice para Crianças, a média das crianças do presente estudo foi 1,59 pontos, sendo a média mínima de um e a máxima de 2,43 pontos. A pontuação média apresentou perfil semelhante a outra pesquisa realizada com crianças utilizando a mesma escala, porém cabe ressaltar que estes estudos diferem quanto ao fato da criança morar ou não morar com os avós. Os dados sugerem um aprofundamento nas investigações que avaliam as atitudes das crianças que moram ou não com idosos.

Em relação aos domínios da escala, a atitude mais negativa foi apresentada pelas crianças no domínio cognição (méd=1,82 pontos) e a mais positiva no domínio persona (méd=1,31 pontos). No estudo com crianças usando a mesma escala houve um perfil de distribuição dos domínios positivo e negativo semelhante, já em estudos com adultos este perfil se mostrou diferenciado. Analisando os itens separadamente, a pior atitude foi no item “rápido/ lento” (méd=2,43) e a melhor no item “legal/ chato” (méd=1,19).

As variáveis das crianças e sua pontuação na escala de atitudes foram comparadas e/ou correlacionadas. Não foram encontradas diferenças significativas para as seguintes variáveis das crianças: sexo, escolaridade, USF, estudante de escola pública ou particular, número de pessoas na casa, cor auto declarada, religião, sexo e grau de parentesco do idoso com quem mora.

Para algumas variáveis não foram encontradas diferenças significativas, porém foram identificadas tendências. Uma delas é a idade da criança e domínio persona, em que as crianças mais novas tenderam a apresentar atitudes mais positivas que as mais velhas neste

domínio. E a outra é a renda familiar e domínio agência, em que as crianças em que as famílias tinham as menores e as maiores rendas tenderam a apresentar atitudes mais positivas neste domínio.

Para a variável tempo de moradia com o idoso foi encontrado um resultado considerado significativo na comparação com o domínio persona. As crianças que moravam com idosos há menos de três anos apresentaram atitudes significativamente mais negativas neste domínio. As atitudes mais positivas foram as das crianças que moravam com idosos entre 3 e 4 anos, seguidas pelas que moravam entre 4 e 5 anos e há mais de 5 anos. Apesar de ter sido encontrada diferença nesta variável, não parece haver uma relação diretamente proporcional entre o tempo de moradia com o idoso e atitudes no domínio persona.

Em relação aos grupos formados com base no MEEM do idoso entrevistado, houve 46,3% das crianças no grupo 1 (morando com idosos com alterações cognitivas) e 53,7% no grupo 2 (morando com idosos sem alterações cognitivas). A média de pontuação das crianças do grupo 1 na Escala de Atitudes foi de 1,66 pontos e no grupo 2 de 1,52 pontos. Quando os dois grupos foram comparados com a pontuação geral da escala, houve uma tendência das crianças do grupo 1 apresentarem atitudes significativamente mais negativas que a crianças do grupo 2.

Já quando os grupos foram comparados em relação à pontuação nos quatro domínios da escala separadamente, foi encontrada uma significância na comparação entre eles e os domínios cognição e relacionamento social, sendo que as crianças do grupo 1, que moravam com idosos com alterações cognitivas apresentaram atitudes mais negativas nestes domínios do que as crianças do grupo 2.

O fato de a criança morar com um idoso que possui alterações cognitivas pode influenciar as atitudes desta em relação à velhice nos domínios cognição e relacionamento social, e tendem a influenciá-las na pontuação geral da escala. Estas crianças precisam ser foco de ações gerontológicas específicas sobre o envelhecimento e alterações cognitivas.

Quando realizadas entrevistas com crianças com questões abertas em relação ao envelhecimento e demência/DA, a maioria delas não sabiam ao certo dizer com que idade uma pessoa pode ser considerada idosa, já que as respostas variaram de 50 à 85 anos.

Muitas percepções são relatadas em relação aos idosos, sendo que as crianças utilizam os atributos que conhecem de alguns idosos para caracterizar todos eles. As principais percepções relacionadas à aparência física foram o fato de idosos terem cabelos brancos, de havere mudanças na pele, piora no jeito de andar e a perda da visão com o envelhecimento.

Já em relação a outros aspectos, foi destacado o fato de os idosos pensarem menos ou mais devagar e também deles ficarem ou serem mais doentes que as pessoas mais novas.

Quando questionados se haviam diferenças em relação ao idoso que morava com a criança e os idosos no geral, a maioria das crianças disse não haver diferenças. Das que perceberam alguma diferença, o fato do idoso que mora com a criança ser mais legal, bom e fazer o que ela quer foi o mais citado.

A maioria das crianças também não percebeu mudanças no idoso que mora com ela ultimamente. A mudança na aparência física foi a mais percebida, mas por somente 9,6% das crianças.

A questão específica da memória do idoso que mora com a criança suscitou respostas interessantes. Esquecer onde guarda as coisas ou esquecer e confundir os nomes das pessoas foram os fatos mais lembrados pelas crianças.

Em relação aos maus tratos contra os idosos, muitas crianças relataram terem ficado chateadas ou tristes quando presenciaram uma situação como esta, ou disseram que ficariam tristes caso vissem um idoso sendo maltratado. As crianças justificam a tristeza pois consideram que os idosos são pessoas frágeis e merecem ser bem tratadas. Apesar disto, muitas crianças disseram que não sabem o que fariam ou não fariam nada se vissem um idoso sendo maltratado. Das que disseram fazer algo, a atitude mais citada foi “pedir para a pessoa que está maltratando o idoso parar de maltratá-lo”.

Na questão central da entrevista, o conhecimento sobre a demência/ DA, a grande maioria das crianças não possuía conhecimento sobre a síndrome demencial ou DA. Somente nove crianças já ouviram falar da mesma, na televisão ou devido ao fato de um parente possuir a doença. A disponibilização de informações sobre a doença na escola ou nas Unidades de Saúde não foram citadas.

