UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

DHIENE SANTANA ARAÚJO OLIVEIRA

**Experiência de cuidadores formais de idosos em fim de vida numa perspectiva
psicanalítica**

São Paulo

2021

DHIENE SANTANA ARAÚJO OLIVEIRA

**Experiência de cuidadores formais de idosos em fim de vida numa perspectiva
psicanalítica**

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 23 de abril de 2021. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:

Gerontologia

Orientador:

Prof. Dra. Beatriz Aparecida Ozello

Gutierrez

Co-orientador:

Prof. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8-4936

Oliveira, Dhiene Santana Araújo

Experiência de cuidadores formais de idosos em fim de vida
numa perspectiva psicanalítica / Dhiene Santana Araújo Oliveira ;
orientadora, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez ; coorientadora,
Maria Lívia Tourinho Moretto. – 2021.

122 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-
Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e
Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo
Versão corrigida

1. Idosos. 2. Cuidadores de idosos - Aspectos sociais;
Aspectos psicológicos. 3. Morte. I. Gutierrez, Beatriz
Aparecida Ozello, orient. II. Moretto, Maria Lívia Tourinho,
coorient. III. Título

CDD 22.ed. – 362.6

Nome: OLIVEIRA, Dhiene Santana Araújo

Título: Experiência de cuidadores formais de idosos em fim de vida numa perspectiva psicanalítica

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia.

Área de Concentração:
Gerontologia

Aprovado em: 23 / 04 / 2021

Banca Examinadora

Prof(a) Dra.	Maria Júlia Kóvacs	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof(a) Dra.	Deusivania V. da Silva Falcão	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof(a) Dra.	Silvia Nogueira Cordeiro	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Meu irmão dindo Adalto e meu sobrinho Airton por me mostrarem que a saudade é mesmo do tamanho do amor. Os olhinhos amorosos dos dois são uma memória valiosa que me faz seguir na vida.

Minha mãe Lourdinha, que mesmo tendo podido estudar tão pouco soube me ensinar o valor do conhecimento.

Agradecimentos

À Beatriz, obrigada por sua orientação amorosa e acolhedora, por acreditar nas minhas reflexões e ofertar um terreno fértil para que elas pudessem florescer.

À Livia, sou grata pelo trabalho de coorientação potente, sua trajetória na psicanálise sempre foi farol para minha formação, tê-la por perto no meu caminhar é uma honra. Estendo este carinho aos membros do Lab-Psi USP pela leitura cuidadosa e contribuições feitas ao meu texto.

Às professoras Maria Júlia Kovács e Deusivânia Falcão pelas valiosas e consistentes contribuições durante a qualificação e que certamente contribuíram positivamente para a escrita da dissertação.

Aos professores do curso de pós-graduação em Gerontologia pela consistência da minha formação e pelas palavras de incentivo que a mim direcionaram.

À secretária Cristiane e ao Luiz do comitê de ética. Obrigada por sempre me receberem com carinho e auxiliarem em tantas dúvidas.

Ao Leonardo, colega no programa de residência em Cuidados Paliativos e no mestrado, obrigada por tanto que nem sei descrever em palavras.

Às minhas colegas e amigas de turma, Aline, Mônica, Karina e Carina, ter vocês nesse percurso, foi muito especial.

Às minhas lindas e queridas amigas Karen e Talita, por me ouvirem, por me acolherem, por me impulsionarem, por serem meu porto seguro na vida e na psicologia.

Às minhas amigas de profissão Raissa, Carol, Mag, Bia e Bianca, vocês acompanharam de perto cada momento de alegria e desespero, não fazem ideia do quanto sou grata por tudo.

À minha equipe do Melhor em Casa do Hospital Municipal Cidade Tiradentes por compreenderem minhas ausências e me darem a oportunidade de cumprir as atividades acadêmicas do mestrado.

À minha doce e maravilhosa família. Mãe, pai, irmãos, sobrinhos, obrigada por todo o amor que recebi e recebo de vocês. Em especial agradeço à minha pequena Yasmin, ver você crescer é das melhores experiências da vida.

Aos cuidadores que me permitiram a escuta de suas trajetórias, seja nesta pesquisa ou em outros espaços de trabalho.

À Arnaldo, meu companheiro e parceiro de vida. Obrigada por ser calma em meio à minha turbulência. Obrigada por me compreender e estar comigo em todas as minhas empreitadas. Amo você.

*“Por ser de lá
Do sertão, lá do cerrado
Lá do interior do mato
Da caatinga do roçado.
Eu quase não saio
Eu quase não tenho amigos
Eu quase que não consigo
Ficar na cidade sem viver contrariado”.*

(Lamento sertanejo, 1975)

RESUMO

OLIVEIRA, Dhiene Santana Araújo. **Experiência de cuidadores formais de idosos em fim de vida numa perspectiva psicanalítica**. 2021. 122 p. (Mestrado em Gerontologia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Versão corrigida.

O envelhecimento da população pode vir acompanhado de alterações no estado de saúde dos indivíduos, o que muitas vezes, repercute na necessidade da presença de cuidados formais para suprir a incapacidade funcional ou cognitiva principalmente, no fim de vida. Os cuidadores formais, geralmente são os profissionais que estão mais próximos ao idoso e, que por consequência mantêm um contato maior com a condição de vulnerabilidade vivenciada na velhice e no processo de fim da vida. Assim, esse estudo teve como objetivo principal: compreender a experiência de cuidado vivenciada e narrada por cuidadores formais de idosos em fim de vida; e objetivos específicos: identificar a maneira pela qual o ato de cuidar torna-se uma profissão para cada participante e investigar os sentimentos e emoções dos cuidadores perante o exercício de suas funções. Esta pesquisa qualitativa foi realizada com seis cuidadores formais de idosos que trabalhavam na cidade de São Paulo, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais. A questão norteadora foi: Conte-me sobre sua experiência como cuidador de idosos em fim de vida, considerando sua entrada nesta profissão até os dias atuais. O conteúdo das entrevistas, depois de transcrito, foi submetido à Análise Psicanalítica de Discurso na perspectiva Lacaniana. Os discursos foram classificados em quatro categorias: Tornando-me cuidador, esta categoria evidencia a escolha profissional e a relação de cada cuidador com a profissão; O “emocional” do cuidador, esta categoria revela que na avaliação dos entrevistados haveria uma personalidade apropriada para que uma pessoa seja cuidadora; Meu paciente está morrendo, esta categoria apresenta a relação dos cuidadores com os idosos em fim de vida; Sou e não sou da família, esta categoria demarca certa ambiguidade no relacionamento entre o cuidador, o idoso e sua família, em que ora o profissional sente-se pertencente à família e ora sente-se apenas um funcionário. O discurso dos entrevistados permite supor o não reconhecimento social desta profissão, ou seja, o cuidador de idosos ocupa um lugar marginal tanto na relação de cuidados quanto no olhar da sociedade. A exemplo disso está o processo de regulamentação profissional que ainda não avançou o suficiente para delimitar funções, direitos e deveres do cuidador.

Ser velho não tem valor numa sociedade capitalista e quem dele cuida também ocupa lugar de desvalia. Diante deste contexto de trabalho pouco previsível, cada cuidador, à sua maneira, elabora formas de preservar sua saúde mental e barganhar suas condições de trabalho. O cuidado com o idoso aparenta ser uma escolha conectada com questões subjetivas relacionadas a contextos de cuidados primordiais que se reeditam na nova relação de cuidados, que também é trabalhista. O embaraço encontrado nesta relação de trabalho que mobiliza afetos íntimos pode ser fonte de sofrimento para o idoso, para a família e para o cuidador. Em virtude disso, este estudo aponta como principal desfecho a necessidade de incluir aspectos psicológicos na formação do cuidador, referentes ao trato com as emoções vindas do idoso, mas também quanto às ressonâncias subjetivas deste cuidado na existência do cuidador.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso Fragilizado. Morte. Psicanálise.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Dhiene Santana Araújo. **Experience of formal caregivers of elderly people at the end of their lives from a psychoanalytic perspective**. 2021. 122 p. Dissertation (Master of Science) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2021. Corrected version.

The aging of the population may be accompanied by changes in the health status of individuals, which often affects the need for the presence of formal care to address functional or cognitive disability, especially at the end of life. Formal caregivers are usually the professionals who are closest to the elderly and, consequently, maintain greater contact with the condition of vulnerability experienced in old age and in the end of life process. Thus, this study had as main objective: to understand the care experience lived and narrated by formal caregivers of elderly people at the end of their lives; and specific objectives: to identify the way in which the act of caring becomes a profession for each participant and to investigate the feelings and emotions of caregivers when exercising their functions. This qualitative research was carried out with six formal caregivers for the elderly who worked in the city of São Paulo, Brazil. Data collection took place through individual interviews. The guiding question was: Tell me about your experience as a caregiver for elderly people at the end of their lives, considering your entry into this profession to the present day. The content of the interviews, after being transcribed, was submitted to Psychoanalytical Discourse Analysis from the Lacanian perspective. The speeches were classified into four categories: Becoming a caregiver, this category highlights the professional choice and the relationship of each caregiver with the profession; The “emotional” of the caregiver, this category reveals that in the interviewees' assessment there would be an appropriate personality for a person to be a caregiver; My patient is dying, this category presents the relationship between caregivers and elderly people at the end of their lives; I am and I am not part of the family, this category marks a certain ambiguity in the relationship between the caregiver, the elderly and their family, in which the professional feels he belongs to the family and sometimes he feels just an employee. The interviewees' discourse allows us to suppose the social non-recognition of this profession, that is, the elderly caregiver occupies a marginal place both in the care relationship and in the society's view. An example of this is the professional regulation process that has not yet advanced enough to delimit the caregiver's

duties, rights and duties. Being old has no value in a capitalist society and those who care for it also occupy a place of worthlessness. Faced with this unpredictable work context, each caregiver, in his own way, elaborates ways to preserve his mental health and bargain his working conditions. Care for the elderly appears to be a choice connected with subjective issues related to contexts of primary care that are reissued in the new care relationship, which is also labor. The embarrassment found in this work relationship that mobilizes intimate affections can be a source of suffering for the elderly, for the family and for the caregiver. Because of this, this study points out as the main outcome the need to include psychological aspects in the training of the caregiver, regarding the treatment with emotions coming from the elderly, but also regarding the subjective resonances of this care in the caregiver's existence.

Keywords: Caregivers. Frail Elderly. Death. Psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização de dados sócio demográficos e dados relacionados ao trabalho dos participantes. São Paulo, 2021.

Tabela 2. Descrição das categorias de análise. São Paulo, 2021.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

EACH-USP - Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IP-USP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

LOPS - Lei Orgânica de Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MPS - Ministério da Previdência Social

MS - Ministério da saúde

MT - Ministério do Trabalho

PAI - Programa Acompanhante de Idosos

PUC-DF - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PUC-DF - Universidade Católica de Brasília

PUC-SP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

TEM - Ministério do Trabalho e Emprego

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFP - Universidade Federal de Pernambuco

UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UPF - Universidade de Passo Fundo

USJT - Universidade São Judas Tadeu

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	17
1.1 <i>Trajatória de vida e de pesquisa</i>	17
1.2 <i>De angústia à problema de pesquisa</i>	20
2. INTRODUÇÃO.....	23
2.1 <i>Cuidador de Idosos: uma profissão</i>	23
2.2 <i>Quem é o cuidador de idosos no Brasil?</i>	26
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. MÉTODO	30
4.1 DESENHO DO ESTUDO	30
4.2 PARTICIPANTES	30
4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
4.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	32
5. ASPECTOS ÉTICOS	35
6. A VELHICE E A MORTE NA CENA DO CUIDADO: ALGUMAS REFLEXÕES	36
6.1 <i>A velhice na contemporaneidade</i>	36
6. 2 <i>A questão da morte, a morte que faz questão</i>	44
6.2.1 <i>O lidar com a morte no trabalho</i>	49
6.3 <i>A dimensão do cuidado e do humano em nós</i>	51
7. A NARRATIVA DE CUIDADOS EM SEIS ATOS E ALGO A MAIS.....	59
7.1 <i>Renan: o “misterioso”</i>	61
7.1.1 <i>Tornando-me cuidador</i>	62
7.1.2 <i>O “emocional” do cuidador</i>	64
7.1.3 <i>Meu paciente está morrendo</i>	65
7.1.4 <i>Eu sou e não sou da família</i>	67
7.2 <i>Simone: a “ouvinte”</i>	68
7.2.1 <i>Tornando-me cuidador</i>	68
7.2.3 <i>Meu paciente está morrendo</i>	72
7.2.4 <i>Eu sou e não sou da família</i>	73
7.3 <i>Sônia: a “sábia”</i>	74
7.3.1 <i>Tornando-me cuidador</i>	74
7.3.2 <i>O “emocional” do cuidador</i>	76

7.3.3 <i>Meu paciente está morrendo</i>	78
7.3.4 <i>Eu sou e não sou da família</i>	79
7.4 <i>Cristiana: a “seguidora de Cristo”</i>	82
7.4.1 <i>Tornando-me cuidador</i>	82
7.4.2 <i>O “emocional” do cuidador</i>	84
7.4.3 <i>Meu paciente está morrendo</i>	86
7.4.4 <i>Eu sou e não sou da família</i>	87
7.5 <i>Dom: “o que sabe fazer”</i>	90
7.5.1 <i>Tornando-me cuidador</i>	90
7.5.2 <i>O “emocional” do cuidador</i>	93
7.5.3 <i>Meu paciente está morrendo</i>	94
7.5.4 <i>Eu sou e não sou da família</i>	95
7.6 <i>Simão: o “ouvinte”</i>	97
7.6.1 <i>Tornando-me cuidador</i>	97
7.6.2 <i>O “emocional” do cuidador</i>	99
7.6.3 <i>Meu paciente está morrendo</i>	100
7.6.4 <i>Eu sou e não sou da família</i>	102
7.7 <i>Algo a mais: a conexão entre os discursos</i>	104
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
9. REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	120
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	121

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Trajetória de vida e de pesquisa

Minha primeira aproximação com a psicologia (também com a psicanálise, mas que naquele momento nomeei por psicologia), deu-se por intermédio de minha irmã, professora que entre 2005-2007 desenvolvia um trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em minha cidade, Riacho de Santana na Bahia.

O trabalho de minha irmã com “os doidinhos do CAPS”, maneira pela qual os usuários eram chamados pela população em geral, consistia em promover oficinas que contribuíssem no processo de reinserção/ inserção social destes sujeitos. Essa ideia me tocou profundamente no auge dos meus 16 anos, pois, a partir do trabalho dela, aquelas pessoas socialmente excluídas poderiam ter outras perspectivas de trabalho e convívio social. Isso me encantava! Através de seus olhos cuidadosos pude reconhecer potência onde poucos viam.

Desde muito cedo, estas desigualdades e injustiças sociais muito me incomodavam. Perceber que o sofrimento humano poderia ser negligenciado causava-me profundo mal-estar antes mesmo de assim nomeá-lo. Então, entre encontros e desencontros, na época do vestibular, escolhi estudar psicologia. A exemplo do que fazia minha irmã, eu acreditei que cursando psicologia aprenderia a olhar as pessoas de um jeito mais humano e, seria capaz de tentar tratar o sofrimento delas. Assim, ingressei na Psicologia porque sonhava ser agente de reinclusão social dos indivíduos que estavam à margem da sociedade. E apesar de não atuar em CAPS, como imaginava no início da graduação, estas mesmas questões seguem fazendo eco em meu pensamento, onde quer que eu esteja, como psicóloga ou como ser humano.

Por uma característica pessoal, sou pragmática e, talvez por obra do destino, nos primeiros anos da graduação fiz vinculação com o saber behaviorista, que parecia explicar-me a dimensão humana de um jeito simples, coerente e completo. Infelizmente, nesse período os professores referência em psicanálise da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por alguma razão de saúde ou profissional, estavam afastados da universidade e meu contato com a psicanálise deu-se por um viés de profissionais que não se identificavam com a teoria.

No entanto, com o passar do tempo, o que parecia simples, coerente, completo, passou a não fazer tanto sentido, exatamente nesse momento surgiu outra oportunidade de encontro com a psicanálise. Através da contribuição da professora Cristiane Oliveira, reconheci uma abordagem que ao invés de combater o sem sentido, acolhe e possibilita a produção de um saber apesar e para além dos sentidos evidentes. Após esse reencontro, outras oportunidades de aproximação aconteceram; através do contato com as professoras Hortênsia Brandão, Analícea Calmon, Clarice Barcelar e Vládía Jucá, a psicanálise tornou-se a lente pela qual enxergo o sujeito.

