

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

MARIA EMÍLIA G. B. MIGUEL

**VELHICE, CUIDADO E DEPENDÊNCIA: CONCEPÇÕES DE
CUIDADORES DE IDOSOS ASILADOS EM UMA
INSTITUIÇÃO DE MARINGÁ-PR**

**MARINGÁ
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA

M577v Miguel, Maria Emília Grassi Busto
Velhice, cuidado e dependência: concepções de cuidadores de idosos asilados em uma instituição de Maringá (Pr). Maringá/ Pr., 2006.
171 f.

Tese (mestrado) do Curso de Pós-Graduação.
Universidade Estadual de Maringá, 2006.
Orientadora: Profª Drª Meyre Eiras de Barros Pinto.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Cuidadores. 3. Dependência. 4. Velhice. 5. Idosos asilados. I. Maria Emília Grassi Busto Miguel. II. Título.

CDU 616-053.9

MARIA EMÍLIA G. B. MIGUEL

**VELHICE, CUIDADO E DEPENDÊNCIA: CONCEPÇÕES DE
CUIDADORES DE IDOSOS ASILADOS EM UMA
INSTITUIÇÃO DE MARINGÁ-PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Meyre Eiras de Barros Pinto.

MARINGÁ

2006

MARIA EMÍLIA G. B. MIGUEL

VELHICE, CUIDADO E DEPENDÊNCIA: CONCEPÇÕES DE
CUIDADORES DE IDOSOS ASILADOS EM UMA INSTITUIÇÃO
DE MARINGÁ-PR

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Meyre Eiras de Barros Pinto
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Alvarez
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Francisco e Hilda, por
me ensinarem a viver.*

*Ao José Luís, companheiro de todas as
horas.*

*Ao Fábio e ao Fabrício, meus tesouros,
pela compreensão da ausência.*

AGRADECIMENTOS

À Dr^a Meyre Eiras de Barros Pinto, minha orientadora, pela paciência e dedicação.

Ao Prof. Dr. Oséias Guimarães de Andrade (*in memorian*), pelo incentivo e pelo exemplo de humildade.

À Prof^a Dr^a Sonia Silva Marcon, coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pelo entusiasmo e pelo exemplo de luta e perseverança.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Mestrado em Enfermagem, pelo acolhimento carinhoso.

Às minhas colegas de turma, pelo apoio e pela convivência fraterna.

À FAP – Faculdade de Apucarana – por me proporcionar esta oportunidade de crescimento profissional.

À Glória Maria Assis Alavarse, coordenadora do Departamento de Enfermagem da FAP, pelo incentivo e apoio incondicional.

Às minhas irmãs Cláudia, Eneida e Simone, aos meus sogros Alfredo e Emília, ao meu cunhado Clarete, pela solidariedade e pelo apoio em todas as horas.

À Edileuza, amiga e companheira que sempre soube ouvir e compartilhar angústias e ansiedades.

À Júlia, companheira de viagem, pelo incentivo.

À Sr^a. Ilze, Celina, Bia e Marilze, pela hospitalidade e pelo carinho.

À Lucimara Moreno Guimarães, Assistente Administrativa do Asilo São Vicente de Paulo, por permitir a realização deste trabalho e aos demais profissionais que dele participaram, pelo acolhimento, pela disponibilidade e pelo interesse.

A todos que, com boa vontade, colaboraram para a realização deste trabalho.

Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.

Victor Hugo (1802-1885)

MIGUEL, Maria Emília G. B. **Velhice, cuidado e dependência: concepções de cuidadores de idosos asilados em uma instituição de Maringá-Pr.** 171f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Meyre Eiras de Barros Pinto. Maringá, 2006.

RESUMO

Hoje, o envelhecimento da população mundial é fato incontestável. No entanto, em alguns países não tem havido tempo hábil para a sociedade se preparar para conviver com essa realidade, como é o caso do Brasil. O atendimento às necessidades da pessoa idosa demanda, então, reorganização e reestruturação dos serviços de saúde, o que inclui capacitação de recursos humanos. Particularmente nas instituições de abrigo, a qualidade do cuidado se mostra comprometida, uma vez que na maioria das vezes é realizado por profissionais leigos, atendentes ou auxiliares de enfermagem sem formação para o cuidado gerontológico. A fim de contribuir para a melhoria do atendimento, na área, este estudo, de caráter exploratório, tem o objetivo de analisar concepções de dependência e cuidado, na velhice, entre cuidadores formais de idosos, em uma instituição asilar do município de Maringá (PR). A população em estudo é constituída de dez profissionais (um enfermeiro, quatro técnicos, três auxiliares e dois atendentes de enfermagem). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e transcritas, com posterior elaboração de um protocolo de respostas, de onde se originaram as categorias temáticas. O marcador psicológico é o mais valorizado para se delimitar a velhice, que fica então condicionada a modo de pensar, comportamentos e atitudes frente à vida, e a estado de espírito da pessoa. As condições de saúde, assim como a dependência, também são citadas como fatores que podem acelerar ou retardar o início dessa fase. Os preconceitos e a visão estereotipada, a respeito, ficam evidenciados, diante da freqüente citação de aspectos negativos, em detrimento dos aspectos positivos. A dependência é considerada como um acontecimento natural e esperado, associado ou não às doenças, e que pode levar a limitações. Maior importância é atribuída à dependência psicológica/afetiva, e a maioria dos cuidadores reconhece que na prática do cuidado diário é criada uma dependência comportamental nos idosos. A concepção de cuidar/cuidado envolve, para os entrevistados, o atendimento às necessidades básicas do ser humano, levando-se em conta os aspectos biopsicossociais e espirituais, e exige que manifestações de amor, respeito, carinho, compreensão, paciência, entre outras, sejam intensificadas. No entanto, pelos relatos apresentados, a prática do cuidado parece estar fortemente centrada no cumprimento das tarefas impostas pela rotina institucional, privilegiando-se o atendimento das necessidades biológicas. A falta de recursos humanos constitui a maior dificuldade para a realização do cuidado e contribui, sobremaneira, para criar ou manter a mencionada dependência comportamental. Fica evidente que a falta de conhecimento específico, assim como os preconceitos e a visão estereotipada da velhice, mais as deficientes condições de trabalho, entre outros fatores, podem levar ao aumento da dependência e à restrição da autonomia, bem como podem interferir na qualidade do atendimento. Dessa forma, o conhecimento das diferentes realidades de cuidados assume papel fundamental no planejamento e na implementação de programas de capacitação de recursos humanos, e na transformação da qualidade das relações hoje estabelecidas, com vistas ao envelhecimento saudável da população.

Palavras-chave: Enfermagem gerontológica; cuidadores; dependência.

MIGUEL, Maria Emília G. B. **Dependence and care in the old age:** conceptions of old age caregivers in an old people home in Maringá-Pr. 171f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Dr^a Meyre Eiras de Barros Pinto. Maringá, 2006.

ABSTRACT

Nowadays, the aging process of the world population is an incontestable fact. However, in some countries, there has not been enough time for society to prepare itself to live with such a reality, as it happens in Brazil. Thus, the institutions in charge of providing health service to fulfill the old people's needs demand reorganization and rearrangements, which, in fact, includes the development of human resources. Particularly, in homes for old people, or in nursing homes, the quality of care seems to be committed, once most of the time the work is carried out by lay professionals or nurse-assistants, without appropriate knowledge of gerontologic care. This study, of exploratory character, aims at analyzing the conceptions that caregivers, in a nursing home in Maringá-PR, have in mind concerning dependence and care in old age. In addition, it aims at contributing to improve this sort of service. The population studied is constituted of ten professionals (a nurse, four technicians, three nurse-assistants, and two nurse-attendants). Data collection was made through semi-structured interviews, which were recorded, transcribed, and later helped in the elaboration of an answering protocol that originated thematic categories. The psychological marker is a valuable device to delimit the old age period, that is then, conditioned to the way of thinking, behaviors and attitudes to face life, as well as, the person's mood. Both, health conditions and dependence are mentioned as factors that can accelerate or delay the beginning of that period of life. The prejudice and the stereotyped vision, in this matter, are highlighted, once it is frequent to face negative aspects in statements, thus, neglecting the positive ones. The dependence is considered a natural and expected thing or event, being associated or not to diseases, and it can lead the individual to limitations. Greater importance is attributed to the psychological-affective dependence, and most of caregivers have recognized that old people in daily care develop a behavioral dependence. For the individuals interviewed, the conception of care involves providing the main basic necessities of human beings, also considering the biopsychosocial and spiritual aspects, and thus, demanding an intensification in manifestations such as love, respect, emotional care, comprehension, patience and so on. On the other hand, according to the reports presented, the practice of care seemed to be strongly centered in the fulfillment of tasks imposed by the institutional routines, with emphasis on services concerning biological necessities. The lack of human resources constitutes the main difficulty to accomplish such a care, thus, it contributes, extremely, to create or maintain the mentioned behavioral dependence. Therefore, it becomes evident that the lack of specific knowledge, as well as, the prejudice and the stereotyped vision of the old age process, in addition to deficient working conditions, among some other factors, can cause the increase of the dependence level and, consequently, can restrict autonomy, interfering in the quality of service provided to old people. Thus, the knowledge of different 'realities', concerning care, plays an important role in the planning and implementation of human resource programs involving transformation of the present quality, in order to provide a better health system to people undergoing the aging process.

Keywords: Geriatric nursing; caregivers; dependence (Psychology)

MIGUEL, Maria Emília G. B. 206f. **Vejez, cuidados y dependencia:** concepciones de cuidadores de adultos mayores asilados en una institución en Maringá-Pr. 171f. Disertación (Master en Enfermería) Universidad Estadual de Maringá. Orientadora: Profesora. Doctora Meyre Eiras de Barros Pinto. Maringá, 2006.

RESUMEN

Hoy en día, el envejecimiento de la población es un hecho innegable e indiscutible. Sin embargo, en algunos países ya no hay tiempo de que la sociedad se prepare para convivir con esa realidad. Es el caso de Brasil. La atención a las necesidades del adulto mayor requiere, por lo tanto, reorganización y reestructuración de los servicios de salud; debiendo entenderse, entonces, que en dicha reestructuración se incluye la capacitación de los recursos humanos. De forma particular, en las instituciones que dan albergue a los ancianos, la calidad del cuidado se ve comprometida, ya que la mayor parte del tiempo, se realiza por profesionales laicos, atendientes o auxiliares de enfermería, sin formación específica para el cuidado gerontológico. Con el fin de contribuir para la mejoría de este tipo de atención, el presente estudio, de carácter exploratorio, tiene como objetivo analizar concepciones de dependencia y cuidado en la vejez que hay entre los cuidadores formales de ancianos, en una institución que alberga a ese público, en el municipio de Maringá, Paraná. La población en estudio está constituida por diez profesionales, de los cuales uno es enfermero, cuatro son técnicos, tres son auxiliares y dos son atendientes de enfermería. La colecta de datos se ha realizado por medio de entrevistas semi estructuradas, grabadas y escritas, con posterior elaboración de una ficha de respuestas, que dieron origen a las categorías temáticas. El perfil psicológico es lo más valorado para delimitar la vejez, que queda, entonces, condicionada al modo de pensar, a los comportamientos y actitudes frente a la vida y, al estado de espíritu de la persona. Las condiciones de salud, así como el nivel de dependencia, también son citadas como factores que pueden acelerar o retardar el comienzo de esa fase. Los prejuicios y la visión estereotipada sobre el tema, quedan en evidencia al ver frecuentes menciones de aspectos negativos y poquísimas menciones de aspectos positivos. La dependencia se considera como un hecho natural y esperado, asociado o no a las enfermedades, lo que puede llevar a limitaciones. Una mayor importancia se le atribuye a la dependencia psicológica/afectiva, y la mayoría de los cuidadores reconoce que en la práctica del cuidado diario, se crea una dependencia comportamental por parte de los ancianos. La concepción del cuidado, involucra para los entrevistados, la atención a las necesidades básicas del ser humano teniendo en cuenta los aspectos bio-sico-sociales y espirituales, y al mismo tiempo, exige que manifestaciones de amor, respeto, cariño, comprensión y paciencia, entre otras, se intensifiquen. Sin embargo, por los relatos presentados, la práctica del cuidado parece estar fuertemente centrada en el cumplimiento de las tareas impuestas por la rutina institucional, dando prioridad a la atención de las necesidades biológicas. La falta de recursos humanos constituye la mayor dificultad para la realización del cuidado y contribuye, sobremanera, para crear o mantener la mencionada dependencia comportamental. Queda en evidencia que la falta del conocimiento específico, así como los prejuicios y la visión estereotipada de la vejez, más las deficientes condiciones de trabajo, entre otros factores, pueden llevar al aumento de la dependencia y a la restricción de la autonomía, así como pueden interferir en la calidad de la atención. De esa forma, el conocimiento de las diferentes realidades de cuidados asume papel fundamental en el planeamiento y en la implementación de programas de capacitación de recursos humanos, así como en la transformación de la calidad de las relaciones hoy establecidas, con vistas al envejecimiento saludable de la población.

Palabras-clave: enfermagem geriátrica; cuidadores; dependencia (Psicologia).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 Envelhecimento Populacional: uma realidade.....	18
2.2 Política Nacional do Idoso: ainda há muito a se fazer.....	25
2.3 Asilos: um retrato da institucionalização no Brasil.....	29
2.4 A Enfermagem no Contexto da Assistência Gerontológica em Instituições Asilares.....	35
2.5 Velhice: percepções/significados, conceitos e estereótipos.....	38
2.6 A Velhice e o Processo de Envelhecimento no Curso da vida.....	45
2.7 A Dinâmica Dependência-Autonomia na Velhice.....	57
2.8 Conceitos sobre Cuidado e Cuidadores em Enfermagem.....	65
3 OBJETIVO.....	81
4 MÉTODO.....	83
4.1 Característica da População Pesquisada.....	84
4.2 Descrição do Cenário do Estudo.....	84
4.3 Instrumentos para a Produção de Dados.....	87
4.4 Procedimento.....	88
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	92
5.1 Sobre a Concepção de Velhice.....	92
5.2 A Dependência sob a Ótica dos Cuidadores.....	114
5.3 O Significado do Cuidado para os Cuidadores.....	122
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERÊNCIAS.....	153
APÊNDICES.....	165

APÊNDICE A - Dados para a caracterização da instituição.....	166
APÊNDICE B – Roteiro de perguntas destinadas aos responsáveis pelo cuidado aos Idosos.....	167
APÊNDICE C – Termo de consentimento.....	169
ANEXO.....	170
ANEXO A – Autorização da pesquisa.....	171

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Envelhecer ou viver por muito tempo, na história da humanidade, era privilégio de grupos econômica e/ou socialmente desenvolvidos, que gozavam de algum privilégio, e assim pessoas velhas sempre existiram, nas diferentes sociedades.

A preocupação com o envelhecimento e suas conseqüências começou a se manifestar a partir da segunda metade do século XX, quando, após a segunda guerra mundial, com o processo de retomada da qualidade de vida, as populações começaram a superar a expectativa de vida e, portanto, começaram a viver por mais tempo.

O desenvolvimento científico e tecnológico, aliado à inserção da mulher no mercado de trabalho e aos efeitos do processo de globalização propiciou a diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade, e a diminuição do movimento migratório, hoje apontados como os principais fatores responsáveis pelo envelhecimento das populações.

Sendo assim, os países de primeiro mundo foram os primeiros a sentir os efeitos do envelhecimento populacional, constatando-se o aumento cada vez maior do número de idosos em suas populações totais. Hoje, aos poucos, os países emergentes ou em desenvolvimento, caracterizados por uma população mais jovem, também começam a sentir esses efeitos.

No Brasil, particularmente, tal processo se diferencia pela velocidade com que vem ocorrendo, o que confere ao país o 6º lugar entre os países com maior número de idosos e com a perspectiva de passar para o 5º lugar em 2025.

Com o objetivo de garantir condições para um envelhecimento saudável, onde sejam respeitados o direito e a dignidade da pessoa, assim como de diminuir o isolamento social advindo de estereótipos e preconceitos em relação à velhice, foi instituída a

Política Nacional do Idoso, que tem propiciado maior possibilidade de discussão sobre os aspectos relativos ao envelhecimento e à implementação de ações pertinentes nos diversos segmentos da sociedade. Porém, as dificuldades são grandes, e a sociedade como um todo, e a própria população de idosos em particular, ainda não está preparada para lutar pelos seus direitos. O que se percebe, então, é uma falta de uniformidade no processo de envelhecimento: há idosos vivendo sozinhos, idosos dependentes vivendo com as famílias e, ainda, idosos vivendo em asilos ou instituições congêneres, por falta de redes formais e informais de apoio para que permaneçam junto aos familiares ou na própria comunidade.

Mas, mesmo passando por mudanças estruturais, quer em sua composição ou nos papéis desempenhados por seus membros e sem poder contar com redes efetivas de apoio formal ou informal, a família atual ainda é a grande cuidadora de seus idosos.

No entanto, o atendimento de idosos em instituições asilares passa a ser uma preocupação, visto que as ações de cuidado são freqüentemente realizadas por trabalhadores não qualificados, sem nenhuma formação profissional ou capacitação para o cuidado do idoso. Essa situação pode estar relacionada ao fato de que os asilos, desde o início de sua história, estiveram associados a instituições religiosas, de caráter assistencial e caritativo, para o atendimento de pessoas pobres e miseráveis, marginalizadas pela sociedade, vivendo em completo isolamento social.

No entanto, os asilos atendem não só pessoas pobres e abandonadas, mas pessoas que estão envelhecendo e que apresentam perdas da capacidade funcional ou cognitiva, decorrentes ou não do processo de envelhecimento, assim como problemas de saúde relacionados às doenças crônico-degenerativas. Para isso se faz necessário o conhecimento das particularidades do processo de envelhecimento e dos cuidados implicados no tratamento e na recuperação da saúde desses indivíduos, e neste contexto se insere o trabalho dos profissionais de enfermagem.

A presença desses profissionais, e particularmente do enfermeiro, não faz parte da realidade da institucionalização, fato que poderia ser atribuído ao custo mais elevado da mão de obra, ao preconceito que desvaloriza o trabalho nessas instituições e ao próprio desconhecimento dos profissionais acerca do processo de envelhecimento.

Cabe ressaltar, ainda, que o surgimento da enfermagem gerontológica é um acontecimento relativamente novo, tendo sido declarada, segundo Burnside (1979), como especialidade pela American Nurses Association (ANA) em 1966. Já no Brasil, estudos como o de Néri (1997), Goldstein (1999) e Santos (2000), dão conta de que o interesse pela gerontologia começou a surgir em 1961 com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria, que posteriormente passou a ser designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). No entanto, a sua prática e o seu ensino, incipientes naquela ocasião, foram tomando corpo a partir da década 1970.

Em estudo realizado por Goldstein (1999) pode-se constatar que, entre 1975 e 1979, nove trabalhos foram realizados nas áreas de enfermagem, psicologia, a sociologia e serviço social. A cada década que se seguiu, até o ano de 1999, a autora estima que o número de trabalhos realizados totalizava trezentos. Mais recentemente, Prado e Sayd (2004), através de um levantamento de teses e dissertações sobre envelhecimento no Brasil, conseguiram identificar 891 trabalhos já realizados nesta área.

Diante desse quadro, vem crescendo o número de estudos da academia com o objetivo de conhecer as diferentes realidades da prática e do ensino da enfermagem gerontológica e de implementar as medidas necessárias para a mudança que deve resultar na melhoria do cuidado hoje oferecido aos idosos nessa situação, assim como no atendimento aos idosos e suas famílias no contexto da assistência comunitária.

A inclusão de conteúdos relativos à assistência gerontológica nos currículos dos cursos de enfermagem e, mais recentemente, a determinação das normas de

funcionamento das Instituições de Longa Permanência Para Idosos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que incluem a manutenção de atividade de educação permanente na área de gerontologia para o aprimoramento técnico dos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços aos idosos, entre outras, parecem ser os primeiros frutos dos estudos e esforços até aqui empreendidos.

O contato com a realidade de algumas instituições asilares na vida pessoal e profissional foi o ponto de partida para a realização deste trabalho. O retrato sofrido dos idosos atendidos por essas instituições, assim como a falta de formação dos trabalhadores da área, a inadequação das acomodações e a falta de recursos materiais e humanos, entre outros, despertaram a curiosidade para se conhecer melhor tal realidade, focando a atenção para os cuidadores, com o objetivo de saber quem são e como compreendem a velhice e o cuidado ao idoso.

Do que já foi dito sobre o envelhecimento, cabe acrescentar que as pessoas idosas apresentam um risco potencial para a perda de suas capacidades funcionais e/ou mentais, o que pode determinar dependência parcial ou total para a realização de atividades da vida diária. Associado a isso, ainda se convive com a desvalorização da pessoa idosa, a qual surge da noção de que a velhice, enquanto última fase da vida é sinônimo de doença, de perdas, de dependência e inutilidade, de estar mais perto da morte ou do fim. Esses fatos podem determinar uma prática de cuidado calcada no “fazer por”, retirando dos idosos o direito de exercer sua autonomia, tornando-os, a cada dia, mais dependentes.

Os aspectos aqui abordados parecem justificar a realização deste estudo, que se propõe a conhecer como os profissionais compreendem a realidade do cuidado a idosos institucionalizados e para isso foi realizada uma revisão bibliográfica que contemplou a realidade do envelhecimento populacional, das instituições asilares, da inserção da

enfermagem no contexto do cuidado gerontológico, assim como a explanação dos conceitos de velhice, dependência e cuidado.

A realização de estudos que se pautam por esta linha de pesquisa pode incentivar e subsidiar a elaboração e/ ou reformulação de programas de treinamento para trabalhadores de instituições que prestam assistência aos idosos em suas diferentes modalidades, sejam eles profissionais de enfermagem ou não. Da mesma forma pode servir de subsídio para a reflexão sobre o ensino do cuidado ao idoso nos cursos de enfermagem em todos os seus níveis (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento Populacional: uma realidade

Atualmente o envelhecimento da população é um fato incontestável, aparentemente irreversível, haja vista que o número de idosos vem se tornando cada vez mais representativo, se comparado aos demais grupos etários (CORRÊA, 1996; DIOGO; DUARTE, 1999; CAMARANO, 2002).

Frente aos dados relevantes acerca do envelhecimento populacional, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, em 1982, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena. Nesta ocasião os países mais desenvolvidos, de posse dos números absolutos de suas frações idosas, já haviam tomado algumas medidas para se adaptarem ao novo modelo social que se instalava. Restava, pois, ocupar-se da problemática dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, cuja população se apresentava predominantemente jovem (CORRÊA, 1996).

Ficou estabelecido, nessa Assembléia, que a Terceira Idade tem início aos 65 anos nos países desenvolvidos, e nos demais aos 60 anos, em decorrência do envelhecimento mais precoce de suas populações.

Por apresentar algumas características que podem se diferenciar de acordo com a idade, a população idosa foi classificada pela ONU em três categorias: pré-idosos (entre 55 e 64 anos); idosos jovens (entre 65 e 79 anos – ou entre 60 e 69 para quem vive na Ásia e na região do pacífico); e idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos) (BRASIL, 2005).

Além dessas categorias Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) utilizam a categoria “centenários”, tendo em vista o atual aumento da expectativa de vida.

Quando a população de idosos ou gerontes ultrapassa a taxa de 7% de sua população total esse país é considerado, pela ONU, como estruturalmente envelhecido. No Brasil, por exemplo, em 1980 essa cifra já era de 6,3% em sua população geral, e estima-se que em 2025 chegue a 13,8% (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; DIOGO; DUARTE, 1999; PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005).

Complementando os dados da Organização Mundial de Saúde, Corrêa (1996) e Veras (1998) também prevêm que a população brasileira, como um todo, crescerá cinco vezes, considerando-se o período compreendido entre 1950 e 2025. No mesmo período, a previsão de crescimento para o segmento da população com 60 anos ou mais é de quinze vezes. Há que se destacar, nesse quadro, o envelhecimento da população idosa, com um aumento significativo do número de pessoas com mais de 80 anos (muito idosos), o que representa o triplo do crescimento estimado para o mesmo segmento em países como os Estados Unidos, o Japão e a China.

Tais dados permitem projeções como a de que haverá em 2025 cerca de 34 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais (o que corresponderá a 13,8% da população), ao lado de 61 milhões com menos de 16 anos (cerca de 24,6% da população) e 152 milhões entre 15 e 59 anos (61,6%). Prevê-se ainda que em 2020 a expectativa de vida ao nascimento se aproximará de 75,5 anos (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; FLÓ; MIOSHI; JACOB FILHO, 2004).

Porém, o aumento na expectativa de vida do brasileiro, sujeito à sobrecarga de doenças crônicas e não crônicas, significa exposição de maior número de pessoas, com suscetibilidade mais apurada, a uma série de agravos, o que representa piora na qualidade de vida. Essa situação gera uma crescente demanda pelos serviços de saúde, levando a um aumento dos custos de assistência médica, na medida em que o novo padrão epidemiológico requer assistência mais especializada, com incorporação de tecnologia de mais alto custo. O

aumento dessa demanda requer reorganização e reestruturação na rede de assistência (BARRETO; CARMO, 1998).

As mudanças de características da população mundial em relação ao envelhecimento, nos últimos cem anos, ocorreram principalmente pela diminuição da taxa de mortalidade geral, e em especial a infantil; diminuição das taxas de fecundidade das mulheres e aumento das taxas de sobrevivência ou expectativa de vida, ocasionados pelo progresso da medicina, o que acarreta avanços na prevenção e no tratamento de doenças. Em menor proporção, a migração da população da região rural para a área urbana, mais a melhoria, ainda que insuficiente, das condições sanitárias da população também contribuíram para essa transição (CORRÊA, 1996; DIOGO; DUARTE, 1999).

Devido à velocidade com que se dá esse evento, o envelhecimento populacional no Brasil apresenta características bastante peculiares. De acordo com Dias (2001), Diogo e Duarte (1999) essa mudança tem implicações no perfil epidemiológico, no qual se verifica o aumento das doenças crônico-degenerativas, principais geradoras de incapacidades e dependência, o que aumenta também a demanda de recursos de saúde (como terapias de reabilitação, assistência domiciliar e institucionalização) por períodos tanto mais longos quanto maior seja a expectativa de vida e quanto piores forem as condições de saúde.

Haverá, portanto, uma necessidade cada vez maior de profissionais capacitados para lidar com as características gerais e próprias dessa faixa etária, uma vez que a dependência é um fator muito importante na "gênese" da institucionalização. E nessa situação a enfermagem ocupa lugar de destaque. (FLÓ; MIOSHI; JACOB FILHO, 2004).

Além disso, o aumento da população traz também implicações sociais, econômicas e ambientais, dentre as quais podem ser citados os problemas decorrentes da migração populacional da zona rural para a cidade, o que contribui para um processo de expansão urbana desordenado, que por sua vez gera aumento da violência, da poluição, do

barulho e do empobrecimento das populações, entre elas, a dos idosos. Outras implicações são: a supervalorização dos imóveis em áreas menos periféricas das cidades, o que acaba originando construções cada vez menos espaçosas, e conseqüentemente com maior dificuldade para a convivência intergeracional nos ambientes familiares; a desestruturação do núcleo familiar, pelo aumento de divórcios e separações ou mesmo a mobilidade dos membros “produtivos” da família em busca de melhor qualidade de vida e oportunidade de trabalho, o que também acaba por contribuir para a situação de menor atenção, falta de cuidadores e até o abandono de pessoas idosas. Some-se, aqui, a mudança do papel social da mulher, que hoje está inserida no mercado de trabalho e contribui, em grande parte, com o orçamento doméstico. Nesse contexto, a função do cuidar gratuitamente dos filhos, dos doentes e dos idosos, tradicionalmente atribuída à mulher, vem sofrendo modificações que podem ser constatadas pelo aumento do número de creches, o mesmo podendo acontecer com o aumento do número de instituições destinadas a abrigar idosos (VERAS, 1987; KARSCH, 2003).

Acompanhando dados nacionais, o envelhecimento populacional paranaense mostrou sensível aumento a partir da década de 60, decorrente de três dos fatores já citados: a redução da fecundidade, a redução da mortalidade e o êxodo rural (CEDI, 2001; PARANÁ, 2004).

Um estudo realizado em 2004 pela Secretaria de Trabalho, Emprego e Promoção Social do Paraná (SETP), intitulado “Indicadores Socioeconômicos do Idoso Residente no Estado do Paraná”, serviu como base dos dados apresentados a seguir.

Em relação à estrutura etária dos residentes no Paraná, pode-se constatar uma redução, a partir dos anos 70, da população dependente (0 a 14 anos), um aumento progressivo da população adulta (15 a 59 anos), assim como um aumento da população idosa (60 anos ou mais), o que caracteriza o seu processo de envelhecimento.

Percebe-se, também, que a população idosa feminina passou a predominar em relação à masculina, a partir da década de oitenta, o que vem de encontro às considerações de Veras (1987), Karsch (2003) e Paschoal, Salles e Franco (2005).

Do total da população idosa entrevistada, há uma maior concentração de indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos (56,0%) e uma menor representatividade nas faixas de 80 ou mais (7%). Este percentual, segundo os pesquisadores, deve-se ao fato de que, esses 56,0% correspondem às pessoas nascidas entre 1933 e 1942 e os demais na década de 1920, quando a estimativa de vida dos brasileiros era baixa, em decorrência das más condições de vida nas primeiras idades. De acordo com Prada (2002), a expectativa de vida em 1950 era de 45 anos e hoje chega perto dos 70 anos, o que comprova os efeitos da evolução científica e tecnológica da saúde e da diminuição da mortalidade em geral.

O desenvolvimento social e urbano se deu sob a influência dos processos migratórios e hoje, 83% da população idosa do Paraná está concentrada nas áreas urbanas e próxima dos grandes centros urbanos, com predomínio da população feminina (47,2%). Os demais permanecem nas áreas rurais, onde o predomínio é da população masculina (8,4%).

A esperança de vida ao nascer é maior para as mulheres e o coeficiente de mortalidade entre os idosos, apesar de estável nas últimas décadas, é ligeiramente maior na população masculina. As causas de morte mais frequentes nesta faixa etária são as doenças do aparelho cardiocirculatório (43,1%), destacando-se a maior ocorrência para o infarto agudo do miocárdio (9,8%), acidente vascular cerebral (8,1%) e insuficiência cardíaca (5,6%). As outras causas mais frequentes são as neoplasias (17,6%), as doenças do aparelho respiratório (13,9%) seguida das doenças endócrinas e metabólicas (6,5%).

Em relação à ocupação, 48% dos entrevistados refere dedicar-se às tarefas domésticas e 31% refere não ter nenhuma ocupação. Também ficou comprovado o baixo poder aquisitivo da população idosa, sendo que 75,5% dos idosos apresentam uma renda

mensal de até dois salários mínimos, com uma concentração de 42,9% na faixa de até um salário mínimo. Neste cenário, 2,3% não apresentam renda alguma, dependendo totalmente da família ou dos serviços públicos. Esta também é uma característica do restante da população idosa no país e, segundo Prada (2002), atinge os idosos da classe mais pobre e da classe média. Os valores pagos aos aposentados são insuficientes para manter as condições de vida digna e de sobrevivência, levando-os à procura de trabalhos ocasionais para complementação do orçamento. A situação torna-se mais grave quando, pela alta taxa de desemprego, entre outros fatores, filhos – e até netos – acabam por depender dos pais durante muito tempo. Estes dados sugerem a necessidade de se criar espaços de participação do idoso na atividade econômica.

Ainda de acordo com Prada (2002), a Segunda Assembléia Mundial para o Envelhecimento, realizada em Madrid, em 2002, propõe o paradigma do envelhecimento ativo em substituição ao paradigma do envelhecimento saudável, centrado na prática de atividades físicas para a manutenção da saúde do corpo e da mente. Este novo paradigma tem por objetivo a permanência do idoso no mercado de trabalho ou a sua volta a ele e é uma proposta de reestruturação da sociedade para absorver o potencial disponível de seus cidadãos desocupados, desempregados, aposentados – sejam jovens, adultos ou idosos.

Em relação à moradia, três grupos se mostraram mais significativos neste estudo: 85,3% residem com a família (parente, companheiro, filhos); 12,1% sozinhos e 0,65% em instituições. Estes dois últimos percentuais se tornam significativos se considerarmos que este número de idosos pode pertencer aos 87,3% dos paranaenses que têm filhos vivos e que poderiam estar morando com seus familiares se isto for desejo destes; ou dos 2,4% dos idosos que não têm filhos; bem como dos 10,2% que não informaram sua composição familiar. O percentual de idosos que vive em instituições praticamente se iguala ao dado nacional que, segundo Paschoal; Salles; Franco (2005), é de 0,7%. Esses autores lembram que os dados

sobre idosos institucionalizados no Brasil carecem de levantamentos mais específicos, o que vem de encontro com a recomendação deste estudo sobre a necessidade premente de estudos para uma avaliação das condições socioeconômicas dos idosos institucionalizados no estado do Paraná, bem como o levantamento mais concreto da disponibilidade e condições de atendimento das instituições. O resultado desses estudos deverá, ainda, subsidiar novos programas de assistência residencial ao idoso, visando facilitar e incentivar a convivência familiar, evitando que haja um aumento do número de idosos institucionalizados e um déficit na oferta de serviços para residência de longa permanência.

A partir dos dados do IBGE (2000) estima-se que a população idosa do município de Maringá seja de, aproximadamente, 28.592 pessoas, o que corresponde a 8,9% da sua população total, as quais são atendidas por uma rede de serviços prestados pelas políticas da saúde, educação, esporte, cultura, transporte, habitação e assistência social. Destas, aproximadamente 1.300 pessoas são atendidas por programas como grupos de vivência, centros-dia, casa lar, artesanato e 215 encontram-se internadas em asilos (SASC, 2004; STPS, 2006; INSTITUTO..., 2006).

A família, mesmo em face das dificuldades até aqui relatadas, ao desempenhar seus diferentes papéis também vem sendo considerada como principal fonte de apoio informal para o cuidado ao idoso. Na condição de instituição cuidadora ou de unidade de cuidado nas situações de saúde e doença, cabe aos profissionais apoiar as famílias, fortalecê-las e orientá-las quando se encontrarem fragilizadas (ANDRADE, 2001; ELSEEN, 2004).

Há que destacar que a baixa qualidade de vida da população em geral e a inexistência de políticas públicas efetivas de apoio familiar constituem obstáculos para o suporte familiar aos idosos. De acordo com estudos sobre as novas formas de arranjos residenciais, morar com os filhos ou manter um convívio intergeracional não é sinônimo de

velhice bem-sucedida. Ao invés disso, as condições biológicas, psicológicas e sócio-estruturais de vida do idoso é que são fatores determinantes da qualidade dessas relações familiares (PAVARINI, 1996).

A enfermagem pode se beneficiar do conhecimento da dinâmica familiar a fim de constituir importante instrumento para o direcionamento de ações de específicas, podendo também ser considerada como meio facilitador para a implementação dessas ações.

Alertando para o fato de que no Brasil a transição demográfica ocorrerá em um período de tempo três vezes menor que o da Europa, Pavarini (1996) prevê a necessidade de se investir em programas que possibilitem o suporte familiar. Baseia-se a autora no que vem ocorrendo nos países desenvolvidos: apesar de possuírem uma boa estruturação dos programas que permitem a permanência dos idosos em suas comunidades, sem ter que se recorrer à institucionalização, está previsto um aumento do número de instituições, como no caso dos Estados Unidos, que projeta um aumento de 80% das “nursing homes” no ano 2000, e de 145% para o ano 2020.

2.2 Política Nacional do Idoso: ainda há muito a se fazer

Após estas primeiras considerações sobre o envelhecimento populacional, uma questão se coloca de forma especial: a falta de políticas públicas efetivas voltadas às necessidades do idoso e mesmo aquelas que possam melhorar as condições de vida da população em geral, para garantir melhor qualidade de vida também na velhice. Essa é a grande responsabilidade dos chefes de governo, principalmente nos países em desenvolvimento, quando da elaboração de seus programas. Mas tal responsabilidade não pode ser imputada, de forma simplista e alienada, apenas aos órgãos governamentais: é preciso que a população em geral assuma a sua cidadania, ao lado dos idosos, inteirando-se

das propostas políticas e lutando pela sua participação nas diversas esferas de decisão, pois adultos e cidadãos produtivos, hoje, são os idosos de amanhã, e podem decidir acrescentar apenas anos à própria vida ou dar qualidade de vida a esses anos.