De acordo com as informações obtidas com a aplicação da escala e nas entrevistas em profundidade, foi possível verificar que há várias lacunas no conhecimento das crianças sobre a velhice e demência/DA. Assim, como fruto desta pesquisa ainda, foi construído um folder ilustrativo para ser entregue às crianças entrevistadas, com informações sobre a velhice, o envelhecimento, os idosos, queixas de memória de idosos e DA. Com a divulgação deste folder não se pretende esgotar o assunto em questão, mas começar a sensibilizar as crianças sobre o envelhecimento e sobre a existência da DA.

As crianças necessitam, além de conhecer melhor os idosos e ter atitudes positivas em relação a eles, aprender a lidar com o processo de envelhecimento,

conscientizando-se que as ações realizadas por elas durante toda a vida podem influenciar o modo como vão envelhecer. É necessário prepará-las para o futuro, em que a maior parte da população será idosa.

Algumas limitações do presente estudo podem ser destacadas:

- Devido ao fato de a escala utilizada ter sido criada para ser usada em crianças de sete a dez anos de idade, somente foram entrevistadas crianças nesta faixa etária, porém reconhece-se a necessidade e importância de saber atitudes e percepções de crianças de outras faixas etárias.
- Foi entrevistado somente um idoso por casa e havia casas com mais de um idoso. Todos os idosos da casa poderiam ter sido entrevistados para melhor comparação entre os grupos de crianças que moravam com idosos com e sem alterações cognitivas.
- Entrevistar crianças que moram com idosos com demência/ DA, ao invés de idosos com alterações cognitivas pode mostrar mudanças nas atitudes das crianças em relação à velhice e no conhecimento das mesmas sobre a demência/ DA.
- Apesar de não terem sido encontradas grandes dificuldades na entrevista com as crianças, o uso de diferentes estratégias como figuras ou recursos audiovisuais poderia auxiliar na interação com as crianças.

Com este trabalho verificou-se que a criança é afetada por fatos que acontecem com as pessoas ao seu redor. Elas percebem os déficits de memória dos idosos, sabem quando estão doentes e tem piores atitudes em relação à velhice quando estes possuem alterações cognitivas.

Diante disso, a criança deve ser inserida no plano de cuidado aos idosos, para que ela compreenda o processo de envelhecimento.

Ações intersetoriais no âmbito do PSF podem ser importantes para o cuidado à família considerando ações intergeracionais. Cabe aos profissionais de saúde incentivar e fazer parcerias com entidades que estão na área de abrangência das Unidades, como escola e centros comunitários, garantindo uma rede de cuidado e realizando ações que envolvam educação gerontológica, intergeracionalidade e que de alguma forma ajudem as crianças a compreenderem melhor o processo de envelhecimento.

Além disso, a formação de profissionais de saúde deve se voltar para a gerontologia devido ao crescimento do número de idosos na população e das doenças que acometem os mesmos. A importância da família e das crianças neste contexto também deve ser alvo de cursos que formam profissionais que lidam com as mesmas.

As crianças de hoje serão os idosos se amanhã, e somente conhecendo-as e educando-as é que podemos pensar em pessoas preparadas para envelhecer num mundo com menos preconceitos contra os idosos.



6. REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.E. **A experiência da co-residência para idosos em família intergeracional**. 108p. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Helping children and teens understand Alzheimer's disease: a guide for parents**. Chicago: Alzheimer's Association; 1997.
- ÂNGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.7- 14, jan/dez, 1999.
- ÂNGELO, M.; BUOSSO, R.S. (orgs.). **Família e doença: uma perspectiva de trabalho em enfermagem**. Apostila – Curso de Verão. Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, 2006.
- ARAÚJO, L.F.; LOBO FILHO, J.G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n.22, v.1, p.153-160, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/20.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2010.
- ARAÚJO, M.R.G.L.; DIAS, C.M.S.B. Papel dos avós: apoio oferecido aos netos antes e após situações de separação/divórcio dos pais. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.1, p. 91-100, 2002.
- ARAÚJO, T.C.N.; ALVES, M.I.C. Perfil da população idosa no Brasil. Rio de Janeiro Unati/UERJ. **Textos Envelhecimento**, ano 3, n.3, p.7-19, 2000.
- ARNOLD-CATHALIFAUD, M. et al. Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. **Educational Gerontology**, v.34, n.2, p.105-123, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, Ed. revista, 2008.
- BARREIRA, K.S.; VIEIRA, L.J.E.S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n.12, p.332-7, 2004.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Tradução de VERONESE, M.A.V. 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 612p.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 52, p. 1-7, 1994.

BOLES, R.E.; ROBERTS, M.C. Children's perceptions of illness and death. In: BAUM, A. et al. **Cambridge handbook of psychology, health and medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

BOSSA, N.A.; OLIVEIRA, V.B. Avaliação psicopedagógica da crianças de sete a onze anos. 3ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 182p.

BOTTINO, C.M.C.; LAKS, J.; BLAY, S.L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRANDÃO, L. et al. Narrativas intergeracionais. **Psicologia: reflexão e crítica**, n.19, v.1, p.98-105, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n1/31298.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA - **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 02 ago. 2010.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/1999.htm/>>. Acesso em: 17 fev. 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde lança política nacional da pessoa idosa**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28208>. Acesso em: 20 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2ed revista. Série E. Legislação de Saúde. Brasília – DF, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 01 mar 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf>. Acesso em: 1 mar 2008.

_____. Resolução N°16, de 20 de junho de 2008. **Diário Oficial União**, Brasília, N°133, p.4. 14 jul. 2008.

BRUCKI, S.M.D. et al . Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan 2007.

BURKE, J.L. Young attitudes and perceptions of older adults. **Int. J. Aging and Human Development**. V.14, n.3, p.205-221, 1981-82.

CACHIONI, M. **Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidades da terceira idade**. 302p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campina, SP: Alínea, 2003. 256p.

CACHIONI, M.; AGUILAR, L.E. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. **Revista Kairós**, v.11, n.2,p.95-119, dez. 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2395/1488>>. Acesso em: 13 jul 2010.

CAMARANO, A.A.; EL GHAOURI, S.K. "**Famílias com idosos: ninhos vazios?**" Texto para Discussão n° 950. Rio de Janeiro: IPEA, 2003.

CAMARANO, A.A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p.

CANINEU, P.R.; STELLA, F.; SAMARA, A.B. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.252-259.