Seguindo nesse percurso, Cristiane Oliveira, a professora responsável por meu primeiro encontro com a psicanálise, também me apresentou a possibilidade de inserção da psicanálise no cenário hospitalar e o fez através das contribuições teóricas da professora Maria Lívia, que nos apresenta esse campo de forma consistente e crítica. Trata-se de uma maneira de conceber a teoria psicanalítica com a qual desde o primeiro contato tive forte transferência, a leitura dos textos da professora Maria Lívia fez-me entender sobre a potência da psicanálise em extensão.

Posto isso, direcionei meus olhares para o campo hospitalar. Fiz estágio de um ano no hospital Ana Nery, instituição de alta complexidade especializada em nefrologia e cardiologia, uma experiência orientada pela psicanálise através da supervisão cuidadosa da professora Cristiane e dos preceptores Hélder, Luciana e Larissa.

Durante esse estágio alguns pacientes entraram em Cuidados Paliativos, uma expressão que pouco dizia sobre qualquer coisa, apenas indicava que o paciente vivenciava seu fim de vida. Talvez, por conta dos não ditos em torno dos que entravam em Cuidados Paliativos, eu tenha me interessado pelo tema. Lendo os manuais e em contato com a filosofia dos Cuidados Paliativos, aquela modalidade de cuidado respondia a muitas questões que o estágio me apresentava como inadequadas, o trabalho em equipe multiprofissional especialmente.

Ao terminar o estágio, o desejo por ingressar em uma residência multiprofissional e dar seguimento em minha formação na área hospitalar estavam claros para mim. Porém, um fato em minha vida pessoal levou-me de Salvador, me casei e por conta disso passaria a morar em São Paulo. Uma cidade completamente desconhecida, contudo, para minha surpresa, oferecia uma residência multiprofissional em Cuidados Paliativos. Eis que através desse programa de residência surgiu meu primeiro contato profissional em São Paulo. Curso ofertado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), recente e em processo de construção. Participei da segunda turma e apesar dos

muitos problemas estruturais, mostrou-se um campo fértil para a produção de conhecimento.

Durante a residência multiprofissional em Saúde do Idoso em Cuidados Paliativos, o contato com os Cuidados Paliativos foi profundamente marcante, especialmente pelo fato de me fazer questionar minha relação com a psicanálise. Contudo, diante do exercício de supervisão e análise pessoal pude construir uma interface entre os dois saberes, o que me permite atuar com a vertente psicanalítica no cenário dos Cuidados Paliativos com maior segurança da potência desta relação entre saberes.

Esta reflexão me foi tão intensa que rendeu três tentativas de ingresso no programa de pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) com o objetivo de explorar este tema sob a orientação da professora Maria Livia. Penso que, apesar de terem sido tentativas frustradas, investir nestes processos seletivos parece ter sido suficiente para dar direcionamento a tais questões e acomodar as inquietações quanto a este tema.

Além dos Cuidados Paliativos, este programa de residência dava ênfase à saúde do idoso e, portanto, os conhecimentos em Geriatria e Gerontologia fizeram parte de minha formação. Durante boa parte do curso me incomodava reconhecer que a psicanálise pouco circulava nesta discussão. O que tem sido fonte de inquietações mais recentes. E sob certo ponto de vista, talvez me soe como um convite para discussão.

Dentre muitas e ricas vivências, em alguns estágios do programa de residência e em outras experiências profissionais pude entrar em contato com diversos cuidadores formais, vinculados à alguma instituição ou contratados pela própria família do idoso. Apesar dos cenários distintos, grande parte dos cuidadores demonstravam satisfação, mas também algum nível de mal-estar em relação ao trabalho prestado, especialmente nas situações em que o idoso vivenciava o fim de vida. Sentimentos e emoções, muitas vezes, velados e manifestados por meio de maus tratos, indiferença, excesso de zelo, infantilização do idoso, sentimento de pena e de extrema doação no ato de cuidar. Diante destas experiências surgiram questionamentos sobre o porquê do cuidado com o idoso gerar esse tipo de reação aparentemente de caráter defensivo.

Quando me debrucei sobre este tema na perspectiva teórica, para minha surpresa, encontrei um grande limbo. Esta profissão, por mais comum que pareça, não conta com regulamentação ou com o mínimo respaldo no que se refere aos direitos trabalhistas.

Além disso, trata-se de trabalho extremamente delicado, pois o cuidador de idosos lida diretamente com aquilo que pode ser o seu futuro, uma vez que o caminho de todos nós, caso não surjam imprevistos, é envelhecer e morrer.

Eis, que como de costume, uma causa social permeada por questões subjetivas me desperta o interesse e me convoca a uma nova trajetória profissional e acadêmica: o mestrado em gerontologia.

Nesta nova empreitada não poderia estar melhor acompanhada. A professora Beatriz Gutierrez, minha orientadora, que me foi apresentada por um colega da residência e se tornou uma grande referência. E a professora Maria Livia, que há algum tempo já fazia parte de minha trajetória, mas que agora pôde estar de uma forma próxima.

1.2 De angústia à problema de pesquisa

No tópico anterior situei que algumas das discussões que serão apresentadas nesse texto fazem conexão com minha trajetória de vida e profissional. Entretanto, algumas situações clínicas foram fundamentais na construção do problema de pesquisa e em razão disto serão apresentadas a seguir:

1. Situação ocorrida em um serviço de Interconsulta em Cuidados Paliativos: Ana¹ cuidava de Hélio há alguns anos, a família tinha total confiança em seu trabalho, tanto que só compareciam ao hospital quando convocados. Como sempre era Ana quem estava beira a leito, os atendimentos psicológicos foram destinados a ela. Inicialmente o objetivo do contato era compreender sobre a dinâmica familiar e história de vida do paciente, que por estar demenciado há alguns anos não mais interagiu. Ao longo dos atendimentos foi se tornando claro que Ana reconhecia o processo de morte e sofria diante desta realidade. Enquanto isso, a equipe de Cuidados Paliativos buscava definir diretivas antecipadas de vontade - impedir que no momento do óbito fossem feitas medidas invasivas e, acolher a família. Neste primeiro momento, todos entenderam que família eram os filhos de Hélio, entretanto, ao perceber que o sofrimento de Ana estava sendo negligenciado, sugeri que a cuidadora também participasse da reunião.

¹ Os nomes utilizados neste tópico são fictícios. Alguns dados foram alterados a fim de não expor nenhum conteúdo que possa identificar os envolvidos na situação clínica.

Embora Ana estivesse presente, não foi voz ativa e não pode expressar seu sofrimento, pois não entendia qual era seu lugar naquela cena, já que não era profissional do cuidado direto (porque o paciente estava no hospital) e nem família.

Diante disso, me questionei: qual seria o lugar do cuidador na cena dos cuidados do idoso em fim de vida?

2. Situação ocorrida numa enfermaria de Cuidados Paliativos: Márcia era cuidadora de Joana há aproximadamente 3 anos. A idosa foi perdendo funcionalidade ao longo do tempo em que Márcia prestou cuidados a ela. No começo Joana apresentava cognição parcialmente preservada, o que permitiu a construção de um importante vínculo, ao ponto da paciente autorizar que Márcia, sua filha e esposo, num momento de dificuldade financeira fossem morar no quintal de sua propriedade. Joana tinha três filhos, dois homens e uma mulher. A filha Clara sentia grande ciúmes do relacionamento da mãe com a cuidadora, Márcia era claramente sua rival. Embora não se falassem, durante os atendimentos individuais, tanto Márcia como Clara afirmavam que Joana tinha um vínculo mais significativo com a cuidadora do que com a própria filha. Diante disso, filha e cuidadora rivalizavam como se fossem família. Mais uma equipe de cuidados paliativos se viu na difícil missão de equilibrar os discursos.

Com essa experiência me questionei, se legalmente quem responde pelo idoso é a família, o que fazer quando o vínculo mais significativo é com o cuidador e o paciente não pode falar por si? Qual é a voz do cuidador nesse tipo de situação?

3. Situação vivenciada numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) filantrópica: esta instituição passava uma imagem de valorização do idoso, mas nas entrelinhas de seu funcionamento se localizava intensa agressividade com relação aos seus usuários. Trago duas situações para exemplificar. (1) Uma vez por ano existia um evento aberto ao público para arrecadar fundos para a instituições, a coordenadora de enfermagem dizia: “neste dia a gente coloca os idosos mais bonitos e alegres para receber os convidados e os demais ficam nos quartos e não podem sair enquanto o evento não acabar”. Diante disso me questionei: qual o sentido de fazer “caridade” ao idoso e não olhar no seu rosto? Quais os pilares afetivos que sustentam o cuidado ofertado ao idoso? Neste caso, com efeitos tão devastadores à subjetividade. (2) Além disso, quando a instituição percebia que algum idoso estava em processo de morte o levava para uma “enfermaria”. Todos da instituição sabiam que ir para aquela enfermaria significava estar próximo a viver o processo de morte, entretanto, nem os idosos e nem os profissionais falavam abertamente sobre o assunto. Sempre que o fato acontecia, alguém me contava

em segredo que “fulano” foi para a enfermaria e apresentavam uma expressão facial negativa insinuando a morte. Se o idoso é quem está temporalmente mais próximo à morte, qual seria o custo subjetivo desta negação? (para ele e para os que o cercam).

4. Situação vivenciada numa ILPI pública: quando iniciei neste trabalho a instituição acabara de ser inaugurada. A ideia era receber idosos com grau de independência I e II - idosos que são parcialmente dependentes para atividades diárias básicas. Entretanto, os idosos enviados pela prefeitura eram extremamente dependentes, alguns já acamados, demenciados ou com feridas (o que requeria cuidados complexos). Quando os cuidadores contratados chegavam à instituição aparentavam não fazer ideia de como se cuidava de um idoso. Alguns por disponibilidade própria buscavam aprender e construir vínculos com os idosos, enquanto outros entravam no trabalho já contando os minutos para ir embora. Nitidamente existia um mal-estar sem nome nessa instituição. Por ter ficado por pouco tempo não pude acessar esta questão de modo mais aprofundado.

Diante disso me questionei: porque algumas pessoas se vinculam ao trabalho como cuidador com facilidade e para outras parece um suplício? Qual é o mal-estar que o cuidar do idoso causa?

Por observar que questões que são fontes de angústia para mim poderiam ser respondidas de modo a auxiliar outros colegas em sua escuta psicológica é que se fez o desejo que sustenta este mestrado. Inquietar, refletir e compartilhar, é disso que se trata cada linha aqui escrita.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Cuidador de Idosos: uma profissão

O envelhecimento populacional tem se tornado uma realidade no Brasil e em diversos países em desenvolvimento. Fato que faz do aumento da expectativa de vida uma importante conquista, mas também, um grande desafio nos âmbitos econômico, social e político (NERI, 2005).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico, marcado por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que promovem a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que repercute numa maior incidência e vulnerabilidade a enfermidades e a diminuição da capacidade funcional (NETTO, 2006).

Neste contexto, observa-se uma modificação no cenário de morbimortalidade brasileiro, em que se verifica a diminuição das doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, fenômeno que se reflete em um processo de envelhecimento e terminalidade extenso e repleto de dependência (MATSUMOTO, 2012). E como consequência a esta diminuição da capacidade funcional, está a necessidade de cuidados demandada por grande parte dos idosos.

Nessa linha de pensamento, entende-se que dentre os principais desafios que surgem em decorrência do envelhecimento populacional, está a responsabilidade sobre o cuidado. A legislação brasileira deixa o cuidado aos idosos dependentes, prioritariamente, a cargo das famílias. Contudo, devido à redução no número de filhos e por consequência de possíveis cuidadores; por alguma dificuldade econômica; por inexistência de vínculos que possam dar sustentação a relação de cuidado, ou por outros motivos, nota-se que a maioria das famílias apresenta dificuldades em prestar cuidados adequados aos idosos (CAMARANO & KANSO, 2010).

A insuficiência da contribuição das famílias no cuidado com os idosos evidencia a crescente demanda por cuidados formais (BARBOSA, et al. 2017). O cuidador formal é uma pessoa contratada e capacitada para exercer a função de cuidar, que atua como elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde (PATROCÍNIO, 2015).

Observa-se que o surgimento do cuidador formal, ou profissional, é algo recente no Brasil, esta função foi reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por meio da inserção na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5.162

- 10: cuidador de idosos dependentes ou não e cuidador de idosos institucionalizados, no ano de 2003 (DUARTE; MELO & AZEVEDO, 2008). Entretanto, desde este período pouco se avançou no que se refere às especificidades do trabalho realizado por estes profissionais seja no domicílio ou nas instituições.

Debert e Oliveira (2015) apresentaram um histórico sobre a regulamentação da profissão de cuidador no Brasil e ressaltaram alguns aspectos que aparentam permanecer em aberto. O primeiro deles diz respeito ao nível de escolaridade e a formação do cuidador, argumento que de um lado apresenta a perspectiva de garantir a qualidade do cuidado prestado ao idoso, por meio do ensino fundamental como escolaridade mínima e de uma formação técnica, entretanto, por outro lado, este caminho pode excluir grande parte dos cuidadores que exercem a profissão e contam com uma ampla experiência prática, mas que não possuem a escolaridade mínima.

Debert e Oliveira (2015) discutiram ainda, quanto à alocação da profissão, se no campo da saúde ou da assistência social. Os conselhos de enfermagem argumentam que o exercício de cuidado aos idosos dependentes, a administração de medicamentos, a realização procedimentos, como por exemplo o banho, exige uma formação técnica voltada para os cuidados de enfermagem. Por outro lado, a assistência social reforça as qualidades adquiridas com a experiência de cuidado e sobre o desejo de trabalhar com idosos, como principais características de um bom cuidador.

Na tentativa de solucionar esta questão existem distintos projetos de lei com inúmeras semelhanças e divergências, como por exemplo, a já citada, exigência de escolaridade mínima para desempenhar a função de cuidador. Neste caminho, o Projeto de Lei da Câmara Nº 11/2016 aprovado em plenário em maio de 2019 objetivou criar e regulamentar as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara. No entanto, o PL 11/2016 foi aprovado pelo senado e vetado pela presidência da república em 22 de julho de 2019 (BRASIL, 2019). Controvérsias que indicam uma necessidade de discussões mais cuidadosas e aprofundadas que possam contribuir para a adequada regulamentação da profissão (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014).

O processo investigativo que culmina nesta escrita evidencia que o trabalho exercido pelo cuidador em domicílio difere das funções desenvolvidas em uma instituição. Nesta última, verifica-se a presença de normas e regras de funcionamento, que se por um lado podem excluir a subjetividade do idoso, trazem certo conforto ao cuidador, pois quem estrutura a maneira como o cuidado deve se estabelecer é a

instituição, sendo esta que responde aos possíveis conflitos e queixas decorrentes do cuidado. Em contrapartida, no domicílio o profissional está em contato com um universo estabelecido pelo idoso e por sua família, de modo que a adaptação a este contexto exige uma disponibilidade que vai além do conhecimento técnico sobre os cuidados com o idoso, mas exige uma atenção especial à dimensão subjetiva que compõe aquela casa em que se está inserido. Condição que se torna vulnerável quando o cuidador é contratado pela família ou pelo próprio idoso e não possui uma empresa ou uma instituição que auxilie na condução do trabalho.

Nesta direção, estudos nacionais e internacionais evidenciaram que a falta ou a insuficiência de treinamento e a clareza quanto às suas atribuições funcionais são algumas das principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador formal (GUTIÉRREZ & CHAPARRO, 2018; MEHTA & LENG, 2017; BATISTA et al., 2014). O estudo realizado pelos autores Diniz et al. (2018) apontou significativa sobrecarga emocional nos cuidadores formais constituída por fatores físicos e psicológicos. A sobrecarga também aparece associada a fatores como a jornada de trabalho, a quantidade de idosos sobre a qual o cuidador se responsabiliza, e ao grau de dependência elevado (BARBOSA et al., 2017).

Ainda neste sentido, Monteiro, Queirós e Marques (2014) afirmaram que dentre as várias queixas psicológicas como o cansaço, estresse, ansiedade e depressão, a literatura tem dado destaque especial ao burnout, demonstrando que os cuidadores formais de idosos encontram-se em risco de vivenciar esta síndrome, em decorrência das especificidades de sua função. Em perspectiva complementar, Pereira e Marques (2014) indicaram que quanto maiores são o cansaço físico e psicológico, bem como os níveis de ansiedade do cuidador, maiores são as dificuldades apresentadas na prestação de cuidados aos idosos. Dados que mostraram que o trabalho exercido pelos cuidadores formais, em alguma medida, gera um desgaste físico e também psicológico, entretanto, a maneira como este desgaste se estabelece tem sido pouco explorada em pesquisas atuais.