O Plano Integrado de Ação governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, publicado em janeiro de 1997 pela Secretaria de Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social, ressalta a importância de se desenvolver ações voltadas não só para resgatar o nível econômico dos idosos, particularmente dos aposentados, seja pelo aumento do valor real das aposentadorias ou por programas subsidiados de atenção à saúde, à alimentação, à habitação e a outras necessidades sociais. As propostas dessa política estão fundamentadas no enunciado da lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto 1948, de 13 de julho de 1996 (CALDAS, 1998b).

Dois anos mais tarde foi também publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso, que apresenta como proposta:

a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p.21).

Os programas de Renda Mensal Vitalícia (Lei nº 6.179/74) e o Benefício de Prestação Contínua (Lei nº. 9.720/98) procuram garantir renda mínima aos idosos com mais de 65 anos que não possuam outros benefícios (PRADA, 2002; BRASIL, 2005).

Mais recentemente foi aprovado o Estatuto do Idoso, transformado na Lei nº. 10.741/03, que veio ao encontro dos direitos e das necessidades da pessoa humana na velhice, na perspectiva de que o mundo moderno, dentro da ordem, tem capacidade econômica e tecnológica para atender às necessidades do envelhecimento, colocando como prioridade o ser humano, em detrimento do mercado e da especulação financeira. (BRASIL, 2003).

Com relação a instituições destinadas ao atendimento dos idosos, a Portaria MS 249/2002 dispõe sobre a organização e o cadastramento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, enquanto o Decreto nº. 5.109/2004 dispõe sobre composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI (BRASIL, 2001).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome também apresenta o seu Programa de Atenção à Pessoa Idosa como um programa de:

[...] apoio técnico e financeiro a serviços de proteção social básica e especial a programas e projetos executados por Estados, municípios, Distrito Federal e entidades sociais, destinados ao atendimento da pessoa idosa vulnerabilizada pela pobreza. (BRASIL, 2004).

Até aqui, as propostas dos programas apresentados estão em sintonia com as diretrizes nacionais e internacionais para o envelhecimento. Porém, os mecanismos e os processos para a implementação dessas propostas ainda são muito morosos, dificultando a concretização dos resultados.

Algumas formas de intervenção na assistência à velhice voltadas para cultura, esporte e lazer, solidificadas no modelo francês, buscam integrar os idosos na família e na sociedade, incentivam a luta pela preservação dos grupos de idosos e pela garantia de lazer, para resgatar a concepção de velhice autônoma e ativa. Como exemplo podem ser citados eventos e programas desenvolvidos por entidades como o SESC e LBA, considerados pioneiros nesse tipo de atividades: Escola Aberta para a Terceira Idade, centros de convivência de idosos, trabalhos com pré-aposentados, Programa Pró Idoso, projetos das secretarias de Serviço Social e propostas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Como decorrência disso, a experiência dos centros de convivência resultou numa resposta imediata e efetiva no que diz respeito ao isolamento social; a Universidade Aberta para a Terceira Idade, visando à educação permanente, tem contribuído para a descoberta de novos interesses e novas habilidades; os serviços de ajuda domiciliar e os centros de tratamento-dia

prestam serviços à população sem a necessidade do leito hospitalar. Tais atividades, somadas aos serviços geriátricos comunitários constituem, em parte, alternativas eficazes para o atendimento da população idosa, visto que o acesso aos programas ainda se restringe a alguns segmentos da classe média (HADDAD, 1991 apud PAVARINI, 1996).

A Lei 8.842/94, no artigo 4º, determina que atendimento ao idoso deverá ser feito prioritariamente pelas próprias famílias (em detrimento do atendimento asilar), à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam a própria sobrevivência (BRASIL, 1994). Porém, em face dos aspectos do atendimento familiar já abordados anteriormente a institucionalização ainda é uma realidade preocupante em nosso país, ao se levar em conta a diversidade discrepante da qualidade dos serviços que as instituições oferecem.

Além da qualidade dos serviços disponíveis, Pavarini (1996) aponta, ainda, a disparidade entre a disponibilidade e a distribuição de recursos técnicos e humanos entre as diferentes regiões brasileiras e entre as áreas urbanas e rurais como fatores que contribuem para a ineficiência do atendimento, levando-se em conta a diversidade de necessidades da população idosa.

No entanto, a disparidade entre a disponibilidade e a distribuição de recursos técnicos e humanos entre as diferentes regiões brasileiras e entre as áreas urbanas e rurais, assim como na qualidade dos serviços disponíveis, segundo Pavarini (1996), são fatores que contribuem para a ineficiência do atendimento, levando-se em conta a diversidade de necessidades da população idosa.

Com isso, a realidade da atenção ao idoso em nossa sociedade aponta para o fato de que a falta de políticas públicas e as dificuldades de implementação das já existentes, associadas a diversos fatores (demográficos, sociais e de saúde) decorrentes do processo de envelhecimento, impossibilitam a melhoria da qualidade de vida, determinando o aumento da

incapacidade e da dependência, o que pode conduzir ao aumento da demanda pela institucionalização (YAMAMOTO; DIOGO, 2002).

Mas, Paschoal, Salles e Franco (2005) acreditam que o cumprimento da Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, que criou o Estatuto do idoso seja a possibilidade de se conseguir a manutenção de um bom estado de saúde, buscando atingir um máximo de vida ativa, na comunidade, permanecendo junto à família, alcançando um maior grau de autonomia e independência, quer seja ela física, psíquica ou social.

Nesse contexto, a realidade da institucionalização não pode deixar de ser considerada, mas, ao contrário, precisa ser conhecida para ser avaliada e melhorada, ou adequada às necessidades da população que dela necessitar. Sendo assim, seguem algumas considerações sobre os asilos enquanto modalidade de assistência aos idosos e, também, cenário do estudo em que esta pesquisa se insere.

2.3 Asilos: um retrato da institucionalização no Brasil

A história da institucionalização dos idosos no Brasil está ligada ao desenvolvimento das ações de assistência à pobreza urbana ao longo do século XIX que, segundo Groisman (1999), se caracterizou como um período de intensas transformações sociais, políticas e econômicas, e também, de intensas práticas de controle social, a partir do que, pode-se dizer que os asilos foram criados para cuidar de pessoas consideradas incapazes, dependentes, velhas, que não possuíam autonomia ou independência.

Nesta ocasião foram criados os “Asilos de Mendicidade” e daí para frente novas instituições asilares foram se estabelecendo, nos moldes, sob orientação religiosa e ligados à sociedade São Vicente de Paulo. Seguindo os princípios da caridade cristã, essa sociedade foi fundada em Paris, em 23 de abril de 1833, por Frederico Ozanan, propondo-se a

prestar atendimento material e espiritual à pobreza. Cerca de 20 anos após a sua fundação já era possível encontrar suas associações no mundo inteiro, inclusive no Brasil, onde predominaram como alternativa de assistência ao idoso, como reflexo da pobreza individual e familiar (PAVARINI, 1996).

Ainda de acordo Groisman (1999), alguns anos depois, essa instituição construiu um novo pavilhão para abrigar velhos que não fossem totalmente desamparados e que pudessem pagar por sua estada. Dessa forma, a institucionalização da velhice perde o seu caráter caritativo, transformando-se numa fonte de renda.

O asilo, para Goffman, (1996 apud GROISMAN, 1999, p. 63), é considerado como instituição total, e como tal pode ser definida como “um local de residência e trabalho, onde um grande número de pessoas com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

No Brasil, segundo o Decreto nº. 1.948, de 03 de julho de 1996, artigo 3º, o asilo é considerado uma das formas de atendimento aos idosos, sendo definido como o "atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social". Essa modalidade de assistência é explicitada pelo parágrafo único do artigo, devendo ocorrer “nos casos de inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos próprios ou da própria família”, sendo “assegurada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma de lei”, conforme o parágrafo único do artigo 17 (BRASIL, 1996).

E, ainda, de acordo com a Portaria 1.395, de 09-12-99, o idoso é considerado saudável quando mantém sua autodeterminação e não necessita de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no cotidiano, com capacidade funcional para manter as habilidades

físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, estando apto a se organizar e decidir sobre seus interesses. Define ainda a autonomia como o exercício da autodeterminação, e indivíduo autônomo como aquele que mantém o poder de decisão e o controle sobre a própria vida (CORTELLETTI; CASARA; HERÉDIA, 2004).

Dessa forma, subentende-se que a institucionalização não deveria ocorrer no caso de idosos considerados saudáveis, pelo menos não com a frequência que algumas realidades apresentam, o que pode ser considerado reflexo das ainda insuficientes políticas públicas.

Porém, Cortelletti, Casara e Herédia (2004) relatam, ainda, que os asilos, desempenhando as funções de guarda, proteção e alimentação, abrigam idosos que se encaixam no perfil descrito anteriormente e que tenham sido rejeitados por seus grupos diretos. Tal rejeição pode ser atribuída a situações, sejam elas familiares ou sociais, em que a presença do idoso se mostra incômoda, difícil ou insustentável, tornando-se inevitável sua institucionalização.

Zimmerman (2000, p.94), mesmo colocando-se totalmente a favor da permanência do idoso junto à família, pondera sobre institucionalização como única alternativa em determinadas situações. Após o relato de dois casos envolvendo, respectivamente, uma família de baixa renda e uma da classe média, questiona se a institucionalização não seria a melhor solução para o idoso que vive hostilizado, indesejado, amarrado a uma cama, suportando hostilidades e repreensões o tempo inteiro. Nesse contexto, considera que “as instituições são uma resposta à sociedade, que precisa desenvolver mecanismos para lidar com os problemas criados por ela mesma”.

Outros estudos, envolvendo a caracterização de instituições asilares nas diversas regiões brasileiras, têm apontado problemas relacionados à família como o mais freqüente motivo de internação (envolvendo a falta de cuidadores ou a impossibilidade de

seus membros de assumir essa função) ou ainda ausência de família, ser sozinho no mundo, não ter moradia. Se forem incluídos nesse grupo a doença e a falta de trabalho, ter-se-ão características pertinentes à situação de abandono, podendo assim ser apontada como o grande e principal motivo do asilamento (CHAMOWICZ; GRECO, 1999; CORTELLETTI; CASARA; HERÉDIA, 2004).

Ao abordar as situações em que a institucionalização se apresenta como única alternativa de assistência aos idosos, Zimerman (2000) também chama a atenção para o processo de transferência do idoso para a instituição, que deve acontecer da maneira menos traumática possível. Do contrário, pode trazer problemas tanto para a família (que pode carregar consigo a culpa pela institucionalização) quanto para o idoso, como angústia, revolta e insegurança, sentimentos que poderão se refletir em sua saúde física e mental.

Mesmo sob diferentes denominações, as entidades de acolhimento aos idosos possuem em comum a função de proporcionar o atendimento por meio de hospedagem permanente ou por longos períodos, assistência direta ou indireta à saúde e algumas atividades de ocupação e lazer (CORTELLETTI; CASARA; HERÉDIA, 2004).

Pavarini (1996), referindo-se a estudo realizado por Hôte (1988) sobre políticas para a velhice no Brasil apresenta as diferentes denominações atribuídas a essas entidades, como forma de reflexo de algumas de suas características particulares. As mais conhecidas, “asilo” e “abrigo”, caracterizam estabelecimentos de caridade, diferenciando-se pela orientação religiosa mais acentuada dos abrigos enquanto os asilos não são, a rigor, dirigidos por religiosos. Asilos de pequeno porte ou casas de retiro particular recebem a denominação de “lar”. As “Associações Vicentinas” ou “Damas de Caridade”, presentes em todo o país, seguem as normas de espiritualidade de São Vicente de Paulo; já os estabelecimentos privados, com fins lucrativos, são comumente denominados “clínica de repouso”, “clínica geriátrica” ou “instituto geriátrico”.

No entanto, independentemente da denominação recebida e no intuito de assegurar os direitos do idoso em todos os seus aspectos, o Estatuto do Idoso, em seu capítulo IX, parágrafo 3º, diz que:

Toda instituição que abriga idosos é obrigada a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei (BRASIL, 2003).

Porém, por não se caracterizarem como instituições de assistência à saúde, o trabalho de fiscalização sanitária dessas instituições quase sempre é feito com menos rigor, principalmente no que diz respeito à formação dos recursos humanos, e mesmo recebendo aval para funcionamento, muitas instituições trabalham sob condições nem sempre ideais (YAMAMOTO; DIOGO, 2002).

Como comprovação do que acaba de ser afirmado, a V Caravana dos Direitos Humanos, após visitar 28 instituições asilares nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Pernambuco, com o objetivo de fundamentar uma proposta de projeto de lei para o estabelecimento de normas básicas de funcionamento de instituições asilares, apresentou relatório com as condições de funcionamento de cada uma delas. O cenário descrito é desanimador: relatos de abandono, ociosidade e maus tratos, condições insalubres, ambientes inadequados às necessidades da pessoa idosa, negligência, isolamento social, além da falta de preparo e capacitação dos profissionais que administram ou prestam cuidados diretos aos idosos (BRASIL, 2002).

Por isso, denúncias de maus tratos e morte de idosos, em localidades próximas ou distantes, sob suspeita de cuidado inadequado ou de más condições de instituições asilares (como o caso da Clínica Santa Genoveva do Rio de Janeiro, em 1996), amplamente divulgados pela imprensa, causam indignação e se transformam em mais uma razão para a investigação da realidade da assistência prestada ao idoso institucionalizado. Tais investigações podem contribuir, entre outras coisas, para estabelecer métodos de

monitoramento e para a construção de indicadores para a avaliação da qualidade dessa assistência (GROISMAN, 1999; GUERRA; BARRETO; UCHOA, 2000).

Para isso, a atual Política Nacional do Idoso define as modalidades de serviços ao idoso no Brasil, assim como estabelece normas para seu funcionamento, pela Portaria 73, de 10 de maio de 2001, e mais recentemente conta com a RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, que aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ANVISA, 2005).

Ainda segundo a Anvisa (2005), a denominação Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) compreende instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

Já o conceito apresentado por Born (2005) durante o *Seminário Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): do que estamos falando?*, as ILPIs são:

[...] estabelecimentos para o atendimento integral institucional, cujo público alvo são pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica ou ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, ou em outras áreas, conforme as necessidades desse segmento etário.

A assistência à saúde do idoso, como se observa, requer o envolvimento de toda uma equipe de profissionais que deverão desenvolver atividades de gerência, planejamento, pesquisa e assistência. Para isso, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cuidadores, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e administradores, entre outros, precisam estar preparados para assistir aos idosos e, devidamente capacitados, para prestar os cuidados pertinentes, de acordo com sua formação profissional e o grau de complexidade envolvido nesses cuidados.

2.4 A Enfermagem no Contexto da Assistência Gerontológica e das Instituições Asilares

Fazendo parte dessa equipe, a Enfermagem, ciência que se pauta pelo cuidar/cuidado, tem buscado aprimorar as ações de sua prática, dentro do contexto sócio-político, nas diferentes situações de cuidado que se apresentam. Em seu livro “Enfermagem: modelos e processos de trabalho” Daniel (1987) já expressava a importância da contínua aquisição de um melhor conhecimento sobre variadas formas de execução da enfermagem em qualquer de seus níveis, e a realidade nos aponta, hoje, o cenário das inúmeras modalidades de especialização profissional na área e a criação de suas respectivas sociedades científicas.

Porém, a enfermagem gerontológica constitui uma área relativamente nova, no ensino. Traçando o histórico da enfermagem geriátrica nos Estados Unidos, Burnside (1979) relata que foi declarada uma especialidade pela American Nurses Association (ANA), em 1966, e nesse mesmo trabalho já sugeria a inclusão da gerontologia nos currículos de enfermagem, em todos os níveis de educação.

No Brasil, mais especificamente nesta última década, alguns estudos, como os de Duarte (1994), Angerami (1996) e Posso (1996) citados por Diogo e Duarte (1999) vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de verificar a situação da enfermagem geronto-geriátrica nos cursos de graduação e a influência dessa formação na assistência ao idoso. As últimas autoras, após análise de questionários respondidos por 71 instituições de ensino no Brasil, contendo informações a respeito da forma e do ano de inserção da temática no currículo, carga horária específica e conteúdos ou temas abordados, puderam concluir que já corresponde a uma preocupação da enfermagem, apesar de não se constituir em uma disciplina em currículos de graduação.

Até então, segundo as autoras, a enfermagem geronto-geriátrica tem sido abordada como parte do conteúdo de outras disciplinas ou sob a forma de cursos

extracurriculares, entre outras modalidades, com carga horária que pode variar entre 2 e 180 horas, englobando aspectos da assistência em asilos, ambulatorios, hospitais e domicílios. É essa diversidade que leva a serem encontrados profissionais com diferentes níveis de formação para a assistência ao idoso, no mercado de trabalho. Ao término da análise desse item, e com base na distribuição da carga horária informada, também concluem que cerca de 40 instituições poderiam oferecer disciplina específica a respeito.

Com o objetivo de avaliar a formação gerontológica do técnico em enfermagem, o estudo realizado por Leonart (2004) também concluiu que existe uma deficiência na formação dos técnicos em enfermagem, enquanto profissionais competentes e habilitados para o cuidado da população idosa. Nesse estudo, os próprios docentes referem não ter preparação profissional necessária para capacitar o técnico em relação ao atendimento específico do idoso, fato que pode refletir a diversidade dos níveis de conhecimento dos profissionais em relação a gerontologia, citada por Duarte e Diogo (1999).

Em estudo realizado junto ao Programa Saúde da Família (PSF) de Ribeirão Preto, Borsato e Mendes (2004) também puderam constatar que a falta de conhecimento em relação ao processo de envelhecimento por parte dos profissionais que ali atuam interfere na qualidade da comunicação com os idosos e, conseqüentemente, na assistência.

Outros estudos, no Brasil e no exterior, referem-se a essa problemática da formação específica de profissionais para a geriatria e a gerontologia (FLÓ; MIOSHI; JACOB FILHO, 2004; COUTO, 1994; BESDINE, 2005).

Mas não é apenas a deficiência na formação profissional nas escolas de enfermagem que causa preocupação com a qualidade da assistência prestada aos idosos. De acordo com Bastian (1979 apud PAVARINI, 1996), Yamamoto e Diogo (2002), e com o relatório apresentado pela “Comissão de Direitos Humanos” da Câmara dos Deputados sobre as instituições asilares no Brasil (2002), o atendimento às necessidades do idoso

institucionalizado é realizado pelo pessoal de enfermagem, em sua grande maioria atendentes – em algumas situações são voluntários da comunidade - com baixa escolaridade e sem formação em gerontologia.

Assim, a qualidade da assistência fica comprometida e coloca em risco a saúde e a vida do idoso atendido nessas instituições.

A presença do profissional de enfermagem nesses locais está amparada pela lei do exercício profissional de enfermagem (Lei 7.498/86), já que grande parte das instituições presta cuidados de promoção, proteção e reabilitação da saúde. Deve ser respeitada, então, a atribuição das responsabilidades nas ações que envolvem o cuidado ao idoso institucionalizado, de acordo com as categorias profissionais que compõem as equipes locais, cabendo aos Conselhos Regionais de Enfermagem "disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal" (YAMAMOTO; DIOGO, 2002, p. 662).

Atualmente, também a RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005, que dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos prevê, no item 4.6.2 de seu Anexo, que “a instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe”, e também, no item 4.6.3, que “a Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos” (ANVISA, 2005).

Para que essa assistência aconteça de maneira efetiva e com qualidade, é necessária a habilitação dos profissionais voltados ao atendimento dessa população, pela inserção desses conteúdos, nos currículos de formação profissional em enfermagem, de programas educativos em nível de graduação e pós-graduação. A Política Nacional do Idoso, nas áreas relativas à educação e saúde, também recomenda a realização de treinamentos

específicos para a atualização e capacitação continuada das equipes profissionais de saúde envolvidas em gerência, planejamento, pesquisas e assistência aos idosos (BRASIL, 1996)

Essas ações vêm ao encontro das recomendações da “Terceira Reunião do Comitê Técnico para a Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento”, entre as quais se destacam: a expansão da educação profissional em gerontologia e geriatria; a inclusão de treinamento multidisciplinar; a formação básica e especializada sobre a saúde do idoso; a promoção de programas de educação contínua em saúde, bem-estar e cuidado de pessoas idosas, para profissionais da área da saúde, da assistência social e cuidadores; o estímulo para o aumento do número de estudantes na área e a promoção de programas de treinamento em gerontologia e geriatria, em países em desenvolvimento, com a cooperação bilateral e multilateral internacional (PAVARINI, 1996; DIOGO; DUARTE, 1999; DIOGO, 2004).

Além da capacitação, supõe-se que a concepção que esses profissionais têm a respeito da velhice, da dinâmica dependência-autonomia e do que é cuidar/cuidado possa influenciar na assistência prestada.

Para melhor entender esses conceitos e também embasar a análise dos dados coletados é que se busca, na literatura, algumas abordagens pertinentes.

2.5 Velhice: percepções/significados, conceitos e estereótipos

Através da literatura podemos constatar que, desde a era primitiva, existiam pensamentos positivos acerca da velhice, quando povos de diferentes culturas tratavam o idoso com respeito e dignidade e se preocupavam com sua saúde e bem-estar (ANDRADE, 2001).

Porém, este pensamento não é universal, havendo diferentes representações da velhice ao longo da história da humanidade.

As primeiras considerações sobre o velho e o significado de envelhecer foram feitas ainda na antiga Grécia, quando Sólon afirmou que “para bem envelhecer não se deve parar de aprender”, relacionando o envelhecimento ao aprendizado contínuo. Outra consideração importante dessa época vem de Platão, quando afirmou que “o velho está mais adiantado para as idéias que os jovens e, por consequência, podem ser melhores na política”. (SALGADO, 1980, p.3).

Como exemplo de valorização da velhice podem ser citados ainda a postura do povo judeu, que via nela a recompensa máxima da virtude; e o povo chinês, onde os mais velhos ocupavam, automaticamente, os postos mais altos, representando a autoridade e o poder de submissão. Em contrapartida, na mitologia grega a figura dos deuses estava ligada ao vigor da juventude, sendo que quanto mais velhos os deuses, piores se apresentavam (LOUREIRO, 1998).

Ao continuar a se analisar os diversos períodos históricos e as características de suas sociedades, pode-se constatar que o sentido e o valor atribuídos à velhice não são muito precisos e decorrem da visão de mundo, naquele momento e naquela sociedade.

Com esse pensamento, Bois (1989 apud LOUREIRO, 1998) diz que:

A um século XVII pessimista em relação à velhice sucede-se um século XVIII mais otimista, seguindo-se um século XIX mais realista (...); a velhice é entendida por cada um como um produto de uma sociedade ou de uma cultura, porque cada grupo social ou familiar engendra modelos dominantes. (p.400)

Hareven (1995), ao descrever a trajetória da velhice como uma nova etapa da vida, discutindo a contribuição de mudanças históricas na família e no curso da vida para a segregação por idade, conta que na sociedade americana pré-industrial as famílias eram mais numerosas e o adulto passava para a velhice de forma natural, como um acontecimento inerente ao curso da vida, dedicando-se ao trabalho e à paternidade durante toda sua existência, tanto na zona urbana quanto na zona rural. Não existia a aposentadoria, e os membros de uma família permaneciam mais próximos pela integração da atividade econômica

com a vida familiar. Tal situação valorizava a utilidade dos mais velhos, até mesmo das viúvas, ainda que sua capacidade de trabalho fosse questionável. Apesar de se mostrar como modelo ideal, apresentava algumas características que já traduziam a insegurança dos mais velhos: em alguns testamentos, por exemplo, o sustento da mãe viúva era colocado como condição para a herança do patrimônio familiar. Dessa forma, predominavam o sentido de continuidade e a interdependência das pessoas nos diversos estágios da vida, e os idosos só eram colocados em instituições em último caso. Porém, à medida que se desenvolveu uma maior diferenciação entre os estágios da vida, as funções sociais e econômicas se tornaram mais relacionadas à idade, e aumentou a segregação entre os grupos etários.

Hoje, a sociedade capitalista valoriza o ter em detrimento do ser, e impõe um ritmo exacerbado de competitividade entre as pessoas, na busca da valorização pessoal e profissional. Incentivando fortemente o culto ao corpo, a busca da beleza, o consumo e o estímulo à troca de tudo o que é velho pelas novidades que a rápida evolução tecnológica pode proporcionar, o que acaba por desvalorizar o velho, a velhice e tudo que a ele diz respeito. Nesse rol se encontram, principalmente, os que tendem para a pobreza, que não tiveram acesso à educação e aos bens materiais ou os que recebem uma aposentadoria mínima para sua sobrevivência, os portadores de doenças, os asilados.

Entretanto, segundo Quinelato (2002), algumas exceções podem ser constatadas em comunidades árabes, que consideram o idoso como o pilar da casa e onde a institucionalização é considerada uma desonra para a família. No Oriente o idoso é respeitado, mesmo que não mereça, e a família tem a obrigação de cuidar dele nas diversas situações - como a invalidez - até a morte. Entre os armênios a situação não é diferente, e o filho ou a filha mais velha costuma continuar morando com os pais depois do casamento, para ampará-los na velhice. Da mesma forma, entre os japoneses os filhos mais velhos são responsáveis pelo cuidado dos pais. A autora faz apenas a ressalva de que esses costumes e essas tradições

já começam a sofrer os efeitos da globalização, que se refletem em algumas mudanças de atitude nas novas gerações.

Ainda dentro dessa perspectiva de paradoxos e ambigüidades que acompanham a velhice pode-se encontrar um outro modelo: aquele da pessoa que se coloca como cidadão, que ocupa o seu espaço dentro da sociedade, que trabalha e produz, que se envolve, que luta para manter sua valorização enquanto pessoa que tem direito à vida, à dignidade, à longevidade.

Em seu livro “O velho no espelho: um cidadão que envelheceu”, Sant’Anna (2000) faz uma abordagem reflexiva e, ao mesmo tempo, problematizadora acerca da velhice e da pobreza, das condições de vida dos idosos no Brasil, de como a sociedade brasileira trata seus velhos, a partir de um recorte histórico da década de 60. Mergulhando no cenário sociopolítico dessa época, com características concentradoras e excludentes, encontram-se os fundamentos para os dois modelos ou dimensões da velhice citados anteriormente, relacionando-os aos valores negativos e positivos a ela atribuídos.

Para a autora, a história do trabalho e a própria história da cidadania, que no Brasil se constituiu até 1969, foram os principais responsáveis por boa parte das mudanças históricas das noções de velho e velhice.

Dentre os valores negativos atribuídos à velhice, segundo Sant’Anna (2000), estava a sua associação à loucura, com a “perda do juízo”, o que se opõe às características virtuosas e joviais – como a ternura e a bondade – à perda do vigor físico, à inatividade, à presença dos cabelos brancos e das rugas, à tristeza, à solidão, à melancolia, ao desamparo, às perdas constantes. Para Smeltzer e Bare (2002) esses valores levam as pessoas a desenvolver atitudes que se traduzem em discriminação em relação às pessoas idosas, estabelecendo-se uma situação de abandono, de desprezo, de ausência de papéis sociais. Tais atitudes, baseadas em estereótipos e crenças reducionistas, nem sempre verdadeiras, reforçam a imagem

negativa da pessoa idosa. Pode-se citar como exemplo o aposentado, que se torna sinônimo de não-produtivo e pode ser visto, por um indivíduo jovem e produtivo, como alguém que não mais contribui para a sociedade e ainda drena os seus recursos econômicos.

Como consequência desses chavões ou preconceitos criados em relação à velhice os próprios velhos acabam aceitando o seu desvalor e se conformando com sua situação e seu destino, até desculpando os mais jovens (LOUREIRO, 1998).

Por outro lado, Sant'Anna (2000) relata que os aspectos ou valores positivos da década de 60 estavam ligados ao fato de que, mesmo em idade avançada, havia pessoas que continuavam atuando no meio em que viviam, tinham práticas juvenis, desafiavam o tempo e se portavam como guardiões do passado. Por isso eram exemplos de uma velhice saudável e feliz que a modernidade possibilitava existir.

Mesmo em se tratando de um recorte histórico, essas associações ou representações da velhice são encontradas em nossos dias, o que reforça a necessidade de se trabalhar a concepção de velhice em nosso meio, procurando entender a sua construção, buscando formas de amenizar os aspectos negativos a ela relacionados e lutando pelos direitos do cidadão idoso que todos seremos amanhã.

A maior visibilidade social da velhice também vem colaborando para a mudança de sua concepção em nossa sociedade, “(...) no sentido de outorgar-lhe um novo reconhecimento simbólico” (GOLDFARB, 1998, p.30).

Nesse contexto, de acordo com Incontri (1996), a mídia exerce grande influência na geração dessas mudanças, podendo, por vezes, dentro de uma mentalidade empresarial capitalista, distorcer a imagem da velhice.

Pela mídia também temos tomado conhecimento de campanhas publicitárias dirigidas a pessoas com mais de 60 anos, programas turísticos e de lazer, planos de saúde

especiais, cursos universitários exclusivos, escolas de ginástica e mais uma infinidade de produtos para essa faixa etária (GOLDFARB, 1998).

Se, por um lado, este tipo de divulgação leva a crer que o idoso está sendo reconhecido como cidadão que tem direitos e que vem lutando para conquistá-los nas diversas instâncias da vida social, por outro leva a pensar se essa atitude não traduz a exclusão e a indiferença com que sempre foi tratado. Olhando com atenção, pode-se perceber que os programas são exclusivos para idosos, excluindo-os do convívio social com as demais gerações, o que dificulta a relação intergeracional e mantém as reações negativas em relação ao idoso e à velhice. Do ponto de vista ético, pode-se questionar se esses movimentos em favor do idoso têm, realmente, o objetivo de proporcionar a sua inclusão social ou se contribuem para mantê-los na exclusão e na indiferença.

Outro aspecto a ser abordado sobre a velhice é a sua estreita relação com o tempo e com a morte. Dentre as definições e considerações até aqui abordadas, a idéia de finitude se mostra como forte razão para se centrar o valor da vida ligado à beleza, à juventude, à produtividade, ao prazer e ao desejo de se prolongar a vida o quanto for possível.

Buscando caracterizar o sujeito do envelhecimento, Goldfarb (1998) enfatiza a dificuldade de aceitação da velhice, por significar a perda da ilusão da própria potência ao confrontar-se com o domínio invencível da pulsão de morte. Empreende-se, então, uma luta árdua em se tratando da elaboração do luto da própria vida, que, apesar de, em muitas situações, ter sua qualidade preservada, caminha inexoravelmente para a aniquilação, pela morte.

E, é preciso convir: esse não é um sentimento ao qual alguém se adapte facilmente, pois o ser humano é movido pelo desejo de viver, pela esperança, pelos valores culturais e, muitas vezes, pela fé. Ao se deparar com a morte, na perda de amigos ou entes

queridos, esse sujeito a vê, apenas, como possibilidade para o outro e não para si mesmo. O sentimento ou o desejo da imortalidade fala mais alto.

Loureiro (1998) e Goldfarb (1998) afirmam que a relação entre o sujeito do envelhecimento e o tempo se configura quando, ante os obstáculos do presente, evoca o passado em busca do sentido necessário e transfere para o futuro as possibilidades de reparação. Porém, quando se dá conta de que tal futuro já chegou e não existe mais tempo hábil para tais reparações, pode perder a esperança e o desejo de viver.

Em um estudo de avaliação da dependência e suas implicações para a perda de autonomia entre os idosos, Sánchez (2000) relata que a impossibilidade de participar mais de perto dos eventos relacionados à doença e à morte, no sentido de prestar solidariedade, foi uma das queixas importantes em relação às limitações impostas pela dependência. Mesmo concordando que o processo de morrer e o significado da morte adquirem maior peso e dimensão para o idoso, cita um estudo realizado sobre o assunto que detectou que, entre outros fatores, a convivência com a morte de amigos é capaz de diminuir o medo da morte e facilitar a sua aceitação por parte da pessoa idosa.

Com o objetivo de favorecer o entrelaçamento das considerações teóricas entre as concepções propostas para este estudo, é retomado o processo de envelhecimento para explorá-lo em sua relação com a dinâmica da dependência – autonomia.

Salgado (1980), Papaléo Netto e Ponte (1996), buscando definir a velhice, concordam que ela seja a fase mais difícil de ser caracterizada em relação às outras, no curso da vida. Tomam como exemplo a infância e a adolescência, que, quando estão para terminar, apresentam transformações definidas tanto no plano físico quanto no plano mental. Já a velhice não apresenta delimitações claras, mas se caracteriza pela ocorrência de declínios funcionais que podem se iniciar a partir da segunda década de vida, e de maneira quase imperceptível. Tais declínios, deficiências ou perdas de função são capazes, muitas vezes, de determinar

incapacidades parciais ou totais, fazendo com que as pessoas idosas necessitem da ajuda de terceiros para continuar a desempenhar suas tarefas cotidianas.

Apesar de apresentar uma capacidade de se adaptar a novas condições de vida, o ser humano, e mais especificamente a pessoa idosa, diante desse quadro de perdas que resultam em dependência, acaba por se isolar e perde completamente a capacidade de participar e de se expressar frente aos problemas do cotidiano. Resumindo: a dependência limita o exercício da autonomia.

2.6 A Velhice e o Processo de Envelhecimento no Curso da Vida

De acordo com Smeltzer e Bare (2002) o envelhecimento é considerado um processo natural de mudança relacionada ao tempo, que começa no nascimento e continua por toda a vida, envolvendo aspectos psicossociais, cognitivos e alterações progressivas dos sistemas corporais. Essas mudanças se traduzem em comprometimento da função física, das atividades e da aparência; as incapacidades da doença crônica; as perdas sociais e ambientais quanto aos rendimentos, às funções e às atividades.

Para Zimerman (2000), tais mudanças são consideradas transformações gerais, podendo ser verificadas em idade precoce ou avançada e com maior ou menor intensidade, sendo determinadas não apenas pelas características genéticas de cada indivíduo mas, principalmente, pelo modo de vida de cada um. Ainda segundo a autora, alguns fatores podem contribuir para retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo, e entre eles podem ser citados a alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controle do estresse, o apoio psicológico, a atitude positiva perante a vida e o envelhecimento.

Porém, o conhecimento desses fatores ainda não faz parte da vida de uma grande parte dos idosos em nossa sociedade, o que acaba por determinar o aparecimento dos sinais de desgastes físicos, psicológicos e sociais.

Em relação às mudanças físicas que ocorrem nesse período podem ser citados o aparecimento de rugas e de manchas senis, a flacidez da pele, o alargamento do nariz, o surgimento de verrugas, o aumento da quantidade de pelos nas orelhas e no nariz e a diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras, que podem ser percebidas externamente. Internamente também podem ser constatadas alterações, como a atrofia de órgãos internos – o que leva ao mau funcionamento dos mesmos – e do cérebro, diminuição do metabolismo, dificuldades digestivas, diminuição da audição, do olfato e do paladar. Sob o ponto de vista dos aspectos sociais adviriam a baixa auto-estima determinada pela crise de identidade e pela mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade, a chegada da aposentadoria, as perdas – que englobam a condição econômica, parentes, amigos, independência e autonomia – e a diminuição dos contatos sociais. Estas alterações de papéis e de status social exigem uma série de adaptações que nem sempre ocorrem de modo satisfatório, originando a falta de motivação e de perspectivas em relação ao futuro, assim como a ocorrência de alterações psíquicas como a depressão, a hipocondria, a somatização ou a paranóia (ZIMERMAN, 2000).

No entanto, o desgaste biológico normal no processo de envelhecimento e as dificuldades / incapacidades funcionais que aparecem com o passar do tempo induzem à concepção da velhice como um período de decadência do ser humano ou como sinônimo de doença (CALDAS, 1998).