CARVALHO, A.M.A. et al. O uso de entrevistas em estudos com crianças. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.2, p.291-300, mai/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a15.pdf>>. Acesso em: 13 jul 2009.

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

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev 2007.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da **CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, P.L.; CHAVES, P.G.S. **Violência afetiva e violência doméstica contra idosos**. Belo Horizonte - MG, jan. 2003. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ5294E0F2ITEMIDC5E920B18E8F4E08BAD3C3B7502B34FCPTBRIE.htm>>. Acesso em: 15 ago 2010.

COUtrim, R.M.E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Soc. estado**, Brasília, v. 21, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922006000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jun 2008.

CRUZ, J.M.O. et al. Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar. **Textos Envelhecimento**, v.6, n.2, Jan 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul 2010.

CUESTA, C. The Craft of Care: Family Care of Relatives With Advanced Dementia. **Qual Health Res**; v.15; n.7, p.881-896, 2005. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/7/881>> Acesso em: 31 abr 2008.

DIAS, C. M. S. B.; SILVA, M.A.S. Os avós na perspectiva de jovens universitários. **Psicol. estud.**, vol.8, n.spe, p.55-62. 2003.

DINIZ, R.F.; SALDANHA, A.A.W. Aids e velhice: crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde. **Temas em Psicologia**, v.16, n.2, p. 185-198, 2008.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo. EDUSP: FAPESP, 1999.

DEBERT, G.G.; SIMÕES, J.A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1366-1373.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 3, 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun 2008.

ESPINDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.2, p.301-306, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5636.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2010.

FARINASSO, A.L. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família**. 129p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M.. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2010.

FERNANDES, H.C.L. et al. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.782-788, 2010.

FERNANDES, L.C.; DUARTE, Y.A.O. Significado de velho e velhice segundo estudantes de enfermagem: subsídios para a reformulação do ensino de graduação. **Saúde Coletiva**, v.30, n.6, p.119-124, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212132006.pdf>>. Acesso em: 13 jul 2010.

FERRI, C.P. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **Lancet**, v.366, p.2112-2117, dez. 2005.

FLORES, G.C. **“Eu cuido dela e ela me cuida”**: um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. 2008. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-Mental State": a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 687p.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.407-412, 2010.

FRIEDMAN, M.M.; BOEWDEN, V.R.; JONES, E.G. **Family nursing: research, theory and practice**. 5ed. New Jersey: Prentice Hall Upper Saddle River, 2002.

FUH, J.L.; WANG, S.J.; JUANG, K.D. Understanding of senile dementia by children and adolescents: why grandma can't remember me? **Acta Neurol. Taiwan**, v.14, n.3, p.138-142, set. 2005.

GAIOLI, C.C.L.O.; RODRIGUES, R.A.P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.3, maio-junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_21.pdf>. Acesso em: 15 jul 2010.

GERONDO, V.L.S. **As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados**. 165p. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

GESELL, A. **A criança dos 5 anos 10 anos**. 3ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

GIDDENS, A. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, p.129-149, 2005.

GIGLIOTTI, C. et al. An intergenerational summer program involving persons with dementia and preschool children. **Educational Gerontology**, v.31, p.425–441, 2005.

GOLDFARB, D.C.; LOPES, R.G.C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1374-1382.

GREEN, S.K. Attitudes and perceptions about the elderly: current and future perspectives. **Int. J. Aging and Human Development.**, v.13, n.2, p.99-119, 1981.

HERÉDIA, V.B.M.; CASARA, M.B.; CORTELLETTI, I.A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2010.

HERRERA, B.S. Actitud de los niños de la escuela serrezuelita de funza frente a los ancianos. **Actualizaciones en enfermería**, v.3, n.4, Dez 2000. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3400-contenido.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. **Conceitos**. 1992. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 20 jul 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2000. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 dez 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 dez 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.9. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. N.24. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050**. Revisão 2008. 93p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese de Indicadores 2008. Rio de Janeiro, 2009. 213p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. **São Carlos**. Projeção para o ano de 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

JARDIM, V.C.F.S.; MEDEIROS, B.F; BRITO, A.M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.9, n.2, 2006.

JACOB, C.R.. A diversificação religiosa. **Estud. av.**, São Paulo, v. 18, n. 52, Dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar 2010.

JARROT, S.E.; BRUNO, R. Intergenerational activities involving persons with dementia: An observational assessment. **Am J Alzheimers Dis Other Dement**, v.18, n.1, p.31-37, 2003. Disponível em: <<http://aja.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/1/31>>. Acesso em: 15 abr 2008.

KOCHHANN, R.. et al. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. **Dement. Neuropsychol.**, v.3, n.2, p.88-93, 2009.

LAKS, J. et al. Mini-mental state examination in community-dwelling elderly: preliminary data from Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.61, n.3B, Set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mar. 2010.

_____. et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.63, n.2A, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2a/a03v632a.pdf>>. Acesso em: 25 Jun 2010.

LEAL, V.C.T.; ANDRADE, E.F.A.; QUEIROZ, J.T. Influência das Experiências Sociais na Atitude dos Idosos em Relação ao Envelhecimento. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO - TRABALHOS COMPLETOS, out./nov. 2007, Rio de Janeiro-RJ, **Anais**, Rio de Janeiro-RJ, 14p, 2007.

LEBRAO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.2, Jun 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2010.

LEITE, M.T. A velhice pessoal no imaginário de estudantes de enfermagem. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 8, p. 115-124, 2005.

LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; SANTOS, A.M. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.11, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul 2010.

LEMO, M.; SOUZA, N.R.; MENDES, M.M.R. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. **REME – Rev. Min. Enf.**; v.10, n.3, p.218-225, jul./set., 2006. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v10n3/v10n3a3.pdf>>. Acesso em: jan 2010.

LICHTENSTEIN, M.J. et al. Sentence Completion to Assess Children's Views About Aging. **The Gerontologist**, v.43, n.6, p.839–848, 2003.

LOPES, M.A. **Estudo epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto**. 2006. 140p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUCHESE, B.M; FERNANDES, H.C.L.; PAVARINI, S.C.I. Identificando condições de funcionalidade de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. In: XV JORNADAS DE JÓVENES INVESTIGADORES DE LA AUGM, out. 2007, Asunción, Paraguay. **Cd-rom de trabajos completos**, 2007, 10p.