Diniz et al. (2018) sinalizaram sobre a necessidade de maior atenção para os aspectos psicológicos envolvidos no processo de cuidar por parte dos cuidadores sejam eles informais ou formais. O cuidado com o idoso além de habilidades manuais e de ordem prática, exige dos cuidadores formais um intenso investimento emocional que se intensifica quando o idoso possui elevado grau de dependência física e cognitiva ou ainda quando vivencia o fim de vida. Maronesi et al. (2014) relataram que o lidar com a morte se configura como uma variável significativa para o estresse e sobrecarga de cuidadores

de pacientes oncológicos. Assim, como os pacientes oncológicos, os idosos em processo de finitude apresentam aos cuidadores a realidade da morte, fato sobre o qual a maior parte dos indivíduos evita a reflexão.

A revisão apresentada evidenciou inúmeras controvérsias no que se refere à formação e a prática do cuidador formal, cenário que também aponta para o desgaste físico e emocional vivenciado por estes profissionais. Neste sentido, faz-se pertinente investigar sobre a experiência de cuidado destes profissionais a fim de fornecer subsídios ao processo de regulamentação da formação e exercício profissional dos cuidadores formais.

2.2 Quem é o cuidador de idosos no Brasil?

Dados recentes do Ministério do Trabalho (MT) evidenciaram que entre 2007 e 2017 a ocupação que teve maior crescimento está relacionada ao envelhecimento da populacional. Os cuidadores de idosos apresentaram um aumento de 547%, desse modo, passaram de 5.263 profissionais em 2007 para 34.051 em 2017, destes 85% são mulheres com o ensino médio completo. Os estados em que esta ocupação demonstrou maior expansão foram São Paulo (11.397 novos postos de trabalho entre 2007 e 2017); Minas Gerais (4.475 postos), e Rio Grande do Sul (2.288 novos postos). Além disso, MT apontou que também aumentou a busca por cursos de formação nesta área (BRASIL, 2019)².

Os dados apresentados acima demarcam a relevância do cuidador de idosos diante da realidade do envelhecimento populacional. Entretanto, parece haver certa dificuldade em construir uma definição para este trabalho. Na tentativa de constituir um caminho para uma possível definição, o Ministério da saúde (MS) ressaltou que:

O cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário; o cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades específicas (BRASIL, 2012, p. 82).

Entretanto, o dia a dia coloca este aspecto em discussão e nos leva a perceber que esta questão é mais complexa do que parece. Em algumas circunstâncias é possível

² Dados retirados do site do Ministério do Trabalho. Disponível em: <http://www.trabalho.gov.br/noticias/6815-conheca-as-profissoes-que-mais-avancaram-no-brasil>

observar que familiares são remunerados para exercer a função de cuidado. Além disso, conforme discutido na seção anterior, inexistente a regulamentação que norteia a formação do cuidador de idosos e, talvez, por esta razão, coexistam uma gama de possibilidades de atuação que se modulam conforme as necessidades, especialmente econômicas, pertencentes ao contexto em que o cuidado se estabelece.

A experiência clínica sob a qual se ampara essa escrita possibilita perceber que, muitas vezes, o cuidado se torna profissão para aqueles que se viram desempregados e encontraram nesta atuação uma forma de continuar provendo o sustento de suas famílias. Outras tantas, nota-se que antes de ser cuidador de idosos aquele profissional prestou para a mesma família serviços domésticos ou de outra natureza, ou ainda exerce ambas funções em concomitância.

Dessa maneira, existem cuidadores formais de idosos que fizeram cursos no campo da enfermagem, em alguma instituição religiosa, em Organizações não Governamentais e ainda há aqueles que por terem cuidado de algum familiar idoso acreditam que podem fazer deste ato uma profissão sem a necessidade de formação específica.

Além da querela formação, existe uma infinidade de campos de atuação para este profissional. Até o momento, registramos as seguintes possibilidades: atuação em instituição de longa permanência para idosos (geralmente sob a supervisão de uma equipe multidisciplinar); atuação em domicílio através do contrato de uma empresa privada (neste caso é a empresa quem articula a contratação do cuidador junto à família ou ao próprio idoso); atuação no domicílio através do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) (neste caso o cuidador exerce seu trabalho mediado por uma empresa pública); atuação inteiramente autônoma (neste caso o próprio cuidador articula sua contratação junto à família ou ao idoso).

Cabe ressaltar que o tipo de vínculo empregatício, a modalidade de trabalho, a remuneração e a carga de trabalho tornam-se distintas diante da diversidade de possibilidades de atuação do cuidador. Entretanto, entende-se que o profissional atuante na categoria autônoma, talvez, vivencie um contexto de maior vulnerabilidade, uma vez que inexistente uma empresa que possa lhe auxiliar na mediação de conflitos e lhe assegurar mínimas condições e direitos trabalhistas. Neste caso, trata-se de um cuidador formal que trabalha em contexto de informalidade e porque não dizer fragilidade.

Notadamente, o vínculo institucional assegura ao cuidador formal proteção jurídica e trabalhista, entretanto, há outros aspectos a serem observados. A instituição

proporciona ao idoso a despersonalização, o apagamento do eu, o que torna a situação mais confortável aos profissionais, porque estes se privam de lidar com algumas fragilidades do idoso. Em contrapartida, quando o cuidado acontece no domicílio, através da figura do cuidador formal de idosos autônomo, torna-se quase impossível não entrar em contato com a realidade do idoso e com toda a vulnerabilidade que o cerca, seja de saúde, social, emocional, espiritual, etc. É sob esta realidade que este estudo se delineia e se estabelece.

Frente ao exposto relacionado à vivência do cuidador formal, esse estudo tem como objetivos:

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a experiência de cuidado vivenciada e narrada por cuidadores formais de idosos em fim de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a maneira pela qual o ato de cuidar torna-se uma profissão para cada participante;
- Investigar os sentimentos e emoções dos cuidadores perante o exercício de suas funções.

4. MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, que se propõe compreender a experiência de cuidado vivenciada e narrada por cuidadores formais de idosos em fim de vida.

4.2 PARTICIPANTES

A amostra deste estudo é composta por cuidadores formais de idosos em fim de vida que exercem suas funções em domicílio na cidade de São Paulo. A pesquisadora deste estudo esteve em contato com um público que vivencia um contexto de vulnerabilidade econômica e social, deste modo, os profissionais que foram escutados são aqueles que exercem sua função de modo autônomo, sem vínculos institucionais, ou seja, contratados pelo idoso ou por sua família.

Trata-se de amostra intencional, ou seja, que parte da experiência da pesquisadora em seu campo de pesquisa (FONTANELLA, et. al, 2011). Neste caso, a pesquisadora que é Psicóloga Hospitalar e da Saúde mantém contato com diversos cuidadores em seu ambiente de trabalho, fato que contribuiu para a delimitação de uma amostra heterogênea e singular que abrangeu profissionais atuantes na região central e periférica da cidade de São Paulo.

Minayo (2017) apresenta uma rica discussão acerca da amostragem em pesquisas qualitativas. A autora aponta sobre uma série de teóricos que buscam critérios quantitativos para definir o tamanho da amostra, mas também situa autores que consideram o critério de saturação como o mais adequado. Em poucas palavras o critério de saturação pode ser definido a partir da suspensão ou inclusão de novos participantes quando os dados coletados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, dito de outro modo, se encerra a coleta no momento em que os

objetivos da pesquisa foram respondidos (FONTANELLA & MAGDALENO JÚNIOR, 2012).

Posto estes argumentos, Minayo (2017) critica aqueles que compreendem que o pesquisador deve buscar apontar exatidão, generalização ou qualquer aspecto desta natureza através das pesquisas qualitativas. Na avaliação desta autora, “amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

Além disso, a autora esclarece: “mesmo quando provisoriamente o investigador prevê um montante de entrevistas e grupos focais ou de outras técnicas de abordagem, essa ideia de provisoriedade deve acompanhá-lo durante todo o processo” (MINAYO, 2017, p. 10). Ou seja, apesar de haver a imposição de um número arbitrário de amostragem, o pesquisador deve se mostrar flexível diante do seu corpus de investigação.

Nesta linha de pensamento, inicialmente foi definido o número de 12 cuidadores para esta amostra. Este número seria alcançado através da técnica “bola de neve”, em que o primeiro participante deveria indicar novos participantes para o estudo e assim por diante (VINUTO, 2014). Entretanto, a técnica “bola de neve” não proporcionou o resultado esperado, pois nenhum dos três primeiros entrevistados indicou novos participantes. Diante disso, a pesquisadora ampliou o escopo dos possíveis participantes com o auxílio de colegas que atuam no cenário dos Cuidados Paliativos - contexto de cuidados que costuma contar com o suporte de cuidadores de idosos. Diante disto, 13 cuidadores foram convidados a participarem do estudo, no entanto, apenas seis finalizaram a entrevista.

Além disso, para compor a amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: 1. Ter 18 anos ou mais; 2. Atuar como cuidador formal há pelo menos um ano e exercer suas funções em domicílio; 3. Ser contratado no regime autônomo; 4. Não apresentar limitação cognitiva ou transtorno psiquiátrico; 5. Ter concordado em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e de exclusão: 1. Não ter atuado como cuidador de idosos que vivenciam ou vivenciaram o fim de vida.

4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta ocorreu em três momentos:

1. Inicialmente foram apresentados os objetivos da pesquisa para que o entrevistado autorizasse ou não a sua participação, por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2. No segundo momento foi aplicado um instrumento contendo os dados sócio demográficos dos participantes para avaliar os seguintes aspectos: idade, sexo, escolaridade, estado civil, cor auto referida; religião; tempo que exerce a função; carga horária; remuneração; realização de outra atividade remunerada; nível de dependência do idoso cuidado e uma questão norteadora (Apêndice A).

3. Na última etapa foi realizada uma entrevista com a duração média de 52 minutos, com base na seguinte questão norteadora: conte-me sobre sua experiência como cuidador de idosos em fim de vida, considerando sua entrada nesta profissão até os dias atuais.

Com esta questão pretendeu-se explorar os seguintes aspectos: escolha profissional; qualidade do vínculo com a profissão; qualidade do vínculo com o idoso; sentimentos e emoções relacionadas ao exercício de cuidado. Os referidos aspectos foram explorados a partir e com base no próprio discurso do participante.

Para que fossem atendidos os objetivos, as entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, para posterior análise de dados.

4.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

O conteúdo das entrevistas, depois de transcrito, foi submetido à Análise Psicanalítica de Discurso na perspectiva Lacaniana (DUNKER, PAULON & MILÁN-RAMOS, 2016). Em sua construção teórica Freud definiu a psicanálise como método de tratamento e de investigação. Desse modo, entende-se que a aplicabilidade desta técnica, ao mesmo tempo, que produz efeitos terapêuticos no paciente, também produz um saber passível de teorização (DUNKER, PAULON & MILÁN-RAMOS, 2016).

Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016) diferenciaram a análise de discurso de base psicanalítica Lacaniana das demais técnicas vigentes (àquelas concernentes às metodologias qualitativas), sinalizando que o analista do discurso de orientação Lacaniana toma por base as exigências epistemológicas da própria psicanálise (associação livre, atenção flutuante, por exemplo) enquanto que as demais não compartilhariam destes princípios.

Nesta perspectiva, a análise de discurso de base Lacaniana nos apresenta uma questão essencial: a escuta é uma ferramenta de análise que impõe a necessidade do fenômeno transferencial para que possa operar, como fazer este giro acontecer em uma pesquisa? O que é dito sob transferência prescinde da expectativa de haver no interlocutor a capacidade de escutar o que é transmitido por meio daquela fala (sou capaz de falar, a partir do momento que acredito haver alguém capaz de me escutar). Trata-se do fenômeno chamado por Lacan (1953/1998) de sujeito suposto saber. Considerando o saber como uma das ferramentas que antecipam a transferência no cenário clínico, é pertinente considerar que esta suposição de saber se reedite no campo da pesquisa. O que faz um sujeito aceitar um convite à fala? Possivelmente, a crença de que há alguém capaz de escutar o que ele tem a dizer, ou no mínimo, há quem esteja interessado em seu discurso. Sobre a função do psicanalista na escuta do discurso do sujeito, Lacan (1953/1998) nos assinala:

Aliás, o psicanalista sabe que melhor do que ninguém que a questão aí é ouvir que “parte” desse discurso é confiado o termo significativo, e é justamente assim que ele opera, no melhor dos casos: tomando o relato de uma história cotidiana por um apólogo que a bom entendedor dirige suas meias-palavras, uma longa prosopopeia por uma interjeição direta, ou ao contrário, um simples lapso por uma declaração muito complexa, ou até o suspiro de um silêncio por todo o desenvolvimento lírico que ele vem suprir (LACAN, 1953/1998, p. 253).

Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016) sinalizaram sobre a necessidade de indagar as interpretações realizadas pelo analista: “O truque aqui não é que vamos voltar a uma fé interpretativa na transparência e no acesso imediato ao sentido, mas em abordar a produção de sentido pela negatividade, ou seja, pelas zonas e estratégias de produção de “não sentido”” (DUNKER, PAULON & MILÁN-RAMOS, 2016, p.93).

Ou seja, por partirem da premissa da existência fenômenos inconscientes, os analistas de discurso entendem haver conteúdos na fala do indivíduo que nem mesmo ele será capaz de explicar, pois seriam informações impossíveis de serem acessadas. Dessa maneira, por meio da proposta de escuta sob transferência seria possível articular os conteúdos conscientes e dar luz e lugar àqueles que não são passíveis de serem acessados, nomeados e simbolizados. Como nos esclarece Lacan (1953/1998):

O que está em jogo numa psicanálise é o advento, no sujeito, do pouco de realidade que esse desejo sustenta nele em relação aos conflitos simbólicos e às fixações imaginárias,

como meio de harmonização destes, e nossa via é a experiência intersubjetiva em que esse desejo se faz reconhecer (LACAN, 1953/1998, p. 281).

O convite a fala costuma ser uma experiência que dá acesso às manifestações do inconsciente e possibilita o reconhecimento do sujeito. A análise psicanalítica do discurso na perspectiva lacaniana, conforme propuseram Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), permite reconhecer esta mesma experiência no contexto de pesquisa em que o cenário se mostra razoavelmente previsível.

Desse modo, este estudo fundamenta-se nos preceitos epistemológicos da análise psicanalítica do discurso na perspectiva lacaniana não somente no que tange à escuta e transferência necessárias ao longo das entrevistas, mas também pretende se servir dos conceitos psicanalíticos no momento de leitura e interpretação do conteúdo das entrevistas transcritas.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH) e aprovado por meio do parecer de número 29037020.2.0000.5390. Além disso, todos os participantes autorizaram sua inserção no estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado em anexo (Apêndice B).

6. A VELHICE E A MORTE NA CENA DO CUIDADO: ALGUMAS REFLEXÕES

6.1 *A velhice na contemporaneidade*

O envelhecimento populacional tem sido discutido no campo científico há algum tempo, no entanto, sua incorporação no cenário social acontece de maneiras distintas e enviesadas principalmente pelo contexto histórico cultural. No Brasil, a aproximação da sociedade com relação a este fenômeno acontece de modo rápido e de certa maneira atravessado por intenso mal-estar.

Para avançar nesta discussão tomaremos como partida alguns momentos históricos. O primeiro deles é a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) na década de 60. Estimulados por um Projeto de Lei do Senado Federal de 1954, referente à geriatria, um grupo de profissionais organizou-se para criar uma instituição brasileira dedicada ao estudo da geriatria e da gerontologia. Este grupo manteve estreito vínculo com a Universidade o que fez da geriatria brasileira forte e respeitada.³ Notadamente, a SBGG, atualmente composta por profissionais médicos e não médicos, é pioneira no que se refere aos estudos sobre o envelhecimento e sua construção enquanto campo de conhecimento (MELO, LIMA-SILVA & CACHIONI, 2015).

Após a criação da SBGG se percebe um crescimento na produção científica sobre o envelhecimento no Brasil por volta da década de 1980, entretanto, Prado e Sayd (2006) salientaram que a gerontologia e a geriatria brasileiras ainda têm um caminho a trilhar para se estabelecerem como campos dinâmicos e consolidados do conhecimento. Desta publicação para os dias atuais, observa-se que este crescente se mantém, especialmente pela criação de novos cursos de graduação e pós-graduação em Gerontologia.