Esse conceito sobre a velhice, que ainda prevalece em nossa sociedade, leva a uma desvalorização do idoso enquanto figura humana, favorecendo a privação da individualidade e da autonomia para o exercício de sua liberdade (COUTO, 1994).

O que chama a atenção, no entanto, é que esse pensamento é comum a jovens e velhos. Percebe-se uma autodiscriminação quando um velho refere a si mesmo como um peso morto, como alguém que já fez a sua parte, que não tem mais função e, portanto, não precisa mais viver.

De acordo com Zimmerman (2000), pode-se definir velhice como um período não de decadência, mas de alterações que devem ser encaradas como fenômenos naturais no processo do desenvolvimento humano.

Nessa perspectiva, Moragas (1997) define velhice como o resultado desse processo, categorizando-a de acordo com critérios cronológicos, da funcionalidade e enquanto etapa vital. Essa última concepção vem ao encontro de modernas proposições da psicologia do desenvolvimento e de outras orientações científicas e profissionais que valorizam a experiência humana positiva vivenciada pela pessoa e o respeito à sua individualidade, levando em consideração as características da sociedade na qual está inserida.

Sem definir claramente seus limites, Loureiro (1998) considera a velhice como uma das fases do ciclo da vida, e Waldow e Frichembruder (1985) também a definem como uma fase do desenvolvimento humano que, a rigor, não tem idade, tendo-se em vista que o processo de envelhecimento pode ocorrer sob diferentes aspectos: biológico, psicológico ou social.

A complexidade dos aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, para Cortelletti, Casara e Herédia (2004) dificultam a compreensão da velhice, a determinação do seu início e, até mesmo, a sua conceituação.

O conceito de velhice, propriamente dito, não é encontrado na literatura de maneira muito precisa (SALGADO, 1980; LOUREIRO, 1998; GOLDFARB, 1998), e Neri (1991, p.33), defende que:

[...] a resposta a qualquer tipo de questão sobre velho e velhice no Brasil depende de a quem e como ela é feita, o que, aliás, é verdadeiro em relação a qualquer pergunta. Não existe uma resposta única, porque o próprio fenômeno da velhice

tem múltiplos significados, contextualizados por fatores individuais, interindividuais, grupais e socioculturais.

O que se sabe, porém, é que a velhice não chega de um dia para o outro, mas se dá por um processo, chamado de envelhecimento, como citado anteriormente. Vários estudos têm abordado conceitos referentes ao envelhecimento e ao processo de envelhecer, e já se pode afirmar que está relacionado à idade cronológica, a aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos.

Fernández-Ballesteros (1999) explica que os aspectos biológicos referem-se à investigação sobre as alterações que se produzem nos distintos sistemas biológicos do organismo, de acordo com a idade e o passar do tempo. Os psicológicos referem-se ao estudo sobre as alterações e/ou a estabilidade que o passar do tempo produz nas funções psicológicas, como a atenção, a percepção, a aprendizagem e a memória, a afetividade e a personalidade, entre outros fenômenos psicológicos. Por fim, os sociais referem-se à busca de mudanças/alterações, devidas à idade, relativas a papéis sociais, intercâmbio e estrutura social; também buscam entender e definir de que forma os emergentes culturais contribuem para essas mudanças (crescimento ou declínio), e para o envelhecimento das populações.

Cada um dos aspectos citados abre um leque de perspectivas de análise da velhice e do processo de envelhecimento, com a possibilidade de aprofundamento de cada um dos componentes envolvidos, o que, neste momento, foge ao objetivo deste trabalho. Em seguida são feitas algumas considerações sobre o tema, numa perspectiva que envolve aspectos biológicos, histórico-culturais e psicossociais.

Por evidenciar as mudanças da imagem corporal, o aspecto biológico do envelhecimento é o mais frequentemente apontado pelas pessoas, ao serem abordadas sobre o assunto. Os próprios idosos se referem a essas mudanças, normalmente acompanhadas de dificuldades de ordem física e até mesmo de alterações da memória. Porém, tais alterações

nem sempre correspondem à real situação do idoso, sendo essa uma visão essencialmente cultural (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000).

Segundo Andrade (2001), o envelhecimento biológico está relacionado ao envelhecimento do organismo, com manifestações de caráter individual, o que impossibilita a determinação da idade biológica do indivíduo, permitindo, apenas, compará-la com a idade cronológica.

Ao critério cronológico pode-se somar eventos biológicos relacionados à capacidade ou ao estado funcional do indivíduo, o que irá determinar as diferenças entre as idades cronológica e biológica. Exemplificando: uma pessoa pode ter 50 anos de idade, cronologicamente, e 60 anos biologicamente, ou vice-versa (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000).

O processo de envelhecimento pode ser diferenciado entre primário (também denominado normal ou fisiológico), secundário (ou patológico) e terciário, ou terminal (NERI, 2001; ANDRADE, 2001).

Entende-se por envelhecimento primário ou normal aquele que ocorre naturalmente e de forma progressiva, sem a presença de patologias significativas, e pode ser influenciado por vários fatores, como educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos. Os cabelos brancos, as rugas, a flacidez muscular e os déficits sensoriais são seus indicadores. O envelhecimento secundário ou patológico se caracteriza pela ocorrência de afecções, principalmente as incapacitantes: esclerose múltipla, doenças cardiovasculares, câncer, demência, entre outras. Finalmente, o envelhecimento terciário ou terminal está relacionado a um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas, num espaço de tempo relativamente curto. Por essa razão é reconhecido como o ponto final das doenças terminais em qualquer idade (ANDRADE, 2001; BIRREN; SCHAIE, SCHROOTS, 1996 apud NERI, 2001).

Nessa perspectiva, Carvalho-Filho e Alencar (1994 apud RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000, p.16) definem o envelhecimento como:

Um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Neri (1993) e Andrade (2001), ao discutirem conceitos sobre o tema, apresentam o conceito de velhice ótima e envelhecimento saudável, competente, satisfatório ou com êxito, que pode ser definido como aquele que se desenvolve com pouca probabilidade de doenças e incapacidades, acompanhado de um bom funcionamento cognitivo, capacidade física e compromisso ativo com a vida.

Para que isso possa ocorrer, existem hoje o auxílio e a orientação de dois ramos da ciência que se desenvolveram fortemente a partir da segunda metade do século XX, com base no aumento da população idosa e da longevidade, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento: a Geriatria e a Gerontologia.

A Geriatria se ocupa das enfermidades dos idosos, estudando as doenças do envelhecimento, enquanto a Gerontologia constitui-se numa ciência básica, que, conjugando os conhecimentos das várias disciplinas, estuda o processo do envelhecimento (SALGADO, 1980; ANDRADE, 2001).

Comprovadamente, o acentuado desenvolvimento tecnológico, seja na descoberta de novas possibilidades terapêuticas ou na proposição de medidas preventivas, vem contribuindo para a superação da maioria dos transtornos patológicos ou da aparência, até há bem pouco tempo tidos como característicos para esse período de vida (GOLDFARB, 1998).

No campo da Gerontologia pode-se encontrar algumas teorias que procuram explicar o envelhecimento do ser humano. Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) classificam as teorias sobre o envelhecimento, de acordo com a natureza do fenômeno, em biológicas,

psicológicas e sociológicas. Segundo as autoras, as teorias biológicas dão maior ênfase ao processo de envelhecimento físico, apontando alterações nos âmbitos molecular e celular, nos principais órgãos e sistemas, assim como diferentes mecanismos e habilidades do corpo para responder às pressões do ambiente e resistir à doença. Dessa forma apontam, também, os fatores que afetam o envelhecimento e a longevidade.

Ao se referirem às teorias sociológicas, as autoras demonstram maior afinidade pelo marco teórico proposto por Riley (1987), segundo o qual o indivíduo pertence a uma coorte de idade que determinará seus papéis sociais, suas crenças e seus valores, devendo passar por várias mudanças sociais e individuais durante o curso da vida, de acordo com o avançar da idade. Já em relação às teorias psicológicas, citam a “teoria da atividade” proposta por Havighurst (1948), a “teoria do desenvolvimento da personalidade” de Erikson (1950) e a “teoria da personalidade do envelhecimento” de Neugarten (1968) como expressões das teorias clássicas. Dentre as teorias modernas destacam a “teoria do desenvolvimento da vida e envelhecimento” de Baltes *et al* (1980, 1987 e 1992) e a “teoria do comportamento genético e envelhecimento” de Plomin, McClearn (1990) e Pedersen (1996). A “gerodinâmica” de Schroots (1995) e a “gerotranscendência” de Tornstam, figuram como expressões das novas teorias, surgidas nos anos 90 (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000).

Surge também, na área da saúde, a noção de envelhecimento satisfatório, que consiste na otimização da expectativa de vida e na minimização da morbidade física, psicológica e social. Buscando alcançar esse objetivo, a medicina tem focado seus estudos no conhecimento dos limites de funcionamento e das reservas físicas dos mais velhos. O aumento das reservas físicas de pessoas com mais de 70 anos mediante a prática orientada de esportes e exercícios aeróbicos, que se refletem na melhora do tempo de reação e no funcionamento cardiovascular, assim como o controle de fatores de risco (fumo, álcool,

obesidade, sedentarismo) que podem alterar a taxa de acúmulo de patologias crônicas, são exemplos clássicos de pesquisas nessa área (FRIES, 1990 apud NERI, 1993).

Tal noção vem ao encontro da proposta básica da gerontologia, que é ajudar o ser humano a viver o tempo destinado à sua espécie da maneira a mais positiva possível (SALGADO, 1980).

No campo da Psicologia do Desenvolvimento, o envelhecimento tem sido objeto de estudos no sentido de se conhecer e entender as transformações do desenvolvimento humano envolvidas nessa fase. Percebendo o sujeito como um ser processual, isto é, em constantes transformações, a Psicologia do Envelhecimento considera que cada indivíduo envelhece de modo singular, de acordo com suas experiências ao longo do curso da vida.

O desenvolvimento de pesquisas em busca de novas teorias e novos conceitos relacionados ao processo de envelhecimento motivaram estudos em todo o mundo, nas diversas áreas do conhecimento. Particularmente no campo da Psicologia, estudiosos sobre a vida adulta e a velhice (BALTES et al apud NERI, 2000), após quase meio século, consideram o modelo organicista (que define o crescimento, a culminância e o declínio como etapas distintas do desenvolvimento humano) insuficiente para explicar o envelhecimento. Propõem, então, um novo paradigma: pensar o desenvolvimento e o envelhecimento como processos correlatos, caracterizados por ganhos e perdas em todas as etapas do ciclo da vida. É Paul Baltes que, em 1987, desenvolve a proposta teórica de *Life-span*, ou ciclo da vida. Em alguns estudos sobre o tema encontra-se também a denominação curso da vida ou *life course*, mas em nota de rodapé, no texto que explicita os pressupostos teóricos dessa nova proposta, Baltes (1987) comenta que há uma tendência por parte dos psicólogos para a utilização do termo *life-span*, enquanto os sociólogos preferem o termo *life course* ou curso de vida. Porém, ele os utiliza indistintamente.

Atualmente, tal proposta tem impulsionado as mais promissoras pesquisas sobre a competência adaptativa na velhice, e no Brasil a Dr^a Anita Liberalesso Neri desponta como principal pesquisadora dentro dessa nova proposta (HECKHAUSEN, 1999). Para ela, a perspectiva do *life-span* exibe uma orientação dialética, mostrando que:

nem crescimento nem decadência são processos unilaterais, que crescer e declinar não são processos mutuamente excludentes, e que seres humanos não se desenvolvem, chegam ao apogeu e perdem todas as capacidades e competências ao mesmo tempo, nem da mesma maneira. (NERI, 2001, p.25).

Para melhor se entender esse novo modelo psicológico para um envelhecimento satisfatório e tomá-lo como base para a contextualização da velhice no curso da vida, são explicitadas a seguir, ainda que de maneira sucinta, algumas proposições teóricas e alguns conceitos relacionados com a capacidade adaptativa.

O desenvolvimento é uma trajetória de mudanças que se estende por todo o curso da vida, envolvendo tanto os processos que se originaram no nascimento quanto os que se iniciam em outros momentos do curso da vida, e não há supremacia de nenhum período em relação à regulação da natureza do desenvolvimento. Processos cumulativos (continuidade) e inovativos (descontinuidade) ocorrem em todas as fases, conduzindo o organismo à maior organização e maior hierarquização, por meio das quais as partes ou os sistemas menores são englobados em partes ou sistemas mais abrangentes. É também um processo multidimensional e multidirecional, segundo o qual, diferentes estruturas e processos têm o próprio curso de desenvolvimento, podendo diferenciar-se, conforme a época, em ritmos variáveis. O potencial para o desenvolvimento fica preservado na vida adulta e na velhice, e sua ativação depende de recursos do organismo e de influências do meio. Ao longo dessas duas últimas fases, também concorrem processos de crescimento e contração do desenvolvimento (BALTES, 1987; NERI, 1993, 2001; TEIXEIRA, 2002).

Nessa perspectiva, o envelhecimento associado apenas à perda de capacidades e visto como etapa de declínios sucessivos é substituído por um novo conceito, em que perdas e ganhos se alternam.

Na trajetória do desenvolvimento aparecem as tarefas evolutivas, fortemente correlacionadas com a idade, que envolvem desafios e exigências de ajustamento e são determinadas por fatores biológicos, expectativas sociais e ação pessoal (NERI, 1993).

Erikson foi, então, o primeiro psicanalista a estender o estudo do desenvolvimento da personalidade até as fases mais tardias do ciclo da vida, desenvolvendo uma teoria, denominada epigênese do desenvolvimento, que pode ser considerada como a descrição do desenvolvimento dos valores mutantes e dos significados pessoais durante o curso da vida. Dividindo o período da existência humana em oito estágios, da infância até a velhice, aponta uma característica crise emocional decorrente do conflito entre duas tendências opostas. No entanto, é preciso entender que a utilização da palavra crise não quer, aqui, indicar um desastre iminente, mas, sim enfatizar que a resolução do conflito pode permitir o redirecionamento do desenvolvimento, promovendo-o ou prejudicando-o. Dessa forma, a personalidade vai se estruturando por meio de reformulações e adaptações baseadas nas experiências vividas anteriormente, manifestando as soluções adaptativas que se mostraram eficazes e satisfatórias, bem como os fracassos dos estágios anteriores (CORRÊA, 1996; BRAGHIROLI et al, 1999 apud TEIXEIRA, 2002).

Tais tendências, de acordo com Corrêa (1996) e Teixeira (2002), situam-se entre a necessidade individual e a exigência social de cada período da vida, nesta sequência:

1) Infância: confiança básica x desconfiança – Esperança; 2) Segunda infância: autonomia x vergonha e dúvida – Desejo; 3) Idade dos jogos: iniciativa x culpa - Propósito; 4) Idade escolar: produtividade x sentimento de inferioridade – Competência; 5) Adolescência: consolidação da identidade x confusão de papéis – Fidelidade; 6) Adulto jovem:

relacionamentos de intimidade x isolamento – Amor; 7) Maturidade: geratividade x estagnação – Cuidado; 8) Velhice: integridade ou aceitação do ciclo vital x desesperança – Sabedoria.

Resolver o seu conflito de forma que o *self* saia fortalecido, atingindo outros objetivos em outra etapa superior para o amadurecimento da personalidade corresponde à tarefa da vida de cada período, que também é conhecida como tarefa evolutiva.

Pois bem: as duas últimas etapas, determinadas por Erikson (1968 apud CORRÊA, 1996) como a maturidade e velhice envolvem os conceitos de geratividade e integridade, diretamente relacionados ao cuidado e à sabedoria, que serão explicitados para facilitar o entendimento da transição entre a idade adulta e a velhice.

A geratividade pode ser entendida como a preocupação em orientar a geração seguinte, o que envolve outras pessoas além de sua família. E de acordo com Erikson, e Kiviniik (1986 apud NERI, 1993), na maturidade a orientação para a geratividade passa de um enfoque restrito ao processo de procriação para uma visão mais ampliada e voltada para os princípios mais elevados de cuidar de outros seres humanos e olhar pelo bem-estar da humanidade.

A capacidade gerativa dos adultos pode, então, manifestar-se por meio da educação, do ensino, concomitantemente ao desenvolvimento de produtos e resultados para a vida, direcionados para benefícios do sistema social e para a promoção da continuidade de sua geração (PINTO, 1997).

Nessa fase também é possível se fazer um balanço sobre os sucessos e fracassos vivenciados, e o cuidado aparece no sentido de preservar suas conquistas. A integridade, na última fase, poderia ser expressa pela capacidade do indivíduo, ao fazer uma retrospectiva de sua história de vida, de saber apreciá-la com alguma satisfação. De acordo com Braghirolli (1999 apud TEIXEIRA, 2002, p.119):

a integridade é a marca individual daqueles que conseguem aceitar e conviver com a sua própria trajetória de vida e defender o seu estilo peculiar, que representa o seu patrimônio maior, frente às adversidades que a vida possa lhe reservar. Trata-se daquelas pessoas que conseguem vislumbrar a sua posição histórica e cultural, inserida num contexto e numa ordem maior.

Chegar à última etapa da vida, com senso de orientação para a geratividade, o cuidado e a integridade permite que se creia na consolidação da maturidade e da sabedoria. Nessa perspectiva, Neri (2001, p. 18) considera que um adulto tenha alcançado a maturidade “quando atinge certo grau de excelência, tido como valioso pelos semelhantes e por ele próprio”. A sabedoria, virtude frequentemente associada à velhice em determinadas épocas e culturas, pode ser definida como:

Virtude que emerge como resultado da resolução do conflito entre geratividade e estagnação, implicando a realização de tarefas evolutivas que significam adaptação pessoal e contribuição aos semelhantes: formação sobre o próprio ponto de vista sobre o próprio ciclo vital, aceitação do passado, memórias interativas, formação sobre um ponto de vista sobre a morte e derivação de um conceito de transcendência (ERIKSON; ERIKSON, 1998 apud NERI, 2001, p.19).

Porém, esse novo olhar sobre o envelhecimento, em que concorrem perdas e ganhos, possibilitando compensações adaptativas e favorecendo a motivação, ainda não é a realidade atual. Há que se concordar com Neri (1993) que é forçoso admitir que as perdas vão aumentando progressivamente durante o processo de envelhecimento. Estudo de investigação sobre atitudes em relação à velhice em pessoas de 13 a 45 anos de idade, realizado pela autora, em 1991, mostrou que houve uma tendência à associação da velhice com improdutividade, dependência, isolamento e desvalorização social. Sabedoria e dignidade também foram os atributos mais freqüentes nesse estudo.

Sabe-se também que a preocupação com o idoso e com o envelhecimento vem dos tempos mais remotos de nossa sociedade, e os olhares das diferentes culturas sobre a velhice se traduzem em paradoxo e ambigüidade, caracterizando-a como uma realidade trans-histórica (LOUREIRO, 1998; SANT’ANNA, 2000).

2.7 A Dinâmica Dependência-Autonomia na Velhice

A velhice também vem sendo associada, desde a Antiguidade, à dependência e à perda de controle sobre a própria vida, mesmo em se tratando de tarefas básicas para a sobrevivência. Dependência e autonomia/independência são termos encontrados nas discussões populares ou científicas como sendo antagônicos, freqüentemente focalizados como pólos opostos de uma mesma dimensão (PASCHOAL, 1996).

Para Baltes e Silverberg (1995, p.73), entretanto, esses conceitos são considerados como "uma relação dinâmica que se exprime de formas diferentes nas diversas fases do desenvolvimento e nos vários domínios do comportamento".

A dependência, ao contrário do que muitas vezes se possa pensar, não é um atributo exclusivo da velhice, podendo ser constatada ao longo do processo evolutivo do ser humano. Ao nascer, o bebê mantém uma relação de dependência com a mãe e as demais pessoas que o cercam, relação que vai diminuindo, gradativamente à medida que cresce, dando lugar à competência. Na idade adulta esse mesmo ser, agindo por vontade própria, de forma independente, na grande maioria de seus atos ou realizações, apresenta um grau de dependência muito pequeno em relação aos outros adultos. Na velhice esse processo de dependência reaparece, por conta do processo fisiológico do envelhecimento, e se manifesta, com maior intensidade e freqüência, pela ocorrência de doenças crônico-degenerativas (PASCHOAL, 1996; BALTES; SILVERBERG, 1995).

Wilkin (1990 apud PASCHOAL, 1996, p.317), define dependência como "um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros) para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas".

Mesmo considerando a diferenciação do conceito de dependência nas diversas culturas, e também de indivíduo para indivíduo, Baltes e Silverberg (1995) definem

dependência como um estado em que a ajuda de outrem é obrigatória para que a pessoa possa continuar a existir ou funcionar de maneira satisfatória. Colocam ainda a dependência como relação, apego ou solidariedade, lembrando a necessidade que as crianças têm dos adultos, os adultos de outros adultos, e os adultos dos filhos. Já o termo independência é associado aos termos autonomia, autoconfiança, individuação e autocontrole.

Em estudo de revisão sobre envelhecimento, dependência e cuidado familiar, Caldas (2003) diz que a dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização de atos elementares da vida, e que não apenas a incapacidade cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Ainda segundo a autora, concordando com Baltes e Silverberg (1995), a dependência não constitui um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

Já a autonomia, de acordo com o “Novo Dicionário da Língua Portuguesa” (FERREIRA, 1986) pode ser definida como “faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual; propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta”. E a independência pode ser definida como “estado ou condição de quem ou do que é independente, de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta”.

Na perspectiva das tarefas evolutivas, Kagan (1982 apud BALTES; SILVERBERG, 1995) afirma que dependência e autonomia se alternam, permitindo ao indivíduo lidar com as diferentes tarefas do curso da vida.

Ao se atingir a etapa da vida adulta ou maturidade, o indivíduo se depara com uma tendência ao equilíbrio entre a dependência e a independência, ao qual chamamos interdependência. Viver essa interdependência engloba ações e atitudes de ajudar os outros

(agência) e de receber ajuda e ter contato com os outros (apego). Também, ao que parece, é decorrente do amadurecimento e da evolução do processo de individuação e autonomia, mais pronunciado durante a adolescência, e vincula-se ao exercício de reciprocidade, mutualidade e solidariedade nas relações. Dessa forma, configura-se como base do ajustamento pessoal, da satisfação na vida e da geratividade, desempenhando um papel central na construção de um grupo social protetor, o qual garante acolhimento e suporte social ao longo da vida. (BALTES; SILVERBERG, 1995; PINTO, 1997).

Na velhice, o conceito de interdependência fica relegado a segundo plano, dando lugar à volta dos conceitos de dependência, independência, autonomia e perda de autonomia. Nessa fase, as tarefas evolutivas vão se processar de modo diversificado, devido às diferenças interindividuais quanto ao processo de envelhecimento e aos antecedentes para as mudanças, resultantes de vivências experimentadas nas etapas anteriores (BALTES; SILVERBERG, 1995).

No entanto, os autores apontam três domínios gerais que devem ser levados em consideração no processamento dessas tarefas: a) aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade biológica (a saúde tende a ser um problema crescente); b) as pressões e as perdas sociais tendem a se acumular (perda do cônjuge, filhos e irmãos; a aposentadoria e a perda de papéis sociais); c) a idéia de que o tempo está se tornando mais curto para eles gera novas tarefas, referentes à compreensão do *self* e do sentido da vida.

Complementando, Paschoal (1996) afirma que a dependência aparece em situações de crise (viuvez, divórcio, guerra, desemprego, etc.), podendo, também resultar de incapacidades, o que é mais comum entre os idosos. Além disso, pode acompanhar indivíduos com traços de personalidade dependente, que se julgam fracos e necessitados de ajuda.

Conforme os conceitos apresentados, as mudanças biológicas e as mudanças nas exigências sociais são fatores fortemente preditivos das dependências na velhice. Essas

dependências são classificadas, segundo Baltes e Silverberg (1995) em dependência estruturada, dependência física e dependência comportamental, que passam a ser descritas na sequência.

A dependência estruturada está ligada à idéia de que o valor do ser humano é determinado, em primeira instância, pela sua participação no processo produtivo. A perda do trabalho e/ou a aposentadoria são exemplos de dependência estruturada (parte da população trabalhadora disponível para sustentar os que estão fora da força de trabalho).

A dependência física diz respeito à incapacidade funcional, ao desamparo prático ou à incapacidade individual que a pessoa apresenta para realizar atividades da vida diária. Pode variar em graus de acordo com idade, gênero, classe social e problemas psiquiátricos. As incapacidades orgânicas resultantes das doenças crônico-degenerativas e/ou incapacitantes não determinam, necessariamente, a dependência física ou a incompetência do idoso, porém freqüentemente são vistas como um sinal de dependência generalizada. Collapy (1988 apud BALTES; SILVERBERG, 1995) propõe, então, a seguinte questão: seria a dependência física interpretada como um sinal de dependência para a tomada de decisão dentro da dinâmica do cuidado? Infelizmente, não se pode negar a ligação existente entre competência e autonomia, e entre incompetência e dependência; porém, segundo o autor, considerando-se as variações existentes entre os dois extremos, a dependência física não é determinante, por si, da perda de autonomia.

Pavarini (1996), ao estudar a dependência comportamental na velhice, pôde constatar que a autonomia influencia diretamente a qualidade de vida das pessoas idosas, ressaltando a importância de continuarem a exercer o controle sobre suas vidas, mesmo diante das limitações impostas por algum grau de dependência ou fragilidade.

Ramos (1999 apud SIQUEIRA, 1999) afirma que a perda da capacidade funcional (conseguir se locomover, realizar tarefas da vida diária, raciocinar, etc.), mais que a

ocorrência de doenças, está diretamente relacionada com a mortalidade entre idosos. Essas afirmações se baseiam nos dados preliminares do primeiro estudo longitudinal realizado na América Latina – o Projeto Epidoso – que tem o objetivo de acompanhar as mudanças no perfil da população idosa. O pesquisador ressalta, ainda, que entre os portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, é mais provável que os mais independentes e autônomos tenham mais longevidade. Na segunda etapa do estudo os resultados também demonstraram que, entre os idosos que morreram até então, a maioria apresentava problemas cognitivos (de memória ou concentração) e dependência física.

Em outro estudo de avaliação da capacidade funcional entre idosos em tratamento fisioterápico, Guimarães, Galdino, Martins *et al* (2004) puderam constatar, mediante a utilização do índice de Katz, que os idosos portadores de problemas ortopédicos apresentam maior grau de independência em relação aos portadores de problemas neurológicos, que via de regra convivem com seqüelas extremamente incapacitantes, que podem levar a alterações da mobilidade, da coordenação motora, da consciência corporal, da localização do corpo no espaço, entre outras.

É válida, nesse contexto, a contribuição de Gillon (1995 apud SANCHEZ, 2000), a respeito da avaliação da autonomia. Segundo ele, três critérios podem ser utilizados: autonomia de ação, autonomia de vontade e autonomia de pensamento. A autonomia de ação determina que o homem tem liberdade de ação, podendo agir de forma independente e sem qualquer obstáculo; a autonomia de vontade permite que o ser humano decida sobre as coisas com base nas próprias deliberações, e a autonomia de pensamento é a que permite ao homem, no uso de sua capacidade intelectual, tomar decisões com base em suas crenças e valores. Como exemplo, pode ser citado o caso de pessoas que apresentam dependência física mas são independentes do ponto de vista financeiro, e vice-versa.

Já a dependência comportamental pode ocorrer como consequência da dependência física, e é explicada por dois grandes paradigmas: um vê a dependência como resultado do desamparo aprendido; o outro a considera como instrumento de controle passivo. No último caso, uma pessoa pode ser considerada incompetente para realizar determinadas tarefas e, mediante tal constatação, uma segunda pessoa sempre assume a função de fazê-las em seu lugar, mesmo que isso não seja necessário ou que contrarie sua vontade (BALTES; HONN; BARTON, 1983; BALTES; SILVERBERG, 1995; SANCHEZ, 2000).

No ambiente institucional essa prática se mostra bastante comum, e para Baltes e Silverberg (1995) esse tipo de controle é tido como um paternalismo permitido, quando se assume que o interesse do cliente é o interesse do cuidador. Como exemplo, reforçam a frequência com que a dependência física é confundida com dependência para a tomada de decisão. Atitudes como essa, em que se quer justificar o fazer tudo em lugar do idoso, negam sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha. Com o objetivo de verificar similaridades e diferenças entre os residentes em modalidades de vida assistida na comunidade e os residentes de *nursing homes*, Rose e Pruchno (1999) observaram e analisaram comportamentos relacionados com dependência e independência nas duas situações de cuidado. Os resultados demonstraram uma forte influência dos acompanhantes ou cuidadores sobre o comportamento dos idosos e vice-versa. Porém, essas interações não estavam relacionadas ao modelo de assistência, e sim à não manifestação de atitudes de cuidado entre funcionários e residentes.

Já nas situações de perda de domínio e controle pessoal para o desenvolvimento no curso de vida, a dependência pode ser considerada como resultado de experiências envolvendo a não expectativa de competência ou posse das habilidades que permitem lidar com a situação e a não expectativa de um ambiente contingente e responsivo. Nesses casos há necessidade de se ajustar à realidade, mudando metas, transferindo o controle

primário a outrem e criando mecanismos de compensação em face de eventos irreversíveis e perdas inevitáveis. Porém, para isso é necessária uma atitude de aceitação da mudança para o sucesso do ajustamento.

Exemplificando, pode ser citado o estudo de Gignac, Cott e Badley (2000), que investigaram os esforços comportamentais utilizados por 286 idosos portadores de osteoartrite e/ou osteoporose para se adaptarem às incapacidades resultantes dessa condição. Ao final do estudo os autores puderam constatar que os idosos utilizaram vários mecanismos de adaptação, que incluíram compensação de perdas, otimização do desempenho, limitação ou restrição de algumas atividades e o benefício da ajuda de outras pessoas. Esses mecanismos foram utilizados para atividades de cuidados pessoais, movimentação dentro e fora de casa, afazeres domésticos e outras atividades consideradas importantes; e também influenciaram na percepção de dependência ou independência entre os idosos, de acordo com o tipo de atividade realizada e o mecanismo de adaptação envolvido.

Entretanto, não se pode negar que o redimensionamento das atividades do idoso e de outras pessoas responsáveis pelo seu cuidado, frente às incapacidades, acaba gerando situações nem sempre agradáveis para a pessoa idosa. Alguns receios podem então surgir, e o maior deles é o de se tornar uma carga para os familiares. Por outro lado, esse receio pode acarretar um fardo igualmente pesado para o idoso, quando exige de si a mesma independência que tinha em fases anteriores da vida. A esse respeito pode-se enumerar algumas razões pelas quais o idoso evita pedir ajuda: a) acha que não tem direito de pedir; b) não quer incomodar; c) tem medo de que o pedido seja negado, gerando frustração; d) acha que está tirando tempo de alguém; e) o trabalho dos filhos e dos netos é mais importante que ele; f) tem medo de ser rotulado de chato e perder seu status; g) tem medo de ser malvisto, pois a velhice já é vista como algo ruim, chato, triste, e de deixar como herança uma imagem ruim; h) tem medo de sobrecarregar filhos, amigos, vizinhos, etc; i) tem medo de se sentir um

peso, cultivando sentimentos de culpa (MONTESKO; GREEMBERG, 1995 apud SANCHEZ, 2000; ZIMERMAN, 2000).

Essa relação dependência-independência/autonomia é uma relação dinâmica e pode sofrer mudanças no equilíbrio de acordo com a fase da vida em que a pessoa se encontra. Tais mudanças podem colocar em risco a autonomia dos indivíduos ou resultar na perda dessa autonomia, em razão de causas extrínsecas (aspecto sociais), intrínsecas (perdas em competências físicas e mentais) ou da combinação de ambas (BALTES; SILVERBERG, 1995).

Depreende-se, então, que o entendimento dos conceitos de dependência e independência/autonomia é essencial para o cuidado geriátrico. A dinâmica que envolve os cuidadores pode influenciar de modo significativo o curso de vida das pessoas idosas, no que tange às relações estabelecidas com os idosos e à qualidade do cuidado a eles dispensados. Essa constatação pode ser feita, por exemplo, com base no estudo realizado por Baltes, Neumann e Zank (2004), em instituições de longa permanência da Alemanha, mostrando que o preparo adequado da equipe de cuidadores foi capaz de modificar as ações de cuidado, antes fortes indutoras de dependência nos idosos, para a promoção e manutenção da independência.

O cuidado ao idoso aparece como característica essencial dos programas de assistência, seja no âmbito de atendimento comunitário ou institucional, e segundo Zoboli (2004) tem sido objeto de estudo da enfermagem, que busca compreendê-lo ao longo dos tempos e o sustenta como seu bem interno. Torna-se necessário, portanto, conceituar e situar o cuidado e os cuidadores no contexto da assistência de enfermagem geral e gerontogeriátrica.

2.8 Conceitos sobre Cuidado e Cuidadores em Enfermagem

A escassez de estudos e de material bibliográfico sobre envelhecimento e, conseqüentemente, sobre cuidadores no Brasil tem estimulado a realização de estudos no sentido de auxiliar nas reflexões sobre a importância de se pesquisar a figura do cuidador como sujeito na rede de suporte, formal ou informal, às pessoas que estão envelhecendo, em estado de dependência, no Brasil (KARSCH, 2004).

Em pesquisa sobre a produção de teses e dissertações na área do envelhecimento, Prado e Sayd (2004) encontraram, até novembro de 2002, 891 obras, sendo a maioria produzida pelos programas de pós-graduação *stricto sensu* das universidades públicas das regiões Sudeste e Sul, destacando-se os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Já em relação aos cuidadores, Abendorff e Chalis (1990 apud KARSCH, 2004) relatam que as pesquisas na área já passaram por diferentes etapas, que abrangem estudos descritivos das características dos cuidadores e das tarefas por eles realizadas, além de estudos exploratórios sobre cuidadores em stress e investigações de avaliação dos serviços e das intervenções.

Tendo o cuidador do idoso como sujeitos deste estudo, torna-se pertinente saber quem são, então, esses trabalhadores, e quais as suas funções.

Como consequência do envelhecimento populacional e predomínio das doenças crônico-degenerativas, está crescendo no seio da família brasileira a necessidade de se cuidar dos idosos, e historicamente o cuidado da casa, das crianças, dos doentes, dos idosos e da terra foi atribuído ao sexo feminino.

Corroborando, Néri (2002) afirma que, atualmente, no Brasil, a atribuição do papel do cuidador responde ao seguinte critério cultural: espera-se do homem o sustento

material e a autoridade moral, e da mulher o cuidado do lar e da família. Assim sendo, quem cuida do idoso geralmente são as esposas ou as mulheres descendentes da segunda geração. Dificilmente a tarefa de cuidar é atribuída aos homens.

Mas, apesar de essa atividade estar ligada, culturalmente, à figura feminina, há que se levar em conta a mudança na estrutura familiar, com a mulher se inserindo mais e mais no mercado de trabalho. A dupla jornada dessa mulher impossibilita sua total dedicação ao cuidado do idoso dependente em casa, sendo necessária a busca de alternativas de cuidado. Além do que, o cuidado diário e permanente ao idoso produz perturbações, como o desgaste emocional, a renúncia aos projetos de vida, a solidão, a sobrecarga e as frustrações (KAWASAKI; DIOGO, 2001; GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005).

A literatura aponta para definições diversificadas sobre quem é o cuidador e as denominações que recebe nos diferentes contextos.

Para Vieira (1996, p.35), os cuidadores de idosos podem ser definidos como “pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou pessoas contratadas pela família para este fim”.

Já para Caldas (1998b), Kawasaki, Diogo (2001), a mulher ou qualquer outro membro da família, e até mesmo um amigo próximo que auxilia o idoso portador de doenças crônico-degenerativa e com algum grau de dependência é denominado cuidador informal. Já o cuidador formal, também chamado de principal ou secundário, assume o cuidado da pessoa idosa quando a família não pode fazê-lo. Porém, na grande maioria das vezes é um trabalhador sem preparo profissional, sem qualquer curso de enfermagem, mas que realiza cuidados de enfermagem, o que implica sérios riscos à qualidade de vida do idoso.