LYNOTT, P.P.; MEROLA, P.R. Improving the attitudes of 4th graders toward older people through a multidimensional intergenerational program. **Educational Gerontology**, v.33, p.63–74, 2007.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z.V. Negligência e maus tratos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1152-1157.

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 133-147.

MAGALHÃES, M.R. et al. Distribuição espacial dos idosos segundo seus conceitos de qualidade de vida. **Rev. APS**, v.11, n.4, p.374-379, out/dez, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/274/134>>. Acesso em: 11 mai 2009.

MANCIA, J.R.; PORTELA, V.C.C.; VIECILI, R. A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. **Rev. bras. enferm.** [online], v.61, n.2, p.221-226, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a12v61n2.pdf>>. Acesso em: 15 ago 2010.

MCGUIRE, S.L.; KLEIN, D.A.; COUPER, D. Aging education: a national imperative. **Educational Gerontology**, v.31, p.443-460, 2005.

MELO, V.L.; CUNHA, J.O.C.; FALBO NETO, G.H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.6, Supl 1, p.S43-S48, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30503.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2010.

MIDDLECAMP, M.; GROSS, D. Intergeneration daycare and preschoolers' attitudes about aging. **Educational Gerontology**, v.28, p.271-288, 2002.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 783-791, mai-jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n3/15881.pdf>>. Acesso em: 09 jul 2010.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406 p.

MORAES, C.L.; APRATTO JR., P.C.; REICHENHEIM, M.E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.10, p.2289-2300, out, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/10.pdf>>. Acesso em: 12 ago 2010.

MORAES, E.N.; LANNA, F.G.J.S. Avaliação da cognição e do humor. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p.85-104.

MOREIRA, L.V.C.; RABONOVICH, E.P.; SILVA, C.N. Olhares de crianças baianas sobre família. **Paidéia**. v.19, n.42, p.77-85, jan/abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n42/10.pdf>>. Acesso em: 11 jan 2010.

MOURA, A.S. et al. A velhice cantada na música brasileira: reflexões sobre as representações do idoso no imaginário social. **Revista Iluart do IFSP**, v.1, n.3, p.265-275, dez 2009. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/sertaozinho/revista/volumes_antteriores/volume1numero3/ARTIGOS/27.pdf>. Acesso em: 13 jul 2010.

NEGRI, L.S.A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Fev 2007.

NERI, A.L. envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 1991.

_____; NOGUEIRA, E.J. Como a velhice é apresentada às crianças, em textos de literatura infantil brasileira. **Pró-posições**, v.5, n.1[13], março, 1994.

_____, A.L. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. **Gerontologia**, v.5, n.3, p.130-139, 1997.

_____. **Desenvolvimento e Envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 2001.

_____. Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. In: SIMON, O.R.M.V.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (Orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas, SP: Alínea, 2003. p.13-54.

_____. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1316-1323.

_____; JORGE, M.D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**, v.23, n.2, p.127-137, abril-junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: 11 jan 2010.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008.

NEWMAN, S.; FAUX, R.; LARIMER, B. Children's Views on Aging: Their Attitudes and Values. **The Gerontologist**, v.37, n.3, p.412-417, 1997.

NORMAN, I. et al. Perceptions and management of change by people with dementia and their carers living at home. **Dementia**, v.3, n.1, p.19-44, 2004.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.63, n.3A, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000400034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 dez 2009.

OLIVEIRA, M.R. **Nascimento de filhos: rede social de apoio e envolvimento de pais e avós.** 147p. Dissertação (mestrado em psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

OLIVEIRA, P.S. Cultura e co-educação de gerações. **Psicologia USP**, São Paulo, v.9, n.2, p.261-296, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200011>. Acesso em: 27 jan. 2010.

OLIVEIRA, S.F.D.; DUARTE, Y.A.O.;LEBRÃO, M.L. et al. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.81-89, jan/abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/08.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2009.

OSGOOD, C.E.; SUCI, G.J.; TANNENBAUM, P.H. **The measurement of meaning.** New York: Appleton, 1957.

PAVARINI, S.C.I. et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.39-50, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm>>. Acesso em: 25 mai 2008.

PAVARINI, S.C.I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.17, n.3, mai/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_15.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2010.

PRATT, F. **Why teaching about aging?** Última atualização: 01 jul 2005. Disponível em: <http://www.cps.unt.edu/natla/age_shr/whyteach.html>. Acesso em: 25 mai 2010.

RABELO, D.F.; FREIRE, S.A. Atitudes de estudantes universitários da área de humanas em relação à velhice. In: III ENCONTRO INTERNO E VII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2003, Uberlândia. **Revista Horizonte Científico - Anais 2003**, 2003.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, mai-jun, 2003.

RAMOS, L R A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L.R. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole, 2005.p.1-7.

REIS, P.O.; CEOLIM, M.F. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.1, p.57-64, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a07.pdf>>. Acesso em: 13 jul 2010.

RESENDE, M.C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

ROCHA-COUTINHO, M.L. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS M.L., organizador. **Família e gerações**. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 91-106.

RODRIGUES, A.; ASSMAR. E.M.L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

RUSCHEL, Â.E.; CASTRO, O. O vínculo intergeracional: o velho, o jovem e o poder. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun 2008.

SAAD, P.M. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE. **Notas población**, v.3, n.77, p.175-217, 2003.

SANCHES, A.P.R.A.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Violência Contra Idosos: uma questão nova? **Saúde Soc.**, v.17, n.3, p.90-100, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

SANTOS, A.A. **Idosos com alterações cognitivas: um estudo sobre a funcionalidade familiar em contexto de pobreza**. 185p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SANTOS, A.M. et al. A construção da violência contra idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.10, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2010.

SÃO PAULO. **Lei Nº13.485 de 3 de abril de 2009**. Revaloriza os pisos salariais mensais dos trabalhadores que especifica, instituídos pela Lei nº 12.640, de 11 de julho de 2007. Disponível em <<http://www.legislacao.sp.gov.br/>>. Acesso em: 16 mar 2010.

SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demências nos países em desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, p.773-778, 2002. Disponível em:<<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 11 abr. 2006.

SCOTT, R.S. Alzheimer's: questions children ask. **Children today**, p. 23-25, jul-ago, 1989.

SCOTT, R.P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E.A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.103-127.

Fundação SEADE. São Paulo-SP. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social -IPVS. **Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo**. 2000. 4p. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/pdf/oipvs.pdf>>. Acesso em: jan 2010.

_____. São Paulo-SP. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social -IPVS. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. **Apresentação**. 2000. 3p. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/pdf/apresentacao.pdf>>. Acesso em: jan 2010.

_____. São Paulo-SP. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social -IPVS. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. **Análise município de São Carlos**. 2000. 3p. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/analises/saocarlos.pdf>>. Acesso em: jan 2010.

_____. São Paulo-SP. **Informações dos municípios paulistas – IMP**. 2006. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=welcome>>. Acesso em: 24 jun 2010.

_____. São Paulo-SP. **Informações dos municípios paulistas – IMP**. 2010. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=welcome>>. Acesso em: 24 jun 2010.

SHULMAN, S.C. The Changing Nature of Family Relationships in Middle and Later Life: Parent-Caring and the Mid-Life Developmental Opportunity. **Smith College Studies in**

Social Work, v.75, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.haworthpress.com/web/SCSSW>>. Acesso em: 18 abr 2008.

SILVA, E.V. et al. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **REME – Rev. Min. Enf.**, v.10, n.1, p.46-53, jan./mar. 2006.

SILVA, F.P. **Crenças em relação à velhice, bem-estar subjetivo e motivos para frequentar Universidade da Terceira Idade**. 106p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

SILVA, M.A.M.; MELO, B.M.; APPOLINÁRIO, A.P. A família tal como ela é nos desenhos de crianças. **Ruris**, v.1, n.1, mar 2007. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/ceres/105-156-maria_aparecida.pdf>. Acesso em: 19 mai 2008.

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez 2009.

SILVA, M.J.; BESSA, M.E.P.; OLIVEIRA, A.M.C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Ciência y Enfermería**, v.10; n.1, p.31-39, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art05.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2009.

SOUZA, A.S. et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento**, v.7, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago 2010.

SOUZA, E.M. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. **Rev Saúde Pública**, n.37, v.4, p.463-469, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n4/16781.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2010.

SOUZA, E.R. et al. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E.A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.191-209.

SOUZA, E.R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p. 1153-1163, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/11.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2010.

SOUZA, J.A.V.; FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.3, p.268-272, maio-jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a04.pdf>>. Acesso em: 02 ago 2010.

SOUZA, L.M.; MORAIS, E.P.; BARTH, Q.C.M. Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.6, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/v14n6a11.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2010.

SOUZA, P.S. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.10, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar 2010.

TODARO, M.A. **Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos**. 2008. 166p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TOMBAUGHT, T.N.; MCINTYRE, N.J. The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.40, p.922-935, 1992.

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

TUCKMAN, J.; LORGE, I. Attitudes toward old people. **The Journal of Social Psychology**, v.87, p.249-260, 1953.

UCÔA, E.; FIRMO, J.O.A. LIMA-COSTA, M.F.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E.A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.25-35.

VALLE, E.A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar 2010.

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

VENTURA, M.M.; BOTTINO, C.M.C. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p.301-321.

WEAVER, J.W. Gerontology education: a new paradigm for the 21st century. **Educational Gerontology**, v.25, p.479–490, 1999.

WHO. World Health Organization. **World report on violence and health**. Geneve: WHO, 2002.

_____. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WINTERS, S. Alzheimer disease from a child's perspective. **Geriatric nursing**, v.24, n.1, p.36-39, jan/fev. 2003.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ed. São Paulo: Roca, 2002.

YASSUDA, M.S. et al. Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n.3, p. 470-481, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a16v19n3.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

_____. Memória e envelhecimento saudável. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1245-1251.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000. 229 p.



7.1. APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido das crianças

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Bruna Moretti Luchesi. Sou aluna do programa de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e pesquisadora do projeto CRIANÇAS QUE CONVIVEM COM IDOSOS: ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE E PERCEPÇÃO SOBRE A DEMÊNCIA que será desenvolvido sob coordenação da Prof. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, do Departamento de Enfermagem da UFSCar. A criança pela qual você é responsável foi selecionada por ter entre 7 e 10 anos e residir com um idoso na mesma casa. Este convite está sendo feito para crianças com estas características. A participação da criança não é obrigatória. A qualquer momento ela pode desistir de participar e você pode retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação comigo ou com a Universidade. O objetivo da pesquisa é verificar se há diferenças na percepção sobre demência e velhice entre crianças que convivem com idosos que apresentam ou não diagnóstico de demência. A participação consistirá de entrevistas individuais feitas por mim, para identificar dados de caracterização sócio-demográficos dele, aplicar a Escala de Atitudes em Relação à Velhice e realizar uma entrevista semi-estruturada, que será gravada. Após a análise dos dados, a criança receberá um material ilustrativo sobre envelhecimento e demência. Os riscos relacionados com a participação da criança pela qual você é responsável são mínimos. Caso se perceba qualquer risco ou dano saúde dele não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. O seu consentimento na pesquisa não acarretará em nenhum gasto adicional nem para você nem para a criança. Sua participação contribuirá para o conhecimento da percepção das crianças sobre o envelhecimento e sobre a demência. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação da criança. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação da criança, que terá seu nome substituído por nome fictício. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a participação da criança, agora ou a qualquer momento.