Diferente de outros campos do conhecimento, em que a formação parte dos cursos de graduação (conhecimento generalista) para a pós-graduação (conhecimento específico), a Gerontologia faz este percurso de modo inverso e somente na segunda metade da década dos anos 2000 foram fundados os primeiros cursos de graduação na área. A fim de registrar alguns dados, sabe-se que em 1997 foi criado o mestrado e doutorado em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); em 1998 teve início o mestrado em Gerontologia Social da Pontifícia Universidade Católica

³Dados retirados da página institucional da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em: <https://sbgg.org.br/sbgg/historico/>

de São Paulo (PUC-SP); em 2000 registra-se o mestrado e doutorado em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS); em 2003 inicia-se o mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (PUC-DF). Neste caminho, a Universidade de Passo Fundo no Rio Grande do Sul (UPF) e a Universidade São Judas Tadeu em São Paulo (USJT) tiveram seus programas de mestrado reconhecidos em 2010 – mestrado em Ciências do Envelhecimento e, em Envelhecimento Humano, respectivamente. Em 2013 foram criados os mestrados em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e em Gerontologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFP). E mais recentemente, em 2014 foi instituído o mestrado em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) (MELO, LIMA-SILVA & CACHIONI, 2015).

A implantação de cursos de Graduação em Gerontologia no Brasil é um fato recente que se justifica pelas necessidades cada vez mais complexas da população idosa e pela escassez de profissionais para atender a tais demandas. Este processo teve início na Universidade de São Paulo e na Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Em março de 2005 foi implantado o Curso de Bacharelado em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH USP) um importante marco na história da gerontologia brasileira, pois foi o primeiro curso de graduação em gerontologia no Brasil. Ressalta-se que até esta data, a formação em Gerontologia ocorria somente em cursos de pós-graduação de caráter *stricto e lato senso* (MELO, LIMA-SILVA & CACHIONI, 2015).

O apanhado histórico acima evidencia que o conhecimento teórico sobre a Gerontologia acontece em concomitância ao envelhecimento populacional. Fato que imprime certa urgência quanto à adaptação social. Como criar políticas públicas para atender a uma demanda que ainda não é suficientemente clara para os pesquisadores de uma área de conhecimento? Apesar desta questão não apresentar respostas com grande potencial resolutivo, algumas iniciativas podem ser consideradas como marcos no que se refere às aplicações dos conceitos gerontológicos ao convívio social.

Nesta direção, o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - surge em resposta às contribuições dos estudos científicos no campo da Geriatria e Gerontologia, mas também do reconhecimento social da realidade do envelhecimento populacional. Em sua apresentação, o referido Estatuto reconhece a velhice como uma conquista e coloca o envelhecimento como um direito personalíssimo, designa sua proteção como um direito social, e confere ao Estado o dever de “garantir à pessoa idosa

a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2013, p. 6).

Além disso, o Estatuto do Idoso determina que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público contribuir para “a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2013, p. 8).

Outro fato de relevância nesta discussão é a criação da Previdência Social, que desde o princípio teve por objetivo apoiar trabalhadores durante o período de inatividade. Desde a época do Império, existe um mecanismo de cunho previdenciário no Brasil. Entretanto, apenas a partir de 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, o país adquiriu um marco jurídico significativo na construção do sistema previdenciário. Nessa linha histórica, registra-se a Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, que culminou na criação da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), responsável por a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Pouco tempo depois, o Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, unificou os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões existentes naquela época (IAPM, IAPC, IAPB, IAPI, IAPETEL, IAPTEC), fundando então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). E a partir da fusão entre o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 27 de junho de 1990 por meio do Decreto nº 99.350, foi criado Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), atual Ministério da Previdência Social (MPS)⁴.

Conforme exposto, a previdência surge para apoiar o trabalhador nos períodos de inatividade. Neste sentido, os movimentos de criação das aposentadorias foram se modificando em decorrência da expansão e de cobranças das classes trabalhistas. Contudo, a atual reforma da previdência surge devido a uma questão mais abrangente, que é o envelhecimento do trabalhador, fato que independe de sua categoria profissional, mas que também é atravessado por este aspecto.

Especialistas nesta temática argumentam que a reforma da Previdência no Brasil se justifica principalmente pelo rápido e intenso processo de envelhecimento populacional que o país tem enfrentado e deve enfrentar nas próximas décadas. Este

⁴ Dados retirados da página Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Disponível em: <https://www.inss.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/breve-historico/>

fenômeno tende a levar a uma significativa piora da relação entre contribuintes e beneficiários, repercutindo em uma pressão cada vez maior sobre a despesa com a Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social). A respeito da Previdência, tem sido observado que o aumento da participação dos idosos na população total irá levar a uma quantidade relativamente maior de beneficiários, o que pode comprometer o pagamento e manutenção de benefícios previdenciários (COSTANZI, 2018, p. 131/2).

O objetivo da reflexão proposta acima não é o aprofundamento na compreensão do Estatuto do Idoso ou mesmo apresentar uma profunda problematização acerca da reforma previdenciária, não por falta de relevância desta temática, mas por haver aspectos que têm sido pouco explorados e sobre os quais está o nosso interesse.

As imagens simbólicas que sobressaem da aplicação dos estudos em Gerontologia nas políticas públicas mostram de um lado o Estatuto do Idoso como uma vitória na busca dos direitos à pessoa idosa, nesta mesma linha se enquadra o desenvolvimento da seguridade social, entretanto, por outra perspectiva a reforma da previdência lança luz para o momento em que a velhice se tornou um problema econômico. A princípio, tais conjecturas parecem antagônicas, contudo, são faces distintas que representam o processo de envelhecimento com suas perdas e ganhos. É muito valioso para um país ver sua população envelhecer, entretanto é preciso refletir sobre como está envelhecendo e sobre o impacto disto do ponto de vista econômico. Viver mais obviamente gera custos e sem o devido planejamento este fato em vez de vitória a ser comemorada, passa a ser um problema a ser combatido.

Este modo polarizado de interpretar o processo de envelhecimento como perda ou ganho também modula a forma como a sociedade contemporânea dá significados à velhice. Para dar início a esta discussão vale resgatar o trabalho do historiador Ariès (1981) intitulado “História Social da Criança e da Família”. Com base em achados históricos, Ariès (1981) nos apresentou uma construção acerca do conceito “idades da vida”, que compreenderiam a infância, a adolescência, a juventude, a senectude e a velhice. Quanto ao conceito de velhice, as investigações deste historiador, demonstraram que esta idade tem início após a senectude e alguns achados consideram que pode durar até 70 anos, outros supõem que pode durar até a morte. Além disso, Ariès (1981) apresentou a ideia de que a velhice é um período de desfalecimento até a morte, que pode ser interpretado pela imagem simbólica de retorno às cinzas de onde se veio.

Um fato interessante retratado por Ariès refere-se ao fato da velhice, apesar de ser registrada como uma das idades da vida, não aparece em lugar de privilégio em nenhum

dos períodos históricos: “Tem-se a impressão, portanto, de que, a cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a “juventude” é a idade privilegiada do século XVII, a “infância”, do século XIX, e a adolescência”, do século XX” (Ariès, 1981, p. 37).

A obra de Ariès (1981) nos permite avançar em mais uma reflexão. Até o século XIX, devido a curta expectativa de vida quando comparada aos dados atuais, a velhice começava mais cedo e também terminava mais rápido, consequentemente as pessoas morriam com menos anos de vida. Contudo, o aumento da expectativa de vida modifica a forma com que se envelhece e a duração deste processo, com isso, talvez, a velhice venha a se tornar a fase mais longa da vida. Este fato modifica também as concepções de velhice de cada época, o que exige, especialmente do campo da Gerontologia, certa rapidez no entendimento deste fenômeno em constante transformação.

Embora não exista consenso, observa-se que a partir da década de 1990, a Gerontologia passa a ser considerada uma disciplina acadêmica de caráter interdisciplinar, que ampara seu saber no entendimento dos processos de envelhecimento na interface biológica, social e psicológica (ALKEMA, & ALLEY, 2006; MELO, LIMA-SILVA & CACHIONI, 2015). Sem o objetivo de sugerir a sobreposição de um saber em detrimento dos demais, neste trabalho será dada ênfase aos aspectos sociais e psíquicos que compreendem ao processo de envelhecimento.

Neste caminho, faz-se pertinente citar a obra da autora Délia Goldfarb, “Corpo, tempo e envelhecimento”, publicada no ano de 1998, além da tentativa de aproximar a teoria psicanalítica aos estudos em Gerontologia, Goldfarb (1998) apresenta uma interessante crítica social no que se refere aos significados atribuídos à velhice e ao envelhecimento. A referida autora evidenciou o fato de que as sociedades tradicionais valorizavam a figura do velho sábio que diante da experiência contava a história de sua comunidade para os mais jovens, como uma forma de memória viva de uma época ou de um povo. Valor que se perde no século XVIII após a revolução industrial em que o indivíduo passa a ser valorizado pelo que produz, assim, quanto mais velho menos produtivo. Esta é uma das razões que auxilia na compreensão acerca da desvalorização e depreciação da figura do idoso (GOLDFARB, 1998).

Nas palavras da autora:

O homem e a mulher de sessenta anos obrigados a se aposentar numa sociedade que enalteceu sempre o trabalho e a produção, sentem-se inúteis, acreditam não serem mais

necessários. Não têm mais família para cuidar nem trabalho a realizar, e o tempo do lazer aparece como um tempo vazio por carecer de função social determinada. Sentem que não servem mais para nada porque assim o determina o valor utilitário do trabalho nesta sociedade. O velho senta-se para ver o tempo passar (GOLDFARB, 1998, p. 87).

Debert (2004, p. 40) sinaliza que “se em todas as sociedades é possível observar a presença de grades de idades nas quais seus membros estão inseridos, elas não são, necessariamente, as mesmas em toda sociedade”. Com base em Debert (2004) e na construção de Goldfarb (1998) entende-se que o idoso, por não possuir renda, seria desvalorizado na sociedade capitalista. A partir disto, a aposentadoria pode ser interpretada como um marco do início da velhice na atualidade. Entretanto, outras possibilidades de interpretação emergem, a aposentadoria devolve ao idoso o poder de compra, portanto, embora não exerça uma função trabalhista o idoso continua consumindo. Este fato causa certa ambiguidade na construção do status social do idoso, de um lado está a inutilidade, uma vez que não exercer uma profissão, mas por outro através da aposentadoria mantém uma fonte de renda que, muitas vezes, é o sustento de uma família inteira. O curioso, é que mesmo diante do poder de compra, a imagem simbólica de desvalorização do velho permanece.

O poder de consumo do idoso dá margem à construção de uma imagem positiva do ser velho. Em decorrência disso, tem surgido uma série de iniciativas que buscam valorizar a experiência da velhice. Para alguns autores a chamada “terceira idade” ou “melhor idade”, são tentativas de minimizar o peso da palavra velho e de apagar as dificuldades enfrentadas na velhice (GOLDFARB, 1998; BARBIERI, 2012). Nota-se que nas entrelinhas esta proposta representa uma oportunidade dada ao velho de resgatar um lugar valorizado socialmente, o de idoso.

Cabe dar ênfase à mudança de perspectiva entre as palavras velho e idoso. Barbieri (2012) citou um estudo em que o nome idoso é entendido como respeitoso enquanto que o termo velho é utilizado de modo depreciativo. Contudo, para adquirir este status de “idoso” é necessário envelhecer de modo ativo, sem adoecer, fazendo atividades físicas, viajando, utilizando novas tecnologias, apostando na possibilidade de se alcançar um envelhecimento sem velhice (MAFFIOLETTI, 2005).

Este movimento pode repercutir na culpabilização daqueles que não alcançam uma “boa velhice” e no lugar de idosos se tornam velhos. Cabe salientar o risco desta leitura, que pode levar à errônea interpretação de que seria possível, deliberadamente, escolher uma velhice sem doenças ou qualquer outro tipo de intempéries:

Quando a sociedade, a mídia e os profissionais da saúde propagam que todos os idosos devem ter o mesmo desempenho de quando eram adultos na sua plenitude, que o vigor do corpo tem que prevalecer ao longo dos anos, esse social cria uma exigência envolta numa sedução falsa, que anula o outro instaurando, assim, uma tirania (FOCHESATTO, 2018, p. 156-7).

De modo complementar está a leitura proposta por Barberi (2012), pois para esta autora a “melhor idade” não diz respeito a todos e, mesmo que muitas pessoas se descubram com maiores conquistas nessa fase da vida isso não isenta ninguém de se deparar com as mudanças decorrentes da idade, quaisquer que elas sejam” (BARBIERI, 2012, p. 118).

Ainda nesta linha, Maffioletti (2005) apontou que os “discursos – o velho decadente, miserável e solitário, e o “jovem da terceira idade”, o “reconstrutor” e ator político –, recaem sobre o velho carregados de exigências, estabelecem uma norma que acaba por regular e intervir sobre os atos do sujeito, com a qual ele terá que se identificar sob pena de ser reiteradamente excluído” (MAFFIOLETTI, 2005, p. 343).

A leitura psicanalítica dos processos de envelhecimento auxilia na compreensão desta aparente dificuldade humana de encarar a velhice em suas potencialidades e dissabores. Soares (2005) a partir do termo envelhecêcia assinala para um desencontro entre o envelhecimento do corpo e do psiquismo: “desencontro entre o corpo que envelhece e o psíquico que se mantém atual traz à tona a noção de singularidade do percurso de cada sujeito, pois sendo um significante a articula com a rede simbólica e, portanto, histórica de cada um” (SOARES, 2005, p. 93). Em tempo, permitir-se vivenciar a envelhecêcia seria uma forma de reeditar eventos históricos e viver de modo genuíno na fase da velhice:

A envelhecêcia é um trabalho psíquico necessário para recriar uma experiência, a de viver a velhice. É um tempo psíquico de rever a história pessoal, dentro de um contexto histórico mais amplo. É um modo de (re) situar-se no corpo e com o corpo em relação ao outro (SOARES, 2005, p. 93).

Em adição à perspectiva apresentada acima, Goldfarb (1998) descreveu o impacto subjetivo da velhice e enfatizou a importante integração entre aspectos negativos e positivos presentes no processo de envelhecimento:

Perde-se a beleza física padronizada pelos modelos atuais, a saúde plena, o trabalho, os colegas de tantos anos, os amigos, a família, o bem-estar econômico, e fundamentalmente, a extensão infinita do futuro, e embora a qualidade de vida seja preservada, não pode ser evitado o sentimento de finitude que inexoravelmente a se instala (GOLDFARB, 1998, p. 15).

Os trabalhos psicanalíticos também ajudam a compreender que a velhice não chega de modo abrupto na vida do indivíduo. Desse modo, considerar que a pessoa dorme jovem e acorda velha é um grande equívoco. Para muitos psicanalistas, a velhice nada mais é do que um desdobramento de outras fases da vida do indivíduo, assim se chega na “velhice carregando as consequências das dificuldades sociais, psicológicas e de saúde física, experienciadas ao longo da vida. As condições concretas, vivenciadas por indivíduos e coletivos, dependendo de suas características, podem gerar maior ou menor sofrimento emocional” (MANNA, 2013, p. 9).

Nesta reflexão, alguns psicanalistas evidenciaram que a experiência vivenciada na velhice dialoga com a vivência do sujeito na infância, assim, a “maneira como cada um irá reagir ao envelhecimento não deixa de estar relacionada com as primeiras experiências de infância, que serviram de espelho estruturante com o qual foram constituídos os alicerces da subjetividade” (ROSA & VILHENA, 2015 p. 114).

De forma semelhante, Cherix e Coelho Júnior (2017) afirmaram que o desamparo vivido na infância é reeditado na velhice: “de alguma forma, experiências primitivas de medo, confiança, prazer, ódio e amor, vividas na primeira relação de cuidado, ficam como uma matriz para vivências posteriores” (CHERIX & COELHO JÚNIOR, 2017 p. 581).

Quanto à relação entre as experiências da infância e velhice, cabe esclarecer que a psicanálise não endossa a ideia de que na velhice o idoso se torna uma criança. Mas busca observar que o idoso se vê numa condição de vulnerabilidade já vivida e que a maneira como este indivíduo irá vivenciar os acontecimentos desta fase sofre a significativa influência de experiências pregressas. Contudo, isto não implica dizer que o idoso regride psíquica e emocionalmente ao ponto de tornar-se uma criança.

Por outro prisma, alguns psicanalistas ressaltam sobre um importante dilema vivenciado na velhice, fase da vida em que o corpo biológico e temporal conflita com o inconsciente que é atemporal podendo propiciar ao idoso uma experiência de sofrimento (SANTOS, et. al., 2018; SOARES, 2005). Entretanto, além do desencontro temporal entre o corpo biológico e o psiquismo, a experiência de envelhecimento apresenta diversos desafios ao idoso, dentre eles, está o inevitável contato com sua própria finitude. Goldfarb

(1998, p. 61) afirmou “em todas as sociedades conhecidas se considera a velhice como antessala da morte, lugar que se habita de diferentes modos, porém leva sempre à marca do iniludível”.