Uma classificação dos cuidadores, além das categorias formal e informal foi descrita por Wanderley (1998 apud KAWASAKI; DIOGO, 2001). Segundo a autora, as

diversas categorias descritas a seguir não são excludentes, e sim complementares. *Cuidador remunerado*: recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar; *cuidador voluntário*: não é remunerado; *cuidador principal*: tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado; *cuidador secundário*: divide, de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com um cuidador principal, auxiliando-o, substituindo-o; *cuidador leigo*: não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidar; *cuidador profissional*: possui qualificação específica para o exercício da atividade (enfermeiro, terapeuta, etc); *cuidador familiar*: tem algum parentesco com a pessoa cuidada; *cuidador terceiro*: não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada.

De acordo com essa classificação, pode-se dizer que o cuidador do idoso institucionalizado, objeto deste estudo, poderia ser denominado remunerado, principal ou secundário, leigo, profissional e terceiro.

Mais recentemente, com pequenas variações, Gonçalves; Alvarez; Santos (2005) e Brêtas; Yoshitome (2005) classificam como cuidadores leigos, informais ou não profissionais, a mulher (também denominada cuidador principal ou primário) e os demais membros da família, assim como vizinhos, amigos, compadres/comadres que quase sempre prestam trabalho voluntário e sem remuneração. Já os cuidadores contratados e remunerados pelo idoso e/ou família para as atividades cuidativas são chamados cuidadores formais.

Porém, a falta de profissionais qualificados e a justificativa do alto custo de um atendimento particular de enfermagem tem favorecido a discussão sobre a criação de novas ocupações e funções de nível médio como o "geri-sitter" ou assistente de geriatria e gerontologia, e o atendente pessoal (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Neste contexto, Gonçalves; Alvarez; Santos (2005) afirmam que o cuidado ao idoso sadio ou doente envolve procedimentos, por vezes específicos, que exigem o treinamento direcionado para situação do cuidado requerido (cuidado leigo em asilos,

acompanhante doméstico, para centro-dia ou hospital-dia, grupos de ajuda mútua de idosos em condições crônicas, entre outros) e acompanhamento do cuidador leigo por, no mínimo, um enfermeiro especializado. Mas apesar de salientar e valorizar o bom treinamento dos cuidadores leigos, as autoras suscitam os questionamentos éticos envolvidos nestas situações de cuidado tais como a segurança e a qualidade do cuidado prestado e a manutenção do direito de cidadania dos idosos fragilizados de denunciar ou encaminhar queixas acerca de negligência e má qualidade dos serviços. Sendo assim e em concordância com o posicionamento assumido pelas enfermeiras do Grupo de Estudos de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica frente à proposta do Projeto de Lei sobre o Cuidador Domiciliar pelos dirigentes do Programa Nacional do Idoso (1998), as autoras consideram mais viável a proposta de especialização e/ou capacitação das diferentes categorias da equipe de saúde como forma de assegurar o acesso e a qualidade da assistência a este grupo etário.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos cuidadores se pode citar a supervisão contínua das atividades de vida diária do idoso, como alimentação, higiene pessoal, uso de medicação, vestuário, entre outras. Além disso, pode fornecer informações sobre alterações do estado de saúde ou de seu comportamento ao responsável pelo idoso (família ou instituição) ou ao médico e à equipe de saúde, e estimular sua participação e interação social de forma a promover seu bem-estar geral. Muitas vezes, no entanto, na ânsia de suprir as necessidades ou dificuldades apresentadas pelo idoso, o cuidador acaba fazendo o que ele poderia fazer por si mesmo, sufocando as potencialidades e capacidades ainda preservadas. Quando isso acontece o idoso sente-se frustrado podendo ter acentuados sentimentos de desesperança que podem levá-lo à depressão. Por isso, é necessário que o cuidador tenha, além de bom senso e coerência, conhecimento sobre características que acompanham a pessoa durante o processo de envelhecimento, para prestar um cuidado com qualidade.

De qualquer forma, seja quem for o cuidador e o tipo de atividade que desenvolva junto ao idoso, estará sempre desempenhando a função de cuidar.

E o que é cuidar? O que é cuidado?

O cuidado está e esteve presente desde sempre na vida de homens e mulheres, desde os primórdios da humanidade. Stamm (2002) ressalta que o cuidado, do ponto de vista existencial, é a prioridade, vindo antes de toda atitude e situação do ser humano, e deste modo pode servir como alerta, prevenção, promoção, ajuda no desenvolvimento de qualquer ser vivo ou na preservação de objetos inanimados.

Etimologicamente, cuidar significa aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação (KURCGANT, 1991).

Waldow (1998a), com base nas definições de alguns dicionários da língua portuguesa, complementa o conceito acima com os significados de imaginar, pensar, meditar, cogitar, atentar, causar inquietação, refletir. Expressões como fazer preparativos, cuidar da saúde, ter cuidado consigo mesmo, prevenir-se, acautelar-se, interessar-se por, cuidar de ou em, preocupar-se e reparar também podem ser utilizadas com o significado de cuidar.

O cuidado, segundo a autora, pode assumir significados de atenção, cautela, precaução, diligência, desvelo, zelo, responsabilidade, tratar doentes com cuidado, vigilância, incumbência, inquietação moral, solicitude, dar cuidado, preocupar, entre outros.

Os termos cuidar/cuidado, na língua inglesa (care/caring), possuem o mesmo significado, podendo ser utilizados como sinônimos de atenção, preocupação, tomar conta, responsabilizar-se por, proteção. Podem também expressar a idéia de gostar de, afeto, desejo, preocupação. No senso comum é representado como proporcionar conforto, tocar, proteger, ser paciente, ficar perto, tomar conta, respeitar, fazer para/com o outro (WALDOW, 1998a; WALDOW, 2001). A semelhança entre esses significados talvez possa explicar a frequência de sua utilização em lugar de “cuidar” ou “cuidado”, como termos isolados.

O cuidado tem sido considerado como expressão essencial da enfermagem, e nos últimos trinta anos os enfermeiros têm se dedicado mais intensamente ao seu estudo e conceituação, buscando resgatar a essência do cuidado de Florence Nightingale. Para ela, o cuidado amoroso, honesto e desprendido tinha grande valor. Além disso, considerava imprescindível que as enfermeiras tivessem, além do conhecimento científico, elevado padrão moral, criatividade, intuição, e entre outras coisas incentivava o ouvir com atenção e sem pressa. Esse cuidado, que tinha fortes bases holísticas e humanísticas, e articulava arte, ciência e espiritualidade, sofreu grande desvalorização quando a prática de enfermagem, depois de Florence, assume o modelo biomédico de atenção à saúde (ANDRADE, 2001; STAMM, 2002).

Dentro da perspectiva do modelo biomédico, a prática da enfermagem enveredou para os rumos da institucionalização e da administração formal e burocratizada, o que levou os enfermeiros a se afastarem dos pacientes, razão de sua prática, passando a responsabilidade das tarefas e dos procedimentos para auxiliares e técnicos de enfermagem. Sob sua responsabilidade direta ficaram as questões administrativas, como a coordenação e supervisão da equipe. Deu-se também a fragmentação, e conseqüentemente a impessoalidade e a despersonalização do cuidado, à medida que as especializações e o aperfeiçoamento técnico foram sendo valorizados. Na prática, uma das conseqüências foi a divisão ou subdivisão de tarefas, e no ensino, a educação compartimentalizada em especialidades. Cabe destacar que a especialização, mesmo promovendo a dissociação para que haja o entendimento, não deve servir para dividir o homem, e sim, para promover a sua unidade (WALDOW, 2001; AMBROZANO, 2002).

A esse respeito, Esperidião, Munari e Stacciarini (2002) também afirmam que, apesar do discurso de integralidade do ser humano, a atual metodologia, ao fragmentar o

conhecimento, opõe-se à visão holística e existencialista do homem, cuja premissa básica é a de que, como um todo, ele é diferente da soma de suas partes.

Seguindo a trajetória da evolução da profissão nas últimas décadas, profissionais de enfermagem em todo o mundo vêm buscando uma metodologia para o cuidado à saúde, com vistas ao desligamento dessa prática do modelo biomédico. A maior parte dos estudos vem sendo desenvolvida por enfermeiras norte-americanas, responsáveis por grande parte das teorias de enfermagem hoje disponíveis.

Algumas dessas teorias estão fortemente centradas no cuidado, como a Teoria Geral de Enfermagem de Orem (Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem), a de Watson (Teoria Transpessoal do Cuidado Humano) e a de Leininger (Teoria Transcultural do Cuidado).

Para Orem, a enfermagem é a profissão que tem especial preocupação com a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e na medida em que valoriza a co-responsabilidade do cliente no processo saúde-doença, aproxima-se da perspectiva holística do cuidado (GEORGE, 1983; ANDRADE, 2001).

A Teoria Transpessoal do Cuidado Humano, de Watson, baseia-se na filosofia e ciência do cuidado de enfermagem. Para ela, o cuidado humano é visto como o ideal moral da enfermagem. Foi a primeira teoria a associar ciência com espiritualidade, e também aponta para uma visão holística de saúde, ao considerar a integralidade do ser humano (PAVARINI, 1996; ANDRADE, 2001).

A Teoria do Cuidado Transcultural, de Leininger, está fundamentada num modelo transcultural de enfermagem, e dedica-se ao estudo das diferenças culturais na relação cuidar/cuidado. Ao considerar o ser humano num contexto cultural, essa teoria contempla a dimensão ética do cuidado, fator de fundamental importância na ordenação de um corpo de conhecimento da enfermagem (PAVARINI, 1996; ANDRADE, 2001).

No Brasil, alguns estudos têm sido empreendidos na área do cuidado, englobando o sistema de cuidado de enfermagem, as concepções de cuidar/cuidado e confortar/conforto sob o olhar de quem cuida e de quem é cuidado, assim como o processo de cuidar/cuidado e a formação da enfermeira com base em uma abordagem sócio-histórica.

Dentre os expoentes da literatura brasileira sobre o cuidado, Waldow (2004), ao empreender uma reflexão sobre o cuidado na saúde, dedica um capítulo de sua obra aos fundamentos filosóficos do cuidar. Dentre as concepções abordadas, chamam a atenção as de Mayeroff (1971), Heidegger (1969), Griffin (1983) e Boff (1999).

Para Mayeroff (1971 apud WALDOW, 2004), o cuidado qualifica os nossos relacionamentos com o outro, permitindo que cresça e se desenvolva. É, portanto, um modo de relacionar-se com alguém que implica desenvolvimento e confiança mútua, capaz de provocar uma transformação profunda no relacionamento. Também aponta alguns elementos que considera essenciais para o cuidado e que envolvem conhecimento, alternância de ritmos, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem. Para cuidar, então, é preciso conhecer o outro e suas necessidades, assim como saber seus poderes e limitações; é modificar o seu comportamento de forma a melhor ajudar o outro ser; é permitir que o outro se encontre de acordo com seu tempo; mas é ter paciência também consigo, para descobrir o outro e a si mesmo; é ser honesto consigo mesmo e respeitar o outro, mesmo diante de fatos ou coisas desagradáveis; é confiar no crescimento do outro e permitir sua independência, assim como confiar na própria capacidade para cuidar e para aprender com os enganos; é saber aprender sempre e aprender também com o outro; é orgulhar-se de suas realizações, sem pretensão e sem demonstrar triunfo sobre os outros; é viver o presente com o sentido do possível, não só para o outro, mas para a realização do outro por meio do seu cuidado; e, finalmente, é abraçar com coragem o desconhecido, utilizando-se de experiências passadas e abrindo-se para o presente (MAYEROFF, 1971 apud WALDOW, 2004).

Heidegger (1969 apud WALDOW, 2004) considera o cuidado como essência do ser humano. Incluindo uma dimensão ontológica, o autor o avalia como um modo de ser, de tal maneira que, sem ele, deixa-se de ser humano. Considera não só o cuidado do outro, mas também o cuidado de si. Indo além, o autor ainda distingue o cuidado autêntico, que consiste em ajudar o outro a cuidar do próprio ser, e ressalta que é freqüente ocorrer o contrário, quando pelo uso do poder se mantém a dependência do outro. Essa situação envolve o fazer pelo outro, quando ele poderia fazer por si só, ou deixar de prover meios para que isso ocorra.

Para Griffin (1983 apud WALDOW, 2004) o cuidado acompanha o crescimento e o desenvolvimento humano, e como modo de ser é um estado da existência humana de grande significação nos relacionamentos com outros seres humanos e com o mundo. Para a autora, o cuidar em enfermagem abrange dois aspectos: de atividades e o de atitudes e sentimentos. Ressalta que, emocional e moralmente, o ser que recebe os cuidados precisa ser reconhecido pelo que foi, é, e pelo que espera tornar-se novamente. Em relação ao cuidador, considera que a maturidade, o auto-conhecimento ou consciência de si pode levar ao conhecimento do outro, de suas necessidades, assim como representa uma pré-condição para o bom relacionamento com os outros. Atenção, discernimento, conhecimento, percepção e intuição também são outros aspectos apontados pela autora, que pondera que o cuidado realizado com envolvimento, sem considerar apenas o aspecto técnico do procedimento ou da tarefa, inclui o componente moral e emocional, constituindo-se no verdadeiro cuidado.

Finalmente, conforme ensina Boff (1999) a palavra cuidar que se origina do latim *cogitare*, que significa pensar, meditar, tratar de, zelar, o que se opõe ao descuido e ao descaso; representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado, para ele, também é um modo de ser, e pode representar o equilíbrio entre as dimensões de céu (transcendência) e terra (imanência). Para

Boff (1999), ainda, o trabalho faz parte do modo-de-ser-no-mundo. Uma pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros pelo modo-de-ser-no-mundo quando o trabalho se dá sob a forma de intervenção ou interação; e pelo modo-de-ser-cuidado, que mesmo se opondo ao trabalho, confere a ele uma relação de convivência, de interação e comunhão entre os sujeitos.

As dimensões do cuidado valorizadas pelo autor incluem o amar como fenômeno biológico, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a confiabilidade e a compaixão.

Waldow (2004, p.176) também apresenta sua definição de cuidado, afirmando que:

Cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida.

Na psicologia, cuidar e ser cuidado assumem grande importância na vida das pessoas, e enquanto manifestação de amor, são essenciais para o estabelecimento e a manutenção das relações sociais durante todo o curso da vida. Sendo assim, essas relações podem representar fonte de aceitação social e de bem-estar para o cuidador, e também apoio, proteção, reconhecimento, retribuição e valorização para quem é cuidado. Cuidar envolve relações de solidariedade, e na perspectiva da teoria eriksoniana do desenvolvimento é uma forma de manifestação da geratividade pelo indivíduo adulto (PAVARINI, 1996; PINTO, 1997).

As diversas concepções conferidas ao cuidado apresentam tanto semelhanças como aspectos que diferem umas das outras, e nesse sentido, Waldow (2004) reforça a necessidade da reflexão crítica a respeito dessas concepções para que, clareando seus significados, os profissionais de enfermagem possam buscar caminhos que auxiliem na construção do conhecimento da profissão, assim como empreender uma transformação da

prática de enfermagem e do seu ensino, com o objetivo de reduzir a dicotomia entre teoria e prática.

Esse pensamento é compartilhado também por Marcon, Andrade, Silva (1997), que buscando conhecer o cuidado domiciliar sob o olhar de enfermeiros de um hospital de ensino, sugerem que novas formas de abordagem e novos parâmetros do cuidado sejam estabelecidos na formação profissional do enfermeiro, com vistas à integração do cuidado institucional com o informal, a fim de reconhecer e melhorar a qualidade desse cuidado, como meio de transformação da realidade de saúde e do cuidado familiar.

Da mesma forma como se tem buscado resgatar o sentido humanístico do cuidado na enfermagem geral, também se têm empreendido esforços para resgatar o idoso como objeto de cuidado no contexto da enfermagem gerontológica. Vivendo numa sociedade que valoriza a produtividade e o conhecimento científico, o velho (ou idoso) foi perdendo valor social, de forma que sua tradição e sabedoria, muitas vezes, também não têm valor perante a ciência. Nesse sentido, Caldas (2004) considera que o cuidado solidário, que reconhece e respeita as diferenças sociais e culturais pode ser a forma de viabilizar esse resgate.

A maior parte das pesquisas desenvolvidas em relação ao cuidado do idoso diz respeito ao contexto domiciliar, abrangendo relatos sobre a experiência de cuidar e ser cuidado (ALVAREZ, 2001; ANDRADE, 2002; KARSCH, 2004).

Numa outra abordagem, que contempla o cuidado ao idoso no âmbito da comunidade, Farinasso (2005) traçou o perfil dos idosos de uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de fornecer subsídios para a melhoria do atendimento à saúde do idoso por parte das equipes de Saúde da Família, e instrumentalizar e apoiar as famílias cuidadoras.

No âmbito do cuidado prestado aos idosos institucionalizados, o trabalho de Pavarini (1996) tem sido referência quando se trata de conhecer a concepção dos cuidadores sobre a dependência, a competência e o cuidado ao idoso institucionalizado.

Nessas instituições, o cuidado direto aos idosos, como já referido em outro tópico, é prestado, na maioria das vezes, por auxiliares e atendentes de enfermagem, sendo rara a presença do enfermeiro. Quando presente na equipe, este normalmente assume as atividades de coordenação e as tarefas mais complexas.

Para que ocorra o cuidado é necessário que se estabeleçam relações, aqui definidas por Waldow (2004) como aquelas que se caracterizam pela expressão de comportamentos como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, que quando compartilhados entre as pessoas, propiciam um ambiente de cuidado.

O cuidado ao idoso exige algumas qualidades, entre elas a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica. No entanto, alguns profissionais apresentam dificuldade para tal tarefa, relutando em dispensar o tempo necessário para que isso aconteça, e buscam justificativa na necessidade de cumprir as rotinas impostas pela instituição. Em outras situações, os sentimentos pessoais sobre o envelhecimento e a idade podem ser negativos ou estereotipados, o que pode comprometer o cuidado prestado. Por exemplo, quando o cuidador tem a noção de que toda pessoa idosa é confusa, doente ou que não contribui em nada com a sociedade, pode sabotar o desenvolvimento de uma relação de cuidado. Essas situações podem caracterizar comportamentos ou ambientes de não-cuidado, podendo levar o idoso a atitudes de não aderência ou à falta de cooperação. Faz-se necessário, então, que o cuidador possa refletir sobre seus sentimentos, buscando eliminar preconceitos ou atitudes estereotipadas (ROACH, 2003).

Além disso, segundo a autora citada, o cuidador deve reconhecer os atributos e as características pessoais de cada idoso, a fim de se elaborar um plano individual de

cuidados. Para isso, deve apresentar competência técnica ou clínica, conhecimento das alterações físicas e psicossociais do envelhecimento, com vistas ao cuidado holístico; e capacidade de comunicação e capacidade para o trabalho em equipe. Nessas circunstâncias, o cuidador pode aplicar os princípios do cuidado em enfermagem aos idosos, de forma delicada e significativa.

Tendo em vista a humanização do cuidado Silva, Tonelli e Lacerda (2003) consideram que a observação, a criatividade, a curiosidade científica, a comunicação, a escuta paciente, a simpatia, a empatia, o bom humor, a interação, o corpo, o toque terapêutico, o cuidado emocional e o educacional, o caráter humanitário, a técnica, a sensibilidade, entre outros, são instrumentos valiosos que podem e devem ser utilizados pela enfermagem. Consideram, também, que os cuidadores devem desenvolver qualidades como dedicação, conhecimento, paciência, tolerância, sinceridade, confiança, humildade, esperança, coragem, competência, comprometimento e responsabilidade, para que se estabeleça a relação com o ser que é cuidado.

Porém, em face do alto desenvolvimento tecnológico, a arte de cuidar pode ser negligenciada, e os idosos acabam sendo ignorados, apressados ou tratados com desrespeito, o que, segundo Pavarini e Néri (2005), é um dos fatores que podem induzir à dependência comportamental do idoso, como abordado em tópico anterior.

Considerando o cuidado como imperativo ético e sob o olhar da fenomenologia de Heidegger, Caldas (2004) adverte que a simples ocupação do cuidador com a dimensão física do cuidado, em detrimento de sua dimensão afetiva, caracteriza a deficiência do cuidado e pode levar à indiferença em relação aos sentimentos e à vida da pessoa que está sob cuidados. Por outro lado, aponta os modos efetivos de cuidado, dos quais a indiferença não faz parte, e que pode se apresentar de duas formas extremas: a substituição dominadora, que se caracteriza por retirar a responsabilidade da pessoa que é cuidada e tomar-

lhe o lugar, substituindo-a; e a anteposição libertadora, que liberta e estimula o outro para se autocuidar, sem tolher sua personalidade. Dessa forma, consideração/desconsideração e tolerância/intolerância podem se alternar nas situações de cuidado.

Quando prestado de modo adequado, o cuidado recebido pode ser retribuído pelo idoso, assim que se estabeleça uma relação de confiança com o cuidador. Da mesma forma, a sinceridade deve ser uma constante nesse relacionamento, já que os idosos são rápidos em perceber uma atitude de não cuidar.

Sendo assim, o cuidador pode expressar sua atenção tratando o idoso com dignidade e respeito, valorizando sua vivência e sua contribuição, ouvindo atentamente e respondendo de maneira positiva, conversando e despendendo tempo com ele, praticando a paciência e a amabilidade, atendendo às necessidades fisiológicas básicas prontamente e com competência, contribuindo para que esse idoso seja auto-dirigido, para ajudá-lo a alcançar sua capacidade funcional mais elevada (ROACH, 2003).

Pode-se depreender, então, concordando com Vieira (1996), que no contexto do cuidado ao idoso, a qualidade é que vai determinar o desenvolvimento da auto-estima e da autoconfiança, indispensáveis à continuação da história de sua vida.

O sucesso da reabilitação das pessoas idosas, seja nos casos de alteração da capacidade funcional e/ou cognitiva, ou mesmo da manutenção destas capacidades, depende do conhecimento do cuidador a respeito das especificidades do processo de envelhecimento e das implicações éticas do cuidado, particularmente ao que se relaciona à dinâmica autonomia/dependência e ao cuidado prestado às pessoas irreversivelmente incapazes de gerenciar sua própria vida.

O crescimento acelerado do número de idosos em nossa realidade nos leva a pensar que haverá uma necessidade crescente de profissionais devidamente preparados para atendê-los, seja no domicílio ou em instituições de tempo integral ou parcial. A realidade

também aponta que o preparo de cuidadores não vem ocorrendo de forma sistematizada, o que resulta na visível discrepância dos padrões de cuidado oferecido às pessoas idosas. Assim, um aprendizado do cuidado ao idoso, fundamentado exclusivamente na prática, sem embasamento teórico e pautado pelo cumprimento exclusivo das tarefas impostas ao cuidador, corre grande risco de tornar-se deficiente. Considere-se, ainda, que diferentes níveis de informação e/ou formação podem dificultar a consecução de objetivos propostos pelas equipes de trabalho.

Desta forma, o preparo desses trabalhadores, sejam eles profissionais de enfermagem ou cuidadores leigos deve acontecer de forma a garantir a qualidade do cuidado, visando sempre a autonomia e a independência dos idosos sob sua responsabilidade. Com isso, o conhecimento das diferentes realidades sociais em que o idoso está inserido, quem são seus cuidadores e o que pensam a respeito do cuidado, assume importância fundamental para o planejamento da assistência a ser oferecida.

OBJETIVO

3 OBJETIVO

No sentido de contribuir para o aperfeiçoamento e para maior humanização no cuidado com os idosos, especialmente os asilados em instituições, este trabalho tem como objetivo analisar as concepções de velhice, cuidado e dependência formuladas por cuidadores formais de idosos, em uma instituição asilar do município de Maringá (PR).

MÉTODO

4 MÉTODO

A proposta metodológica se destina a viabilizar um estudo exploratório com cuidadores de idosos pertencentes a uma instituição asilar de longa permanência de um município do interior do Estado do Paraná, que atende a indivíduos com 60 anos ou mais, cuja demanda comportou coleta de dados por meio de entrevistas e análise qualitativa dos dados (análise de conteúdo).

A opção pela metodologia qualitativa de pesquisa se deu em função da natureza do objetivo deste estudo: procurar saber como os profissionais que atendem a idosos em uma instituição asilar elaboram suas concepções acerca da velhice, da dependência e do cuidado ao idoso.

Deve-se considerar que a pesquisa qualitativa envolve um modo interpretativo e naturalístico de tratar seu objeto, porque o estuda em seu ambiente natural, tentando compreender ou interpretar os fenômenos segundo o significado que as pessoas estudadas atribuem a eles.

Para Minayo (1993) a pesquisa qualitativa tem como objeto de abordagem a vida cotidiana, e considera a palavra o seu principal material de investigação, já que é através dela, pela linguagem comum, que as pessoas se expressam acerca de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Ainda segundo a autora (p.245):

[...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

4.1 Característica da População Pesquisada

Serviram como sujeitos desta pesquisa dez profissionais, cuidadores formais que prestam atendimento direto às necessidades dos idosos em uma instituição asilar, os quais concordaram, voluntariamente, em participar. Entre os cuidadores entrevistados estão oito mulheres e dois homens. A média de idade é de 34,8 anos, com variação entre 27 e 50 anos.

Com relação à formação profissional, quatro cuidadores são técnicos em enfermagem, três auxiliares de enfermagem, dois atendentes de enfermagem e uma única enfermeira, com formação superior (graduação) em Enfermagem. Desses, três cuidadores possuem outro vínculo empregatício, sendo que um deles com dois vínculos distintos dentro dessa mesma instituição. Apenas dois cuidadores realizaram cursos de capacitação para o cuidado ao idoso, os quais foram realizados fora da instituição: uma das técnicas em enfermagem participou de treinamento junto à equipe de Programa Saúde da Família (PSF), e uma atendente junto à Secretaria de Saúde do município. Além disso, um terceiro cuidador participou de uma orientação sobre curativos, realizada por estagiários, na instituição.

4.2 Descrição do Cenário do Estudo

O desenvolvimento desta pesquisa aconteceu em uma instituição asilar, de cunho filantrópico, mantida por entidade religiosa, localizada em um bairro do município de Maringá – PR, que tem como filosofia o atendimento aos idosos carentes e abandonados.

Funcionando no município há 22 anos, em regime fechado de internato, atende atualmente 52 idosos, com idades que variam entre 45 e 98 anos, com predomínio de maior número de idosos, tanto do sexo masculino quanto do feminino, na faixa entre 60 e 70 anos. Entre eles, 22 idosos (14 homens e 8 mulheres) apresentam algum grau de dependência.

A admissão dos idosos é feita por indicação das equipes responsáveis pelas conferências (regiões de assistência). As equipes são constituídas por pessoas voluntárias, associadas à Sociedade São Vicente de Paulo e ligadas às paróquias locais. Após a visita às famílias, as equipes responsáveis pela conferência avaliam as condições em que vivem os idosos e, quando necessário, indicam o internamento. Há alguns anos também eram recolhidas pessoas abandonadas que mendigavam pelas ruas da cidade, mas hoje essa não é mais uma prática da instituição. A internação das pessoas com menos de 60 anos foi justificada por abandono ou falta de condições mínimas de cuidado pelas famílias, obedecendo ao mesmo critério de avaliação, ou seja, encaminhamento pelas conferências regionais.

A estrutura administrativa é composta por uma diretoria local, que conta com 20 membros eleitos por integrantes da sociedade religiosa e que se renova a cada dois anos. Em um nível superior essa diretoria está subordinada a um conselho. A organização institucional interna conta com um administrador e um enfermeiro, que também faz a supervisão dos demais serviços.

A instituição mantém um convênio com a Prefeitura Municipal, que provê parte dos recursos humanos da instituição. Os recursos financeiros são obtidos por doações da comunidade, atividades promocionais (como almoços beneficentes, barracas em festividade do município e bazar), além da contribuição dos benefícios de aposentadoria dos internos, na ordem de 70%, conforme determinação contida no artigo 34, parágrafo 2º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

As instalações físicas estão localizadas em um amplo terreno, com vários jardins e muitas árvores. Há dois pavilhões em níveis diferentes, ligados por uma rampa de acesso, com piso antiderrapante e ladeada por corrimões. No primeiro pavilhão localiza-se a sala da direção administrativa, e o restante da estrutura física é ocupada por um centro-dia, que mantém organização e administração independentes, sem nenhuma ligação com a

instituição alvo deste estudo. O pavilhão inferior, em forma de “U”, abriga na parte central a farmácia, o posto de enfermagem anexo à sala da chefia de enfermagem, a capela e um refeitório para os idosos com maior grau de dependência e/ou em uso de cadeira de rodas, o qual também é utilizado como sala de televisão. Os quartos da ala feminina estão à direita e comportam, em sua maioria, quatro camas, ou três camas, quando menores. Há apenas um quarto maior com cinco camas. A ala masculina situa-se à esquerda do pavilhão e segue a mesma distribuição dos quartos femininos. Não há casais internados no momento e também não existe programação de alojamento único para tais casos.

Há rouparia e banheiros separados para cada ala. As refeições são realizadas no refeitório, em prédio anexo ao pavilhão principal. O serviço de lavanderia está localizado mais ao fundo do pátio externo, e há ainda um grande salão utilizado para festas e bailes de final de semana e, também, para as promoções.

Com relação aos recursos humanos, a instituição conta com uma diretora administrativa, uma enfermeira e uma farmacêutica, que trabalham em regime de 40 horas semanais. A visita médica é feita diariamente pelo médico da Equipe de Saúde da Família que atende à região. Não há profissional do Serviço Social, e a orientação nutricional é acompanhada por estagiários de um curso de nutrição. Da mesma forma, estagiários de um curso de fisioterapia assumem as atividades de reabilitação dos internos. A equipe de enfermagem conta com um total de onze funcionários, conforme descrito anteriormente, distribuídos em turnos de 6 horas para o período diurno e 12 x 36h para o período noturno. A distribuição das atividades de cuidado é feita de acordo com a designação legal das funções atribuídas a cada categoria profissional (BRASIL, 1986).

Não existe um programa formal de treinamento ou educação permanente, e as informações/orientações são repassadas pela enfermeira durante as reuniões mensais com

os funcionários ou pelos alunos de enfermagem e fisioterapia, durante o período de realização dos estágios curriculares.

As atividades rotineiras da instituição envolvem ações de cuidado preventivo e tratamentos elementares de saúde, havendo encaminhamento dos idosos para hospitais da rede pública nos casos de necessidade de tratamentos mais complexos ou consulta com especialistas. As atividades de reabilitação, como descrito anteriormente, ficam a cargo dos alunos de fisioterapia que desenvolvem ali os estágios curriculares. Os horários de banhos e refeições são fixos. Atualmente não há um programa de atividades socioculturais, o que é justificado pela insuficiência de recursos financeiros e pela falta de voluntários. Esporadicamente são realizadas pequenas festas, pelos alunos de escolas que utilizam a instituição como campo de estágio, e caminhadas orientadas por esses alunos.

Visitas de familiares também têm horário pré-estabelecido, ou seja, aos sábados e domingos, das 14 às 17 horas. Para casos de impossibilidade de comparecimento dos familiares nesses dias, são feitas exceções quanto a novo dia e novo horário. É concedida permissão de saída dos idosos para visitas e passeios com familiares ou padrinhos.

4.3 Instrumentos para a Produção de Dados

O levantamento de dados envolveu a utilização de dois instrumentos distintos. O primeiro destina-se à caracterização da instituição asilar em estudo (Apêndice A) e o segundo, sob a forma de um roteiro para entrevistas semi-estruturadas, tem o objetivo de buscar conhecer o que os cuidadores pensam sobre a velhice, a dependência e o cuidado aos idosos. A definição dos itens do roteiro foi realizada com base na literatura e em observações junto a outras instituições asilares, o que resultou em um roteiro com 18 questões, que cobrem os seguintes assuntos (Apêndice B):

1. Concepção de velhice(questões de 1 a 4);
2. Concepção de dependência na velhice (questões 5, 6, 7);
3. Concepção de cuidar e o cuidado ao idoso (questões de 8 a 17) e;
4. Motivos que levaram esses profissionais a trabalhar com idosos institucionalizados (questão 18).

O roteiro de entrevista foi submetido à análise de profissionais mestres e doutores, para avaliação de sua forma e conteúdo, tendo em vista a adequação ao objetivo do estudo. Após a análise, foram efetuadas as alterações propostas, obedecendo à proposta inicial do estudo e às sugestões acatadas por ocasião do exame de qualificação desta dissertação.

Posteriormente foi realizada uma aplicação-piloto do roteiro junto a um auxiliar e a um técnico de enfermagem que trabalham em um hospital geral de um município do interior do Estado do Paraná, com o objetivo de verificar a clareza e a adequação da linguagem.

4.4 Procedimento

Inicialmente foi mantido contato com a instituição alvo desta pesquisa, ocasião em que foram apresentados seus objetivos. Mediante a autorização da instituição (Anexo A), o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, para apreciação.

Após a aprovação do projeto por esse comitê foi feito contato com os cuidadores para verificar seu interesse em participar, como voluntário, deste estudo. Havendo concordância por parte de todos eles, foram feitos os esclarecimentos necessários, por meio de material impresso contendo os objetivos e a importância deste trabalho. Juntamente com esse material foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Parecer 196/96

MS, para assinatura, o que também assegurou o sigilo de identidade dos participantes (Apêndice C). Após, seguiu-se o agendamento e a realização das entrevistas, ficando estabelecido que fossem realizadas na própria instituição, durante o período de trabalho, conforme liberação da enfermeira responsável pelo serviço. Do total de profissionais (11) que trabalham na instituição, somente uma funcionária não participou do processo de entrevistas por estar afastada temporariamente, para tratamento de doença.

Com tempo de duração que variou entre 10 e 35 minutos, as entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram realizadas na sala da chefia de enfermagem, pela própria pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em fita cassete, e em seguida foram transcritas para posterior análise dos dados.

Os dados resultantes das entrevistas foram submetidos à análise qualitativa. A forma de análise escolhida, segundo Minayo (2004), caracteriza-se como Análise Temática, uma das técnicas da Análise de Conteúdo. Segundo a autora, a noção de tema está relacionada a uma afirmação sobre determinado assunto e comporta uma gama de relações, havendo possibilidade de apresentação gráfica por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo.

Levando-se em conta os pressupostos da técnica de Análise Temática preconizada por Bardin (2004), o tema pode ser entendido como a unidade de significados que emerge naturalmente de um texto analisado, de acordo com certos critérios referentes à teoria que serve de guia à leitura. E a Análise Temática, em si, implica descobrir núcleos de sentido que compõem uma descrição de dados e que se revestem de importância significativa para o objetivo da análise.

O procedimento de análise de dados envolveu inicialmente a transcrição das entrevistas. A totalidade das emissões dos sujeitos foi compilada de acordo com o tipo e a natureza das respostas, o que resultou na elaboração de protocolos de respostas.

O procedimento seguinte foi a exploração do material visando à detecção das categorias de respostas. Após essa fase, procurou-se compreender os núcleos temáticos a partir do significado central dos depoimentos, que emergiu da análise dos protocolos, de acordo com os objetivos e a fundamentação teórica propostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desse modo (de acordo com os pressupostos metodológicos ou proposta metodológica), os resultados e sua discussão se apresentam enfeixados nas categorias temáticas conforme o diagrama abaixo:

Concepção de Velhice	Dependência na Velhice	O cuidado ao idoso
Conceito de velhice Conceito de pessoa idosa Demarcador cronológico da velhice Mudanças de conceito Conhecimentos e aprendizados	Conceito de dependência Tipos de dependência Avaliação dos padrões de interação dependência/cuidado	Concepção de cuidado e cuidado ao idoso Significado e sentimentos atribuídos ao ato de cuidar do idoso Situações de cuidado Dificuldades encontradas

Quadro 1 – Categorias temáticas identificadas a partir da concepção dos cuidadores sobre velhice, dependência e cuidado

5.1 Sobre a Concepção de Velhice

A literatura sobre velhice e envelhecimento evidencia uma complexidade quanto à conceituação de velhice, visto que são vários os aspectos envolvidos. Não se pode, no entanto, com base nessa dificuldade conceitual, dizer que a velhice não existe. Ela está aí, achegando-se à nossa realidade, e requer ainda uma gama de investigações, no intuito de prover condições que possam auxiliar esse segmento da sociedade a enfrentar as adaptações que se fazem necessárias para esta fase da vida.