Sofia Cristina Iost Pavarini

Departamento de Enfermagem- Universidade Federal de São Carlos
Rodovia Washington Luis Km 235, São Carlos- Sp
Telefone: (16) 33518334/33518336 / E-mail: sofia@ufscar.br

Bruna Moretti Luchesi

Aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem- UFSCar
E-mail: bruna_luchesi@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador informou-me que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km 235- Caixa Postal 676- CEP 13565-905- São Carlos-SP-Brasil. Fone (16) 33518110. Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____/_____/_____

Nome da Criança

Nome e assinatura do Pai ou responsável

7.2. APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido dos idosos**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é _____ . Sou _____ . Gostaria de convidar o(a) sr.(a) para participar da pesquisa **TECNOLOGIA DE CUIDADO PARA IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS**, que será desenvolvida sob coordenação da prof. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, coordenadora do Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador (COIC) da Unidade Saúde-Escola (USE) desta Universidade. Esta pesquisa conta com apoio da Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP do Ministério da Ciência e Tecnologia e da Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar. Está sendo desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Você foi selecionado, pois tem mais de 60 anos e é cadastrado no Programa de Saúde da Família do Município de São Carlos. Este convite está sendo feito para todos os idosos das UPSF do município. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação comigo, com os profissionais das UPSF e com a Unidade Saúde-Escola. Sua recusa também não trará nenhum prejuízo no seu atendimento nas UPSF e na USE. O objetivo desta pesquisa é identificar alterações cognitivas e de funcionalidade dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Sua participação nesta pesquisa consistirá de entrevistas com agentes comunitários e/ou pesquisadores, previamente agendadas, para identificar dados de caracterização do(a) senhor(a) e aplicação de instrumentos para avaliação de suas condições funcionais. Os riscos relacionados com a sua participação são nulos. Caso se perceba qualquer risco ou dano a sua saúde não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para o serviço de saúde do município. A sua participação na pesquisa não acarretará em nenhum gasto adicional nem para o(a) senhor(a) nem para sua família. Sua participação contribuirá para o conhecimento sobre o cuidado a pessoas idosas com demência. Trará como benefício a oportunidade de serem avaliadas suas condições funcionais. Caso seja detectada alguma alteração na sua capacidade funcional ou cognitiva, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para o serviço de atendimento a demência na Unidade Saúde Escola, para uma avaliação em profundidade. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os nomes serão substituídos. Poderá solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo o material produzido a seu respeito. Todo material será guardado em sigilo, no Laboratório Saúde e Envelhecimento, localizado no Departamento de Enfermagem da UFSCar. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

(Assinatura do entrevistador) _____

Nome do entrevistador:

p/Sofia Cristina Iost Pavarini

Departamento de Enfermagem- Universidade Federal de São Carlos

Rodovia Washington Luis Km 235 – São Carlos – SP - Telefone: (16) 33518334 / 33518336 /

33518645. E-mail: *sofia@power.ufscar.br*

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador informou-me que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13565-905 - São Carlos-SP-Brasil. Fone (16) 33518110. Endereço Eletrônico: *cephumanos@power.ufscar.br*
São Carlos, _____ / _____ / _____

(Assinatura do idoso) _____

Nome do Idoso:

7.3. APÊNDICE C – Instrumento aplicado na criança e no idoso

Caracterização sócio-demográfica da criança
--

Nome: _____

Endereço: _____

USF de referência: _____

Sexo: M () F () Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Escolaridade: () 1ª série EF () 2ª série EF () 3ª série EF
() 4ª série EF () 5ª série EF () não estuda () outra _____

Escola: () pública () particular

Renda familiar:

Até ½ salário mínimo (R\$ 232,50)..... De ½ a 01 salário mínimo (entre R\$ 233,00 e R\$ 465,00)..... De 01 a 02 salários mínimos (entre R\$ 466,00 e R\$ 930,00)..... De 02 a 03 salários mínimos (entre R\$ 931,00 e R\$ 1.395,00)..... De 03 a 04 salários mínimos (entre R\$ 1.396,00 e R\$ 1.860,00)..... De 04 a 05 salários mínimos (entre R\$ 1.861,00 e R\$ 2.325,00)..... De 05 a 06 salários mínimos (entre R\$ 2.326,00 e R\$ 2.790,00)..... De 06 a 07 salários mínimos (entre R\$ 2.791,00 e R\$ 3.255,00)..... De 07 a 08 salários mínimos (entre R\$ 3.256,00 e R\$ 3.720,00)..... De 08 a 09 salários mínimos (entre R\$ 3.721,00 e R\$ 4.185,00)..... De 09 a 10 salários mínimos (entre R\$ 4.186,00 e R\$ 4.650,00)..... Mais que 10 salários mínimos (R\$ 4.651,00 ou mais)..... **Quantas pessoas moram na casa?** _____

Religião: _____

Cor: () branca () parda () negra () amarela () outra _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim - Qual? _____

Mora com idoso do sexo: () F () M () ambos

Grau de parentesco com o(a) idoso(a): () filho () neto () bisneto
() outro _____ () Não possui _____

Há quanto tempo mora com o(a) idoso(a): () menos de 1 ano () entre 1 e 2 anos

() entre 2 e 3 anos () entre 3 e 4 anos () entre 4 e 5 anos () mais que 5 anos

Escala Todaro para avaliação de atitudes de crianças em relação a idosos

OS IDOSOS SÃO:

1	Sábios	I-----I-----I 1 2 3	Bobos
2	Bem-humorados	I-----I-----I 1 2 3	Mal-humorados
3	Colocados de lado	I-----I-----I 1 2 3	Aceitos
4	Alegres	I-----I-----I 1 2 3	Tristes
5	Valorizados	I-----I-----I 1 2 3	Maltratados
6	Legais	I-----I-----I 1 2 3	Chatos
7	Doentes	I-----I-----I 1 2 3	Saudáveis
8	Bonzinhos	I-----I-----I 1 2 3	Bravos
9	Pães-duros	I-----I-----I 1 2 3	Mãos-abertas
10	Claros	I-----I-----I 1 2 3	Confusos
11	Inseguros	I-----I-----I 1 2 3	Seguros
12	Atentos	I-----I-----I 1 2 3	Distraídos
13	Lentos	I-----I-----I 1 2 3	Rápidos
14	Criativos	I-----I-----I 1 2 3	Sem criatividade

Entrevista semi-estruturada

- Com quantos anos uma pessoa pode ser considerada idosa?
- O que é uma pessoa velha para você?
- O(a) idoso(a) que mora com você é igual a estas pessoas velhas? O que ele(a) tem de igual? E de diferente?
- Você percebeu alguma mudança no(a) idoso(a) que mora com você de algum tempo para cá?
- Como está a memória do idoso que mora com você?
- Você já viu alguém maltratando um idoso? Como você se sentiu? Você fez alguma coisa?
- Você já ouviu falar/sabe o que é demência? E Doença de Alzheimer?