Embora a morte seja o “destino irremediável do homem. Experimentar a finitude humana no corpo é algo único frente ao interdito do contemporâneo que prega a impossibilidade da vivência do envelhecimento com a cultura de valores relativos à juventude” (ROSA & VILHENA, 2015 p. 117). Uma das possíveis imagens que representam a morte na atualidade é o fracasso, como se quem morresse estivesse sendo punido por algum grande erro que culminou na perda suprema, a perda de si. Neste caso, a causa da angústia e da evitação “não é a própria morte que desperta temor, mas a imagem antecipada da morte na consciência dos vivos” (ROSA & VILHENA, 2015 p. 117).

Para Fochesatto (2018), na atualidade, se vivencia a “contradição entre não querer morrer e não suportar envelhecer. Crescem absurdamente os aparatos da medicina estética na contemporaneidade, mas parece crescer na mesma proporção a intensidade de sintomas psíquicos e dificuldades peculiares a essa fase da vida” (FOCHESATTO, 2018 p. 159). E diante disso, a autora questiona sobre ser “possível reconciliar o sujeito do inconsciente – que é atemporal e nega a morte – com o real da velhice?” (FOCHESATTO, 2018 p. 159).

Uma possível resposta a esta questão encontra-se na obra de Goldfarb (1998) quando a autora sinaliza sobre perdas e ganhos fazerem parte da velhice:

Observamos que, apesar de um sujeito se manter ativo e socialmente útil até uma idade bem avançada, as limitações impostas pelas perdas funcionais e a consciência da finitude se organizam como um campo hostil para o desenvolvimento daquilo que se refere, especialmente, à criatividade, participação, autonomia e independência; e é em meio a essas vicissitudes que o sujeito deve continuar seu crescimento (GOLDFARB, 1998, p. 87).

Desta maneira, a velhice, assim como qualquer outra etapa da vida deve ser entendida como uma fase de desenvolvimento, em que é possível apreender, se reinventar e principalmente viver.

6. 2 A questão da morte, a morte que faz questão

No texto, “Considerações atuais sobre a guerra e a morte”, Freud (1915/2010), impulsionado pela experiência marcante da Primeira Guerra Mundial, tece reflexões acerca do impacto subjetivo da morte. Inicia esta discussão apontando ambivalências e incongruências na atitude do ser humano com relação à morte.

Essa atitude não era franca. Para quem nos ouvisse, naturalmente nos dispúnhamos a sustentar que a morte é o desfecho necessário de toda vida, que cada um de nós deve à natureza uma morte e tem de estar preparado para saldar a dívida, em suma, que a morte é natural, incontestável e inevitável. Mas na realidade nós agíamos como se as coisas fossem diferentes. Manifestávamos a inconfundível tendência de pôr a morte de lado, de eliminá-la da vida. Procurávamos reduzi-la ao silêncio; temos um provérbio que diz: “Pensar em algo como na morte”* (*Isto é, como algo incrível, improvável) (FREUD 1915/2010, p. 230).

A escrita do autor nos permite compreender que de modo racional admitimos, falamos e pensamos sobre a naturalidade da morte de modo relativamente corriqueiro e em certa medida desafetado. Entretanto, para Freud (1915/ 2010) a atitude do ser humano para com a morte é sempre na condição de espectador, pela sua dificuldade em subjetivar e nomear esta experiência para si. Diante da impossibilidade de colocar-se na posição de quem morre, o sujeito⁵, em seu inconsciente tem a certeza de que é imortal. Nas palavras de Freud:

Pois a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores. De modo que na escola psicanalítica pudemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade (FREUD 1915/2010, p. 230).

Ao mesmo tempo, essa atitude diante da morte faz dela tão assustadora, que possibilita ao sujeito outro tipo de atitude diante da vida. Muitas vezes permite o deslizamento de uma vida pouco afetada para uma existência relativamente implicada. Para Freud: “A vida empobrece, perde algo do interesse, quando a mais elevada aposta no jogo da vida, isto é, ela mesma, não pode ser arriscada. Ela fica insossa, insubstancial como um flerte americano, digamos, no qual se sabe desde o início que nada ocorrerá” (Freud 1915/2010, p. 232).

⁵ Com base na teoria psicanalítica de base freud-lacaniana, este termo caracteriza a formação subjetiva de cada indivíduo que se estabelece a partir de suas interações sociais e intrapsíquicas.

Diante da concretização de que a vida pode ter um fim, ela se torna valiosa para o sujeito, ou, nas palavras de Castro (2009, p. 90) “a morte, enquanto falta que se inscreve a partir da castração simbólica, permite lançar o sujeito à vida, ao constituir o desejo”. Dito de outro modo, diante da falta (representada pela castração simbólica, que faz de todos os indivíduos sujeitos faltantes, divididos e incompletos), ou seja, da constatação de que sua existência não dura para sempre, o sujeito passa a investir na vida, ou no que dela resta.

As investigações de Freud apontam duas teses com relação à atitude do ser humano para com a morte: “aquela que podemos atribuir ao homem da pré-história e aquela que ainda se mantém em cada um de nós, mas se esconde, invisível para a nossa consciência, em camadas profundas de nossa vida psíquica” (FREUD, 1915/2010, p. 234). Segundo Freud (1915/2010), o homem da pré-história:

Por um lado levou a morte à sério, reconheceu-a como abolição da vida e serviu-se dela nesse sentido; mas, por outro lado, também negou a morte, rebaixando-a a nada. O que tornava possível tal contradição era o fato de ele assumir, ante a morte do outro, do desconhecido, do inimigo, uma postura radicalmente diferente da que assumia ante a sua própria. A morte do outro lhe era justa, significativa a eliminação do que era odiado, e o homem primevo não tinha escrúpulo em executá-la (FREUD, 1915/2010, p. 234).

Freud (1915/2010) apresenta sua construção com relação ao homem primevo, mas não demarca algum nível de evolução desde então. Dessa maneira, para o homem primevo, assim como para a nós, a morte permanece como algo irreal e inimaginável. Nesta reflexão, o autor aponta duas atitudes opostas expressas pelo homem primeiro que entravam em conflito:

quando o homem primevo via morrer um dos seus, sua mulher, seu filho, seu amigo, que ele sem dúvida amava como nós aos nossos, pois o amor não pode ser muito mais novo que o prazer de matar. Então, na sua dor, ele teve que aprender que também ele podia morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra tal admissão; pois cada um desses amores era um pedaço do seu próprio amado Eu. Por outro lado, essa morte também era justa para ele, pois em cada um desses amores havia também um quê de estrangeiro (FREUD, 1915/2010, p. 236).

Freud (1915/2010) nos apresenta este aspecto para enfatizar que as ambivalências que sentimos com relação à morte eram ainda mais intensas na pré-história. Dessa maneira, para o homem primevo, os amados falecidos também eram estranhos e inimigos, com os quais havia vivenciado sentimentos hostis. O amor e o ódio mostraram-se faces da

mesma moeda, e uma vez que perder alguém amado pode ser entendido como uma pequena perda de si, podemos supor que acompanhar a morte de alguém é ter a oportunidade de refletir sobre a sua própria morte. Ainda sobre este aspecto:

O homem não podia mais manter a morte a distância, já que a havia provado na dor pelos falecidos, mas não queria admiti-la, por não poder imaginar-se morto. Então incorreu em compromissos: admitiu a morte também para si, mas contestou-lhe o significado de aniquilamento da vida, algo que não tivera motivos para fazer, quando da morte de um inimigo. Junto ao cadáver de alguém que amara ele inventou espíritos, e a consciência de culpa pela satisfação que mesclava ao luto fez com que tais espíritos recém-criados se tornassem maus demônios que inspiravam medo (FREUD 1915/2010, p. 237).

A este respeito, faz-se pertinente resgatar a construção feita por Freud (1915/2010) sobre o medo da morte: “Já o medo da morte, que com frequência nos domina mais do que pensamos, é algo secundário, e em geral proveniente da consciência de culpa” (Freud 1915/2010, p. 242). O sentimento de culpa estaria associado ao desejo da morte de alguém, desse modo, quando a morte acontece este desejo é reafirmado e a culpa se manifesta. Na sequência Freud aponta: “De modo que também nós, se formos julgados por nossos desejos inconscientes, somos um bando de assassinos, tal como os homens primitivos” (FREUD 1915/2010, p. 243).

Avançando nesta reflexão, em “Além do princípio do prazer”, o olhar de Freud (1920/2010) sobre a questão da morte e suas impressões sobre a compulsão à repetição o levaram a entender que o ser humano não é norteado apenas pelo princípio do prazer, mas traz consigo um empuxo de retorno ao inanimado. A distinção entre pulsão/instinto de vida e pulsão/instinto de morte (constante ambivalência entre o investimento na vida e comportamentos que aparentam contradizer o desejo de viver, sem que efetivamente seja este o desejo) demarca o início de um novo paradigma proposto pela psicanálise:

Certamente não era nossa intenção chegar a este resultado. Partimos de uma nítida separação entre instintos do Eu = instintos de morte e instintos sexuais = instintos de vida. Dispusemo-nos a incluir os chamados instintos de autoconservação entre os instintos de morte, algo que depois retificamos. Desde o princípio nossa concepção era *dualista*, e hoje é mais claramente dualista do que antes, desde que não mais denominamos os opostos instintos do Eu e instintos sexuais, mas instintos de vida e de morte (FREUD, 1920/ 2010, p. 224).

Este insight freudiano faz estreita relação com a ambivalência identificada no homem primevo e que se mantém em nós. Assim, como são ambivalentes os nossos sentimentos com relação àquele que morre, se observa o mesmo movimento na maneira

como nos colocamos na vida e na experiência, aproximar e afastar na mesma medida daquilo que buscamos e temos medo (instintos de vida e de morte operando).

Neste caminho, a construção teórica de Freud somada à contribuição de Lacan indica que a morte, sob a ótica da psicanálise, seria o melhor exemplo do que se tem chamado de real:

Há, apontadas em Freud, várias formas de se nomear o real: o registro do real surge nas vivências cujo teor excede à capacidade de representação psíquica; o real é a morte, a perda, aquilo que não tem inscrição possível no psiquismo; **o real é por excelência o trauma**, isto é, aquilo que não pode de modo algum ser assimilado pelo sujeito em suas representações simbólico-imaginárias; **ele é o limite da simbolização** (JORGE, 2008, p. 83) [grifos nossos].

Por estar inscrita no registro do real, a morte tende a ser uma situação limite que ameaça a constituição subjetiva, seja do morredouro, seja de quem está a sua volta. Embora o real, por definição, seja aquilo que é impossível de ser representado, a psicanálise, aposta no fato de que para o que não houver simbolização, sempre haverá escuta. A esse respeito, Jorge (2008) salienta:

A experiência analítica é a única a proporcionar a um sujeito acesso ao mais amplo espectro de suas formações do inconsciente [...] não há nenhum tratado de psicanálise capaz de reunir a infinita gama de formações do inconsciente para auxiliar o psicanalista em sua prática interpretativa. Sua única bússola é a escuta analítica e esta se produz (JORGE, 2008, p.10).

Mais adiante o autor articula a escuta do desejo à teorização de Lacan acerca dos registros Real, Simbólico e Imaginário:

Lacan não só resgata Freud como também o complementa, pois seu ensino, ao redirecionar a experiência psicanalítica para sua vocação inaugural de escuta do desejo do sujeito em sua verdade singular, criou uma lógica do significante e uma tripartição estrutural real-simbólico-imaginário, ambas fundamentais para a psicanálise contemporânea. Real-simbólico-imaginário constitui um novo nome, dado por Lacan, ao inconsciente freudiano (JORGE, 2008 p.13).

Observar a articulação entre os registros real-simbólico-imaginário a partir do discurso do sujeito só é possível através da escuta analítica, uma escuta dirigida ao sujeito do inconsciente e que dá luz ao desejo do sujeito. Dessa maneira, a aposta da teoria psicanalítica é a de que por meio da fala e da escuta torne-se possível o mínimo de simbolização para o Real da morte e de seu potencial de desorganização psíquica.

Portanto, tornando este tema mais palatável no cotidiano de todos, especialmente daqueles que lidam com ela em sua rotina de trabalho.

6.2.1 O lidar com a morte no trabalho

Após refletir sobre o posicionamento subjetivo dos indivíduos quanto à morte, faz-se pertinente avançar na compreensão da perspectiva dos profissionais que lidam com a morte em seu cotidiano de trabalho.

Além da contribuição da teoria psicanalítica acima citada, os estudos do francês Philippe Ariès também representam significativa colaboração no que tange à compreensão da relação dos seres humanos para com a morte. Em seu livro intitulado “História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias”, Ariès (1974/2012) discorre sobre como a morte foi entendida ao longo da história da sociedade ocidental e apesar deste estudo ter sido realizado há algum tempo, a perspectiva apontada pelo autor ainda se faz pertinente.

A primeira definição proposta por Ariès (1974/2012) chama-se “A morte domada” e compreenderia ao período entre o século V e o século XI. Nesta época a morte era concebida como um sono profundo que teria um fim com o Grande Despertar no Fim dos Tempos. E sua representação imaginária compreende ao nascer e o morrer na cama cercado pelos familiares e entes queridos. Outro aspecto marcante é que a morte dava indícios de sua chegada para que o seu desfecho fosse planejado, desse modo, havia uma preparação para morte, cenário em que a morte inesperada era entendida como indesejada.

O segundo conceito proposto por Ariès (1974/2012) é denominado “A morte de si mesmo” e compreende ao período entre os séculos V e XI/XII. Período em que a imagem social dada à morte é representada através de túmulos individuais, sepulturas personalizadas e estátuas fúnebres. De modo que, as cerimônias coletivas dão lugar aos ritos individuais e a ideia de Juízo Final torna-se presente avalizando pontos positivos e negativos do moribundo, determinando o seu destino pós morte. Neste período, a morte começa a ter uma conotação negativa e a ser vista como esteticamente feia, e por outro lado, ganha lugar a valorização da biografia do indivíduo e o seu legado.

A terceira formulação apresentada por Ariès (19874/2012) é nomeada por “A morte do outro” e é datada a partir do século XVIII. Período marcado pela dramatização em torno da morte e em semelhança ao romantismo literário, a cólera e a melancolia eram

os principais representantes para morte. Ariès também apresenta outro marcador para este período: se antes o intolerável era a própria morte, neste momento o que se torna insuportável é a morte de algum familiar.

Por fim, Ariès (1974/2012) indicou o conceito de “A morte interdita” que compreenderia o período entre os séculos XIX e XX (estendendo-se aos tempos atuais). Com base em Ariès, entende-se que este período é marcado pelo silenciamento perante o fim de vida em que a morte se torna objeto do saber médico, transformando-se em assunto de mau gosto, mórbido e desagradável. Cabe destacar que o autor faz uma referência temporal em cada uma de suas definições, no entanto, na atualidade percebemos que cada uma delas coexiste a depender dos modos de vida de cada micro sociedade.

Considerando a dificuldade do ser humano em lidar com a morte apontada no estudo de Ariès (1974/2012), a autora Kovács (2011) avançou no sentido de refletir sobre este aspecto junto aos profissionais. De acordo com esta autora, o prolongamento do tempo de vida e do processo de adoecimento amplifica o convívio e o período de cuidados que se estabelece entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, com isso verifica-se o aumento do estresse e do risco de colapso psicológico.

Além da intensa contribuição do estresse e da sobrecarga de cuidados, a autora estabelece que “a morte traz para os profissionais de saúde a possibilidade de entrar em contato com os seus processos de morte e finitude” (Kovács, 2011, p. 486). E, talvez seja este o principal e mais embaraçoso aspecto envolvido na relação de cuidado entendida como profissional.

E, diante da incapacidade de subjetivar o contato com a morte, Kovács (2011) apontou que os mecanismos de defesa entre os profissionais de saúde são frequentes, entre os principais estão “somatização, negação do fato, ocultação da dor e banalização do sofrimento” (Kovács, 2011, p. 486). Fato que demarca a necessidade de instrumentalizar este profissional para lidar com finitude de seus pacientes. Considerando que os profissionais também irão morrer em algum momento, talvez o único caminho que se apresente seja refletir sobre sua própria morte, apesar do desconforto que este ato cause.

É interessante notar, que o lidar com a morte na situação de trabalho ao mesmo tempo que representa uma fonte de angústia, pode dar lugar a algo extremamente potente que a preparação para a própria morte. Pela perspectiva psicanalítica reconhecemos que o contato com a própria morte é de natureza impossível, entretanto, há uma série de questões suscitadas a partir da morte de outros, que podem ser valiosas no autocuidado e ampliação da consciência de si.