A partir dos dados desta pesquisa, a concepção de velhice, seus aspectos demarcadores e as relações que a envolvem podem ser observadas nas reflexões dos

entrevistados, que levam em conta a perspectiva do seu grupo e a realidade em que exercem suas atividades profissionais.

Quando questionados sobre a idade a partir da qual as pessoas são consideradas como idosas, os dez profissionais apontaram o intervalo entre 50 e 70 anos de idade, mas foram unânimes em afirmar que a idade cronológica, dada por números, não interferia na determinação do início da velhice propriamente dita. Nesse caso, os critérios objetivos se mesclaram com outros, mais subjetivos, na medida em que houve sete verbalizações que partiram de referencial psicológico; dois partiram de um referencial biológico; e dois se basearam somente no demarcador cronológico para delimitar a velhice.

Dos que enfatizaram o aspecto psicológico, todos disseram que o se tornar idoso depende da cabeça, do comportamento ou da atitude da pessoa frente à vida, e do estado de espírito de cada pessoa:

Geralmente se considera mais o idoso assim, a partir dos 65 anos. Está certo que tem pessoas que têm 65 anos e não se consideram idosos: ele tem uma juventude, uma dinâmica, como se fosse um jovem. Então ele não se acha idoso e até conversando com a gente ele não transmite que ele seja um idoso. (C1)

Tem muita gente aí que tem vinte anos e uma mentalidade mais idosa do que um vizinho destes que tem oitenta. (C6)

[...] tinha uma vó de 84 anos, que ela era muito mais disposta que qualquer pessoa de 30 anos. Porque, muitas vezes, a gente vê que a velhice está na cabeça, também, das pessoas. (C10)

Tem pessoa jovem que pára no tempo, não é verdade? E, então, ela já é uma velha de espírito? Eu acho que a idade está no espírito. (C5)

A velhice está na cabeça de cada um de nós. [...] A fragilidade às vezes é só fisicamente, mas no nosso psicológico ela continua firme. (C 2)

Néri (2001) enfatiza que a idade psicológica pode ser usada em dois sentidos. Um é análogo ao significado de idade biológica e refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e capacidades como percepção, aprendizagem e memória, as quais possibilitam a estimulação do potencial de funcionamento do indivíduo. O segundo tem relação com o senso subjetivo de idade, ou seja, depende de como cada indivíduo avalia a presença ou a ausência

de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento, em comparação com outras pessoas de sua idade.

Em relação à caracterização da velhice como um “estado de espírito”, na pesquisa de Néri e Wagner (1985 apud NÉRI, 1991) esse mesmo dado foi identificado, e condicionado a fatores de personalidade, a experiência anterior e a sentimentos em relação à velhice.

Sob o olhar da antropologia, Loureiro (2000, p.51) define a velhice como “apenas uma das fases da vida humana, em que a pessoa (velha) se encontra fisicamente prejudicada, mas na qual um espírito (quiçá jovem) ainda se agita no dinamismo inerente ao interior ativo, que, como ser humano, possui”.

No entanto, Erbolato (2000) alerta que considerar a velhice apenas como um estado de espírito, ignorando as alterações físicas e reforçando a necessidade de manter o espírito jovem pode significar outra forma preconceituosa de percebê-la.

Dos que partiram de um referencial biológico, um entrevistado relacionou, em dois momentos distintos, o estado de saúde como sendo determinante mais importante do que a idade, assim como associou a velhice à dependência:

Porque 65, eu acho... ah! eu conheço tantos vizinho com 65 aí pra frente e tal... mas tem aqueles que, como diz assim, o próprio destino acaba... acaba tendo uma certa doença, que acaba sendo dependente com 60, 55, acaba sendo dependente. Você pode ver que tem uns aí com menos de 65 anos de idade, mas que depende da gente. [...] Depende muito, tem vizinho que fica velho, ele já tem um retardo mental, ele já depende muito das pessoas pra tomar banho, pra tudo – higiene corporal por inteiro. E tem outros, sabe, que são independentes, não precisam de tanto assim, já consegue se virar sozinho. [...] espero não ser dependente, ficar dependente de alguém ou alguma coisa assim. (C 8)

Evidencia-se aqui, que a dependência é uma condição que está presente na velhice em maior ou menor grau, associada ou não a patologias crônico-degenerativas, assim como é vista, por este último cuidador, como uma situação indesejada. Sobre isso, Pavarini e Neri (2005) justificam que o medo da dependência está relacionado à supervalorização da autonomia do adulto em nossa cultura, contrastando com a superdeploração da velhice com

dependência. Para as autoras, a principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação à velhice, que podem ser expressas pelo medo de perder a autonomia e de rejeição, ao ser cuidado.

Além disso, Robledo (1994 apud SANCHEZ, 2000) menciona que o envelhecimento é um processo inexorável, que, influenciado por fatores genéticos, ambientais e psicológicos, de acordo com as condições a que a pessoa está exposta, pode ocorrer de variadas formas, independentemente da idade. Como exemplo, cita o fato de pessoas que, aos 80 anos, estão em plena vida produtiva, apesar de todas as vicissitudes impostas pela idade, ao passo que pessoas que ainda não chegaram aos 60 anos encontram-se em estado de total decrepitude.

Como se pode observar, não existe um indicador único para se caracterizar a velhice, porque tal fenômeno tem múltiplos significados, contextualizados por fatores individuais, interindividuais, grupais e socioculturais. Os dados mostram que existe uma certa ambigüidade quanto ao demarcador para caracterizar a velhice, na medida em que esse evento está condicionado a outros fatores, como: mentalidade, estado de espírito, saúde e dependência.

Ao se analisar as respostas dos entrevistados à pergunta: “como você vê a pessoa idosa?”, a maioria dos cuidadores entrevistados (7) avalia, de forma negativa, ou seja, como uma pessoa cansada; dependente; carente; que sofre de solidão, de tristeza e abandono; que tem limitações impostas pela perda da capacidade física, e que necessita de carinho e atenção:

E acho o que eles já fez quando eles era novo, já trabalhou, já fez casa, já fez tudo, agora, eles já cuidaram de nós quando a gente era pequeno... Não é conversa, já cansaram de trabaiá os veio... agora é nossa vez de atender eles, cuidar deles. Agora eles precisa de descansar mesmo. Como nós é novo nós tem que trabaiá no lugar deles. (C4)

Não dá pra dizer, assim, que ele é forte, é mais raro. Todo o idoso, é muito difícil você ver um idoso assim bem feliz, ele se sente bastante carente. (C7)

Eu vejo eles como uma pessoa normal, que precisa é... é dependente da gente, que precisa de apoio, que precisa de carinho, de compreensão, de dedicação, que precisa de nós. (C2)

[...] Porque eu acho que o idoso deveria sempre estar acompanhado com parentes, família, pra dar mais uma alegria pra ele. eu vejo que, no fundo mesmo, eles sentem: o sentimento deles, no fundo, é triste... [...] Ele já vai carregando essa idade como um peso também e já vai mudando, acho, a maneira de ser. (C9)

Então, a pessoa idosa, ela tem limitações. [...] Nossa! como a gente tem dificuldade de aceitar as próprias limitações que o tempo traz. Então aí é que eu acho que aí é que deveria entrar uma terapia ocupacional, porque se ele tiver a realização de dizer – “isso aqui fui eu que fiz, então eu tenho capacidade” – ele não vai dar valor pra aquilo que ele deixou de fazer, que ele deixou de conseguir fazer, entendeu? (C5)

Vale ressaltar que, em relação às limitações impostas pela perda de capacidades, conforme mencionado na verbalização acima, Freire (2003) afirma que há possibilidades de se reverter situações desse tipo e até mesmo evitar que cheguem a tal ponto, pois geralmente os idosos possuem importantes reservas para o desenvolvimento e que podem ser ativadas pela aprendizagem, por exercícios ou por treinamento. Particularmente quando em condições médicas e ambientais favoráveis, muitos idosos conseguem manter ou desenvolver seu potencial para a realização de funções nos diversos níveis de complexidade e para a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos. Esse potencial varia de indivíduo para indivíduo, dada a grande heterogeneidade de funcionamento na velhice. Tal possibilidade pode ser constatada através do estudo de Challis, Mozley e Sutcliffe (2000) sobre dependência e estado geral de saúde de idosos admitidos em instituições de longa permanência e *nursing homes*. Os autores constataram que a maior parte dos idosos admitidos nessas instituições eram portadores de dependência leve, com possibilidade de reversão através de exercícios físicos ou fisioterapia, não justificando, inclusive, a maior parte das internações. Sugeriram então maior investimento por parte dos órgãos públicos para oferecer esses serviços na comunidade, retardando e até mesmo evitando a institucionalização dos idosos.

Outros dois cuidadores compartilham a idéia de que cada pessoa é diferente uma da outra, ou seja, cada um tem sua personalidade e seu comportamento, pois depende do ambiente e das condições em que o idoso vive. De maneira a ilustrar, seguem os discursos:

Olha, depende de como ela vive, em qual ambiente. Porque, muitas vezes, pode ter uma pessoa que tem uma velhice boa e outras que não têm. Porque a partir do momento que não está junto da família, que é abandonado, aí é uma coisa, assim, pra se pensar bastante. (C10)

Eu enxergo assim: cada pessoa, ela representa, certamente tem uma personalidade, uns demonstram um certo carisma, certo dinamismo, outras pessoas é... a gente vê uma certa autoridade, a gente vê que depende dessa autoridade, e você... cada um tem a sua personalidade e você começa a enxergar as qualidades dele porque, se você for ver, dá mais qualidade do que defeito. Aí você começa ver cada um de cada maneira diferente, você consegue enxergar eles de cada maneira diferente. Então, é... na parte de idoso, você vai aprender ver cada uma na sua maneira de comportamento, pra você analisar (C1).

Já para esses dois cuidadores, os idosos são pessoas carinhosas, carismáticas, que trazem paz, experiência de vida e que ajudam as pessoas:

Eu vejo elas assim... é de maneira diferente. Elas são muito carinhosas, carismáticas, principalmente as minha vizinha aqui. Às vezes parece que eu sou tão “puxa-saco”, mas eu amo minhas vó e elas são muito carinhosa. (C3)

[...] eles me trazem, assim, uma paz, sabe? [...] Às vezes eu to tão entristecida, alguma coisa não dá certo no trabalho, até mesmo com os problemas da gente lá de fora, sabe? Você chega aqui e começa a conversar com um idoso desses e, mesmo estando aqui, sozinho, sem família, abandonado pela família, ele ainda passa uma ajuda, assim, pra você. A forma como ele olha pra gente, a forma como ele sorri, que ele vê o mundo tão lindo... então, isso... isso dá uma paz pra gente, sabe? (C6)

Tranquilidade, paz e experiência de vida se caracterizam como atributos do cenário mental próprio dessa etapa da vida e, segundo Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999, p.12), ao constituírem sinal de transmissão de conhecimentos às gerações mais novas, “exemplificam objetivos e conquistas positivas que são valorizadas socialmente”.

Já segundo Néri (1991), atribuições como essas são feitas no sentido de se respeitar a memória e a quantidade e qualidade da experiência vivida, e da possibilidade de recorrência ao passado para resolução de problemas atuais.

Embora tenha sobressaído para a maioria (7) uma visão negativa da pessoa idosa, para o grupo de cuidadores pesquisado, de modo geral parece não existirem diferenças

significativas entre as concepções de velhice, enquanto última fase do ciclo vital, e de pessoa idosa. Isso deve ter ocorrido em função de, segundo Neri e Freire (2000) ter-se ampliado o número de termos que podem ser utilizados para designar pessoas que estão vivendo ou viveram mais tempo ou a fase da vida antes designada apenas como “velhice”, a saber: *idoso, pessoa idosa, maturidade, idade madura, maior idade, melhor idade e terceira idade*, o mais utilizado.

Em concordância com essa visão, na análise das respostas de três entrevistados observa-se a dificuldade dos cuidadores em definir objetivamente o que é a velhice, assim como a utilização de diferentes termos para referir-se a ela, como podemos constatar nas verbalizações que seguem:

Ah! A velhice? A gente não fala velho. Acho que a gente é... idoso. A gente não pode chamar eles de velho porque eles são iguais o novo. [...] Eles são iguais a nós... Acho que idoso é... Não sei as palavras... Num... Às vezes a gente erra; tem que ver, pensar tudo que fala (C 4).

Ah!, A velhice... Ah! Eu vejo assim: que nem os nossos vizinhos... Você aprende com eles. Ai, como é que vou explicar... Não, eu acho assim: a velhice... Todos nós temos que passar por ela, é complicada. (C 7)

Ai, meu Deus do céu! Puxa vida! Agora você me... Olha, eu acho que a velhice é um, como se diz, não sei dizer. [...] Ah! Eu não sei... Acho que... Caramba olha!... Chegar na velhice... sabe que eu nunca pensei nisso! (C 8)

A dificuldade em utilizar os termos “velho e velhice”, como apontado na verbalização do entrevistado (C4), substituindo-os por outros que *soem melhor*, vai ao encontro do que dizem Neri e Freire (2000). Para elas essa atitude pode servir para mascarar preconceitos dos próprios idosos ou dos profissionais que atendem a suas necessidades, além de ser uma forma de negar a realidade. Enfatizam ainda as autoras que esse tipo de atitude não seria necessário se não houvesse preconceito algum, atribuindo tal fato à falta de conhecimento consistente sobre a velhice e o processo de envelhecimento. Se assim fosse, não haveria necessidade de temê-las, evitá-las ou negá-las.

Já para três cuidadores, a velhice, enquanto última etapa do ciclo de vida, também costuma provocar nas pessoas um sentimento de finitude, que pode se manifestar pelo medo e pela desesperança, principalmente quando fazem a projeção da própria velhice, conforme se pode constatar nas verbalizações a seguir:

Eu acho que pra chegar na velhice, como a gente vê, agora, não é muito fácil, não, sinceramente. Eu imagino como vai ser a minha, eu me preocupo... Eu acho que a velhice – não que ela seja, assim, ruim – mas eu acho que a velhice é o fim de tudo. (C3)

É mas nós não sabemos da vida: como tem um começo, meio e, como se diz, um fim. Quer dizer, você já está num período que está esperando o quê? (C9)

Particularmente, eu, em minha opinião, eu tenho medo da velhice pra mim. (C10)

Pode-se associar o sentimento de finitude presente nessas verbalizações às alterações que decorrem do processo de envelhecimento e que conduzem os seres humanos inexoravelmente para a morte, independentemente de estarem associadas a processos patológicos ou não.

O ser humano, diferentemente dos outros animais, tem consciência de sua morte, de sua finitude. Dessa forma, todos experimentam a complexidade do desejo de viver durante muitos anos sem, contudo, perder o vigor da juventude. Essa consciência de finitude, assim como da perda da capacidade funcional e da limitação é talvez mais forte do que a aceitação do envelhecimento, em si, e coloca o ser humano frente à possibilidade de repensar seus valores acerca de como quer conduzir sua vida até esta etapa.

Levando em conta a perspectiva do envelhecimento saudável, Zubel (2001) aponta a possibilidade de se fazer da velhice ocasião para a realização de projetos existenciais, enriquecimento pessoal, propiciando assim a possibilidade de se desenvolver e conquistar potencialidades. Caso contrário, a pessoa se deixa levar apenas pelos sentimentos negativos provocados pelas perdas fisiológicas, cognitivas, psicomotoras, do trabalho e da autonomia, entre outras.

Complementando esse conceito, Loureiro (2000) ressalta que a morte e o tempo, vistos de formas diversas nas diferentes culturas e sociedades, podem influenciar a concepção que as pessoas têm de tempo, o que pode interferir de forma incisiva na aceitação da velhice e da morte. Para ela, a postura das pessoas sobre a velhice e sobre a vida em geral é resultante da idéia que elas tenham da morte e do morrer. Considera, ainda, que aceitar e procurar entender o passar do tempo, a velhice e a morte reflete uma atitude madura e inteligente.

Por outro lado, apenas dois cuidadores mencionaram aspectos positivos em relação à velhice e ao processo de envelhecimento. Para eles, essa é uma fase maravilhosa, de conhecimento sobre a vida, na qual as pessoas têm experiências para transmitir aos outros, e de sabedoria, mesmo em face das adversidades que possam se apresentar na trajetória de vida das pessoas idosas.

[...] na verdade, eu vejo a terceira idade, realmente, como uma coisa maravilhosa... Como uma coisa maravilhosa: uma pessoa sábia, com uma experiência belíssima de vida. Mesmo esses que estão aqui deprimidos, solitários, existe gente – como é o caso do seu *fulano* mesmo – que ele passa um espírito de juventude pra gente, tão maravilhoso! Uma sabedoria de vida tão linda, que a gente quer ouvir tudo, sabe? É assim que eu vejo a velhice, a terceira idade. (C6)

[...] Que nem esses que estão aqui, cada um tem uma história... Pra mim, assim, cada vez a gente vai aprendendo mais. (C7)

Na realidade, objetiva-se aqui a idealização, entre os entrevistados, de que a sabedoria, a experiência de vida, a crença na significação da vida são, de fato, os ingredientes da integridade psicológica na velhice. Segundo Pinto (2005), essa constatação ratifica a formulação de Erikson (1968), no sentido de que esses ingredientes podem ser estimulados e idealizados por outras gerações, na medida em que a sabedoria se torna um objetivo da velhice.

Por fim três cuidadores referiram-se à velhice como uma fase natural do ciclo da vida, considerando-a como algo inerente ao ser humano e ao seu desenvolvimento:

[...] É uma parte do ciclo da vida, que todo ser humano ele tem que passar por essa etapa. Assim, nós nascemos, nós passamos pelas fases de adolescência, depois de adulto, então aí chegamos à velhice. (C 1)

[...] A velhice... Todos nós temos que passar por ela, é complicada. (C 7)

Conceito de velhice... É uma parte que cabe a você, e vai, vai passando e vai chegando a velhice. É... Tudo tem uma fase. (C 9)

Deve-se considerar que o desenvolvimento e o envelhecimento são processos concorrentes, que podem ser analisados como uma sequência de mudanças previsíveis, que ocorrem de forma interrelacionada, em todos os domínios da vida humana.

Vale ressaltar que, até os anos 1970, a psicologia e a gerontologia consideravam o desenvolvimento e o envelhecimento como processos opostos, mas hoje são vistos como processos que coexistem ao longo do ciclo vital, embora com pesos diferentes na determinação das mudanças evolutivas que podem ser identificadas na relação “ganhos e perdas”, uma vez que ocorrem mudanças a todo momento, ao longo do desenvolvimento, que poderão se caracterizar como ganhos ou perdas, desde a infância até a velhice. Elas podem ser maiores ou menores dependendo da capacidade de mudança e adaptação do indivíduo (NERI, 2001).

A autora acrescenta ainda que essa proposição, pautada no paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (*life span*), indica que “a idade cronológica não é vista como variável causal, mas, como um indicador dos eventos biológicos, sociais e psicológicos de natureza normativa e não normativa que um indivíduo ou grupo etário já viveu e está vivendo” (NERI, 2001, p.40).

Sendo assim, cada idade tem a própria dinâmica de desenvolvimento e envelhecimento. De modo geral, sempre se admitiu que o crescimento e os ganhos caracterizam as mudanças evolutivas da primeira metade da vida; o declínio e as perdas caracterizam as da segunda metade.

A idéia de que envelhecimento é um processo de declínio inevitável de todas as capacidades adaptativas do organismo acabou por caracterizar a velhice somente

como um processo contínuo de perdas e de deteriorização física. Apesar da ênfase atribuída às perdas, a tendência contemporânea é, no entanto, a inversão dessa representação, passando a se atribuir novos significados aos estágios mais avançados da vida.

Neri (2001, p.8), ao fazer uma retrospectiva do desenvolvimento das investigações sobre a velhice no século XX, lembra que a concepção negativa sobre a velhice influenciou, durante muitos anos, as ciências médicas, sociais e comportamentais. Salienta também que mais recentemente, superada uma fase de otimismo exagerado, três idéias fundamentais permeiam as concepções de desenvolvimento e velhice: “o desenvolvimento é um processo finito, desenvolvimento e envelhecimento são processos concorrentes, e ambos os processos são afetados por uma complexa combinação de variáveis operando ao longo de toda a vida”. Ao se considerar desenvolvimento e envelhecimento como processos concorrentes, afirma-se que as mudanças evolutivas relativas a crescimento, ganho e progresso se alternam ao longo da vida, com as perdas e tudo que a elas se relaciona.

Na análise das respostas obtidas, em apenas uma verbalização observa-se que o profissional cuidador concebe o processo de envelhecimento e a velhice ocorrendo durante a vida humana, ou seja, em toda a sua extensão.

Bom, você acaba se baseando naquela velha teoria de que a velhice começa desde a concepção: desde o momento que a gente foi concebido a gente já envelhece. (C 6)

Complementando sua resposta, essa mesma cuidadora, embora tenha apresentado uma concepção de velhice que não só se caracteriza pelo avanço da idade, mas que também apresenta aspectos negativos que dependem diretamente das condições de vida e experiências anteriores das pessoas, privilegiou aspectos positivos da velhice, como sabedoria e experiência de vida, como se pode constatar no trecho que segue:

Mas eu vejo a terceira idade não só como uma pessoa acima de 60 anos?como diz a ONU - no Brasil idosos acima de 65 anos e mais nada. Eu vejo a terceira idade como pessoas que já sofreram muito desgosto a vida inteira, levam uma vida difícil, uma caminhada difícil, principalmente os idosos com o qual eu trabalho. São pessoas que viveram, a maioria, em zona rural, carentes, solitárias, deprimidas... claro que não é este o conceito, mas este é o público que eu trabalho. Então a gente

acaba ficando nisso. Mas, na verdade, eu vejo a terceira idade, realmente, como eu pude conciliar na primeira proposta como uma coisa maravilhosa... como uma coisa maravilhosa: uma pessoa sábia, com uma experiência belíssima de vida. (C6)

Como se pode observar nesse trecho da entrevista, além das condições de vida dos idosos institucionalizados, da capacidade de adaptação, também ganha relevância a sua procedência desses. Sobre esse último aspecto, fica evidente, nesta pesquisa, que uma boa parte dos idosos institucionalizados provém da zona rural. A despeito disso, Herédia, Cortelletti e Casara (2004), com o objetivo de traçar um perfil sociocultural de idosos institucionalizados, também encontraram dados similares quando levantaram sua procedência.

Na pesquisa de Ramos, Veras e Kalache (1987) e na da Secretaria de Trabalho, Emprego e Promoção Social do Paraná (SETP), realizada em 2004 (intitulada Indicadores Socioeconômicos do Idoso Residente no Estado do Paraná) também sobressaiu a proveniência, dos idosos institucionalizados, do meio rural, o que reporta ao movimento migratório provocado pelo processo de industrialização.

Os dados evidenciam que quatro cuidadores, na tentativa de explicar e fundamentar seus conceitos e significados em relação à velhice, pautaram-se na observação e na vivência das situações cotidianas da instituição asilar, atribuindo a ela o sentido de inatividade, ociosidade, isolamento social, uma vez que são oferecidas poucas opções de ocupação ao idoso. São significativas as seguintes manifestações:

A gente nota que os idosos, aqui, eles são muito acomodados, eles não têm atividades: eles só comem e dormem... Então eu acho que isso vai definhando. E isso vai acumulando e vai aumentando a ociosidade, porque eles não têm uma terapia ocupacional... (C 5)

[...] É... porque a gente convive aqui com eles e muitas vezes, os parente não vêm visitar, entendeu? Então, eles... praticamente nós somos somente assim que cuida deles. (C3)

É o que eu falo: a gente dá o carinho, mas não tem como o amor da família. Falo pra você que tem pessoas que põe parente seu no asilo – pai, mãe – porque, geralmente, não tem como a gente cuidar em casa; mas não abandona: vem final de semana, leva pra almoçar, isso aí você não vai perder o tempo. (C9)

Deve-se considerar que a velhice, por si, não determina incapacidade ou limitações que impeçam a pessoa de continuar a desenvolver suas atividades do cotidiano, o que pode levar à ociosidade, à depressão, à sensação de peso ou de inutilidade. É preciso que haja motivação para enfrentar os desafios que se apresentam com o passar do tempo.

Um estudo sobre a realidade das instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS, realizado por Herédia, Cortelletti e Casara (2004), revelou que os idosos institucionalizados se preocupam, predominantemente, em conversar com amigos, assistir à televisão e ouvir rádio e, depois, ouvir música, ler e fazer trabalhos manuais. Segundo as autoras, a presença de pessoas doentes, que não conseguem dar significado à vida ou estabelecer relações, pode diminuir a receptividade a possíveis iniciativas e afetar a qualidade da convivência. Dessa forma, aos poucos a ociosidade dá lugar à inatividade, podendo culminar na imobilidade físico-mental. Além disso, esse estudo revela também que os sentimentos de desamparo, solidão e exclusão, vivenciados pelos idosos institucionalizados são provocados não só pela situação de afastamento físico da família ou de pessoas de seu convívio, mas por estar privada dos relacionamentos que gostaria de ter.

Ainda um outro estudo sobre velhice, dependência e vida institucional, realizado por Bulla e Mediondo (2004), revela que para muitos idosos o dia-a-dia na instituição é sinônimo de ócio e monotonia, resumindo-se basicamente, segundo os próprios idosos, em comer, dormir e assistir à televisão. Essa também é a realidade das instituições nos estudos de Davim e Torres *et al* (2004) no Rio Grande do Norte e Couto (1994) em Minas Gerais, o que leva a se inferir que se trata de uma realidade nacional, no contexto da institucionalização de idosos.

As consequências da institucionalização, segundo Goffman (1992), levam o idoso à perda da cidadania (morte civil), ao enfraquecimento e à tomada de consciência de que foi excluído dos laços que o vinculavam à família, ao trabalho, aos amigos, à cultura e

dos quais se utilizava para estar no mundo, com o mundo e pelo mundo. Essa ruptura dos vínculos estabelecidos anteriormente e a privação do afeto propicia experiência de solidão pelos isolamentos social e emocional. (apud HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2004).

Já Zimmerman (2000) considera que esse abandono pode levar o idoso a um quadro de depressão ou de problemas de saúde em geral. Segundo ela, de acordo com algumas pesquisas a família mantém uma frequência média de visitas, que pode chegar a três vezes por semana, mas que, com o passar do tempo, o intervalo entre as visitas vai aumentando, podendo ocorrer a cessação e a perda de contato da própria instituição com a família.

Pode-se apontar então que o abandono dos idosos em instituições asilares pode levá-los ao isolamento, ao sofrimento e à tristeza, que, associados à pobreza e às condições de institucionalização propiciam a exclusão social, a marginalização do idoso e a desvalorização pessoal.

Groisman (1999, p.188) observa que o asilo, além de ser a representação geográfica da velhice, também pode ser considerado “como uma espécie de *limbo* entre a vida e a morte”. Aí, para ele, a velhice assume o significado de degeneração e se encontra sacralizada, alienada do mundo, fora do tempo e do espaço.

Para duas cuidadoras, a convivência com a realidade da velhice em instituições, mesmo se considerando que o cuidado prestado nessa instituição seja melhor do que em outras realidades, levou-as a declarar que não desejariam ter seus familiares internados nesse tipo de instituição. Para elas, todo o empenho deve ser feito para se manter os idosos junto às suas famílias:

[...] por exemplo: o asilo - minha mãe sempre falava assim: “ah! quando eu estiver velha, eu vou pro asilo”. E agora, a gente trabalhando assim, a gente vê como é que é, mais ou menos. Eu vinha fazer voluntariado, mas a gente vem, dá o banho, vai, não sei o quê; mas aí tudo tem suas regras: acordar cedo, dar banho, essas coisas todas. E eu até conversei com ela: “a senhora disse que quer ficar na velhice, que não quer ficar com ninguém, não sei o quê? Ó tem que acordar sete horas pra tomar banho, tem tudo uma regrazinha lá. Ela começou a rir. Então, é isso que eu acho...

Que acha que é ficar aqui e ter.. por exemplo, não é, assim, uma liberdade total... (C9)

...antes, eu jamais gostaria que minha mãe ficasse num asilo, e, agora, muito menos. Não é, assim, que eles não sejam bem cuidados, mas porque, muitas vezes, eu penso assim: tantos filhos que – tá certo que a gente não pode julgar ninguém e cada caso é um caso. Mas eu penso, assim, que não teria coragem de deixar minha mãe aqui, mesmo que os vô são bem tratados, mas nada como no seio da família. (C10)

É nesse ponto que a questão do cuidado familiar aflora, e se reveste de importância o papel da família no tocante ao amparo e ao cuidado aos idosos.

Um outro aspecto observado é que, na impossibilidade de o idoso desfrutar sua velhice no interior da família, três entrevistados exteriorizam, em suas manifestações, a necessidade e a importância de a equipe de cuidadores considerar-se parte da família do idoso, estabelecendo vínculos afetivos positivos, na tentativa de amenizar a falta de cuidados e vínculos familiares e, conseqüentemente, propiciar sentimentos agradáveis, de tranquilidade e bem-estar:

Eu já os considero mais de que um parente. Porque tem já oito anos que eu trabalho aqui e já considero muito eles assim... Bem próximo, bem mais próximo. (C3)

Que nem aqui a gente convive com eles, é uma família. Quando um vai, um falece, a gente fica triste. (C7)

E a gente, muitas vezes, não é uma maneira fria, não, é uma maneira realmente de você se dar com o coração, independente de a gente ser profissional, mas tem que se ter um coração humano porque nós somos a família dele. (C1)

Evidencia-se, com essas verbalizações, que a convivência diária com a realidade da vida institucional, que quase sempre descortina um cenário de sofrimento e abandono para com os idosos, leva os cuidadores a assumirem atitudes de solidariedade, estreitando, cada vez mais, os laços de carinho e de amizade entre eles.

Tal afirmativa vai ao encontro do que diz Zimmerman (2000), ou seja, a família dos idosos pode não ser, necessariamente, aquela que tem laços de consangüinidade. No caso dos que são sozinhos no mundo, foram abandonados ou perderam contato com a família, ou foram até mesmo rejeitados por elas, isso acontece mais comumente. Em outras

vezes, embora tenham família, os cuidadores ou pessoas fisicamente mais próximas são aquelas com quem o idoso estabelece fortes laços de amizade e confiança. Por estarem mais próximas na vida cotidiana, essas pessoas podem acabar conhecendo melhor o idoso, suas necessidades e seus gostos.

Assim sendo, “solidariedade” e “encontro” remetem ao sentido de humanização da assistência e do cuidado, tão discutido hoje em dia no âmbito do cuidado à saúde.

Ainda em relação à avaliação que os entrevistados fizeram quanto à convivência com esse tipo de realidade institucional, a partir de sua prática profissional, uma outra cuidadora revelou que teve uma grande decepção em relação aos asilos:

[...] Quando eu vim pra cá, eu achava que aqui era bem diferente. Eu tinha uma outra imagem do que era um asilo. Eu confesso que eu me decepcionei, sabe. Hum... Eu gostaria que fosse diferente. (C5)

Já para outros dois cuidadores, a convivência com a realidade do asilo ajudou-os a desfazer a imagem negativa que tinham dele, anteriormente:

No asilo... eu vejo que aqui eles têm todos os cuidados, eles têm tudo na mão, eles têm desde médico, enfermeiro, cuidadores.. eles são bem amparados aqui. E assim, também, em outro asilo – trabalhando no PSF, uma vez por semana eu ia lá – também tinha esses mesmos cuidados. Eu nunca imaginava que eles seriam tão bem cuidados como outras histórias que ouvia aí e tal, de outras casas que cuidavam de idosos. (C8)

Quanto à prática, foi pra melhorar porque eu tinha um conceito totalmente diferente de asilo: eu via na televisão e era aquele conceito que eu tinha; a gente via as pessoas jogadas... Aqui é muito diferente, nossos vô são bem tratados. Então eu tive uma boa melhora de ver a vida do lado melhor: como se deve ser, como a gente deve, vamos dizer, plantar boas sementes pra colher bons frutos também, porque a gente vê muitas histórias, assim, que não deram bons frutos, mas mesmo assim tem que se.... eu trato todos bem, com carinho. Porque cada um paga seu preço, também. Então, eu acho, assim, que se os vô já estão assim, eles merecem ter carinho. Então foi pra melhor, pra mim. (C10)

Ao se perguntar para os cuidadores se ocorreram mudanças no conceito de velhice após terem começado a trabalhar no asilo, e se elas trouxeram contribuições e prejuízos para a prática profissional, a totalidade dos entrevistados (10) mencionou que ocorreram. Desses, oito apontaram aspectos positivos, e três aspectos negativos.

Dentre os oito que apresentaram aspectos positivos, a maioria (6) relacionou aqueles que se referem às mudanças nos significados, sentimentos e atitudes em relação à velhice e aos idosos. Para os cuidadores, essas mudanças trouxeram contribuições para a prática do cuidado, porque com isso passaram a conhecer melhor a pessoa idosa; a reconhecer a sua necessidade de afeto e de carinho; a ter mais paciência com ela; e a dar mais valor e afeto às pessoas mais velhas. Além disso, passaram a aprender com elas, possibilitando, dessa forma, um maior crescimento pessoal.

Você passa a ter mais amor por... vai conhecendo mais, participa mais da vida deles, conhecendo, e vê também, as necessidades deles: a falta que eles sentem – muitos comentam que o filho deixou aqui. E você sente assim com eles também. Então, a gente procura passar pra eles um pouco de amor, carinho.
(C9)

Nunca imaginei um dia trabalhar dentro de um asilo [...] Na realidade, não gostava de, não tinha paciência com o idoso mas hoje estou aí.... Como pessoa, como realização profissional eu acho que eu tenho muito que aprender junto com os idosos. (C2)

Você vê as coisas de outra maneira começa a dar valor até nas pequenas coisas... Quem escolhe esta área pra trabalhar já sabe que precisa paciência, cuidar, carinho; aqui é dobrado.
(C 7)

Só que tive aquela formação de que idoso, depois aí dos seus setenta anos já não tinha mais nada pra viver: era assim que eu via. Até eu vir trabalhar aqui eu via a terceira idade, infelizmente - eu via mesmo - Terceira idade, 70 anos, não tem muito o que fazer, ficar em casa... Vão fazer o que? Então, depois que eu cheguei (aqui), mudou muito a minha visão, mudou muito, para melhor. (C6)

Como se pode observar, aprender a gostar dos idosos, tratar os idosos com respeito, amor e carinho, exercitar o controle emocional foram algumas das atitudes mais citadas pelos cuidadores, e consideradas como de grande importância para a prática do cuidado com os idosos no asilo. Além dessas, a “paciência” também foi expressa várias vezes, o que pode ser justificado pelo fato de que o idoso, mediante a perda progressiva das capacidades funcional, cognitiva e comportamental, realiza suas atividades de forma mais lenta, e isso precisa ser respeitado pelo cuidador; caso contrário, corre-se o risco de este interferir em sua liberdade e em sua autonomia. Tal atitude também foi a qualidade mais citada entre os cuidadores no estudo de Pavarini (1996), que, correlacionando os trabalhos de

Lopes (1993) e Gelbecke e Capella (1994) sobre a profissão de enfermagem, constatou a estreita ligação entre essa qualidade e o predomínio de mulheres na prática da enfermagem. Nesses trabalhos, a paciência, entre outros, é apontada como atributo natural da mulher e também como sinônimo ou expressão da própria enfermagem.

Ao discutir as dimensões de significado ligadas ao fato de as gerações mais novas aprenderem com as gerações mais velhas, Debert (1998 apud LOPES, 2005) menciona que a importância dos idosos para as demais gerações está centrada no fato de que eles são portadores de saber e de conhecimento adquiridos ao longo da vida, ao mesmo tempo em que representam ainda laços com o passado e continuidade da comunidade a que pertencem. Ainda segundo a autora, de acordo com a teoria proposta por Erikson, nessa relação os idosos estão envolvidos com a última função gerativa, e ao oferecerem um pouco de si mesmos como investimento na vida de futuras gerações, expressam um desejo de transcender a mortalidade.