Caracterização sócio demográfica do(a) idoso(a)
--

Nome: _____

Sexo: M () F () Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Escolaridade:

- () Analfabeto/não estudou
- () Alfabetização de adultos
- () Ensino fundamental incompleto Até que série cursou? _____
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto Até que série cursou? _____
- () Ensino médio completo
- () Ensino superior incompleto Até que série cursou? _____
- () Ensino superior completo

Religião: _____

Cor: () branca () parda () negra () amarela () outra _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim - Qual? _____

MEEM

- () não realizado - Motivo: _____
- Aplicação anterior: Data ___/___/___ Nota: ___/___ () não realizada
- Aplicação atual: Data ___/___/___ Nota: ___/___

Grupo: () 1 – sem alterações cognitivas () 2 – com alterações cognitivas

() diagnóstico de demência comprovado pelo responsável da criança

Fase: _____

Há quanto tempo? _____

Tipo: _____

Medicações: _____

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

SOMATÓRIA DOS PONTOS / NOTA DE CORTE SEGUNDO A ESCOLARIDADE:

/

Nota de corte:

Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola)18 pontos

1 a 3 anos de escolaridade..... 21 pontos ou mais

4 a 7 anos de escolaridade.....24 pontos ou mais

8 anos ou mais.....26 pontos ou mais

Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

- 1) **Que dia da semana é hoje?**
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.

- 2) **Que dia do mês é hoje?**.....

- 3) **Em que mês nós estamos?**

- 4) **Em que ano nós estamos?**

- 5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada**
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.

- 6) **Em que local específico nós estamos?**
 - Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex. consultório, dormitório, sala, quarto.

- 7) **Que local é este aqui?**.....
 - Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere. Ex. hospital, casa de repouso, própria casa.

- 8) **Qual é o endereço onde estamos?**
 - Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.

- 9) **Em que cidade nós estamos?**

- 10) **Em que estado nós estamos?**

11) Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.

Vaso Carro Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas

12) Quanto é 100 menos 7?

- Depois da resposta, pergunte novamente: **E 93 – 7?**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.
- Faça as cinco subtrações, independente das respostas;

a) $100 - 7$(93) d) $79 - 7$(72) b) $93 - 7$(86) e) $72 - 7$(65) c) $86 - 7$(79)

13) Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a). repetir agora há pouco?

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da seqüência em que foram ditas.

_____ _____ _____

14) O que é isto?

- Pergunte mostrando o *relógio*.
- Faça o mesmo com a *caneta*

Relógio Caneta 15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a) repita:

- Apenas 1 tentativa

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:

- Arranque a folha em branco que está no final deste caderno dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos.

Pegue o papel com sua mão direita

Dobre-o ao meio.....

Ponha-o no chão

17) Leia e faça o que está escrito

- Mostre a frase “Feche os olhos”, que está escrita em letras grandes, no fim deste caderno.
- Se em um primeiro momento ele apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito;
- Caso leia sem fazer o que está escrito considere incorreto;

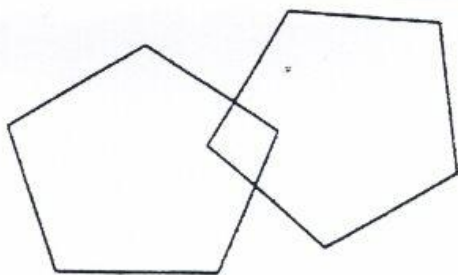
"FECHE OS OLHOS"

18) Escreva uma frase:

- Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim;
- Considere correto se a frase tiver sentido;
- Erros de gramática e ortografia são desconsiderados

19) Copie este desenho:

- É considerado correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Some os pontos e registre no local indicado com a respectiva nota de corte segundo o grau de escolaridade.



7.4. APÊNDICE D – Tabelas resultantes da análise dos dados qualitativos

Percepções relacionadas a outros aspectos dos idosos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Não sabem nada/ esquecem tudo			1																									
Pensam menos, mais devagar			1																									
O jeito de pensar depende da pessoa																												
Pensam diferente, mas não sabe como																												
São mais espertos	1																											
São ou ficam mais doentes				1																								
Ficam doentes igual aos mais novos																												
São mais saudáveis																												1
São legais	1																											
São bons																												
Perda de força		1																										
Dor nas pernas																												
Perto do falecimento																												
Alguns são chatos/ não brincam																												
Fazem poucas atividades/ exercícios																												
São mais isolados/ calmos																												
Novas sub categorias	2	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	2		0	1	0	0	0	0	0	1

	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	Rec.
Não há diferenças																											18
Há diferenças, mas não sabe quais																											4
Brinca com criança																											2
É mais rápido																											1
É mais legal/ bom/ faz o que a criança quer																											16
Aprendeu a escrever depois																											1
Cada um tem seu jeito																											3
A cor da pele																											2
É mais nervoso/ bravo/ agride a criança																											4
Não bebe álcool																											1
É meu avô, gosto dele																											1
Tem Alzheimer									1																		1
Não é pão duro												1															1
Pega cães para criar																	1										1
É mais bonito																					1						1
Tem problema no pé																						1					1
Faz ginástica																							1				1
É inteligente/ não é confuso																					1						2
Não questionado																											2
Novas sub categorias	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0		0	0	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	

Mudanças percebidas pela criança no idoso que mora com ela

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Continua o mesmo			1																									
Mudou alguma coisa, não sabe dizer o que																									1			
Mudou a aparência física													1															
Mudou o jeito de andar/ ouvir/ falar									1																			
Piorou a memória	1																											
Tem dores nas pernas																												1
Mudou a velocidade/ energia/ força		1																										
Piorou a saúde																												
Dá dinheiro para a criança				1																								
Parou de beber																												
Ficou mais triste, chorando																												
Novas sub categorias	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Como está a memória do idoso que mora com a criança