6.3 A dimensão do cuidado e do humano em nós

O cuidado faz parte da constituição dos indivíduos. Um bebê humano não sobrevive na ausência de alguém que lhe provenha alimentação, higiene, afeto, etc. Para (BOFF, 2005, p. 28) “nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado. Isto significa que cuidado possui uma dimensão ontológica, quer dizer, entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos”.

No que tange à perspectiva psicanalítica, a noção constituição subjetiva se mostra como um importante conceito no que se refere à compreensão dos efeitos do cuidado na subjetividade humana. Neste caso vale retomar o estádio do espelho, construção teórica apresentada por Lacan em 1949 no texto: “O estádio do espelho como formador da função do eu”.

Lacan (1949/1998) com base em um experimento da psicologia em que a criança passa a reconhecer a sua imagem refletida no espelho, criou um esquema óptico para elucidar este fenômeno do ponto de vista da psicanálise. Dessa maneira, Lacan (1949/1998) apontou algumas questões relevantes no processo de constituição psíquica, mas talvez seu aspecto principal seja a seguinte construção: 1. ocorre uma identificação do bebê para com sua imagem refletida no espelho: uma ideia de unidade antecipada; 2. as impressões do bebê são confirmadas pelo olhar do outro (ou da mãe).

É interessante notar que Lacan (1949/1998) colocou esta identificação como da ordem da *imago*, ou seja, no campo do imaginário, apontando sua relevância na construção das instâncias do eu (eu ideal - imagem do bebê unificada e confirmada pela mãe). E para este trabalho interessa marcar, que a constituição subjetiva de um bebê humano prescinde da relação de cuidado e afeto mediada pelo outro, seja a mãe ou seja outra pessoa que assuma esta função.

Embora seja um elemento tão significativo à sobrevivência humana, observa-se que o termo “cuidado” aparenta ser utilizado em um sentido descritivo ou de senso comum, enquanto que se verifica a presença de estudos sobre este tema no campo da enfermagem (BUSTAMANTE & MACCALLUM, 2014). Fato que demarca certa dificuldade conceitual deste termo que é ao mesmo tempo comum e escorregadio em sua definição.

Em latim cuidado significa *Cura*. Cura é um dos sinônimos de cuidado apresentados por Heidegger em *Ser e Tempo*. No sentido mais antigo, em latim cura se escrevia *coera*, termo que era usado em contextos de relações humanas de amor e de amizade. Desse modo, a ideia de cura expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação por um objeto ou pessoa amada (BOFF, 2005).

Outros significados atribuídos ao cuidado derivam de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. Neste caso, “o sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro” (BOFF, 2005, p. 28). Assim, para Boff (2005), a existência do cuidado está relacionada à importância atribuída pelo indivíduo à uma pessoa, a partir da importância dada a este vínculo é que pode surgir a disponibilidade em dedicar-se ao cuidado e participar do destino, das buscas, dos sofrimentos, das conquistas, ou seja, da vida da pessoa amada.

De maneira sintética o referido autor apresenta sua definição para o cuidado sobre duas perspectivas: “a primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro” (BOFF, 2005, p. 29). Mais adiante complementa esta argumentação do seguinte modo:

O cuidado expressa excelentemente o caráter primacial do *pathos* e da emoção. O cuidado se encontra antes, está na origem da existência do ser humano. E essa origem não é apenas um começo temporal. A origem tem o sentido de fonte donde brota permanentemente o ser. Portanto, significa que o cuidado constitui uma presença ininterrupta, em cada momento e sempre, na existência humana. Cuidado é aquela energia que continuamente faz surgir o ser humano (BOFF, 2005, p. 35).

Ayres (2004), também parte da perspectiva de Heidegger e afirma que este filósofo propôs uma ontologia, ou seja, uma compreensão da existência com base nos limites impostos pela capacidade auto reflexiva humana, e assim, designa como cuidado, o próprio ser do ser humano (ser-aí, da-sein). Na busca pela compreensão deste ser, Heidegger aponta uma condição simultaneamente temporal e atemporal, específica e ampla, coletiva e singular na constituição do ser humano (AYRES, 2004).

A fenomenologia hermenêutica e a analítica existencial propostas por Heidegger, possibilitam compreensão do ser dos humanos tal como “contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para

além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las” (AYRES, 2004, p. 21).

A ampliação do olhar acerca do cuidado permite reconhecer um importante conceito, o cuidado de si. Este tema é recorrente em parte da tradição greco-romana, especialmente no pensamento de filósofos como Sócrates, Platão, Aristóteles, Epicuro, Sêneca, Epicteto, Marco Aurélio, dentre tantos outros. Além deste período, é possível observar que a Filosofia Pós-Moderna também se debruçou sob compreensão do cuidado de si. Neste cenário, filósofos como Michel Foucault, Frédéric Gros, Fimiani, Pradeu, dentre outros, trataram o cuidado de si de forma explícita e articulada com o tempo presente (RAMOS, 2016).

Nesta perspectiva, Ventura (2012) apontou que a noção de cuidado de si teve sua primeira aparição em Platão nos textos “Apologia de Sócrates” e “Alcebiades”, em que o personagem “se apresenta como aquele que tem por função incitar os outros a se ocuparem consigo mesmos, a cuidarem de si” (VENTURA, 2012, p. 9). Mais adiante o autor pontuou:

Aquilo que Sócrates incita é uma mudança de atitude em relação a si mesmo, um outro olhar que resulta em uma atenção cuidadosa sobre si. Diante da preocupação exagerada com fama e fortuna, de sua voz ecoa a seguinte mensagem: ocupem-se de si mesmos, apreendam a si mesmo, cultivem a si mesmo, não tomem outra coisa como si mesmo, não se percam de si (VENTURA, 2012, p. 9).

Segundo Ramos (2016), a gênese das noções de cuidado de si e práticas de si no contexto filosófico grego, romano ou estoico, se referiam ao “cuidado que o indivíduo exercia consigo para o bom domínio de suas paixões e para o desenvolvimento das virtudes que lhe garantissem, ao mesmo tempo, o governo de si e dos outros, nesse caso, da polis” (RAMOS, 2016, p. 242).

Tomaremos como referencial o conceito de cuidado de si proposto por Foucault. Para Galvão (2014), em sua construção conceitual, Foucault reconheceu a necessidade de retomar a concepção de ética na filosofia pois, apesar de estarem afastadas desta, as práticas de si seguem existindo ligadas a outras coisas, e a partir disto os indivíduos estabelecem a si e ao seu modo de viver. Este fato resultaria em uma “estética da existência”, neste caso o ser humano volta-se para si de modo reflexivo, com isso “alcança momentos de liberdade e dá a si mesmo regras de existência distintas de padrões e normas

ditadas pelas relações sociais, esculpindo, assim como obra de arte, sua vida e subjetividade” (GALVÃO, 2014, p. 158).

Com base na construção apresentada por Foucault o cuidado de si é alcançado a partir de uma ética: “a ética consiste, para Foucault, no direcionamento da própria subjetividade reflexiva para si visando formas de se reinventar, de se elaborar a própria vida” (GALVÃO, 2014, p. 167). Dessa maneira: “o “cuidado de si” se trata de um “duplo-retorno”, primeiramente um “retorno para si” e, num segundo momento, um “retorno para o outro e para o mundo” (GALVÃO, 2014, p. 159).

Neste caminho, Barros (2012) apresentou uma interessante leitura sobre o conceito do cuidado de si na obra de Foucault:

Foucault trabalha com três noções de cuidado de si, cada uma delas correspondente a seu período histórico particular. Os significados que esta noção assume, sua relevância social, a vinculação que possui com certas práticas políticas e, por fim, os modos concretos de constituição prática das subjetividades correspondentes aos diversos contextos culturais são as principais temáticas abordadas por Foucault em suas obras (BARROS, 2012, p. 5).

Com base em Barros (2012) é interessante observar que embora o cuidado de si faça relação com o exercício de introspecção e autoconhecimento, a obra de Foucault permite compreender que este exercício sofre influência de aspectos históricos, culturais e sociais.

Conforme mencionado neste texto, em sua compreensão acerca do cuidado de si, Foucault apontou a importância de retomar a ética, mas além disso, o filósofo “reconhece o cuidado de si associado a exercícios e práticas sobre si que permitiam ao sujeito constituir-se e transformar a sua subjetividade” (RAMOS, 2016, p. 245). De modo claro e objetivo:

Como processo que dura a vida toda, o cuidado de si é constituído por um conjunto de práticas e técnicas que são exercidas de si para consigo mesmo, com o objetivo de modificar-se para se ter acesso à verdade. Essas práticas, que não eram nem obrigatórias nem punitivas, compõem a ascese antiga (áskesis), que possui uma dimensão de exercício, de esforço e de trabalho. (VENTURA, 2012, p. 9).

Dentre as práticas e técnicas de si elencadas por Foucault duas se mostram pertinentes a este estudo, o exame de consciência e a confissão. O exame de consciência enquanto técnica de si “consistia no autoexame que o indivíduo fazia de seus pensamentos, sentimentos e emoções. Era um exercício de si que poderia ser feito em

solidão ou acompanhado de um diretor de consciência” (BARROS, 2012, p. 5). Além desta, outra reflexão revela que “o exame de consciência estava direcionado tanto a uma cura da alma como a um progresso contínuo de formação da própria subjetividade” (BARROS, 2012, p. 6).

Segundo Barros (2012), Foucault considera que *eros* e *askesis* são as duas grandes formas pelas quais os indivíduos alcançam um processo de autotransformação. De maneira simples e consistente, Barros (2012) apontou que:

A ascese era um tipo de treinamento, de exercício constante que visava o domínio de si por parte de seus praticantes contra a ofensiva dos prazeres e dos desejos que afetavam suas almas. A sedução, a revolta, a cobiça e tantas outras paixões da alma não poderiam ser menosprezadas em sua capacidade de desvirtuar/desalinhar o bom caminhar da pessoa que buscava sua boa edificação moral e política. Como dito antes, a ascese tratava de certo tipo de treinamento, um exercício que visava aumentar e sedimentar a resistência do sujeito à incidência dessas diversas paixões (BARROS, 2012, p. 7-8).

Quanto à confissão, segunda técnica de si citada anteriormente, Barros (2012) a definiu como a verbalização da verdade sobre si mesmo diante de um confessor. Dessa maneira, no ato de confissão: “o confessor funcionava como um condutor de enunciados, buscando extrair do confessante suas emoções e confrontando-as com uma lei moral estabelecida. Com esse ato, o confessor exercia um poder sobre ele, induzindo-o a criar uma verdade sobre si mesmo” (BARROS, 2012, p. 12).

Cabe aqui pontuar sobre a diferença entre o exame de consciência e a confissão. Para Foucault a construção da verdade sobre o confessante a partir da escuta e avaliação do confessor marca a distinção fundamental entre o exame de consciência e a confissão. Barros (2012) apresentou esta distinção de modo elucidativo:

No primeiro [exame de consciência], o indivíduo empregava uma técnica buscando purificar sua alma e constituir uma conduta autônoma. Na segunda [confissão], o indivíduo era levado a forjar uma verdade sobre si mesmo, revelar seu eu de maneira explícita ao ponto de ser totalmente sujeitado pela direção de seu confessor (BARROS, 2012, p. 12).

Mais adiante Barros (2012) também assinalou sobre o risco decorrente desta diferença, pois “enquanto o exame de consciência visava à constituição de uma conduta livre e autônoma, por outro lado, a **confissão marca a constituição de uma subjetividade totalmente sujeitada**” (BARROS, 2012, p. 12) [grifo nosso]. A partir

desta colocação proposta por Barros (2012) é possível compreender a existência de uma relação de poder na confissão.

O sacramento da confissão no cristianismo consiste em o indivíduo relatar seus pensamentos, emoções e comportamentos ao confessor (padre), uma figura de poder, que qualifica seu relato como adequado ou não conforme regras morais pré-estabelecidas. Além disso, observa-se a presença de penitências como forma de purificação demarcando a condição de assujeitamento mediante uma relação de dependência. Acerca deste aspecto:

Esse é o principal diagnóstico de Foucault: o cristianismo visava uma relação de dependência como fim em si mesmo. Essa relação de dependência estava inscrita em um contexto muito maior no qual é possível constatar, junto de Foucault, que o cristianismo não era uma religião da lei, mas da renúncia da vontade. “O exame de consciência é feito, então, para marcar, ancorar ainda mais a relação de dependência com o outro” (FOUCAULT, 2004, p. 187; 2007, p. 217 apud BARROS, 2012, p. 15).

Na tentativa de avançar na reflexão acerca do cuidado de si e das técnicas de si, a psicanálise aparenta proporcionar interessante contribuição. Sobrinho (2015) recorreu ao filósofo Barros Filho (2013) para assinalar que a capacidade de compreender como afetamos e somos afetados em todas as nossas relações com o mundo poderia melhorar o cuidado com nós mesmos. A respeito disto o autor apontou uma dificuldade:

Só que somos atravessados o tempo todo por interpretações e demandas que se materializam em relações concretas, o que supostamente não é possível analisar o que somos pelo que somos, mas pelo impacto e efeitos das relações que vivemos. Daí o fato do outro perpassar o tempo todo por nós e vice-versa (SOBRINHO, 2015, p. 8).

Além disso, a psicanálise possibilita a articulação entre o cuidado de si e o conceito de verdade: “Com efeito, se nessa o sujeito, pela experiência da ascese e pelas práticas de si, estaria já imerso no campo da verdade, naquela, em contrapartida, a verdade se articulava pela objetivação do conhecimento no sujeito e no mundo” (BIRMAN, 2010, p. 189). Esta objetivação provocaria a normatização e assujeitamento do indivíduo.

Birman (2010) apontou que o psicanalista Jacques Lacan em sua teorização acerca do conceito de verdade a inscreve no registro do inconsciente, fato que atribuiu à verdade uma característica e inacessibilidade plena, pois o registro inconsciente é impossível de ser acessado de modo direto. Dessa maneira, a verdade é sempre não toda, pois há sempre algo por dizer:

Finalmente, como a forma pela qual o inconsciente se enuncia ritmadamente pelos atos de abertura e de fechamento, a verdade seria então sempre dita de forma parcial e incompleta, no diapasão do semidizer, como nos disse Lacan; isso impossibilitaria então a radicalidade assumida pela coragem da verdade presente no franco falar. Nestes termos, o imperativo de dizer a verdade em psicanálise não seria da mesma ordem daquilo que Foucault descreveu na Grécia antiga e na tradição helenística (BIRMAN, 2010, p. 198).

Notadamente, a concepção psicanalítica de verdade inconsciente demarca um limite para o cuidado de si. Na medida em que esclarece ser impossível acessar os conteúdos psíquicos em sua totalidade, entende-se que mesmo diante da ética de si e das práticas de si sempre haverá uma parte de nós inexplicável do ponto de vista consciente e racional.

Além dos limites que a psicanálise lança ao cuidado de si, outros aspectos citados pelo próprio Foucault merecem revisão, em especial as relações de poder. No início deste capítulo foi mencionado que a primeira experiência de cuidado vivenciada pelo ser humano se dá a partir do nascimento, quando o bebê humano necessita do cuidado de alguém para sobreviver. Posto isto, delimitamos um questionamento pertinente a este estudo: uma relação de cuidado pode se transformar em uma relação de poder?

Para avançar nesta reflexão recorreremos ao próprio Foucault:

As relações de poder têm uma extensão consideravelmente grande nas relações humanas. Ora, isso não significa que o poder político esteja em toda parte, mas que, nas relações humanas, há todo um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos, no seio de uma família, em uma relação pedagógica, no corpo político (FOUCAULT, 1984/2004, p. 266).

Nesta direção Foucault (1984/2004, p. 270) acrescenta: “o risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder tirânico decorre precisamente do fato de não ter cuidado de si mesmo e de ter se tornado escravo dos seus desejos”. Por esta razão: “Não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (FOUCAULT, 1984/2004, p. 269).

Esta reflexão proposta por Foucault (1984/2004) permite compreender que na ausência do cuidado e das práticas de si corremos o risco de construir uma relação permeada pela dominação, neste caso, a posição de dominador e dominado se estabelece de acordo com as fragilidades e potencialidades de cada uma das partes: quem é ou está frágil seria o dominado e quem detém a potência seria o dominador. Considerando a

colocação psicanalítica de que a verdade e o conhecimento de si perpassam pelo limite imposto pelo inconsciente é possível supor que em uma relação de cuidado, pela dificuldade de se alcançar o cuidado de si em sua plenitude, tem grande potencial de se tornar uma relação de poder e dominação.