Dentre os três que apresentaram aspectos negativos, somente um relacionou o tipo de mudança ocorrida em seu conceito de velhice: o fato de trabalhar em um asilo possibilita ver que as transformações decorrentes dessa fase da vida não levam o idoso a uma evolução e sim para o declínio/término. Os demais (2) manifestaram uma postura crítica em relação ao processo de asilamento, na medida em que argumentam que nesse tipo de instituição os idosos não têm privacidade nem liberdade para fazer suas escolhas. Para dois deles, a opção então é aprender com tudo isso, e se preparar para enfrentar a própria velhice:

Sempre há mudanças porque quando você trabalha em outros setores da saúde e... você vê assim mais no superficial, aqui você vê todos os dias a transformação mesmo, passo a passo, né, pra uma fase que geralmente não tem uma evolução, assim, para frente: é o término... E aí nós se preparamos para velhice, pra velhice ser uma velhice mais saudável; dentro dos limites nossos, uma velhice mais saudável. (C 1)

[...] porque a gente convive aqui com eles [...] não tem, assim, como se diz, privacidade. É assim, que nem aqui eu não acho que tem assim aquela privacidade que deveria de ter, né. Eles gostam de carinho, assim... mas ao mesmo tempo eles queriam ter o cantinho deles, mas não tem.. (C 3)

[...] Então, é isso que eu acho... Que acha que é ficar aqui e ter... por exemplo, não é, assim, uma liberdade total, porque os armariozinhos deles fica fechadinho e a gente vai lá e entrega; a não ser aqueles que têm os seus pertences no quarto e pega, mas não é aquela liberdade, assim.....Por exemplo, de manhã, por exemplo, às vezes elas não querem tomar banho: não, tem que tomar banho todo mundo, tem essa obrigação. Tudo tem a sua hora do almoço... isso, então, não é a liberdade total. (C9)

No que se refere à perda de liberdade e privacidade, Zimmerman (2000), Bulla e Mediondo (2004) enfatizam que o fato de as instituições manterem horários preestabelecidos para comer, dormir e tomar banho geralmente está de acordo com as conveniências institucionais, e não com as dos idosos.

A menção à necessidade de se preparar para a velhice, conforme manifestado por alguns cuidadores, é destacada nos achados da literatura atual, que assinalam a importância de se refletir e conhecer os aspectos que envolvem o envelhecimento para adentrar a fase da velhice de forma consciente e com motivação para se desfrutar o que ela tem de bom. Por outro lado o desconhecimento a respeito e a dificuldade expressa nas afirmações podem ser traduzidos como uma possível negação da velhice, o desejo inconsciente de que ela não chegue. Havendo consciência da sua existência, o processo reflexivo deve ser uma realidade. Preparar-se para a velhice, aqui, pode ser entendido como o desenvolvimento de mecanismos para o enfrentamento e a adaptação à nova situação de vida.

Portanto, podemos depreender desses dados que a convivência com o cotidiano da velhice institucional, marcada pelo isolamento social, provocou mudanças nas atitudes dos cuidadores, sejam elas positivas ou negativas, expressas pela formulação de novos conceitos e aprendizados, bem como pela implementação de novas práticas.

Ainda em relação às atitudes dos cuidadores, os entrevistados têm uma visão estereotipada da velhice, quando manifestam o jeito infantil de se referir aos idosos e ao seu contexto, como segue:

Depende muito, tem vizinho que fica velho, ele já tem um retardo mental. (C8).

[...] tem tudo uma regrazinha lá. [...] porque os armariozinhos deles ficam fechadinhos. (C9)

E o idoso, eu falo que o idoso é uma criança porque ele quer carinho, ele quer cuidado... [...] não sei se você viu a hora que eu tava ali indo abraçar as vizinhas. (C7)

E como todo mundo fala: “Ah! o idoso é como criança”. Mas eu sempre bato numa tecla: o idoso não é como criança. O idoso, é idoso. Ele tem características similares às da infância. (C6)

Apesar de a cuidadora (C6) não considerar o idoso como criança, conforme descrito acima, além de atribuir características similares às da infância, também manifestou, em várias outras ocasiões, tratamento infantilizado para com os idosos:

Tem uma senhorinha que fala “eu já tô velhinha, então eu não faço mais nada”. (C6)

Tem muita gente aí que tem vinte anos e uma mentalidade mais idosa do que um vizinho destes que tem oitenta. (C6)

Esse tipo de atitude parece ser uma característica entre os cuidadores de idosos e mesmo entre os profissionais de enfermagem em geral. Tal aspecto também foi relatado por Pavarini (1996) durante estudo sobre a dependência comportamental de idosos institucionalizados, e por Salari e Rich (2001), os quais, após realizarem um estudo de avaliação do ambiente social, do comportamento dos cuidadores e das interações sociais dos idosos em dois centros-dia, puderam concluir que o tratamento mais infantilizado por parte dos cuidadores, assim como uma inadequação do ambiente, leva a uma diminuição da autonomia, e a menos oportunidades de controle individual, com baixa interação social entre os idosos. Por outro lado, a adequação do comportamento dos cuidadores e do ambiente à idade dos clientes promoveu maior interação amistosa entre os idosos, favorecendo maior controle individual e preservação da autonomia.

Demais características também apresentadas pelos entrevistados se referem ao fato de outros três cuidadores terem utilizado expressões que dão o sentido de “posse” e ou “domínio” sobre o idoso:

Estamos sendo analisados pelos nossos queridos vô, mais que o tempo todo. (C1)

Ah! A velhice... Ah! Eu vejo assim: que nem os nossos vizinhos... (C 7)

[...] aqui é muito diferente, nossos vô são bem tratados... (C10)

Isso denota o que Erbolato (2003) expressa sobre o que pode influenciar negativamente a auto-estima do idoso, quando afirma que essa forma de referir-se à clientela revela um certo paternalismo e um desconhecimento da capacidade do idoso em gerenciar sua vida. É certo que muitas pessoas que estão envelhecendo necessitam de ajuda para se adaptar às novas situações, contudo não há necessidade de serem tratadas como propriedade ou como objeto sem vontade própria. Expressões de admiração, do tipo “que gracinha”, que costumam ser ditas diante de situações rotineiras, transmitem a falsa idéia de que se espera um comportamento diferente por parte das pessoas que envelhecem. Portanto, é necessário se refletir sobre a relação estabelecida com os idosos, no sentido de pautá-las pelo respeito e para que, conseqüentemente, eles se sintam merecedores desse respeito.

Além disso, Lopes (1995 apud PAVARINI, 1996) diz que a utilização dos diminutivos é freqüente entre os profissionais de enfermagem e que, com este comportamento, eles acabam lembrando e reforçando a dependência dos doentes na relação do cuidado. A autora ressalta que a vida emocional do adulto não é central nas preocupações, ao contrário do que ocorre com as crianças. Nesse sentido, para uns a utilização de palavras no diminutivo pode expressar atitudes de carinho e compaixão, podendo ser consideradas como forma de proteção e apoio, na intenção de recolocar as emoções no centro da relação. No entanto, para outros pode ser considerada desagradável, sendo então necessário avaliar a vantagem de utilizá-las ou não, e em qual situação.

Tecendo considerações a respeito das influências negativas que os preconceitos acerca da velhice exercem sobre a auto-estima de clientes idosos, Erbolatto (2003) também diz que muitos profissionais se esquecem de que o idoso é um adulto e não uma criança fragilizada, tratando-o com condescendência, ao invés de elaborar uma crítica construtiva. Dessa forma, não estarão contribuindo em nada para melhorar a idéia que o idoso tem de si mesmo.

Somado a isso, pode-se deduzir também que o fato de os cuidadores terem maior contato com a realidade das limitações e imperfeições da velhice faz com que ela seja concebida como um processo de contínuas perdas, em que os indivíduos ficariam relegados ao abandono, desprezo e ausência de papéis sociais. Isso de certa forma acaba por gerar práticas que contribuem cada vez mais para a perpetuação de mitos, estereótipos, preconceitos e discriminação em relação à velhice.

É nesse aspecto que talvez resida o cerne da influência das opiniões, atitudes e percepções em relação ao idoso, construídas no meio social e internalizadas pelos indivíduos, funcionando como mediadoras da interação entre pessoas de diferentes idades e o velho, do velho com outros velhos, do velho consigo mesmo e dos mais jovens com o próprio envelhecimento. Sendo assim, descobrir essas concepções e essas posturas é fundamental para se lidar com tais intenções, inseparáveis das relações sociais dos idosos.

Portanto, torna-se evidente que concepções sobre dependência e cuidado, na velhice assumem um papel relevante, na medida em que esses aspectos podem determinar o modelo das interações pessoais e sociais, assim como o modo de cuidar.

5.2 A Dependência sob a Ótica dos Cuidadores

Lentamente, com o passar dos anos vai havendo diminuição das capacidades físicas e um aumento relativo da incapacidade para a realização das atividades do dia-a-dia. Isso acontece por causa do envelhecimento funcional, que é um processo natural de desgaste fisiológico dos sistemas do organismo. O ritmo das perdas, os sistemas afetados e o impacto sobre a qualidade de vida dependem de fatores como a constituição genética, o estilo de vida, a saúde e as condições ambientais. O agravamento das incapacidades ocasiona aumento da dependência, definida por Catanach e Tebes (1991 apud NERI, 2005) como a incapacidade de uma pessoa de viver de modo satisfatório, sem ajuda, seja por limitações físico-funcionais ou cognitivas ou, ainda, pela combinação entre as duas.

Deve-se considerar que a dependência pode ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento humano, não se caracterizando como exclusividade da velhice, levando-se em conta os atuais pressupostos sobre a velhice e o processo de envelhecimento. Segundo esses pressupostos, a velhice constitui uma experiência heterogênea que pode sofrer alterações conforme o indivíduo, o contexto histórico e a sociedade na qual está inserido. É sabido, também, que a dependência por si, não determina a perda de independência ou autonomia de uma pessoa, mas, com elas interage, podendo se manifestar de diferentes maneiras, com maior ou menor valor para os indivíduos e para a sociedade.

Mesmo assim, é preciso lembrar que, apesar do avanço dos estudos sobre a velhice e o processo de envelhecimento, particularmente a partir dos anos 80 e 90 a associação entre velhice, doença e incapacidade/dependência ainda permanece presente em boa parte de nossa sociedade.

Os dados mostraram que há percepções diferenciadas em relação à dependência, na velhice. Dos dez entrevistados, apenas quatro apresentaram uma concepção

sobre a dependência na velhice: os demais (6) não a definiram, mas sim apontaram alguns aspectos ou sentimentos a ela relacionados.

Dos que apresentaram uma concepção, dois mencionaram a dependência na velhice como evento natural, normal e esperado, em decorrência da perda da capacidade funcional do indivíduo, que se desenvolve ao longo da sua existência:

Da dependência na velhice? Isso aí é uma coisa que todos nós, um dia, vamos depender. É... infelizmente, o nosso corpo não fica mais o mesmo: o corpo de uma pessoa de vinte e cinco anos não é igual a um idoso de sessenta, sessenta e cinco anos. A fragilidade vem com o tempo e isso aí é uma realidade no nosso dia-a-dia hoje. Mas, a dependência, ela existe e cabe a nós, como pessoas... como ser humanos, ajudá-los. (C2)

Mas dependência acho que, na verdade, ela faz até parte da vida, porque vai se agravando, vai ficando mais idoso – tá certo que eles fazem fisioterapia, tudo – mas... (C7)

Outros dois entrevistados relacionaram a dependência ao processo de envelhecimento patológico, ou seja, para eles o agravamento das incapacidades em função de doenças físicas e mentais ocasiona aumento da dependência na velhice:

[...] Vai haver um grau de dependência! Vai. Isso vai ser mesmo pela própria debilidade de saúde, tem uns que ficam com doenças da velhice: uma demência senil... Já são casos específicos, mas nós estamos falando de um idoso sadio: ele vai ter a artrose, a osteoporose, não vai deambular muito bem, não vai ser rápido. [...] além dos problemas de articulação, osteoporose também, que dá uma debilidade na deambulação, nós temos os sequelados de AVC. Tem mutilados de acidentes, por causa de problema vascular. Às vezes eles não têm uma perna mas eles têm os seus braços, o que poderia estar sendo trabalhado, não é verdade? E mesmo aqueles que já não têm assim a mente mais no equilíbrio normal, você tem que ter muita paciência. (C5)

Então, é uma questão bem complicada, porque muitas pessoas que a gente acha que é dependente – claro que tem aqueles que têm mesmo incapacidade física, porque ficam doentes - você não vai conseguir mudar muita coisa, mas a gente tem que incentivar. [...] Um paciente que, de repente, tem uma seqüela grande de AVC, que atinja aí é... parcial direito ou esquerdo, que realmente dificulta, como a gente tem casos aqui; que você vê mesmo que não tem o que fazer. [...]Então é assim que eu vejo que realmente é uma dependência. (C6)

Quanto aos tipos de dependência, os cuidadores qualificam a dependência não só como física ou mental, mas também como emocional e afetiva. Eles tecem considerações no sentido de que a dependência afetiva e/ou psicológica ocorre, nos idosos, em consequência da grande necessidade que eles têm de amor, de carinho, de atenção, tanto dos profissionais-cuidadores quanto da família de origem. A maioria (6), assim se manifesta:

Na velhice eu acho que é mais a dependência... Ta certo que tem uma certa porcentagem de dependência física, mas é bastante dependência afetiva. Ocorre mais na velhice a dependência mais afetiva, tanto dos nossos funcionários que têm posições de família, como dependência da família, que precisam desse amor. Então acontece, também, a dependência afetiva. (C1)

Dependência, também, de afeto, que é o mais importante. (C9)

Não, eu acho que dependência não só do físico, mas também da família: dependência de um carinho da família, de um afeto da família, de paz ao lado da família. Então é uma dependência muito grande, porque muitas vezes, aqui, não há pessoas da família que vêm visitar: tem uns que estão aqui há anos, há mais de dez anos e nunca apareceu ninguém da família. Então, isso também é uma dependência. (C10)

Como pode ser observado, à dependência física foi somada a psicológica. A dependência afetiva ganha realce entre os entrevistados, a partir da inferência de que comportamentos dependentes para as atividades de auto-cuidado podem ser usadas como mecanismos de controle da pessoa idosa no intuito de conseguir atenção e carinho:

Dependência física, psicológica, é... dependendo muito do idoso, todas as dependências. Mas é mais psicológica; muitas vezes, eles sabem se virar muito bem com a sua dependência física é... uma falta de locomoção num braço, uma perna mas, psicologicamente eles são muito dependentes. (C2)

E tem pessoas não: que elas gostam, parece, de ser dependentes. Eles sabem que ela tem condições, tranqüila, de fazer o trabalho, igualzinho o seu N. mesmo: ele tem condições de levantar, de ir sozinho, mas não, ele (diz) “só consigo se você me levar”. É uma maneira de chamar atenção da gente. [...] E tem uns que não aceitam. Mas, por incrível que pareça, a maioria gosta de um certo paparico: eles gostam de um certo agrado, de ta ali. [...] Eles querem chamar a atenção. (C1)

Vale ressaltar que a própria situação de institucionalização dos idosos, assim como o excesso ou a falta de rotinas características do seu dia-a-dia (hora para acordar, banho, café, almoço, etc.), a falta de privacidade, a atitude paternalista e o tratamento infantilizado da equipe, entre outros, podem determinar a dependência afetivo-emocional do idoso.

A dependência financeira foi citada por dois cuidadores, conforme expresso nas palavras de um dos entrevistados:

[...] Dependência, também, deles, financeiramente... e é isso. É complicado. (C9)

Evidencia-se nas verbalizações que os entrevistados, de modo geral, nutrem uma concepção negativa da dependência, uma vez que vários mencionaram a limitação pessoal que a dependência física traz. Alguns (5) se apropriam da percepção de quem é

cuidado (o idoso) e apresentam-na como um sentimento desagradável, ou seja, para eles a dependência é complicada, difícil, muito cruel, indesejada para si, um peso e motivo de desesperança. Destes, um cuidador também apresenta preocupação em amenizar o sofrimento do idoso dependente por meio de uma atitude carinhosa para com ele:

Dependência... eu é... você fala assim, a pessoa depender totalmente da gente ali, você tem que ter muito amor para eles não se sentir humilhado. E... porque a partir dali, o interno, ali, ele depende da gente, eles têm assim, um espírito, sua auto-estima que eles não querem ta é... atrapalhando, entendeu? E você tem que dar um modo especial para que ele não se sinta ferido: você tem que tratar de um jeito e de uma maneira de se colocar que ele não se sinta agredido – aquele dependente, a dependência dele. (C1)

É complicado, hein? Dependência é. É difícil porque nem todo idoso gosta de ser assim, (ele gosta) de ter sua independência. E pra eles fica difícil depender das pessoas. (C9)

Eu acho muito cruel, muito, muito, muito... (C10)

Se, de um lado, a dependência física é temida pelos idosos, exatamente pelo fato de se precisar depender de outros para o autocuidado, de outro ela pode ser esperada e aceita com naturalidade, na medida em que pode ser facilitadora das relações interpessoais, possibilitando ao idoso experienciar sentimentos de carinho e atenção ao ser cuidado.

Pavarini e Néri (2005) enfatizam que o comportamento dependente também pode ser desencadeado de acordo com crenças, valores e expectativas do próprio idoso sobre a dependência na velhice, no curso da vida humana e na vida social: se, por exemplo, um idoso pensa que na velhice tem o direito de ser dependente e de ser cuidado, é muito pouco provável que manifeste comportamentos de independência. O comportamento dependente pode, ainda, ser gerado e mantido quando o idoso percebe que pode agir sobre uma pessoa, controlando-a.

Uma outra cuidadora, ao comparar o comportamento dependente, do ponto de vista afetivo-emocional, entre homens e mulheres institucionalizados, afirma que “os masculinos, são, assim, mais carentes que as mulheres”. (C1)

Já um outro entrevistado acrescenta que os sentimentos de isolamento, de abandono, de carência afetiva e de solidão experienciados pelo idoso no asilo, podem figurar como responsáveis pela manutenção de um quadro de dependência:

Eu acho que a dependência deles, a gente tem que incentivá-los, mas acho que mais a dependência deles por que? O abandono da família. Pensa: é a mesma coisa você ter uma motivação, não é? Todo final de semana, vamos supor, que nem o siclano mesmo, o filho mora perto e não vem. Então, pra ele, eu acho assim, os idosos pensam: tem as enfermeiras. A gente cuida, tal, mas eles ficam assim mais dependentes por que? Eles não têm uma motivação! “lá no final de semana meu filho vai vim me buscar, eu lá vou brincar com meus netinhos, tal e coisa...” então eles vai ficando.... e a gente não – “ai, vem cá meu querido, vem por a minha” – então, é tudo assim, então... lógico, quem que não quer que fica ali paparicando. (C7)

Fica evidenciado que a maioria (6) dos cuidadores entrevistados reconhece que eles favorecem dependência comportamental entre os idosos, durante a realização dos cuidados diários, no asilo. Todos eles são unânimes em atribuir esse fato à deficiência de recursos humanos da instituição, com conseqüente sobrecarga de atividades e diminuição do tempo necessário para o cuidado adequado, bem como para o estímulo à independência:

É uma coisa complicada. Porque, de uma certa forma, a gente acaba fazendo com que o idoso se torne dependente, muitas vezes. Então eu sempre falo pro pessoal. Às vezes, pelo número de funcionários que a gente tem e pelo número de idosos que a gente tem e o tanto de coisa que a gente tem pra fazer, agente acaba é... nós mesmos impondo limites, sendo que o idoso pode fazer mais e a gente, assim... mas coisas que passam batido aos olhos, porque a gente tenta incentivar. (C6)

Acaba, sim. Cria alguns tipos de dependência porque eles vão lhe pedindo [...] A gente procura fazer com que eles sejam mais independentes, tentando incentivar eles a andar – os que podem caminhar – tirar da cama. [...] Porque, se ficar muito dependente, acaba ficando atrofiado na cama; aí a gente procura incentivar pra eles se tornar um pouco mais independente. Isso é possível. (C9)

Ah! às vezes no banho, mesmo. Vamos supor: quando a gente ta uma sozinha lá, eu não vou poder esperar um colocar a meia, o outro trocar; aí você tem que fazer, porque aí você tem horário, também. Vamos supor, a hora do almoço: todo mundo tem que ter tomado banho e arrumadinho. Se você ta em menos pessoas, não tem como [...] A hora que você vê você já fez tudo: já colocou meia, sapato, pra... porque a gente acaba criando, às vezes mesmo, mas é... não tem como. (C7)

Mais um dos cuidadores citados acima ainda complementa o seu pensamento expressando, certa insatisfação diante dos comportamentos indutores de dependência por parte dos outros funcionários, mesmo que sob a justificativa da pressa ou da falta de tempo.

É, como eu já expliquei pra você, a gente cria mesmo. [...] Então, muitas vezes, a gente acaba colocando limite no idoso. Pra você ver, pela prática do dia-a-dia você

quer fazer uma coisa... igual o pessoal mesmo que dá o banho, que ta dando o banho, ta dando o banho na correria, precisa adiantar o serviço, precisa terminar todo mundo, tem tempo certo pra poder dar o almoço... Às vezes acontece, quando você sai aqui fora, tem um idoso que não anda de cadeira e ta na cadeira de rodas. Então, o que é que o pessoal tem na cabeça? “Ah! não, é porque eu tava com pressa e trouxe ele aqui”. Então a escassez de mão de obra acaba colocando você numa situação, que você acaba criando a dependência do idoso. Infelizmente! (C6)

Estes relatos nos remetem ao que Couto (1994), Baltes e Silverberg (1995) afirmam sobre dependência e institucionalização de idosos. Para eles, em se tratando de idosos institucionalizados, pode-se constatar um grau de poder e controle dos administradores/cuidadores, comparável ao grau de poder que só os pais têm sobre os filhos pequenos. Este tipo de controle leva as pessoas a tratarem os idosos como crianças, principalmente dentro das instituições asilares. Em nome da eficiência, rapidez e perfeição do trabalho, as tarefas que ajeitada ou desajeitadamente poderiam ser executadas pelos idosos, vão sendo, aos poucos, delegadas e perdidas, principalmente na situação de institucionalização. Ainda segundo Couto (1994), convém aos cuidadores a realização destas tarefas visando a economia de tempo e o alcance de uma perfeição que não se poderia obter com os próprios internos. Em contrapartida, o que se consegue é apenas a apatia e a inatividade dos idosos.

Por outro lado, quatro cuidadores negaram realizar ou não assumiram adotar comportamentos que pudessem criar dependência comportamental nos idosos durante o cuidado diário:

Eu não percebi que crio uma dependência assim, dos idosos que eu cuido. Dependência física, não. E também afetiva, acho que todo o grupo aqui trabalha, todo mundo se doa um pouco. Uns se doam um pouco mais, outros, assim, se retraem mais, mas cada um se doa de uma maneira, mas não para que contribua para dependência, mas para que eles realmente sejam livres. (C1)

Se eu crio? Pra eles? Que eu saiba, não... Não. (C2)

Embora a maioria dos cuidadores reconheça que a dependência comportamental dos idosos no asilo é advinda, na maioria das vezes, do tipo de cuidado

recebido na instituição, cinco mencionam ter consciência de que é preciso estimular comportamentos independentes, sempre que possível:

Uma coisa maravilhosa, que depende da gente, depende de nós, cuidadores, a estimular pro idoso não se tornar totalmente dependente. Porque eu vejo assim: mesmo dentro da dependência dele, ele tem a sua independência. E a gente tem que buscar respeitar essa independência dele. (C6)

Pelo menos, assim, de manhã, eu e o fulano, nós tentamos incentivar [...] Pra ir pra almoçar, também aí tem que incentivar. (C7)

...Pra ser cuidador vai ter que respeitar o tempo do idoso: ele não vai fazer nada depressa; ele tem que ser respeitado no seu tempo. E deixar que ele faça. (C5)

Destes, três entrevistados mencionaram o tipo de mudança realizada no ato de cuidar como forma de propiciar maior independência ao idoso. Para eles, a modificação no tipo de dieta oferecida e o estímulo ao auto-cuidado podem trazer benefícios tanto para quem cuida quanto para quem está sendo cuidado:

Ah! sim. Quando eu entrei aqui, alguns comiam comida batida, pastosa e outros, não. [...] Eles eram independentes, estavam ali, comendo sozinhos, só que eles tinham dificuldade de triturar, de deglutir tudo; [...] Ali, onde, antes de ser pastosa, a gente acabava pegando e dava na boca pra adiantar; porque o nosso tempo é curto, pra adiantar. Aí, com a pastosa, não: com a pastosa eles comem sossegados, eles comem do jeito deles, mas a nossa consciência sabe que ta triturado, bonitinho ali, certinho, e que vai ter uma boa absorção; e eles comem sozinhos [...] e, em vez de eles serem dependentes da gente, eles estão sendo independentes na parte de se alimentar. (C8)

Não porque muitas vezes eu faço de tudo: que nem a gente quando ta dando banho neles, aqueles que podem se vestir, se secar e sempre fala que não, deixa elas se trocar de roupa, deixa elas se secar, porque se ela fizer isso, ela vai estar se ajudando a si mesma. Porque se tudo você for fazer, aí a contribuir pra ela ficar mais atrofiada. [...] Eu deixo pra estimular, porque se você não estimular, a dependência é maior, aí. (C3)

Pode-se perceber aqui que esses cuidadores parecem possuir informações técnicas e orientações práticas em relação ao cuidado ao idoso, de modo que possibilite, através da estimulação, transformar o comportamento dependente do idoso para o auto-cuidado. A capacidade de o idoso alimentar-se sozinho ou, simplesmente, alimentação juntamente com banho, vestuário, ida ao banheiro, transferência (para cadeira ou cama) e continência constituem as categorias básicas da Escala de Katz para avaliação da Capacidade

Funcional, medindo o grau de independência para a realização das atividades de vida diária (AVDs).

Sem dúvida, é preciso que os cuidadores conheçam as características que acompanham as pessoas idosas, assim como as alterações que podem ocorrer com o processo de envelhecimento, garantindo-se assim a dignidade de quem está sendo cuidado, seja na instituição ou no domicílio.

De todos os cuidadores entrevistados, apenas um associou dependência na velhice com falta de conhecimento ou preparo adequado do profissional:

Ele acaba sendo dependente porque, se tem uma pessoa (cuidador) que, se ele não sabe, não tem instrução, não tem capacidade de mexer com isso. (C8)

Conforme já foi notado por Baltes, Neumann e Zank (1994), analisando a eficiência dos programas de treinamento entre cuidadores com vistas à promoção da independência de idosos institucionalizados, é preciso se levar em conta a importância da formação de profissionais voltados para o cuidado gerontogeriátrico, que pode servir como referência para a estruturação de programas de treinamento para cuidadores, particularmente para profissionais de enfermagem.

Portanto, os dados indicam que os cuidadores em geral, sejam eles profissionais de enfermagem, atendentes ou voluntários, necessitam receber treinamento adequado para o cuidado aos idosos, os quais apresentam peculiaridades em relação a aspectos biopsicossociais e espirituais. A não-capacitação promove comportamentos de dependência no idoso, maus tratos e negligência na prática do cuidado. Dessa forma, pode-se dizer que haverá uma dicotomia entre a teoria e a prática do cuidado de enfermagem, particularmente quando teoria e prática estiverem focadas nas tarefas e procedimentos negligenciando ou subestimando a importância dos demais aspectos envolvidos no cuidado.

5.3 O Significado do Cuidado para os Cuidadores

A evolução histórica da profissão de Enfermagem nos mostra que o caráter humanista do cuidado preconizado por Florence Nightingale, no início da profissão, foi aos poucos adquirindo uma nova conotação, à medida que esteve sob a influência do modelo biomédico, que levou à fragmentação e à impessoalidade do cuidado. Apesar do esforço empreendido pelos profissionais enfermeiros para o resgate do cuidado humano, ainda persiste a divisão e a subdivisão das tarefas, que valoriza a especialização e o trabalho técnico eficiente.

Para Ambrozano (2002, p.81) essa situação de dicotomia entre a teoria/ensino e prática de enfermagem oferece:

Um novo paradigma que aponta para a busca da totalidade do homem por meio de uma assistência de enfermagem pautada na reflexão e no conhecimento, propiciando a harmonia do atendimento às necessidades humanas básicas do ser, da família e da comunidade.

Por isso é que se justifica a investigação da concepção do cuidado entre os cuidadores. Essa investigação envolve alguns aspectos, que foram assim agrupados para a apresentação dos resultados: concepção de cuidado e do cuidado ao idoso; o significado e o sentimento atribuídos ao ato de cuidar do idoso; as situações e ações de cuidado; e as dificuldades encontradas para a prática do cuidado.

Iniciando, então, a apresentação dos resultados desta fase, pela concepção de cuidado, chama a atenção o fato de que todos os cuidadores (10) procuraram defini-lo com base na realidade institucional, e sete deles referiram-se à noção de cuidado integral, total ou holístico, isto é, o conjunto de ações que busca atender às necessidades da pessoa, levando-se em conta os aspectos bio-psico-sociais e espirituais. O atendimento às necessidades básicas relatado pelos cuidadores denota as características contidas nos conceitos de enfermagem,

assistência e cuidado de enfermagem propostos por Horta (1979) e amplamente difundidos entre os profissionais da área:

Cuidar! [...] eu vejo, assim, que engloba o todo, realmente, a visão holística, como a gente fala. É o cuidado do todo. Não eu só vir aqui dar um banho, mas eu vou ter que dar atenção pro idoso e conversar. (C6)

O cuidado ele se resume num todo. [...] É assistência, a assistência, além de médica, igualzinho eu falei, psicológica, um apoio psicológico, procurando dar condições melhor social também. (C1)

O cuidado, pra mim, envolve tudo: o cuidado físico, do bem-estar deles, o cuidado psicológico. (C2)

Ah! cuidar, na minha concepção, cuidar é você estar dando carinho, afeto, vendo as necessidades, as necessidades básicas deles, muitas vezes, uma conversa, ter uma aproximação maior com os vô. (C10)

Dos que apresentaram essa visão de integralidade do cuidado, apenas dois cuidadores citaram o atendimento às necessidades espirituais como sendo um cuidado importante na vida das pessoas, sejam elas idosas ou não, ao dizerem:

Realmente cuidar do idoso, que é o cuidado tanto o cuidado físico, o cuidado espiritual, que é importante também pro idoso; não só pro idoso, mas pra todo o mundo; todos nós precisamos. (C6)

Eu acho que é estar sempre atento pra parte física, social, psicológica e espiritual. Se tem um interno que tem uma crença, eu acho que ele pode ter o seu momento de oração: isso faz bem pra ele, a fé faz bem. (C5)

Espiritualidade e religiosidade costumam estar associadas ou serem tratadas como sinônimos e são questões que sempre geram polêmica quando abordadas. Nas diversas realidades, também vivenciamos o fato de que são as pessoas mais velhas ou idosas as que mais se dedicam às questões da religiosidade, independentemente de seu credo e, até mesmo, de sua capacidade funcional.

A Psicologia, propondo-se a entender e a melhor explicar a questão da religiosidade na vida das pessoas, aponta que ela se desenvolve a partir da idade adulta e pode se intensificar na velhice quando abordada dentro das Teorias do desenvolvimento do adulto e das Teorias do desenvolvimento da religiosidade. Para Erikson (1986, apud GOLDSTEIN; NERI, 1993), no entanto, a esperança, base da fé religiosa, surge como resultado do conflito

entre confiança e desconfiança já no primeiro estágio do desenvolvimento, e envolve a confiança da criança no provedor frente à sua dependência. Para vários teóricos, a religiosidade ou espiritualidade está ligada a imagens de plenitude, harmonia, integração, unidade e transcendência, e figuram como meta a ser alcançada no processo de desenvolvimento. Para outros, segundo Goldstein (1993), o desenvolvimento religioso ocorre como consequência de uma reestruturação do conhecimento em resposta a questões existenciais. Para outros, ainda, seria uma resposta à incapacidade de enfrentar questões como sofrimento, derrota, fracasso, dor e morte. Esses, porém, são apenas alguns dos vários aspectos que envolvem a questão da religiosidade na vida do ser humano, e na maioria dos casos faltam evidências para a comprovação de hipóteses a respeito.

A Enfermagem compartilha vários desses pressupostos, e do ponto de vista do cuidado em enfermagem pode-se afirmar que o cultivo da espiritualidade ou a vivência da religiosidade podem contribuir para o bem-estar das pessoas, trazendo esperança, conforto e força emocional nas situações de doença crônica, grave, ou em estados terminais. No entanto, para algumas pessoas, essas mesmas situações, assim como as perdas delas advindas, podem provocar uma perda do significado da vida e da própria fé, desencadeando uma crise espiritual na qual faz necessária a intervenção profissional (SMELTZER; BARE, 2002).

Para este outro cuidador, apenas, o cuidado está relacionado a ações que propiciem facilidades para tornar o idoso mais independente no que diz respeito a algumas AVDs e aos estados de deficiência física:

Acho que é você facilitar alguma coisa pra eles, alguma coisa, assim, que eles não possam fazer, como ir no banheiro. [...]Então, eu acho que a gente tem que fazer o mínimo da gente pra que no caso... que nem, no caso, comida, essas coisas, é um cuidado: você levar até eles pra eles comer sozinhos. Os outros que mais precisam de cuidado, também, são os que têm deficiência visual: eles se viram sozinhos, mas a gente... é um cuidado, a gente tem que levar na mão deles porque eles não sabem chegar até onde está a comida. Então, a gente colocou, já é um cuidado que a gente faz pra que eles possam se virar sozinhos. Imagino ser isso um cuidado. (C8)

Percebe-se, até aqui, que a dimensão afetiva do cuidado sempre acompanha a realização de procedimentos ou tarefas do cuidar. Porém, a verbalização de dois cuidadores,

mesmo valorizando todas as dimensões do cuidado, deixa transparecer que não tem sido possível atender muito mais que as necessidades biológicas no dia-a-dia do cuidado institucional:

[...] porque há necessidade de conversar com um deles ou com uma delas, não importa, mas muitas vezes você se vê pressionado, porque você não tem número de funcionário suficiente, e você tem que fazer várias funções [...], sendo que o certo mesmo de dar assistência no todo, necessitaria de dar assistência psicológica, de ficar ouvindo, ta conversando, o que muitas vezes você é obrigado a interromper porque realmente a demanda é muita. (C1)

Envolve aí uma porção de coisas: carinho, compreensão, saber ouvi-los, sentar pertinho deles e – é lógico que nem sempre dá tempo pra isso, porque realmente o serviço é muito corrido. (C2)

Além das qualidades apontadas como necessárias para cuidar, a utilização de expressões como “saber ouvi-los”, “sentar pertinho deles” e “ter uma aproximação com os vô”, utilizadas em algumas das verbalizações acima, denotam interesse, respeito e solidariedade por parte do cuidador em relação ao ser que é cuidado, o que resulta em atitude de aceitação e confiança. Dessa forma, tais concepções parecem conter o significado da “presença” referida por Heidegger (1969 apud WALDOW, 1998b). Complementando, Bishop e Scudder (1991; 1996 apud WALDOW, 2004) afirmam que a presença legitima a humanidade de quem cuida e de quem é cuidado e ainda que, por ela, o ser que é cuidado sente-se valorizado e respeitado, encorajando-se e enchendo-se de esperança.