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Não esquece/ não sabe se esquece as coisas												1															
Esquece algumas coisas (sem especificações)																	1										
Esquece ou confunde nomes	1																										
Esquece onde guarda as coisas	1																										
Esquece de tomar remédio		1																									
Esquece os dias/ horário		1																									
Não reconhece as pessoas					1																						
Esquece o que criança falou para ele e vice-versa	1																										
Esquece os aniversários e compromissos					1																						
Se perde na rua					1																						
Esquece assuntos relacionados à escola da criança			1																								
Esquece o que ia fazer ou falar					1																						
Esquece o fogão aceso								1																			
Esquece poucas coisas, menos que a criança														1													
Não questionado										1																	
Novas sub categorias	3	2	1	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	0

Maus tratos aos idosos: reação e sentimento das crianças

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
Não sabe o que faria				1																									
Não faria nada se visse																									1				
Pedindo auxílio de um adulto						1																							
Tendo medo das consequências							1																						
Partindo para agressão física ou verbal								1																					
Denunciando o agressor									1																				
Separando a briga										1																			
Pedindo para o agressor parar	1																												
Aconselhando o agressor																1													
Ajudando o idoso que está sendo agredido																													
Ficando triste/ chateado				1																									
Não apresentando nenhum sentimento													1																
Destacando a fragilidade e merecimento dos idosos								1																					
Destacando a religiosidade (o pecado de maltratar as pessoas)																													
Não questionado		1																											
Novas sub categorias	1	1	0	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	1	0	0	0

	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	Rec.
Não sabe o que faria																											8
Não faria nada se visse																											8
Pedindo auxílio de um adulto																											3
Tendo medo das consequências																											3
Partindo para agressão física ou verbal																											5
Denunciando o agressor																											6
Separando a briga																											1
Pedindo para o agressor parar																											10
Aconselhando o agressor																											1
Ajudando o idoso que está sendo agredido																											4
Ficando triste/ chateado																											37
Não apresentando nenhum sentimento																											5
Destacando a fragilidade e merecimento dos idosos																											28
Destacando a religiosidade (o pecado de maltratar as pessoas)																											2
Não questionado																											3
Novas sub categorias	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Conhecimento sobre a demência

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Nulo		1																										
Não questionado	1																											
Na TV (remédio, diminuição audição, esquecimento)				1																								
Na TV (parada cardíaca, perda audição e fala)																	1											
Na TV/ já ouviu falar, mas não lembra nada a respeito																					1							
O avô teve a doença. Fica "lelé", urina nas calças, não escuta direito, não lembra dos familiares.																											1	
Na TV. Sinônimo de louco, todos podem ter, não tem cura mas tem remédio.																								1				
O avô(ó) tem a doença. Esquece as coisas																												
Novas sub categorias	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		1	0	0	1	0	0	1	0

7.5. APÊNDICE E – Folder desenvolvido e entregue às crianças

Dar **carinho** e **atenção** a uma pessoa com a **Doença de Alzheimer** é muito **importante!**



Informações:

UFSCar – Unidade Saúde Escola
(16) 3351-8645 | use@ufscar.br

Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos
(16) 3362-1350 | saude@saocarlos.sp.gov.br

Abraz – Associação Brasileira de Alzheimer
www.abraz.com.br



IDOSOS

E A

DOENÇA

DE

ALZHEIMER





No Brasil, uma pessoa com mais de 60 (sessenta) anos é considerada

IDOSA

Cada pessoa experimenta um jeito diferente de envelhecer e depende muito da história de vida de cada uma.

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida.



Um grande número de pessoas idosas apresenta problemas de memória, e muitas vezes não se dá importância achando que isso é "coisa de idoso mesmo!".



A Doença de Alzheimer é uma doença progressiva do cérebro.

Ela interfere na memória, na atenção, no raciocínio e na linguagem. Pode também produzir alterações no comportamento como agressividade, desânimo, agitação e confusão.

ISSO VAI PIORANDO COM O TEMPO!



A Doença de Alzheimer ainda não tem cura, mas tem tratamento.

A pessoa deve tomar remédios e fazer atividades que estimulem as funções do cérebro.

A orientação da família é importante porque melhora a qualidade de vida do idoso.

DOENÇA DE ALZHEIMER



8.1. ANEXO A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propq@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 4134.0.000.135-08

Título do Projeto: CRIANÇAS QUE CONVIVEM COM IDOSOS: ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE E PERCEPÇÃO SOBRE A DEMÊNCIA

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): Sofia Cristina Iost Pavarini

Processo nº.: 23112.004256/2008-29

Parecer Nº. 486/2008

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e de receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeira ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

Considerando que o Projeto "Crianças que convivem com idosos: atitudes em relação a velhice e percepção sobre a demência" está em acordo com o que prescreve as normas da Resolução nº 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde com exceção no TCLE QUE O TERMO "NULO" (Fls. 15, Linha 17, "MÍNIMOS").

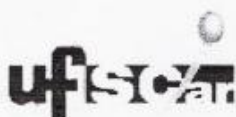
3. Conclusão:

Projeto aprovado com recomendação

São Carlos, 10 de dezembro de 2008.


Prof. Dra. Cristina Paiva de Sousa
Coordenadora do CEP/UFSCar

8.2. ANEXO B – Aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos do projeto anterior.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - www.propg.ufscar.br

CAAE 0155.0.135.000-06

Título do Projeto: Tecnologia de cuidado para idosos com alterações cognitivas

Classificação: Grupo I / Pesquisa com cooperação estrangeira **Fase:** Não se aplica

Pesquisadores (as): Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

Parecer Nº 055/2006

1. Avaliação

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU: Com relação ao cronograma, pesquisadora informa expressamente no projeto que a pesquisa terá início após a aprovação do CEP. Todas as pendências apontadas no Parecer nº 026/2006, de 13/02/2006, foram satisfatoriamente resolvidas. O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

2. Conclusão:

Aprovação Recomendada. Projeto enviado à CONEP

3. Aviso ao (s) Pesquisador (s):

O seu projeto está sendo encaminhado à CONEP e só poderá ser iniciado após parecer aprovatório desta.

São Carlos, 24 de março de 2006.

Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata
Coordenadora do CEP/UFSCar