7. A NARRATIVA DE CUIDADOS EM SEIS ATOS E ALGO A MAIS

Este capítulo apresenta a organização dos dados e discussão dos resultados obtidos. A construção do texto teve por objetivo esclarecer as etapas de elaboração da pesquisa, mas também de aproximar o leitor dos detalhes e de toda a riqueza que se encontra em cada narrativa. Assim, as linhas que seguem serão uma costura permeada por questões objetivas, subjetivas e afetivas.

Foram convidados a participar do estudo 13 cuidadores, entretanto, apenas seis concordaram em ser entrevistados. Neste caso, cabe esclarecer os caminhos que culminaram nestas seis entrevistas. Quatro cuidadores foram acompanhados pela entrevistadora durante internações (hospitalar e domiciliar) de seus pacientes, destes um desistiu de continuar no estudo antes mesmo de conceder a entrevista e três foram entrevistados. Dois cuidadores foram colegas de trabalho da pesquisadora e concluíram a entrevista. Sete cuidadores foram indicados por colegas do campo dos Cuidados Paliativos, destes quatro concordaram em participar do estudo, mas apenas um concedeu a entrevista; um deles participaria apenas se a pesquisa não fosse voluntária e dois não responderam ao contato por mensagem de texto.

O movimento realizado pelos cuidadores que não concederam a entrevista requer alguma reflexão. O ano de 2020 - período em que se realizou a coleta - foi atravessado pela pandemia covid-19, o que coloca um cenário de medo e incertezas que certamente contribuiu para algumas recusas ou mesmo a ausência de resposta. Mas há questões simbólicas a serem consideradas, o que está em jogo quando um cuidador concorda em participar do estudo, mas não é capaz de agendar um horário ou mesmo assumir que não gostaria de participar? Isto aconteceu com cuidadores que conheciam a entrevistadora e outros que foram indicados por pessoas as quais já prestaram seus serviços. Mesmo havendo sinais de transferência, no momento em que se concorda em participar, parece haver algo a se dizer, mas que por alguma razão ficou silenciado. Já aqueles que não responderam absolutamente uma palavra, talvez tenham dito, a seu modo, que falar sobre isto (ser cuidador) não lhes fazia questão ou sentido. Em outra perspectiva, é possível supor que aqueles cuidadores que deram seguimento ao estudo possuíam desejo, desejo de falar sobre sua trajetória profissional.

A tabela abaixo apresenta os principais aspectos referentes à caracterização dos cuidadores entrevistados:

Tabela 1. Caracterização de dados sócio demográficos e dados relacionados ao trabalho dos participantes. São Paulo, 2021.

	Renan	Dom	Simão	Sônia	Simone	Cristiana
Idade	37 anos	38 anos	31 anos	58 anos	42 anos	51 anos
Est. Civil	Casado	U. estável	Solteiro	Divorciada	Casada	Solteira
Nº Filhos	1	2	0	3	3	0
Raça auto referida	Negro	Amarelo	Branco	Negra	Parda	Negra
Religião	Budista	Católica	Cristão	Espírita	Evangélica	Evangélica
Escolaridade	Pós-Graduação	Ensino médio	Superior Completo	Fundamental	Superior Incompleto	Técnico
Tempo na Profissão	3 anos	14 anos	10 anos	10 anos	10 anos	2 anos
Carga	30h	80h	60h	72h	84h	112h
Horária	semanais	semanais	semanais	semanais	semanais	semanais
Remuneração	R\$ 2.000	R\$ 3.500	R\$ 6.000	R\$ 1.500	R\$ 2.100	R\$ 1.050
Jornada dupla	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não

A tabela 1 evidencia que a idade dos participantes obteve uma média de 43 anos, com idade mínima de 31 anos e máxima de 58 anos. A escolaridade variou entre ensino fundamental e pós-graduação, cabe destacar que ao longo das entrevistas todos os participantes citaram cursos de formação para cuidador de idosos, em geral cursos rápidos e de objetivos práticos. O tempo na profissão obteve média de oito anos, sendo o mínimo de dois anos e o máximo de 14 anos. A carga horária de trabalho apresenta média de 73h semanais, com o mínimo de 30h e máximo de 112h semanais, vale tomar nota de que o valor médio reflete numa jornada de 12h diárias por seis dias da semana. A remuneração obteve média de R\$ 2.690, 00; sendo o valor mínimo R\$ 1.050, 00 e o valor máximo R\$ 6.000, 00. Nota-se ainda que quatro cuidadores realizavam dupla jornada e dois exerciam apenas a função de cuidador.

Para além dos dados objetivos, a tabela 1 demonstra que os cuidadores entrevistados, mantém vínculos trabalhistas autônomos e com isso sua carga horária de trabalho torna-se extensa, especialmente porque muitos deles mantêm outros vínculos trabalhistas. Outro o aspecto a ser destacado é a remuneração, as entrevistadas que desempenham as maiores cargas horárias são também as que recebem menores salários.

Em complemento às informações da tabela, o conteúdo das entrevistas demonstrou que estas três cuidadoras atuam na periferia de São Paulo, o que esclarece esta variação de valores e carga horária de trabalho (a discussão referente às semelhanças e divergências nas trajetórias dos cuidadores será retomada mais adiante).

A seguir serão apresentadas as reflexões provenientes das narrativas dos seis cuidadores entrevistados: Renan, Simone, Sônia, Cristiana, Dom e Simão. Os nomes⁶ escolhidos são fictícios e seus significados refletem aspectos subjetivos subjacentes aos efeitos transferenciais das entrevistas.

Para facilitar o diálogo e a discussão foram criadas quatro categorias de análise, entretanto, por pretender preservar a singularidade dos participantes, as categorias serão discutidas dentro da fala de cada cuidador, ressaltando a sua individualidade. Nesse formato, as reflexões que estejam fora das categorias de análise serão apresentadas em outra seção, com isso terão o devido espaço de discussão e interlocução.

Segue a tabela 2 que sintetiza as quatro categorias de análise e seus objetivos.

Tabela 2. Descrição das categorias de análise. São Paulo, 2021.

Nome da categoria	Descrição
<i>Tornando-me cuidador</i>	Maneira como cada cuidador escolhe, se forma e sustenta sua atuação. Demarca o lugar que a profissão ocupa para cada um.
<i>“O emocional” do cuidador</i>	A possível personalidade que tem ou deve ter o cuidador. O objetivo não é definir qual seria esta personalidade, mas promover uma discussão a este respeito.
<i>Meu paciente está morrendo</i>	Evidencia os dilemas vivenciados pelo cuidador diante do idoso em fim de vida.
<i>Eu sou e não sou da família</i>	Refere-se ao hiato existente entre a relação de trabalho e afetiva que se estabelece a partir do cuidado.

7.1 Renan: o “misterioso”

Renan é um nome com diversas possibilidades de origem, neste caso adotamos a que vem do germânico *Runant*, que deriva no termo *run* que quer dizer “mistério”. Nesse sentido, por extensão, o nome significa “misterioso”.

⁶ Fonte: <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/renan/>

Renan foi indicado por uma médica paliativista por ter sido cuidador de seu pai. Inicialmente faço contato por mensagem de texto e Renan prontamente aceita ao convite. No momento da entrevista, que durou pouco mais que 20 minutos, demonstrou certo incômodo em construir uma narrativa. Supostamente por acreditar que sua participação seria mediante ao preenchimento de um questionário objetivo. A novidade da narrativa trouxe certo embaraço, e em certa medida, mobilizou defesas em Renan.

7.1.1 Tornando-me cuidador

Renan inicia o trabalho como cuidador a partir de sua identificação com o trabalho da mãe como enfermeira:

comecei trabalhar como cuidador porque minha mãe era enfermeira e aí ela... eu vendo o trabalho, eu gostava, eu quis fazer, aí eu acabei fazendo o curso me especializando e comecei a trabalhar e comecei a procurar.

O viés materno seguiu entrecruzando a história profissional de Renan. Neste caso, o trabalho como cuidador aparece como um caminho para a enfermagem:

fiz enfermagem né? Aí eu fui fazer o curso, aí durante o curso de enfermagem comecei a trabalhar como cuidador, aí, a princípio era mais pela facilidade de emprego, tinha bastante mercado, então entrei nessa área por isso, é... mas foi mais pelo salário e tal, um salário bom quando começou, então foi mais pela oportunidade de emprego mesmo... pelo mercado de trabalho.

A escolha e o sentido de ser cuidador aparece após as primeiras experiências:

foi indicação da própria faculdade, aí eu tive as indicações, ah tá precisando tal, e acabava indo e conhecendo a família e acabava pegando, aí começava o trabalho. É... e aí foi pegando amor a partir daí, eu gosto muito mais de trabalhar com idoso do que com pessoas mais jovens, então idoso são mais carentes, são mais é... são mais carinhosos, são mais... ficam mais gratos pelo que você faz então eu acabei gostando mais de trabalhar com idoso...

No trecho acima é possível observar que a satisfação no trabalho está relacionada à gratidão e a como o idoso retribui o cuidado prestado. O que abre margem para algumas reflexões. Uma delas, é a provável relação de poder que se estabelece quando há alguém que necessita de algo e alguém que satisfaz esta necessidade. Para Foucault (1984/2004)

há um conjunto de relações de poder que podem se estabelecer entre os indivíduos, especialmente quando o cuidado de si não acontece, o que pode levar o indivíduo a ser escravo de seus desejos. Cabe lembrar que o cuidado de si se constitui de uma série de técnicas que proporcionam uma maior consciência de si e de seus limites com o outro. Esse posicionamento de Foucault (1984/2004) nos aproxima da construção freudiana em “O futuro de uma ilusão”. Nesta obra, dentre tantas outras discussões, Freud demarca que: “a cultura, que se destina, entre outras coisas, a tornar possível nossa vida em comum. A principal tarefa da cultura, sua autêntica razão de ser, é nos defender contra a natureza” (1927/2014, p. 246). Natureza esta que é marcada não somente por sentimentos bondosos, mas também por uma grande parcela de agressividade (FREUD, 1930/2010).

Outra interpretação possível é que o “pagamento” pelo cuidado parece ir além da remuneração referente ao trabalho prestado pelo cuidador. Conforme discutido em capítulos anteriores, o cuidado é uma marca na formação da subjetividade humana. “Sem cuidado, deixamos de ser humanos” (BOFF, 2005, p. 28). Condição que permite supor haver algo da constituição psíquica que se reedita na relação de cuidado estabelecida com o idoso e nos afetos que permeiam esta vinculação.

Considerando a interface entre a enfermagem e a profissão de cuidador, Renan escolhe a enfermagem, mas com algumas ressalvas:

como cuidador eu não tô por conta da minha profissão mesmo, então hoje eu sou enfermeiro, então eu não procuro mais, eu não tô com a necessidade, não tá sendo necessário nesse momento, então eu não procurei mais. Então por isso que eu saí, não é pelo fato de ter abalado, ou de ter ficado, é porque não tenho a necessidade no momento, então, por exemplo, ah tem a necessidade de alguma coisa a mais, vou fazendo um extra né, pra mim é como um extra mesmo.

Ser cuidador para Renan é um extra, ou seja, um trabalho que aumenta a renda familiar quando necessário. Mas, é interessante que sem qualquer intervenção da entrevistadora ele enfatiza que não deixou de ser cuidador por ter ficado abalado. Por que ele ficaria abalado? Ou ainda, por que é necessário dizer que não ficou abalado?

Renan complementa sua escolha pela lógica: *eu não encaro como um... ser difícil, se fosse pra ter uma profissão como cuidador, eu teria também numa boa, é que hoje uma profissão de cuidador é menos remunerada do que a de enfermeiro, então não tem lógica.* E na sequência, Renan apresenta uma importante reflexão quanto ao cenário trabalhista da profissão de cuidador:

eu acredito que muitas pessoas que trabalham assim, pelo que a gente conhece, os profissionais que trabalham com a gente, as pessoas acabam indo trabalhar como cuidador em casa, sempre como um segundo emprego, uma segunda renda, não como uma renda principal. Dificilmente pelo que você vê, pelo que a gente vê, ele é só cuidador, ele tá naquela casa porque ele não tá com outro emprego, normalmente é sempre como um segundo emprego, então se você pegar os profissionais, a maioria, quando vai pra uma casa assim, como cuidador, tá indo como uma renda extra, né, pelo que eu percebo assim, não sei.

Neste caso, o entrevistado revela que ser cuidador é uma opção para quem não consegue trabalho na área da saúde ou para quem precisa de uma renda extra. Evidentemente que Renan parte da realidade dos profissionais da saúde, entretanto, cabe notar que alguns aspectos concretos amparam sua escolha, especialmente a questão da remuneração, aparentemente abaixo do que a atividade requer. Sobre este ponto, o cuidador complementa:

porque não é muito bem remunerado, uma remuneração muito baixa, né, pelo trabalho, pela responsabilidade que você tem, porque a responsabilidade que você tem independente de ganhar muito ou ganhar pouco, a responsabilidade é a mesma, então pela responsabilidade o salário muito baixo, então a gente quando trabalha normalmente é pensando nisso, num segundo emprego. Ah quando você tá desempregado você pega qualquer coisa né, mas normalmente um cuidador, pelo que a gente conversa, pelo menos os da nossa, do hospital, da nossa área, é mais como, ou quando a pessoa tá como primeiro emprego, pra pegar uma experiência, então você começa como cuidador, normalmente as pessoas começam como cuidador, pegam o primeiro emprego, pegam a experiência, depois passa pro hospital, normalmente é uma renda extra que a gente pensa.

No trecho acima Renan salienta que numa situação de desemprego o profissional aceita qualquer coisa, portanto, pode trabalhar como cuidador. Trabalho que também se torna aceitável quando o profissional precisa de experiência. Colocação que demonstra o lugar marginal que a profissão de cuidador ocupa no cenário dos profissionais de saúde. Ser cuidador parece ser um demérito ou uma fase difícil da vida pessoal ou profissional de um enfermeiro.

7.1.2 O “emocional” do cuidador

Com ar de mistério, Renan falou de si quase que por códigos, como se estivesse protegendo seus sentimentos. Colocou o cuidado prestado por ele de modo distanciado dos afetos:

As pessoas falam que profissional da saúde tem que ter coração gelado [risos]. Mas eu conseguia separar – [Você acha que tem o coração gelado?] - um pouquinho... [fala como se estivesse se questionando] Em algumas situações sim, mas a gente acaba lidando muito com a morte, não só nessa situação, nesse caso a gente acaba ficando muito em casa com o paciente, mas no hospital você lida muito com a morte, acostuma vai, não é mais tão impactante, né, falei a gente sente, você acaba ficando mais próximo da família, mas não como é um ente da nossa família, é diferente né [gagueja no início da fala].

Com isso surge o questionamento: seria possível separar os afetos da prática do cuidado, uma vez que para este cuidador o retorno de seu trabalho não se resume à remuneração? Em “Mal-estar na civilização”, Freud (1930/2010, p. 36) sinaliza que “Nenhuma outra técnica para condução da vida prende a pessoa tão firmemente à realidade como a ênfase no trabalho, que no mínimo a insere de modo seguro numa porção da realidade, na comunidade humana”. O autor aponta ainda, a possibilidade de transpor para os relacionamentos humanos no trabalho componentes libidinais narcísicos, agressivos e mesmo eróticos. Dessa maneira, a tentativa de sentir no trabalho algo diferente do que se sente fora dele é uma tarefa que tende a ser frustrada e, muitas vezes, fonte de sofrimento para o profissional.

7.1.3 Meu paciente está morrendo

Renan menciona que grande parte dos pacientes de quem cuidou não estavam em final de vida. No entanto, relembra o último paciente de quem cuidou, numa fase que já atuava como enfermeiro:

o último foi há um tempinho atrás que era fase final de vida, não na fase final, mas tava evoluindo pra isso, era um senhor mais velho, tinha 84 anos e tinha Alzheimer, então já era dependente, corria o risco de ter queda, se machucar, então era uma coisa que ficava mais em cima, mas... de experiência assim de final de vida só foi esse último.

Mais adiante relata sobre a experiência de reconhecer o processo de morte de seu paciente:

quando começou a gente, a gente não imaginava isso, mas pelo fato dele ter o Alzheimer a gente sabe - [não surpreende] - É... que vai acontecer, mas não do jeito que foi, você vê e você acaba vendo o declínio da pessoa, então quando eu cheguei na casa, com um pouco de dificuldade, mas ele ia andando no banheiro. Aí uma semana depois, 15 dias depois, alguma coisa assim, já não ia mais, entendeu, ia na cadeira de roda, depois teve a dificuldade de sentar no sofá pra cadeira com mais dificuldade, então aí você vai vendo que vai sempre piorando, aí depois começa a ter os delírios, começa a ter dificuldade, então a gente vê que acaba evoluindo, no processo em si acaba evoluindo, você vai vendo

que vai chegar a isso, ah, ah, ao óbito né, a partir - [fala gaguejada] - [vai dando sinais?]
 – É! Que logo mais ia acontecer, sabe?