Ainda na perspectiva do cuidado humanizado, esta cuidadora, mesmo não tendo se expressado tão claramente a respeito da concepção de cuidado, associou-o à responsabilidade, à equidade, à dedicação e à paciência ou compreensão, qualidades essenciais para que se estabeleça uma relação de cuidado:

A gente faz esse trabalho não só pra um, mas como pra todos. A gente tem que cuidar de todos iguais. E com amor, com carinho, compreensão, porque se a gente não fizer nada dessas coisas é melhor nem trabalhar aqui. (C3)

Para estes dois cuidadores, o cuidado vai além do dever profissional e humano de cuidar, implicando fazer o melhor possível para garantir a qualidade do cuidado:

Cuidar é a coisa mais boa que tem e eu faço a minha obrigação. Sofre aqui dentro, sofre ali fora, e eu gosto muito; eu acho que eu aprendi muito cuidar do idoso. E ainda que cansa, não pode perder, tem que atender mais ainda. (C4)

Eu faço o melhor, tento fazer o melhor. Tento é... Mostrar pra eles que nós estamos aqui realmente pra fazer o melhor por eles. (C2)

Este cuidador, referindo-se ao cuidado aos idosos, complementa seu pensamento ressaltando que o verdadeiro cuidado vai além da realização de uma tarefa ou procedimento:

Não é simplesmente ir lá e oferecer um remédio, mas oferecer, também, a fórmula que vai fazer ele bem: dar o remédio é muito fácil, só que cuidar, depois do remédio é mais difícil. (C2)

O cuidado assume, assim, o significado de doação, que, segundo Waldow (1998a), pode ser entendido como a necessidade de ir além da obrigação. Para a autora, tudo aquilo que vai além da obrigação envolve comprometimento e responsabilidade, e pode ser considerado, também, como um compromisso moral. Com isso pode-se resgatar o pensamento de Griffin (1983 apud WALDOW, 2004), que afirma que quando há envolvimento na sua realização, o cuidado assume uma conotação diferente, por não se limitar à realização de uma tarefa ou simplesmente ao aspecto técnico. Esse envolvimento, ao incluir o componente moral (de dever sem obrigação) e emocional, assim como o aspecto cognitivo, da percepção, da intuição e do conhecimento, representa o verdadeiro cuidado.

No entanto, todo esforço e toda dedicação dispensados para o cuidado aos idosos é sempre recompensado, conforme se expressam estes dois cuidadores:

Eu acho que cada passo que eu faço por eles, acho que Deus tá olhando pra mim, pelo que eu faço por eles. (C4)

[...] O cuidado, pra mim, é cuidar deles em tudo: desde a alimentação, eu tento, assim, pelo menos da minha parte, ir lá, conversar, até eu brinco, eles são cheio, assim, de dar balinha, porque eles querem agradecer; é um presente, dá uma balinha. (C7)

O reconhecimento pelo esforço empreendido para o cuidado poderia ser traduzido pela sensação do dever cumprido, de se estar em paz com a consciência. Para Waldow (2004), cuidadores que assim se expressam, reconhecidos ou gratificados, sem levar

em conta aspectos como condições de trabalho, baixos salários, sofrimento e cansaço parecem realmente gostar do que fazem.

De diferentes maneiras, implícita ou explicitamente, a preocupação com o bem-estar dos idosos esteve presente na verbalização de todos os cuidadores entrevistados, mas apenas uma cuidadora referiu-se à necessidade de cuidar de si como condição para cuidar dos outros, dizendo que:

A gente procura o bem-estar de cada um, nós procuramos o nosso bem-estar e também que a gente tenha pessoal para dar condições melhor de preservar eles, nossos internos. Então isso aí é um tipo de cuidado: respeitar que cada um tem o seu limite, a sua privacidade. (C1)

Esse pensamento é corroborado por Waldow (2004), ao afirmar que o auto-conhecimento ou consciência de si é pré-condição para o cuidado do outro, pois confere ao cuidador maturidade para ter consciência do outro e de suas necessidades. Nesse contexto, Silva, Tonelli e Lacerda (2003) consideram, também, que cuidar do outro está diretamente relacionado às escolhas que se faz. Para as autoras, estar feliz com as escolhas que se faz é condição primordial para que o cuidado se realize, pois quando isso não ocorre é grande o risco de frustração e descontentamento pessoal e profissional.

Já em relação a cuidar do idoso, a maioria (9) dos cuidadores apontou alguns aspectos que envolvem ou diferenciam o cuidado ao idoso ou que complementam sua concepção de cuidar/cuidado.

Apenas uma entre as cuidadoras expressou uma concepção que se difere das dos outros. Para ela, “o cuidado é do ser humano e o idoso é um ser humano: então ele tá dentro do cuidado” (C5).

Considerar o cuidado como característica inerente ao ser humano denota a concepção de cuidado como essência do ser humano, que, segundo Heidegger (1969 apud WALDOW 2004), numa dimensão ontológica, é um modo de ser. Para esse autor o ser humano é um ser que deve cuidar não só de si, mas também dos outros.

No entanto, para estes quatro cuidadores, cuidar do idoso exige que alguns atributos ou qualidades especiais, como o amor, a paciência e o respeito, já implícitos no cuidado, sejam intensificados:

Eu acho que cuidar do idoso é... passar pra ele um pouquinho que a gente sabe, um pouquinho de amor, um pouquinho, não, tem que ser bastante mesmo! Toda situação, todas essas coisas mesmo. (C3)

O cuidar dos idosos, ele exige é... uma dose a mais de amor e de paciência porque, o idoso, é tudo mais delicado. Então eu acho assim, que quando se trata do cuidado ao idoso, nós temos que ter um jogo de cintura maior, temos que ter mais paciência em lidar. [...] Ele tem toda uma história de vida, muitas vezes, sofrida, no caso de idosos institucionalizados – vida sofrida! [...] Porque, na verdade, é a doença da alma, é a carência. Então, a gente tem que tomar cuidado maior, a gente tem que ter um tempo maior pro idoso. (C6)

Tem diferença. E bastante. Porque o idoso é... eles perdem um pouco a noção da realidade – tem uns que são conscientes, outros estão meio assim... – e você tem que ter certos cuidados: com uns mais, outros, não. E tem que ter muita paciência pra atender as necessidades deles e, também, muito respeito por eles. Porque eles já estão nesta idade, já estão carentes, e eles também precisam do nosso respeito e do carinho. (C9)

Dois deles, como se pode observar, mencionaram que a diferença no cuidado ao idoso está associada, muitas vezes, à carência/dependência afetiva decorrente de sua história de vida ou do grau de dependência física e dos estados demenciais que podem ocorrer na velhice. Esse modo de pensar parece estar fundamentado nos padrões que determinam o envelhecimento normal (primário) ou patológico (secundário). Nas duas situações, as alterações da capacidade funcional vão ocorrer, com maior ou menor intensidade e velocidade, constituindo-se, muitas vezes, em perdas irreversíveis. Por outro lado, o abandono da família, o isolamento social pela institucionalização e a própria rotina institucional podem levar o idoso a apresentar comportamentos de dependência, como já citado anteriormente, que demandam atitudes e comportamentos diferenciados por parte dos cuidadores.

Apenas um dos cuidadores referiu não perceber diferenças significativas entre as concepções de cuidar/cuidado e cuidar do idoso. Mesmo assim, aponta o caráter preventivo do cuidado e a necessidade de cuidar de todos, independentemente do grau de dependência apresentado, buscando preservar a autonomia:

[...] Não é assim diferente! Só que o idoso, eles fazem algumas coisas mais sozinhos, mais independentes. Tem uns vizinhos que são independentes: eles pegam sua própria roupa, sabem onde que é, então... mas alguns, a gente sempre fica de olho no caso de escorregar, cair, a gente tem que ter uma visão, observar: você está cuidando de um, mas tem que estar de olho naquele idoso independente. Por mais que ele não precisa da gente, mas a gente tem que estar de olho, tem que estar cuidando. E eu acho que é isso, mais ou menos. É uma experiência nova pra mim. [...] Bom, agora vamos chegar nessa visão ainda, porque não tenho uma opinião totalmente formada a respeito do idoso, ainda. (C8)

Essa concepção também vem ao encontro de dois aspectos do cuidado propostos por Griffin (1983 apud WALDOW, 2004, p.26). Para a autora, além de atitudes e sentimentos, o cuidado “envolve a atenção, no sentido de prestar atenção, observar atentamente, e o discernimento, no sentido de estar alerta, estar sintonizada”.

Vale ressaltar ainda que, ao final de sua fala, este cuidador afirma que ainda não possui “uma opinião totalmente formada a respeito do idoso” e atribui isso ao pouco tempo da prática de enfermagem junto aos idosos. Tal afirmação parece implicar a necessidade do conhecimento específico para o cuidado gerontogeriatrico, conforme as questões abordadas nos estudos de Leonart (2004), Duarte, Diogo (1999), Borsato e Mendes (2004).

Gostar muito do que faz, sentir prazer em fazer, estar disponível para o trabalho do dia-a-dia e para eventualidades, assim como cuidar do idoso respeitando-o como pessoa que tem características individuais, sem massificar as ações de cuidado, tudo isso pode traduzir a satisfação do cuidador, e são atitudes reconhecidas pelos idosos, segundo o depoimento destes três cuidadores:

É igual eu falei: significa muito. Se precisar, a qualquer hora, qualquer momento, eu to aí pra ajudar. Mesmo quando eu estou de folga, se eu tiver lá do outro lado da cidade e ligar pra mim eu venho correndo; qualquer coisa. (C4)

Eu gosto muito. Ai, cuidar dos idosos, pra mim é... acho que eu sempre tive esse negócio de cuidado, mas eu gosto muito. Mas é gostoso cuidar deles, você ver eles arrumadinhos, de roupa social, ele gostam muito de roupa social. Cada um tem uma mania e quando a gente vai separar a roupa já sabe que uns gostam de um lençinho, o outro quer uma toalhinha. Então, você pega amor, não tem como. Esse fulano mesmo, [...] ele fala assim: “ah!, eu senti a sua falta ontem! Você não veio.” Então, ele sente falta da gente. (C7)

Para mim, particularmente, pessoalmente, é um prazer. Eu acho assim, que foi um presente de Deus pra minha vida. Eu achei que ia até cuidar de idoso depois que me

aposentar, depois da minha aposentadoria. [...] Então Deus quis, colocou assim neste caminho, sabe, foi justamente pra Deus me usar agora, enquanto eu sou jovem ainda pra ta fazendo este trabalho. (C1)

É interessante notar que, nessa última fala, o cuidado ao idoso aparece como possibilidade de trabalho voluntário, e dessa forma denota o caráter caritativo implícito no cuidado às pessoas internadas em instituições filantrópicas, como asilos ou orfanatos, e também remete à idéia de abnegação, dedicação e desvelo envolvida no cuidado prestado pela mulher/mãe aos demais membros da família, assim como ao caráter caritativo presente no início da história da enfermagem. Porém, é preciso lembrar que a Enfermagem, enquanto profissão, vem evoluindo em seus conhecimentos e formas de cuidar, não devendo o seu exercício ficar restrito ao aspecto caritativo: deve, antes, ser um instrumento para a concretização do direito ao exercício da cidadania. Já o fato de planejar o trabalho voluntário para uma fase mais tardia em sua vida também denota um dos aspectos do conceito de geratividade desenvolvido por Erikson. De acordo com Neri (1991b apud GOLDSTEIN, 1993), a geratividade está associada a uma maior identificação com o bem-estar da sociedade, como um todo, o que faz com que os objetivos e as ambições pessoais sejam colocados em segundo plano.

No contexto dessas manifestações, pode-se inferir que não houve diferenças significativas entre as concepções de “cuidar/cuidado” e o cuidado ao idoso. Dessa forma, cuidar/cuidado pode ser traduzido como qualidade natural do ser humano em relação ao seu semelhante, com o objetivo de promover o seu bem-estar biopsicossocial e espiritual, respeitando suas características individuais, buscando preservar sua autonomia e sua independência. Para isso é necessário estabelecer uma relação entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, que envolve, além do conhecimento técnico específico, manifestações de amor, carinho, paciência, compreensão e espírito de doação.

Partindo do pressuposto de que cada ser humano traz consigo diferentes histórias ou experiências de vida, de cuidar e ser cuidado, pode-se afirmar que essa relação de

cuidado, que passa pelo ato de cuidar dos idosos, adquire um significado especial para cada um dos cuidadores, desencadeando sentimentos igualmente diversos.

Dessa maneira, para oito cuidadores, o ato de cuidar do idoso esteve relacionado a questões de realização pessoal ou profissional. Deste total, cinco referiram que, pessoalmente, o ato de cuidar do idoso é uma atividade prazerosa e que traz satisfação e outros quatro cuidadores referiram se sentir úteis, sendo que para um deles o reconhecimento por parte dos idosos pode servir de parâmetro para melhorar a qualidade do cuidado dispensado:

O ato de cuidar? Pra mim, é uma realização profissional; profissional e também como pessoa. (C2)

Eu, particularmente, eu me sinto muito bem. (C3)

Pra mim, assim, é edificante, sabe? (C6)

Pra mim, cuidar deles é muito maravilhoso, chegar aqui e saber que eles estão me esperando, que eles dependem do meu trabalho, que eles dependem de mim e que eu posso fazer o melhor. (C2)

Então, quando eu demoro pra voltar pro trabalho ou quando eu assumo outras atividades, que eu não vou direto pro cuidado, e que eles demonstram que sentiu a minha falta, então, é sinal de que o meu trabalho ta sendo bom. (C5)

[...] Mas pra mim, assim, é muito satisfatório saber que eu vim aqui, cuidei deles de manhã, dei banho, passei creme, ficou limpinho. (C7)

Sentir-se útil, importante, feliz por poder cuidar parece estar relacionado ao pensamento que Mayeroff (1971 apud WALDOW, 1998a) expressa a respeito. Citando Andras Angyal, a autora afirma que todos queremos ser necessários e somos fortemente motivados, não só pelas próprias necessidades, mas também pela necessidade que os outros têm de nós. Quando não nos sentimos necessários, emerge uma sensação de seres incompletos e inacabados, só revertida dentro e por meio de relacionamentos. A autora termina seu pensamento complementando que ao nos relacionarmos, não procuramos apenas o que nos falta e o de que precisamos, mas também algo que nos faça sentir necessários, aquilo que os outros desejam de nós.

No entanto, para uma das entrevistadas o ato de cuidar é entendido como um ato de responsabilidade, ao considerar que o cuidado ao idoso, no contexto institucional, envolve o trabalho da equipe de enfermagem, na qual cada membro desempenha papel importante para a continuidade, integralidade e qualidade do cuidado:

Da parte de enfermagem é uma responsabilidade. Porque, entendeu? Você vai tentar fazer o melhor da parte da enfermagem. Porque aquilo que você está fazendo tem uma responsabilidade e se você não tiver esta responsabilidade, vai ter uma consequência. Então o ato de cuidar, ali, você tem que ter uma responsabilidade, porque é uma continuidade. E depois vai vim um outro colega que vai dar continuidade, pra seguir num outro dia e, assim por diante. (C1)

Outros quatro cuidadores apontaram aspectos positivos relacionados ao ato de cuidar do idoso, como o respeito, o melhor conhecimento dos idosos sob seu cuidado, a oportunidade de aprendizagem e o estímulo à reflexão da própria vida e da velhice, maior valorização de sua vida e de seus familiares, frente às experiências relatadas pelos idosos:

É uma coisa que eu aprendi, eu aprendi muito com eles, eu tenho certeza, também, que eles aprendem muito com a gente. (C3)

Porque a gente tem muito, assim, o hábito de murmurar, de reclamar da vida. Às vezes, “ah!, lá em casa não ta bem, a família não ta bem; muitas vezes, ah! os meus idosos lá de casa...” Mas aí, aqui, eu posso ver assim, que a vida é bem mais do que a gente pensa que ela é. (C6)

Eles são... ah! a gente tem um carinho especial por cada um. Não tem como você separar um do outro, assim, é em geral. (C7)

Prestar cuidado ao idoso pode fazer aflorar sentimentos entre os cuidadores. No estudo em questão, foram os mesmos presentes nos relatos dos cuidadores sobre o significado do ato de cuidar do idoso. Sendo assim, foi possível constatar que, ao prestar o cuidado, oito entre os dez cuidadores se sentem realizados pessoal e/ou profissionalmente:

Eu me sinto muito feliz, graças a Deus. (C3)

Ah! realizado! Não tem nem palavras, porque... eu to fazendo um bem. Então, eu me sinto realizado; acho que faltava essa parte aí da minha profissão. Realizado mesmo, não tem o que discutir sobre isso, é gratificante!(C8)

Ah! é tão bom quando a gente pode servir! É muito bom você poder servir alguém, você poder ajudar alguém! (C6)

Uma cuidadora, entretanto, condicionou sua satisfação ao cuidar com a qualidade do cuidado prestado, o que pode denotar atitude de responsabilidade:

Você tem que dar atenção; você tem que ir embora sabendo que você fez a coisa certa e não que você deixou alguma coisa pra trás. Então aí, você vai bem. É, você fez a sua parte. (C7)

Já outros dois cuidadores, além da realização pessoal e profissional, valorizaram a troca de experiências e o aprendizado advindo da relação que se estabelece durante as situações de cuidado:

Eu sinto que eu tenho prazer [...] porque ali está sendo uma oportunidade de cuidar de uma vida. Profissionalmente você está aprendendo mais ainda a lidar com uma parte da vida que é importante [...]E ali, de um lado, você está ali, naquela situação que você está lidando com o interno diretamente, você ta trocando informação, eles tão te passando informação e você também ta trocando informação ali com eles. Posso dizer assim que profissionalmente é uma parte muito boa, capacita muito a gente. [...] Você adquire a experiência, a experiência pra poder ir pra parte difícil mesmo da vida da gente. (C1)

Eu sinto muita emoção, muito carinho, muito amor, muita paixão, entendeu? Eu nunca pensei que fosse dar certo assim. E eu nunca pensei que ia entra num asilo pra cuida de um idoso; e hoje eu aprendi muitas coisa com eles. (C4)

E estas duas entrevistadas ressaltaram, ainda, que a satisfação ou realização profissional não são necessariamente decorrentes do ganho financeiro:

[...] Além de você se sentir bem, você também está ajudando, não, assim, pensando... É lógico que o trabalho ajuda bastante, mas não pensando financeiramente, pensando mais no ato de ajudar. (C9)

Eu me sinto mesmo realizada como profissional, porque todo ser humano fala que trabalha pelo dinheiro, mas, mesmo assim, fora o dinheiro, a gente está fazendo um ato de amor pra eles. (C10)

Esta troca de conhecimentos e experiências, de acordo com Mayeroff (1971 apud SILVA; TONELLI; LACERDA, 2003), caracteriza o processo de cuidado, à medida que ajuda o outro a crescer e a se realizar, implicando desenvolvimento, o qual resulta da confiança mútua, de um aprofundamento e uma transformação qualitativa do relacionamento, condicionados ao tempo de convivência entre o cuidador e o ser que é cuidado. Nesse sentido, podemos afirmar que o cuidar/cuidado possibilita auto-realização, assim como permite ao ser humano, por seu intermédio, viver o significado da própria vida.

Ao contrário dos demais, esta cuidadora foi a única a dizer que se sente frustrada por não poder prestar um cuidado com maior qualidade, fato que atribui às

limitações impostas pela sua posição dentro da equipe de enfermagem e às condições oferecidas pela instituição:

Às vezes (sinto-me) frustrada, porque é... Eu gostaria de estar fazendo mais e eu tenho minhas limitações, não só pela minha função – que eu sou uma subalterna – e também pelas próprias condições da instituição. Então, às vezes eu me sinto um pouco frustrada em não poder fazer mais do que foi feito. (C5)

O teor de sua verbalização encontra respaldo na reflexão de Waldow (2004) sobre as relações da enfermeira com a equipe de enfermagem, para quem os componentes da equipe, auxiliares e técnicos de enfermagem em sua grande maioria, são os verdadeiros responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes, embora sofram pela constante opressão exercida por parte da medicina e das enfermeiras. A enfermeira, enquanto coordenadora, controla e comanda a equipe; ao planejar e distribuir as tarefas a serem executadas estabelece uma hierarquização e a divisão social do trabalho, que, conseqüentemente, levam à subordinação. Essa situação pode ser agravada quando a enfermeira não demonstra simpatia e competência, quando é hostil e autoritária, ou, ainda, quando procura atender apenas aos interesses do sistema, não dando abertura para a participação efetiva dos membros da equipe. Como conseqüência, podem surgir desunião e falta de cooperação, descaracterizando os comportamentos de cuidado.

Finalizando este tópico da análise, pode-se inferir que, para os cuidadores entrevistados, o ato de cuidar do idoso envolve responsabilidade e respeito, e se traduz por uma atividade prazerosa, uma vez que proporciona um melhor conhecimento dos idosos sob seu cuidado, o reconhecimento de sua dedicação, a oportunidade de aprendizagem e o estímulo à reflexão sobre a própria vida e sobre a velhice, assim como uma maior valorização da vida. Dessa forma, sentem-se felizes, valorizados e realizados pessoal e profissionalmente.

No entanto, o cuidado pode se manifestar por ações diversas e em diferentes situações. Algumas, inclusive, foram utilizadas pelos cuidadores como exemplo para

explicitar alguns conceitos. Mesmo assim, e já sabendo como se sentem esses cuidadores ao cuidar do idoso, buscar-se-á, agora, conhecer como cuidam e quando cuidam.

Para a maioria dos cuidadores (6), o cuidado é necessário e pode acontecer em toda e qualquer situação, independentemente das condições de saúde ou do grau de dependência que o idoso apresente:

Olha... é... desde que ele tenha alguma atividade, que ele seja auto-independente no seu auto-cuidado, ele, ainda assim, necessita de cuidado afetivo, psicológico, social, espiritual pra ele não ficar marginalizado. (C5)

Em que situações? Olha, eu diria que em todas as situações. [...] mesmo na situação em que o idoso não esteja com problema de saúde você tem que dar uma atenção pra ele: mesmo assim, você tem que cuidar, tem que zelar. (C6)

Já outros três consideraram que o cuidado é mais importante ou necessário para aqueles idosos que apresentam problemas de saúde, com dependência parcial ou total. Segundo esses cuidadores, o cuidado é necessário

Depende do idoso. Tem idoso que ele é totalmente dependente nosso e tem idoso que não. Então depende... os idosos acamados dependem totalmente de nós: depende dos cuidados, depende da alimentação, depende de tudo, e tem um outro idosos que não, que ele depende parcialmente. Então, depende muito do idoso. (C2)

Dentre as ações de cuidado desenvolvidas pelos cuidadores entrevistados, pode-se notar que as ações voltadas para o atendimento das necessidades psicobiológicas foram as mais citadas. Todos os cuidadores (10) referiram realizar atividades como banho, curativos, higiene íntima, troca de roupa, cortar unhas, tingir cabelos, passar cremes e perfume, fazer barba, auxiliar na alimentação e hidratação, encaminhar e acompanhar nas consultas médicas. O modo como desenvolvem essas ações envolve fazer/fazer por (10), auxiliar (02), supervisionar (01) e encaminhar (01), e remetem ao termo FAOSE (fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar), presente nos conceitos teóricos da assistência centrada no cliente/paciente, condicionadas ao grau de dependência para a satisfação das necessidades básicas por ele apresentado (HORTA, 1979). As verbalizações que seguem contêm alguns exemplos desses cuidados:

Eu trabalho na medicação, eu preparo a medicação. Então eu trabalho na parte de cuidados com os vô, com os idosos, que compreende na parte do banho, na parte de higiene íntima, desde unha, orelha, tudo, até os pelos da sobrancelha, da orelha e do nariz, aqueles pelinhos que a gente tem que aparar ali, é... barba, e roupa. (C1)

Ah! Aqui a gente não tem muita opção de escolha, não: a gente faz tudo. É banho, é alimento, é cortar unha, é..., é... até pintar o cabelo, a gente pinta o cabelo dos idosos aqui. E... alimentar eles, levar ao sol, tirar do sol, levar pra cama, tudo essas coisas. (C3)

Outras formas de cuidado foram consideradas pelos cuidadores, entre as quais com a roupa (2) e com o ambiente (2):

[...] arrumar a roupa deles certinho, a gente deixa tudo arrumado pro outro dia, cada um com o nome, cada um tem seu armário. É que nem eu falei: uns já gostam de roupa social, uns usam mais moletom; cada um quer um chapéu, um boné. (C7)

Você tem que ter uma boa iluminação pra você prevenir qualquer acidente, você ter um ambiente livre de risco. Mesmo o idoso em casa. Na instituição é a mesma coisa, você tem que manter o ambiente em ordem, um ambiente arejado, porque qualquer descuido que a gente tem com o idoso ele pode escorregar, ele pode tropeçar numa cadeira de rodas que você, por descuido deixar no corredor. Tem os limites que o idoso tem, o idoso é mais lento, todo o processo é mais lento. Então, dentro desse conhecimento, a gente tem que cuidar dele mesmo numa situação saudável, pra prevenir, por prevenção. (C6)

Mas o que é engraçado, é que os próprios vizinhos que têm uma deficiência visual, eles já sabem, eles já conhecem cada canto aqui: a gente coloca eles no corredor e eles já sabem onde que é o quarto, sabe onde que é a porta pra ir tomar sol, sabe onde é o lugar pra ir fumar. Isso que eu acho interessante: que eles dependem e não dependem e isso eu acho legal. (C8)

Das considerações relativas ao cuidado com o ambiente emergem dois aspectos, a princípio distintos, mas que na verdade se complementam. No primeiro caso, esse cuidado assume a dimensão preventiva, como forma de satisfazer a necessidade de segurança. Já no segundo, pode-se observar que algumas adequações feitas no ambiente proporcionam ao idoso a manutenção da independência e até da autonomia. Essa situação vem corroborar a afirmação de Baltes e Silverberg (1995, p.102) de que "a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador são ambas, necessárias ao bem-estar do idoso".

Outros dois cuidadores, ainda, mencionaram ações de cuidado relacionadas ao atendimento das necessidades psicossociais, como conversar com os idosos e acompanhá-los a festas, passeios e bailes, como expresso por esta cuidadora:

Tem um pessoal que vem aí fazer atividade de final de semana, e tem outras atividades nossa, aqui mesmo do asilo: a gente leva eles pra passear, eles vão visitar a catedral, tem festa aqui no salão, tem as visitas que vêm e, de vez em quando, eles vão fazer passeios de ônibus aqui, também. Aí tem várias atividades que o asilo faz com eles. Neste salão, aqui, por exemplo, tem festa quase todo domingo e levam eles pra dançar; eles dançam e tem várias atividades, bem interessante. Eles se distraem, eles gostam muito. Tem um rapaz, o professor, que ele tem uma chácara e os vizinhos vão pra lá, ele faz churrasco lá. Aí vem o ônibus, lota e eles vão todo feliz. Tem uns que não querem ir e ficam por aqui mesmo, mas a maioria vai. Durante a semana é banho, logo cedo; aí vem o café, depois colocamos eles pra assistir uma TV no refeitório, naquela sala que usa de refeitório para os de cadeira de rodas. Eles ficam lá assistindo TV, mas antes a gente dá um banho de sol, que faz bem à pele; depois a gente coloca eles no salãozinho pra eles assistirem um desenho, pra se distrair. E tem uns que gostam bastante – o beltrano adora! E tem uns que gostam de futebol e a gente coloca eles lá, na quarta e no sábado, pra assistir jogo, e assim vai... (C9)

Já esta outra cuidadora, ocupando cargo de chefia, apontou as ações de planejamento, organização, supervisão e coordenação como forma de cuidado:

Além da parte de planejamento e de organização do serviço, eu realizo toda a parte primária, também: faço curativos, ajudo na alimentação, ajudo na hidratação, ajudo a dar a medicação. [...] E, assim, na verdade é uma coisa maravilhosa, porque você tem um contato maior com o idoso na hora do banho, você tem uma intimidade maior com ele, você observa coisas, você conversa, ele tem mais tempo pra falar... Então, eu realizo, realmente todos os cuidados. (C6)

Neste sentido, a Lei 7.498 de 25.06.86 que regulamenta o exercício da profissão de enfermagem é clara quando descreve as atribuições de cada categoria profissional. Ao enfermeiro, além da execução de todas as atribuições de enfermagem, cabe privativamente a organização e direção dos Serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras de serviço, bem como planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Ao exercer essas funções o enfermeiro está se preocupando (cuidando) em prover, organizar e coordenar os recursos humanos e materiais necessários para a prestação de cuidados ao paciente/cliente, avaliando a eficiência das ações propostas e introduzindo as modificações que se fizerem necessárias.

Prestar cuidados, no entanto, pode implicar o enfrentamento de algumas dificuldades. Tais dificuldades podem estar relacionadas a diversos fatores, como a falta de

recursos humanos e/ou materiais e condições ambientais, entre outros. A maioria (7) dos cuidadores entrevistados considera que há dificuldades, sim, para prestar o cuidado aos idosos.

Dos que referiram dificuldades, quatro apontaram a falta de funcionários como a maior. Um deles fez referência à falta de tempo para dar maior atenção aos idosos, o que também foi considerado neste estudo como fato decorrente da falta de funcionários.

Mesmo a gente fazendo 12 horas, é cronometrado e a gente não tem tempo de sentar, conversar, ver muitas vezes o que eles estão sentindo. Tudo é muito corrido. (C10)

Hoje, assim, na minha realidade, a maior dificuldade que eu tenho, realmente, é o número reduzido de funcionários pro tanto de idosos que eu tenho. [...] até mesmo na parte de enfermagem, realizar uma anamnese, um exame físico que muitas vezes – muitas vezes, não: na maioria da vezes, você não tem condição de realizar. Então, tanto dessa parte da enfermagem em realizar a parte de evolução, de exame, de levantamento de problema, como a parte social, mesmo, e da parte psicológica, que falta. (C6)

Apenas uma cuidadora referiu dificuldade para o atendimento de idosos dependentes ou acamados pelo fato de se tornarem pesados, e muitas vezes ter que movimentá-los sozinha. Para ela:

Dificuldade, também, é na limpeza, porque os vô são muito pesados. Também é muita dificuldade pra tirar os vô da cama, por na cadeira, também é muito difícil, porque muitas vezes acontece de a gente estar sozinha ou ter que manusear um vô sozinha. (C10)

Vale ressaltar aqui a importância de se cuidar do cuidador, pois as situações de esforço físico repetitivo podem provocar o desgaste físico e o aparecimento de lesões musculares que, muitas vezes, levam ao afastamento do trabalho, além de interferir na qualidade de vida dessas pessoas. Em um estudo realizado por Karsch (2004) com cuidadores de idosos dependentes, no domicílio, apontou a queixa de dores lombares como a mais freqüente entre 90% dos componentes do grupo em questão.

Um outro cuidador mencionou a dificuldade em memorizar os nomes dos idosos ao iniciar o seu trabalho na instituição, apontando a situação de administração de

medicamentos como a mais diretamente implicada, já que pode induzir a erro e colocar em risco a vida do paciente/cliente.

Que nem na medicação, que era este mês, no começo, assim, há uma certa dificuldade e tal, mas agora não; a gente começa, a gente inicia aí e não tem nenhuma dificuldade de cuidar deles não. (C4)

Já para esta cuidadora, a rotina pode levar as pessoas à acomodação e parece estar relacionada à visão estereotipada da velhice e também à falta de recursos da instituição:

Eu acho que sim porque nós ainda não temos uma estrutura ou um tratamento multiprofissional aqui dentro. Sabe, eu acho que ainda não tá no ponto ideal, não. Então, existe assim, coisas que, às vezes, são importantes e que não são consideradas. Parece que, de repente, as coisas, para algumas pessoas convive com uma mesmice: “Ah!, é idoso mesmo... Ah! é assim mesmo”. Aí num... fica na mesmice. (C5)

Finalmente, para esta cuidadora, a dificuldade está relacionada às características ou aos comportamentos apresentados pela pessoa idosa e que podem exigir do cuidador mais paciência que o habitual. Segundo ela,

É, porque o idoso, ele é um pouco, assim, teimosinho, pela idade. [...] Por exemplo: a fulaninha, todo dia, quer que eu ligue o banheiro pra ela, logo cedo, antes de eles darem o café – “liga pra mim, liga pra mim, liga, liga, liga!” – e aí você tem que ter muito bem paciência, mesmo! [...] Você não pode ser grosso: pra trabalhar com idoso você tem que ter carinho, mesmo; porque se você for ignorante e grosso, eles também sentem isso. E você não pode ser assim. Tem que ter mesmo amor pra trabalhar com o idoso. Senão, vai trabalhar com outra coisa. (C9)

Para outros três cuidadores, as dificuldades deixam de existir ou de ser um fato significativo quando se coloca o amor em tudo o que é feito:

Eu acho difícil nada, né? Só pegar as duas mão e fazer com o coração que dá vontade de fazer ainda mais. (C4)

Ai, eu não sei se tem, assim, uma dificuldade. Pra mim não tem. Pra mim, particularmente, como diz, a gente tem que gostar do que a gente faz. Eu levanto de manhã e já sei o que é que eu tenho que vir fazer; eu venho trabalhar, assim, alegre. [...] Então, assim, dificuldade, dificuldade, você sempre encontra: às vezes, aqui, de manhã – “ah! eu não quero tomar banho!” mas você sabe que, com jeitinho, você já vai tirando a roupa assim, eles vêem, aí já passa. Mas, assim, você tem que usar uma psicologia, aí você não acha dificuldade, não. (C7)

Para esses cuidadores (dois do sexo feminino e um do sexo masculino), no entanto, a dificuldade parece fazer parte da rotina, como se fosse inerente a ela, mesmo que as ações desempenhadas não sejam de todo fáceis ou agradáveis. Fato semelhante foi relatado

por Waldow (2004) em estudo sobre o significado da experiência de cuidar, entre auxiliares de enfermagem. Segundo a autora, essa parece ser uma característica ligada ao contingente feminino da profissão de enfermagem, que muitas vezes encara situações de dificuldade com espírito de doação e, até mesmo, com prazer, mas que também já foi referida por cuidadores do sexo masculino.

Em face das dificuldades relatadas e da própria vivência no ambiente institucional, foi sondado se havia algo que esses cuidadores gostariam de fazer de outro modo, e até mesmo, de não fazer.

Dos dez cuidadores, apenas dois mencionaram, no momento da entrevista, que não vêem necessidade de mudanças. Para o primeiro isso se deve ao fato de estar há pouco tempo na instituição e conhecer pouco ainda sobre a realidade da velhice e da própria instituição. Já para a segunda, até existem algumas situações que poderiam ser modificadas, porém, no momento, talvez por não serem importantes, não consegue se lembrar:

[...] é meio difícil: eu to iniciando e não tem como eu elaborar uma coisa pra fazer com eles, ainda. Eu sou novo na casa e uma que, mais pra frente eu posso até pensar nisso, mas agora, no momento, não tem como porque eu sou novo na casa, eu acho que não vão se interessar pelo que eu vou falar. Mas, quem sabe, se um dia eu conseguir ficar aqui e tal, muito tempo e conseguir elaborar alguma coisa pra melhorar pra eles, eu possa discutir com o pessoal aí.. (C8)

Do que faço aqui, tem vários pequenos detalhes que às vezes é difícil lembrar assim, neste momento. Só mesmo, muitas vezes, na prática que a gente vai pensando que devia ser assim, mas eu não lembro de nenhum. (C10)

Os demais (8) apontaram algumas possibilidades ou desejos de mudança, sendo que para quatro deles um número maior de funcionários possibilitaria maior disponibilidade de tempo para conversas, para um maior conhecimento do idoso e de suas reais necessidades:

Acho que, como eu falo, se a gente tivesse mais tempo, a gente conversar com eles, dar mais atenção, aqueles minutinhos que você...e às vezes, isso exige mais funcionários, e mais, e mais. E é bem corrido. Se a gente tivesse mais tempo, fazer alguma... que nem, tem fisioterapia à tarde. Mas você sabe que se você pegar uma bola, jogar um dominó, quem é que não vai querer? [...]. Mas esse tempo ainda, pra gente, assim, não dá. Não dá porque é bem corrido. [...] Então, é tudo, bem assim, cronometrado. Assim, a gente dá atenção, mas se a gente pudesse dar mais era melhor pra eles. (C7)

Outros dois cuidadores enfatizaram o desejo de melhorar a sociabilidade do idoso por meio das atividades de lazer, entretenimento e também pelo incentivo das visitas por parte dos familiares e padrinhos. Parece que há uma preocupação em minimizar o isolamento social decorrente da institucionalização:

O meu sonho, hoje, dentro da instituição, seria assim, vendo os meus idosos tendo uma atividade de lazer, de entretenimento... ou, pelo menos, uma caminhada, levar eles pra caminhar, dar um passeio no bosque – como a gente já chegou a fazer algumas vezes – mas hoje, infelizmente não tem mais condições. Porque não tem meio de transporte, porque não tem tempo, só tem dois motoristas, então não dá tempo de sair pra fazer um passeio. Então, o que me frustra, hoje, é isso: é não poder fazer essa parte, por que? Porque dá seis horas, eu pego minhas coisas e vou embora, vou passear. E eles? Eles ficam aqui, de segunda a segunda. Então isto me frustra muito, sabe? Porque a minha avó, eu posso levar minha avó pra passear, meu avô pra passear. Mas eles, na maioria das vezes, não têm condições de fazer isso. (C6)

Não sei... talvez entrar em contato pra ver se tem mais visita pra eles, da própria família. [...] Porque eles ficam tão felizes... tem aqueles padrinhos: tem uns que têm padrinhos, que vêm buscar pra almoçar, pra passear. Aí, essa parte aí ficaria melhor, eles se sentiriam mais felizes. Quanto mais gente pra levar eles pra passear, melhor. Tem uns que a família pega eles no final de semana, vai pra Paissandu, volta no domingo. Tem uma que vem pegar pra passear, que é padrinho, que fazem, assim, mesmo, pra ajudar. (C9)

Já para outra cuidadora, poderia haver um maior investimento ou esforço na busca de recursos para o atendimento de pacientes com patologias mais graves, referindo sentir-se limitada pelas condições oferecidas pela instituição.

Mesmo havendo sugestões para melhoria do cuidado, três cuidadores consideram que o cuidado oferecido aos idosos dessa instituição, apesar das limitações, é adequado:

E... Eu acho que a instituição fornece um bom trabalho com eles. Em termos de instituição, a instituição é uma boa instituição. (C1)

Seria pra melhoria do idoso, eu acho que seria melhorar o atendimento ao idoso. Eu acho que nós estamos num país onde nós temos uma população bem idosa. E, o Brasil, querendo ou não, não está preparado pra cuidar deles. Eu acho que falta muita coisa ainda pra gente cuidar deles como eles merecem. Alguma coisa que não gostaria de fazer? Não, porque o que a gente faz está dentro dos parâmetros da casa. (C2)

Para essa última cuidadora, parece estar claro que o cuidado ao idoso envolve muito mais do que apenas as mudanças locais. Ao dizer que o Brasil não está

preparado para envelhecer, ela faz pensar na necessidade de formação profissional voltada para o cuidado gerontogeriatrico, para a implementação de ações de atenção ao idoso, bem como a efetivação das redes formais e informais de apoio aos idosos e seus cuidadores no município. A esse respeito Lafin (2004, p.113), afirma que “se houver a união dos poderes públicos com a comunidade e a família, teremos à questão do idoso, respostas claras às suas demandas e à qualidade de vida, como uma realidade no Brasil”.

Ao responderem à pergunta: *Do seu contato diário com os idosos ocorreram mudanças na forma com que você percebia, antes, o cuidado e a dependência na velhice?* a maioria (7) mencionou aspectos já apontados na análise do conceito sobre velhice: aprender a ter mais paciência e compreender melhor o comportamento dos idosos (3), maior valorização da vida do idoso e da própria vida (1), cuidar melhor da saúde com vistas a prevenir dependências (1), visão positiva (1) e negativa da vida institucional (1).

Já estas duas entrevistadas percebem que a perda de autonomia ou independência e o abandono da família podem levar o idoso a ficar mais irritadiço, tendendo para a agressividade:

Eu achava que aqui teria mais características de um lar, de um lugar de mais liberdade pra eles e aqui eu não vejo isso: não pode isso, não pode aquilo, não pode isso, não pode aquilo, o idoso ta irritado, jogam sedação, entende? Então tem que deixar ele quieto, inativo, ele tem que dormir. Então, de repente se trata do efeito e não da causa. É isso que eu penso. (C5)

Ah! sempre muda um pouco! A velhice é complicada, então, muda na parte, assim, de dependência, mesmo. Não, independente da idade, todo mundo depende de todo mundo mas, na velhice, eu acho complicado. Porque na velhice, você vai ser sempre dependente, quer queira, quer não; daí ele ser, assim, agressivo, porque ninguém quer depender de ninguém. Aí, às vezes, acontece isso, também, porque, às vezes, a família joga o idoso no asilo – tem uns assim – e eles se sentem um pouco revoltados. (C9)

Esses relatos remetem ao que Couto (1994), Baltes e Silverberg (1995) afirmam sobre dependência e institucionalização de idosos. Para eles, em se tratando de idosos institucionalizados, pode-se constatar um grau de poder e controle dos administradores/cuidadores comparável ao grau de poder que só os pais têm sobre os filhos pequenos. Esse tipo de controle leva as pessoas a tratarem os idosos como crianças,

principalmente dentro das instituições asilares. Em nome da eficiência, rapidez e perfeição do trabalho, as tarefas que ajeitada ou desajeitadamente poderiam ser executadas pelos idosos vão sendo, aos poucos, delegadas e perdidas, principalmente na situação de institucionalização. Ainda segundo Couto (1994), convém aos cuidadores a realização dessas tarefas, visando à economia de tempo e ao alcance de uma perfeição que não se poderia obter com os próprios internos. Em contrapartida, o que se consegue é apenas a apatia e a inatividade dos idosos.

Trabalhar com o idoso, portanto, como se pode observar pelo conteúdo das entrevistas, não é tarefa tão fácil assim: pelo contrário, é tarefa árdua e exige dos cuidadores, além do conhecimento, alguns atributos especiais, como a paciência, a compreensão, a humildade e a esperança, entre outros. Surgiu, então, a necessidade de saber quais os motivos que levaram esses profissionais a trabalharem numa instituição para idosos.

Para seis dos dez cuidadores, trabalhar na instituição era, na época da admissão, a única oportunidade de emprego para profissionais que estavam desempregados, sendo um deles recém-formado.

Para os demais (4) os motivos se diversificaram, sendo que para duas das entrevistadas, no entanto, o trabalho na instituição estava vinculado ao fato de serem servidores municipais designados para vagas disponíveis. Para uma delas a experiência foi negativa, gerando sentimentos de insatisfação e frustração, o que a levou a requerer sua transferência para outro serviço de saúde. Já para a outra a experiência foi positiva, com boa aceitação e adaptação, apesar de conhecer os preconceitos de outros profissionais a respeito do trabalho no asilo:

Olha se eu disser pra você que eu gostei, eu estaria mentindo, porque eu já pedi pra sair daqui, tá? Eu tenho um pedido de transferência na Prefeitura pra eu ir pra uma Unidade Básica, por causa de todas essas coisas que eu já relatei. (C5)

Pra trabalhar com o idoso eu pensava depois da minha aposentadoria. Nunca pensei, mas quando me falaram que estava, assim, pela prefeitura, não imaginava que seria no asilo. Não porque – “ah, não! O asilo é o último caso!”, porque muitas vezes, o profissional diz: “ah! Trabalhar no asilo”, pensa que está diminuindo o

profissional porque trabalha no asilo. Acha que o asilo é assim uma coisa que não faz crescer profissionalmente, não tem dono, assim... não tem status. E não é assim. Tem sua importância e quem já passou, o enfermeiro que já passou e conhece o trabalho, realmente valoriza. É um trabalho que você vai crescer como pessoa, vai ter sua lapidação profissional. [...] Vai ser um aprendizado bom pra mim, vai me ensinar muito, porque eu tenho um certo carinho, assim, com o idoso. (C1)

Uma outra cuidadora também referiu o preconceito de familiares com relação ao trabalho no asilo, o que vem reforçar a desvalorização da velhice pela sociedade.

Mas aí a minha intenção era: eu vou pra Maringá, começo a trabalhar no asilo até eu ir pra um hospital e começar a trabalhar em um hospital. Tanto é que minha família me questionava: “mas você vai ficar trabalhando num asilo? O que uma enfermeira vai fazer num asilo?” e eu falava: “não, é só até eu arrumar um hospital!” tive a oportunidade de ir pro hospital e, no dia que tive a oportunidade, que me falaram: “olha, você pode começar a trabalhar tal dia.”, eu recusei; porque eu optei por trabalhar no asilo, por trabalhar com os idosos. (C6)

Cabe ressaltar que se essa for a concepção ou a atitude do profissional em relação ao asilo, certamente isso irá interferir na qualidade do cuidado prestado. Pavarini (1996), explorando alguns estudos sobre atitudes de cuidadores e qualidade de trabalho em instituições para idosos, reafirma que os estereótipos negativos associados a fatores do ambiente sociocultural podem interferir na qualidade do cuidado e necessitam de intervenção para reconceitualização, de modo que inclua cuidado individual, reabilitação e escolha. Resultado semelhante pode ser encontrado no estudo de Pursey e Luker (1995).

Dos outros dois funcionários, um deles refere ter sido chamado pela administração pela afinidade que demonstrava ter com os idosos durante o tempo em que era jardineiro da instituição, há muitos anos. E para a outra, a escolha do trabalho com os idosos foi intencional, pois, tendo trabalhado como voluntária, buscou a profissionalização e foi formalmente contratada.

Ao que parece, a opção pelo trabalho com idosos, mais especificamente numa instituição asilar, não faz parte dos planos de carreira da maioria dos profissionais de enfermagem. Ao contrário, ela foi considerada a última opção entre os entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho era conhecer as concepções de velhice, dependência e cuidado entre os cuidadores de idosos institucionalizados, em um município do norte do Paraná.

O grupo dos cuidadores que participaram deste estudo foi constituído por profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnicos em enfermagem, auxiliares e atendentes de enfermagem), e nesse aspecto diferencia-se de outras instituições, onde, em sua maioria, o grupo de trabalhadores é constituído por atendentes ou cuidadores leigos e um auxiliar ou técnico em enfermagem que assume as funções do enfermeiro. Dentre os cuidadores pesquisados, apenas dois, uma técnica em enfermagem e uma atendente receberam noções a respeito do cuidado ao idoso, em cursos fora da instituição, que não possui um programa formal para a capacitação destes profissionais na área do cuidado gerontogeriatrico.

A formação profissional dessa equipe, no entanto, parece não se constituir num diferencial para o trabalho junto aos idosos, já que as concepções apresentadas pelos cuidadores, principalmente as que se referem à velhice e à dependência, correspondem ao senso comum, fundamentadas em acontecimentos do dia-a-dia e acompanhadas de alguma dificuldade de elaboração das respostas. A maior afinidade com as concepções sobre o cuidado pode estar relacionada ao fato de ser o cuidar/cuidado inerente ao ser humano e a essência do trabalho em enfermagem.

Para estes cuidadores, a velhice não é determinada apenas pelo marcador cronológico, pois também sofre a influência de fatores biológicos e psicológicos. O marcador psicológico foi o mais valorizado, de modo que a velhice, nesse aspecto, fica condicionada ao modo de pensar, aos comportamentos e atitudes frente à vida e ao estado de espírito da

pessoa. As condições de saúde, assim como a dependência também foram citados como fatores que podem acelerar ou retardar o início da velhice.

A visão estereotipada da velhice e da pessoa idosa na sociedade também ficou evidenciada na manifestação deste grupo de cuidadores. Aspectos negativos como a solidão, o sofrimento, a dependência e a carência afetiva se contrapõem mais intensamente aos aspectos positivos considerados, como tranquilidade, paz, sabedoria e experiência de vida. Algumas manifestações de preconceito em relação à velhice também foram constatadas quando da dificuldade de alguns cuidadores em definir a velhice. Apenas uma das cuidadoras referiu-se à velhice e ao processo de envelhecimento como um *continuum*, lembrando as proposições do paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). Outras manifestações, como o tratamento infantilizado dispensado aos idosos e a utilização de expressões que traduzem sentimento de “posse” ou “domínio”, também configuram estereótipos da velhice. Tais atitudes acabam por interferir na auto-estima do idoso e, conseqüentemente na sua autonomia.

A convivência com o cotidiano da vida institucional fez emergir o conceito de velhice relacionada à inatividade, à ociosidade e ao isolamento social ou abandono, que pode levar à depressão e aumentar o sentimento de peso ou inutilidade que acompanha muitos idosos. Dessa forma, os cuidadores passam a assumir atitudes de solidariedade, buscando estabelecer vínculos afetivos que possam suprir ou amenizar a falta de cuidados e dos próprios familiares. Se por um lado essas atitudes parecem caracterizar uma preocupação com a humanização da assistência e do cuidado prestado aos idosos, por outro reforça sua dependência comportamental.

Sobre a dependência, os cuidadores consideraram a sua ocorrência como um evento natural e esperado na velhice, e que pode ou não estar associado a processos patológicos, que podem levar a limitações. Consideraram, também, que a dependência

psicológica ou afetiva se sobrepõe à dependência física. No entanto, os cuidadores não se dão conta de que o cotidiano da vida institucional, a falta de privacidade, as atitudes paternalistas e o tratamento infantilizado dispensado aos idosos podem determinar a dependência afetivo-emocional e comportamental do idoso. Partindo de manifestações da dependência como “é complicada”, “difícil”, “muito cruel”, “indesejada para si”, “um peso” e “motivo de desesperança”, pode-se evidenciar a valorização dos aspectos negativos a ela atribuídos.

A maioria dos cuidadores reconhece que a prática do cuidado diário exercida por eles cria dependência comportamental para os idosos, e apenas um ressaltou a importância do conhecimento como forma de se evitar a dependência ou o seu agravamento.

A concepção de cuidado apresentada pelos cuidadores denota as características do cuidado segundo a definição de Horta (1979), que enfoca o atendimento das necessidades básicas do paciente/cliente, levando-se em consideração os aspectos biopsicossociais e espirituais. A dimensão afetiva do cuidado esteve frequentemente presente nas verbalizações dos cuidadores, manifestando-se nas expressões de carinho, afeto, compreensão e em atitudes como “saber ouvir”, “sentar pertinho deles”. Para eles, cuidar é fazer sempre o melhor, dar o melhor de si, ir além da técnica, gostar do que faz, o que implica responsabilidade, dedicação e paciência.

Não houve diferença significativa entre a noção de cuidado e do cuidado ao idoso, porém alguns aspectos foram reforçados. Levando em conta as características apresentadas pela pessoa idosa, os entrevistados consideram que prestar cuidado ao idoso exige que, alguns atributos ou qualidades especiais, como o amor, a paciência e o respeito sejam intensificados. Alguns cuidadores também atribuíram o caráter caritativo implícito no cuidado às pessoas internadas em instituições filantrópicas, como asilos e orfanatos.

Pode-se dizer, então, que para esses cuidadores, cuidar/cuidado, incluindo o cuidado ao idoso pode ser traduzido como qualidade natural do ser humano em relação ao seu

semelhante, com o objetivo de promover o seu bem-estar biopsicossocial e espiritual, respeitando suas características individuais, buscando preservar sua autonomia e sua independência. Para isso é necessário estabelecer uma relação de cuidado entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, a qual envolve, além do conhecimento técnico específico, manifestações de amor, carinho, paciência, compreensão e espírito de doação.

O ato de cuidar do idoso também constitui uma atividade prazerosa, uma vez que proporciona um melhor conhecimento dos idosos sob seu cuidado, o reconhecimento de sua dedicação, a oportunidade de aprendizagem e o estímulo à reflexão e valorização da própria vida e da velhice. Desta forma, sentem-se felizes, valorizados e realizados pessoal e profissionalmente.

As ações de cuidado desempenhadas por esses cuidadores estão fortemente centradas nos procedimentos ou nas tarefas que atendem às necessidades psicobiológicas, entre elas banho, curativos, higiene íntima, troca de roupa, cortar unhas, tingir cabelos, passar cremes e perfume, fazer barba, auxiliar na alimentação e hidratação, encaminhar e acompanhar nas consultas médicas. O modo como desenvolvem essas ações envolve prioritariamente fazer/fazer por. Porém, demonstram ter consciência da necessidade de se estimular o comportamento independente dos idosos, assim como parecem possuir informação técnica e orientação prática quando incentivam o auto-cuidado. Também foram citadas ações de cuidado relacionadas ao vestuário e ao ambiente, além de outras, relacionadas ao atendimento das necessidades psicossociais. Ações de planejamento, organização, supervisão e coordenação também foram consideradas como forma de cuidado por uma das cuidadoras.

Para a maioria dos entrevistados, as dificuldades relacionadas à prática do cuidado junto aos idosos estiveram relacionadas à falta de recursos humanos, não só na área de enfermagem como também em outras áreas da saúde. Para eles, ainda, a falta de recursos

humanos na instituição pesquisada figura como o único fator responsável para criar ou manter a dependência comportamental dos idosos, já que acarreta, para a equipe, sobrecarga de atividades e falta de tempo adequado tanto para o cuidado do idoso quanto para o estímulo à sua independência. Os estados demenciais, a dificuldade no manejo de idosos acamados, assim como a acomodação de alguns membros da equipe, atribuída ao preconceito e à desvalorização do idoso também foram dificuldades apontadas pelos cuidadores.

Em relação à opção por esse tipo de emprego, a maioria dos profissionais entrevistados neste estudo mencionou que o trabalho com idosos figurou como última opção de emprego para eles, assim como, apontou a desvalorização desse tipo de atividade por parte, tanto de seus familiares quanto de outros profissionais.

Com base nos dados apresentados pode-se dizer que, apesar da formação profissional na área de enfermagem, faltam a estes cuidadores os conhecimentos específicos para o cuidado geriátrico, e que o cuidado prestado atualmente nesta instituição ainda sofre grande influência dos preconceitos relacionados à velhice, os quais compreendem as perdas características do processo de envelhecimento, o abandono, a solidão e a carência afetiva. A noção de cuidado enquanto prática da caridade também permeia as concepções de velhice, dependência e cuidado.

Sabendo que esses fatores podem comprometer a qualidade do cuidado, sugere-se implantação de um programa de educação contínua ou treinamento com vistas à melhoria da qualidade do cuidado prestado aos idosos nesta instituição.

Ademais, este estudo poderá servir aos profissionais de saúde que atuam junto às instituições asilares como motivo de reflexão da prática do cuidado junto a idosos, favorecendo a transformação das realidades para um atendimento que prime pelo respeito à dignidade da pessoa idosa.

Da mesma forma estima-se contribuir com os profissionais de enfermagem que atuam na área do ensino, no sentido de repensar e apressar a inclusão da geriatria em seus currículos, assim como promover a implantação de cursos de capacitação e especialização dos profissionais para a prática do cuidado gerontogeriátrico.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. Resolução RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set. 2005.

ALVAREZ; Ângela Maria. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado no contexto domiciliar. Florianópolis: [s.n.] 2001.

AMBROZANO, R.M. **Enfermagem formação interdisciplinar do enfermeiro**. São Paulo: Arte & Ciência Villipress, 2002. 124 p.

ANDRADE, O.G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com Acidente Vascular Cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 224 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BALTES, M. M.; HONN, S; BARTON, E. M. On the social ecology of dependence and independence in elderly nursing home residents: a replication and extension. **Journal of Gerontology**, Washington, DC, v. 38, n. 5, p. 556-64, Sep.1983.

BALTES, M. M.; NEUMANN, E. M.; ZANK, S. Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 9, n. 2, p. 179-88, Jun.1994.

BALTES, M. M; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995.

BALTES, P. B. Theoretical Propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, Washington, DC, v. 23, n. 5, p. 611-626, 1987.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: 70, 2004. 223p.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In:

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

BESDINE, R. et al. Caring for older American: the future of geriatric medicine. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 53, Suppl 6, p. S245-56, Jun. 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORSATO, R; MENDES, M. M. R. **A comunicação com idosos**: percepção da equipe sobre a necessidade de formação gerontológica para atenção à saúde da família. Disponível em: http://www.usp.br/siicusp/110siicusp/titulos_CI.htm. Acesso em: 3 março 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. **Uma amostra dos asilos e abrigos de idoso no Brasil**. Brasília, março 2002. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/cdh>. Acesso em: 25 out. 2005.

BRASIL. Decreto nº 1948 Regulamenta a Lei nº 8842 de 4 de julho de 1994 – Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1996. Seção 1, p.77-9.

BRASIL. Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jul. 1996.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**: comentários à Lei Federal 10.741, de 1º-10-2003. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Lei nº. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Lei Especial: Estatuto do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Idosos no Brasil**: legislação. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/idoso/legis.html>. Acesso em 10 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O idoso no Brasil e no mundo**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=153. Acesso em: 10 ago. 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Secretaria Nacional de Assistência Social-SNAS**. Programa de Atenção à pessoa idosa. 2004 Disponível em: <http://www.mds.gov.br/secretarias/secretaria03.asp> . Acesso em: 2 jan. 2006.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; YOSHITOME, Aparecida Yoshie. Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In: DUARTE, Ieda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 111-113.

BULLA, Leonia C.; MEDIONDO; Marisa Z. de. Velhice, dependência e vida institucional. In: CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Mirian Bonho; HERÉDIA, Vânia B. M. (Org.). **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educs/Edipucrs, 2004. p.87-107.

BURNISIDE, Irene Mortenson. **Enfermagem e os idosos**. São Paulo: Andrei, 1979.

CALDAS, C. P. (Org.) **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EdUERJ. 1998a.

_____. A política nacional do idoso. In: CALDAS, C. P. (Org.) **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998b. p.37-38.

_____. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, Luiz Assuero; CALDAS, Célia Pereira (Org.). **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 37-57.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto para discussão**, Rio de Janeiro, n. 858, jan. 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf. Acesso em: 25 out. 2005.

CHALIS, David; MOZLEY, Caroline G.; SUTCLIFFE, Caroline et. al. Dependency in older people recently admitted to care homes. **Age and Anging**, British Geriatrics Society, n. 29, p. 255-260, 2000.

CHAMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 33, p. 454-60, 1999.

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DO IDOSO-CEDI. **Perfil do idoso do Estado do Paraná**: relatório preliminar de pesquisa. Curitiba: Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, 2001.

CORRÊA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996.

CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Mirian Bonho; HERÉDIA, Vânia B. M. (Org.). **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educ: Edipucrs, 2004.

COUTO, S. M. A. A dificuldade de idosos asilados relativa à sua autonomia e a possibilidade de reversão de tal quadro. **Cadernos de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 37-41, dez. 1994.

DANIEL, Liliana Felcher. **Enfermagem**: modelos e processos de trabalho. São Paulo: EPU, 1987.

DAVIM, Rejane M. B.; TORRES, Gilson de V. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518-24, maio/jun. 2004.

DIAS, J. F. S. **O envelhecimento no contexto nacional**. Projeto SBPC na Comunidade, Santa Maria, ano 2, mar. 2001. Palestra 6, 18 abr. 2001. Disponível em: <http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>. Acesso em: 28 jul. 2004.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. O envelhecimento e o idosos no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 370-6, dez. 1999.

DIOGO, Maria José D'Elboux. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 280-282, mar./abr. 2004.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S.(Org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p.19-28.

ERBOLATO, Regina M. P. Leite. Gostando de si mesmo: a auto estima. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2003. p.33-54.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B.; STACCIARINI, J. M. R. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 516-22, jul./ago. 2002.

FARINASSO, Adriano Luiz da Costa. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família**. 2005. 112f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. **Introducción a la gerontologia social**. Madrid: Pirámide, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLÓ, C.; MIOSHI, E.; FILHO, W.J.et al. **Intervenção de estudantes universitários em instituição de longa permanência na cidade de São Paulo**. São Paulo: PRAIDI – Programa de Assistência ao Idoso Institucionalizado. Universidade de São Paulo – USP, 2004. Disponível em: <http://www.saudebrasilnet.com.br>. Acesso em: 4 mar. 2004.

FREIRE, Sueli Aparecida. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2003. p. 21-31.

GEORGE, J.B. **Teoria de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Trad. Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIGNAC, Monique A. M.; COTT, Cheryl; BADLEY, Elizabeth M. Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perceptions of independence and

dependence. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, DC, v. 55, no. 6, p. 362-372, 2000.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GOLDSTEIN, Lucila Lucchino. A produção científica brasileira na área da gerontologia: (1975 – 1999). Rev. on line Bibl. Prof. Joel Martins, v. 1, n.1, out. 1999. Disponível em: <http://www.bibli.fae.unicamp.br/revgeron/llg.htm>. Acesso em 02 mai. 2006

_____. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993. p. 83-108.

GOLDSTEIN, Lucila Lucchino; NERI, Anita Liberalesso. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993. p.109-136.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Ieda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 102-110.

GROISMAN, Daniel. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 13, p. 161-190, 1999.

GUERRA, Henrique Leonardo; BARRETO, Sandhi Maria; UCHOA, Elizabeth et al. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 545-551, abr./jun. 2000.

GUIMARÃES, Laiz Helena de C. T.; GALDINO, Débora C. A.; MARTINS, Fábio Luiz M. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterápico. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 130–133, jul./set. 2004.

HAREVEN, Tâmará K. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: FEATHERSTONE, Mike; WERNICK, Andrew. **Images of aging: cultural representations of later life**. London: Routledge, 1995. p.119-134.

HECKHAUSEN, Jutta. Research and teaching gerontology in a life-span perspective: a pioneer experience in Brazil. **ISSBD Newsletter**, serial 35, n. 1, p. 1-3, 1999. Disponível em: http://www.issbd.org/newsletter_199.pdf . Acesso em: 9 set. 2005.

HERÉDIA, Vânia B. M.; CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Miriam B. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Mirian Bonho; HERÉDIA, Vânia B. M. (Org.). **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educs/EdiPucrs, 2004. p. 13-60.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU: Universidade de São Paulo, 1979.

INCONTRI, D. A mídia e a imagem do idoso: uma questão ética. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 458-462.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL-IPARDES. Perfil dos municípios. Disponível em : www.ipardes.gov.br. Acesso em 30 abr. 2006.

KARSCH, U. M. S; LEAL, M. G. S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, U. M. S. (Org) **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 2004. p. 21-45.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, no. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KAWASAKI, K; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 257-64, 2001.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
LABATE, Renata Curi; PEREIRA, Maria Alice. Dor, sofrimento, morte e cuidado à saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 19-22, jul./dez. 1998.

LAFIN, Silvio Henrique Filippozzi. Asilos: algumas reflexões. In: CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Mirian Bonho; HERÉDIA, Vânia B. M. (Org.). **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educs/Edipucrs, 2004. p. 111-113.

LEONART, Edilomar. **A formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural**. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOPES, Ewellyne S. de. Relações intergeracionais. In: NÉRI, Anita L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2005. p.175-178.

LOUREIRO, A. M. L. **A velhice, o tempo e a morte**: subsídios para possíveis avanços do estudo. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1998.

MARCON, Sônia S.; ANDRADE, Oséias G.; SILVA, Doris M.P. et. al. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.123-132, 1997

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul./set. 1993.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, Anita Liberalesso. A pesquisa em gerontologia no Brasil. Análise de conteúdos de amostra de pesquisa no período de 1975-1996. **Texto e Contexto**, v.6, n.2, p69-105, 1997.

_____. **Envelhecer num país de jovens**: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas, SP: Unicamp, 1991.

_____. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

_____. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

_____. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP: Papyrus, 2001

_____. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2005.

_____. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Alínea, 2002.

NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 3-12.

PARANA. Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social - SEPT. Núcleo de Coordenação Estadual da Assistência Social – Nucleas. **Indicadores socioeconômicos do idoso residente no Estado do Paraná**. Curitiba, 2004.

PARANA. Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social - SEPT. Relatório de Gestão Maringá, 2005. Disponível em: <http://www.setp.pr.gov.br/setp/ResumoGestao/ctrlRelGeral.php>. Acesso em: 01 jun. 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 313-323.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R.F.N.; FRANCO, R.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 19-34.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idosos institucionalizado**. 1996. 230f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Ieda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 49-69.

PINTO, M. E. B. **Velhice, dependência e cuidado: perspectiva psicossocial**. Londrina: EDUEL, 2005.

_____. **Concepções de velhice e cuidado em três gerações de origem nipo-brasileira**. Campinas: 1997. 286 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas.

PRADA, Cecília. Revolução dos Velhos. **Problemas Brasileiros**, São Paulo, ano 39, n. 349, jan./fev. 2002.

PRADO, Shirley D.; SAYD, Jane D. Teses e dissertações sobre envelhecimento no Brasil. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br> . Acesso em: 13 jul. 2005.

PURSEY, Ann; LUKER, Karen. Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, n. 3, p. 547, sept. 1995.

QUINELATO, Enedina. O valor da experiência. **Família Cristã**, São Paulo, ano 68, n. 799, p. 38-40, jul. 2002.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato P.; KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224, jun. 1987.

ROACH, Sally, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.16-20 , 2000.

ROSE, M. S.; PRUCHNO, R. A. Behavior sequences in long-term care residents an their social partners. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, DC, v. 54, n. 2, p. 75-83, 1999.

SALARI, S. M.; RICH, M. Social and environmental infantilization of aged persons: observations in two adult day care centers. **International Journal of Aging & Human Development**, Farmingdale, v. 52, no. 2, p. 115-34, 2001.

SALGADO, M. A. **Treinamento em gerontologia**. Ribeirão Preto: SESC – Serviço Social do Comércio, 1980.

SANCHÉZ, M.A.S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, fev. 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>. Acesso em: 13 jul. 2005.

SANT'ANNA, Mara Rúbia. **O velho no espelho: um cidadão que envelheceu**. Florianópolis: UFSC, 2000. 184p.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n. 2, p. 70-86, jul. 2000.

SILVA, Marly B. Gervásio Marton da; TONELLI, Ana Lúcia do Nascimento; LACERDA, Maria Ribeiro. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 59-64, jan./jun. 2003.

SIQUEIRA, André. Capacidade de se manter independente determina longevidade no idoso. **Jornal da Paulista**, São Paulo, ano 12, n. 130, abr. 1999. Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed130/pesqui1.htm>. Acesso em: 15 jul. 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1, p. 87-95, 141-163.

STAMM, Maristela. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 293-298, jul./dez. 2002.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 479-501, 1999.

VERAS, Renato P. Aspectos demográficos. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 49-50.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.

VIEIRA, E. B. Qualidade de vida na instituição. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SBGG, 1998. p. 62-5.

VON ZUBEN, N. A. Envelhecimento: metamorfose de sentido sob o signo da finitude. In: NÉRI, A. L. (Org.). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papirus, 2001. p.151-182 .

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, jan.1998a.

_____. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez. 1998b.

_____. **Cuidado humano**: o resgater necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o outro, o eu e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R.; FRICHEMBRUDER, R. “A velhice”: um ensaio experimental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 275-92, jul. 1985.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 660-666 , set/out. 2002.

ZIMERMAN, Guitte I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ZOBOLI, Elma L. C. Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27. 2004

APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados para a caracterização da instituição

As questões que se seguem deverão ser respondidas por um membro da administração da instituição.

- 1- Tipo de instituição.
- 2- Mantenedor.
- 3- Filosofia da instituição.
- 4- Tempo de funcionamento.
- 5- Organização administrativa.
- 6- Número de idosos (homens e mulheres).
- 7- Número de idosos por quarto.
- 8- Motivos mais frequentes da internação dos idosos na instituição.
- 9- Faixa etária dos idosos internados.
- 10- Atividades desenvolvidas com os idosos.
- 11- Número de responsáveis pelas atividades desenvolvidas com os idosos
- 12- Formação profissional destas pessoas.
- 13- Critérios adotados para a distribuição/escala dos funcionários para o cuidado com os idosos.
- 14- Existe algum programa de treinamento ou educação contínua para o cuidado com os idosos? Caso exista, em que consiste?

APÊNDICE B – Roteiro de perguntas destinadas aos responsáveis pelo cuidado aos idosos**Dados de caracterização do profissional:****Idade** _____ **Sexo** F (☐) M (☐)**Formação** _____**Local de formação** _____**Tempo de Formação** _____**Especialização** _____**Tempo de trabalho na Instituição** _____**Capacitação na área da Saúde do Idoso?** Sim (☐) Não (☐)**Onde?** _____**Fez outros treinamentos após ingresso na equipe?** Sim (☐) Não (☐)**Quais** _____**Possui outro emprego?** Sim (☐) Não (☐)**Qual?** _____

1. Qual o seu conceito acerca da velhice?
2. Depois que começou a trabalhar aqui houve alguma mudança no seu conceito de velhice? Em caso afirmativo, quais as mudanças ocorridas? E que contribuições e/ou prejuízos esta mudança de conceito trouxe para sua prática profissional?
3. A partir de que idade você considera uma pessoa como idosa?
4. Como você vê as pessoas idosas?
5. O que você pensa sobre a dependência na velhice?
6. Que tipos de dependência você considera possível ocorrer na velhice?
7. Na sua prática diária, você já percebeu se cria algum tipo de dependência para os idosos que estão sob seus cuidados?
8. Qual a sua concepção sobre cuidar/cuidado?
9. Qual a sua concepção sobre cuidar de idosos?
10. Em que situações você considera necessário o cuidado ao idoso?
11. O que o ato de cuidar de idosos significa para você?

12. Quais as atividades que desenvolve durante a prática de cuidado com idosos?
13. Quais as dificuldades que você encontra no atendimento aos idosos?
14. Como você se sente ao prestar o cuidado aos idosos?
15. Existe alguma coisa que gostaria de fazer diferente, ou de não fazer, na prática do cuidado aos idosos?
16. Do seu contato diário com os idosos ocorreram mudanças na forma com que você percebia, antes, o cuidado e a dependência na velhice?
17. Caso sua resposta seja afirmativa, o que mudou?
18. Por que você optou por trabalhar com idosos institucionalizados?

APÊNDICE C – Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Velhice, cuidado e dependência: concepções de cuidadores de idosos asilados numa instituição de Maringá (PR).

O envelhecimento populacional brasileiro e paranaense vem aumentando sensivelmente a partir da década de 60, o que significa um aumento da necessidade de cuidado e assistência adequados para esta faixa etária. Recentemente, o Estatuto do Idoso entrou em vigor em nosso país e preconiza o cuidado domiciliar ou familiar. Porém, por várias razões, ainda se faz necessária a institucionalização de pessoas idosas.

Com o objetivo de melhor conhecer a realidade das instituições que abrigam os idosos, assim como seus cuidadores, optamos por desenvolver um trabalho de pesquisa em nível do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que tem como objetivo conhecer a concepção de velhice, cuidado e dependência entre os cuidadores de idosos institucionalizados.

Para isso será necessária a realização de entrevista junto aos cuidadores desta instituição. Estas entrevistas serão gravadas em ambiente privativo e, posteriormente transcritas e analisadas pelos pesquisadores, com o intuito de contribuir para a melhoria da assistência prestada.

A identidade dos participantes será mantida no mais absoluto sigilo.

A participação dos cuidadores será totalmente livre e voluntária, podendo o termo de consentimento ser retirado, sem risco de penalidades.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a professora Maria Emília Grassi Busto Miguel **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, dele participar.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura (do pesquisado)

Eu, Prof^a Maria Emília Grassi Busto Miguel, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante.

Equipe (Incluindo pesquisador responsável):

1- Nome: Meyre Eiras de Barros Pinto

Telefone: (43) 3371-4397

Endereço Completo: UEL – Londrina

Campus Universitário

2- Nome: Maria Emília Grassi Busto Miguel

Telephone: (43) 3033-8900

Endereço Completo: FAP – Faculdade de Apucarana

R. Osvaldo de Oliveira, 600

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 035 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.



ANEXO A – Autorização da pesquisa

Sociedade de São Vicente de Paulo
Asilo São Vicente de Paulo de Maringá

CNPJ Nº 76.722.180/0001-87

SOCIEDADE DE
SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Alziro Zarur, 976 - Jardim São Jorge - Fone: 265-3443 - Fax: 259-9073 - CEP: 87080-590 - Maringá - Pr.

Maringá, 07 de março de 2005.

À

Enfª Maria Emilia Grassi Busto Miguel

Ref. Pesquisa para o Curso de Mestrado

Por meio desta, comunicamos que autorizamos a realização de pesquisa acerca de concepção de velhice, dependência e cuidado entre os cuidadores formais que prestam cuidados a idosos institucionalizados junto à nossa instituição, conforme vossa solicitação de 03 de março de 2005.

Asilo São Vicente de Paulo

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)