Ainda sobre o processo de perda, Renan reconhece as dificuldades em cuidar de um paciente em fim de vida:

ficou mais difícil porque o trabalho que eu ia, ficava na casa um dia sim, um dia não, eu passei a ir quase todos os dias, porque não tinha como. Pai e a filha só e ela não conseguia segurar ele, como tinha mais dificuldades, ele não conseguia ficar em pé, pra ter forças, então era só ela e ele, então eu passei a ficar todos os dias, basicamente toda noite com eles, então foi bem difícil, aí cê viu que tava evoluindo exatamente pra isso (...) sim! A carga de trabalho ficou maior, porque você acabava dando mais atenção, a família em si já me pareceu mais preparada, porque já tinha um histórico da própria esposa foi desse jeito, então a esposa ficou com cuidador em casa tal, então meio que ela já tava preparada pra isso, eu achei que ela tava bem preparada. Pra mim enquanto profissional, apesar da gente se apegar muito a família, não tem tanto aquele impacto, é... porque queira ou não queira a gente tem que separar, o profissional do pessoal, mas aí cê acaba ficando chateado tudo, só que não é como se fosse um doente da sua família, é diferente, a partir do momento que você saiu dali acabou né.

Neste momento do cuidado se observa que além do idoso, a família surge como uma extensão tão importante quanto o paciente. Necessidades sobre as quais o cuidador em geral está atento para acolher. Cherix e Coelho Júnior (2017) discutem o lugar do cuidador de idosos de modo interessante:

a relação de cuidado é compreendida como singular, marcada pelas histórias afetivas de cada um, porém, espera-se que quem se encontra no lugar de cuidar esteja **preparado ou disposto a entrar em contato com um outro que está numa situação de fragilidade, dependência e sofrimento**. Tal disponibilidade implica se identificar com o outro, num primeiro momento, para poder aproximar-se dele, escutá-lo e conhecê-lo num segundo momento e, assim, atender às suas necessidades, num terceiro momento” (CHERIX & COELHO JÚNIOR, 2017, p. 583) [grifos nossos].

No trecho acima, destacamos a expressão estar preparado para lidar com uma situação de fragilidade, dependência e sofrimento. Quais as possibilidades de se estar preparado psiquicamente para lidar com um contexto tão complexo? Ou ainda, de que maneira o cuidador poderia ser preparado? No ato de cuidar de alguém que está morrendo, o contato com a morte se faz inevitável. Em capítulos anteriores nos delongamos na discussão de que a morte é a principal representante do conceito de real, um trauma que representa um limite à simbolização (JORGE, 2008), e que para Freud (1915/2010) no inconsciente temos a certeza de nossa imortalidade. Tudo isso para dizer que estar

preparado para acompanhar o processo de morte de tantas pessoas, por tantas vezes ao longo da vida, é uma tarefa da ordem do impossível.

7.1.4 Eu sou e não sou da família

Renan atribui a satisfação com seu trabalho de cuidador ao vínculo formado com o idoso e com a família. O primeiro estaria relacionado ao quanto o idoso é dependente de seus cuidados e o segundo está ligado ao fato de a rotina de trabalho proporcionar que o cuidador faça parte da família:

ah eu gostava, era gratificante, você saber que uma pessoa depende de você, você faz a diferença naquela, naquela vida daquela pessoa, até da família, porque você acaba sendo um membro da família, acaba ficando bastante tempo com a família, então você toma café, você almoça, você janta junto com a família, então você acabava sendo um membro da família, então é... era bem gratificante assim.

É interessante notar que ser considerado como membro da família não aparenta causar nenhum mal-estar ao cuidador. Mais adiante, Renan coloca a construção do vínculo com o idoso amparado da dependência que o paciente apresenta nesta fase da vida:

o vínculo acaba sendo, o vínculo acaba sendo mais fácil por conta é, pelo fato da pessoa tá necessitando de um cuidado né, de alguém e acaba o vínculo, dela precisar desse cuidado, então acaba sendo, acaba ficando mais aberta a ter o vínculo né, então não sei se por isso, então aí acaba sendo natural assim o vínculo.

É interessante notar que o entrevistado coloca a formação do vínculo como algo natural e consequência do cuidado, de certa forma, desconsidera ou não toma consciência dos aspectos subjetivos envolvidos neste processo. Em contrapartida, Renan aponta que o contexto de vulnerabilidade vivenciado pelo idoso facilita a construção do vínculo. No texto, “introdução ao narcisismo”, Freud (1914/2010) evidencia que uma das vias sob as quais o sujeito faz suas escolhas do objeto de amor é conforme o tipo narcísico, em que o indivíduo se identifica: “a) o que ela mesma é (a si mesma), b) o que ela mesma foi, c) o que ela mesma gostaria de ser, d) a pessoa que foi parte dela mesma” (FREUD 1914/2010, p. 36). Nesta direção, é possível supor que a condição de vulnerabilidade vivida por Renan em seus primeiros anos propicia um encontro identificatório com o idoso, também vulnerável e que aceita os cuidados de um outro. Neste caso, o que facilita

o estabelecimento do vínculo entre o cuidador e o idoso, pode também ser fonte de sofrimento para ambos. Devido ao movimento defensivo expresso por este cuidador não foi possível aprofundar este aspecto.

7.2 Simone: a “ouvinte”

O nome Simone é de origem Francesa e surge como feminino de *Simon*, que significa “ela ouviu”, ou por extensão “ouvinte”. A seguir veremos como a escuta e a paciência são características marcantes desta entrevistada.

Simone trabalhou com a entrevistadora por algum tempo e por esta razão foi convidada a participar do estudo. A princípio o aceite aconteceu com o objetivo de auxiliar na pesquisa de uma colega, no entanto, no decorrer de sua fala, Simone pode realizar interessantes reflexões, possíveis pela transferência da relação de trabalho, mas também por um viés introspectivo de conexão com sua subjetividade.

7.2.1 Tornando-me cuidador

Simone inicia o trabalho como cuidadora de modo intuitivo e aos poucos se reconhece potente nesta prática:

(...) eu pensei por gostar mesmo, gostar e saber que eu tinha um pouquinho de paciência, precisa muito, não é pouco (...) uma amiga minha me chamou, eu falei, olha eu não tenho experiência, na época eu não tinha nem o curso de cuidadora, ela falou assim, não, a gente vai, você vê se você gosta e depois você faz o curso, aí eu fiz o curso de dois meses, depois que eu vi que gostei né, que eu vi que dava pra fazer, eu comecei a cuidar e fui cuidando.

Quanto à formação, Simone refere que buscou alguns cursos para amparar e sedimentar o trabalho realizado por ela:

(...) um curso de dois meses há muitos anos atrás (...) uns 10 anos atrás, quando eu comecei cuidar da primeira idosa, porque primeiro eu fui ver se era bom, se eu ia me adaptar mais ou menos, aí eu fui fazendo outros (...) fui buscando aperfeiçoar, que nem os idosos acamados, pra fazer, o que evitar assim, pra aprender a lidar assim com a família, que era uma parte bem difícil, porque o familiar não aceita que tem um ente querido dele daquele jeito, que às vezes ele acha que o seu, ele não quer cuidar, mas ele acha que o seu cuidado não é suficiente, aí então fui indo pra aprender a lidar, pra poder ensinar o familiar também a como cuidar (...) como o nome já fala técnico de enfermagem,

então eu vou muito na técnica, o técnico de enfermagem, na enfermagem, você vai aprender tudo aquilo, os cuidados tecnicamente, e o cuidador não, você tem que tá preparado psicologicamente, né? É diferente.

É interessante notar que no trecho anterior Simone elenca habilidades que com o tempo e cursos desenvolveu, e que julga serem de grande relevância para a atuação de um cuidador. Desde saber cuidar de feridas, dar banho, posicionar o idoso na cama, até aspectos subjetivos, como lidar com a subjetividade da família. Além disso, aponta de modo objetivo a diferença entre um técnico de enfermagem e um cuidador; diferenciação em que aparentemente o cuidar necessita estar “preparado psicologicamente”. Estar preparado psicologicamente para quê? De modo consistente, Manna (2013) nos responde a esta questão:

“O que é exigido nos dias atuais de um cuidador de idoso profissional não pode simplesmente ser aprendido tecnicamente, com aulas ou transmissão de informações e conhecimentos de forma desafetada do drama. Trata-se de um trabalho que, quando mal conduzido, pode tornar o idoso muito desamparado e adoecer física e emocionalmente o cuidador (...) Significa poder se deparar com a própria finitude e fragilidade, pois o cuidador tem que lidar com sofrimentos humanos que não são exclusivos dos idosos, que estão presentes na vida de todos, tais como, solidão, desamparo, fragilidades, perdas, adoecimento e medo da morte” (MANNA, 2013, p. 14).

Neste caminho da formação também aparecem aspectos relacionados a como se posicionar no mercado de trabalho, bem como nas relações trabalhistas:

as meninas da cooperativa, a família não quer mais nem saber como que é seu nome, você entra e sai e não dá nem um copo de água, é pior ainda (...) pela cooperativa você vai ganhar menos ainda, porque a família paga um determinado valor alto pra cooperativa, porque a família não quer ter trabalho com você que é funcionário, então ela vai responder tudo pra cooperativa, aí a cooperativa vai te passar, um exemplo, um plantão de R\$ 250,00 que a família paga pro cuidador, a cooperativa vai te passar R\$ 100, 00, ela vai ficar com R\$ 150, 00 pra ela só pra passar a informação do familiar, e você que teve o trabalho de ir e de cuidar, se desgastar vai ficar com R\$ 100, 00.

No fragmento acima, Simone aponta algumas questões importantes relacionadas ao mercado de trabalho para a profissão de cuidador. Ao comparar o trabalho vinculado a uma empresa e diretamente com a família, a entrevistada salienta que a segunda opção é a mais vantajosa. Fazer parte de uma empresa, ou uma cooperativa, provoca o distanciamento entre o cuidador e a família, e com isso a perda da possibilidade de barganhar melhores condições de trabalho.

Ao reconhecer a fragilidade do cenário trabalhista em que se insere o cuidador formal, Simone mostra sua indignação:

o cuidador não porque ele não tem reconhecimento nenhum, se ele for pensar o que agrega na vida dele ser cuidador, ele vai parar de ser cuidador hoje, que não agrega, que não tem direitos, é os valores às vezes, os valores são muito injustos, porque nem o familiar quer cuidar do paciente, imagine pagar determinado valor né, então, assim, os valores não são justos. Deveria ter mais valorização, reconhecimento da profissão.

Entretanto, quando a entrevistada questiona sobre o quê a profissão agrega em sua vida pode-se pensar em um reconhecimento que vai além da remuneração. Ao que parece o salário de valor baixo é uma consequência do lugar que o cuidador se encontra, talvez um lugar de desvalia. Afinal, pela lógica capitalista o que tem valor custa caro. Para Freud (1930/2010, p. 36), “A atividade profissional traz particular satisfação quando é escolhida livremente, isto é, quando permite tornar úteis, através da sublimação, pendoros existentes, impulsos instintuais subsistentes ou constitucionalmente reforçados”. Para além do olhar capitalista é possível reconhecer sentido na escolha profissional feita por Simone, sentido que aparenta sustentar sua permanência na profissão.

7.2.2 O “emocional” do cuidador

A fala de Simone evidencia que no trabalho como cuidadora sua subjetividade é fortemente convocada. Novamente faz um contraponto com o trabalho como técnica de enfermagem:

eu acho que o cuidador é mais amplo, você dá mais o emocional, desgasta bastante, porque você tem é, o técnico de enfermagem você não tá todo dia na casa daquele paciente e quando você pega um serviço como cuidador, você vai ficar ali provavelmente, se você for uma boa cuidadora até o paciente falecer.

E esta subjetividade é convocada especialmente na relação com a família do idoso:

ele quer o carinho e o amor da família e você dá o seu amor, mas ele não quer o do cuidador, não é fácil, é difícil só de ver o olhar deles é muito triste (...) hoje se fosse pra ficar com pessoas assim, no fim de vida, por conta do desgaste emocional, eu acho que eu não ficaria mais, porque desgasta muito, acho que hoje o meu psicológico tá assim afetado por conta das outras (...) esse abandono da família, o idoso pedindo o conforto da família, porque eu falo, eles deram né, a criação, deram o amor, o suporte financeiro, criaram, formaram e muitos abandonam quer dizer e numa clínica de repouso? Clínica de repouso é um lugar terrível! (...) é difícil pra você dar pro paciente o que você não tem

pra dar e o que ele não quer, porque não é de você, ele precisa de carinho e de amor, mas você faz, mas não é o seu (...) ali eles começam até te amar por conta de ter só você, mas aí te odeia também por conta de às vezes achar que se você não aparecesse ali, algum familiar ia aparecer pra cuidar deles, aí é você que tá atrapalhando, porque tem tudo isso na cabecinha deles, é muito difícil você ver eles partindo sem uma referência familiar, sem conforto, porque é o que eles pedem, eles ficam chamando o familiar o tempo todo, quando eles tão morrendo, eles não vão chamar, e às vezes eles querem, eles olham pra você gratos, obrigada pelo que você fez, mas não era você que eu queria.

Este extenso e complexo fragmento demonstra o quanto Simone se vê fragilizada diante da fragilidade dos vínculos afetivos expressos pelos familiares dos idosos de quem cuidou. Mas há algo nela que a convoca a ocupar este lugar, lugar que ela mesma reconhece que não se encaixa. Sustentar este desencontro de afetos parece ser uma das causas para o mal-estar e a sensação de não desejar estar no lugar de cuidadora de um idoso em fim de vida. Além disso, é interessante notar o provável mecanismo de identificação expresso nesse fragmento. Afinal, Simone supõe que o idoso clame pela família e que deve ser sofrido morrer sozinho. Provavelmente a leitura feita por Simone está relacionada à imagem que a cuidadora tem da própria morte, o que sem dúvidas traz efeitos para a relação de trabalho e subjetiva que se estabelece na tríade paciente-família-cuidador.

No texto “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, Freud (1921/2011, p. 61) refere que a “psicanálise conhece a identificação como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa”. Além disso, o autor faz menção a duas formas de ligação no processo de identificação: “com a mãe, um investimento objetal direto; com o pai, uma identificação que o toma por modelo” (FREUD, 1921/2011, p. 61), de modo que as duas podem coexistir sem perturbar uma a outra. Tendo em vista que os afetos, nem sempre são brandos, é possível supor que o formato de vinculação manifestado pelas famílias com quem Simone mantém vínculo profissional se chocam com algum modelo de formação de vínculo vivenciado pela cuidadora previamente. Ou seja, o modo como as famílias expressam seus afetos para com os idosos toca algo da constituição psíquica de Simone, possivelmente de vínculos afetivos também frágeis. Em virtude disso, acompanhar o processo de morte solitária lhe parece tão inaceitável. Em última instância, Simone se identifica ao abandono que localiza nos idosos.

Outro aspecto que merece reflexão é o lugar de “entre” o idoso e a família que o cuidador pode ocupar. Um lugar enigmático, na medida em que o cuidador não sabe o que desejam o idoso e a família, e muitas vezes, atropela a sua própria subjetividade ao tentar resolver a suposta demanda do outro. Este lugar de estranhamento subjetivo é

descrito por Freud (1919/2010) da seguinte maneira: “o inquietante é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que há muito conhecido, ao bastante familiar” (FREUD, 1919/2010, p. 331). Na ânsia de fazer seu trabalho e cuidar, o profissional talvez não dê o devido valor do desconforto de se deparar com algo inquietante. Ou seja, aquilo que lhe inquieta na relação de cuidado não a ver com o outro, mas com os efeitos do outro em si.

7.2.3 Meu paciente está morrendo

Dentre as dificuldades em lidar com quem está morrendo, Simone evidencia o pesar pela morte em vida, representada pela paciente que não pode ser quem é por conta de uma doença:

foi bem difícil, bem difícil, porque eu nunca tinha me preparado pra uma situação daquela e ela [paciente] pedia comida e ela não podia comer, porque ela tava usando já a GTM (...) a menina falou assim não, você vai porque ela tá precisando de muita atenção porque ela é muito carente, o estado dela, ela tem muitas dores né, fica sempre dolorida, precisa de um cuidado né assim maior e foi bem difícil pra mim porque ela pedia comida, eu ficava olhando, ela pedia água, nem água ela podia beber né pela boca, eu tinha que molhar a gaze, aí às vezes ela ficava agressiva e pra mim era difícil entender também entender aquela agressividade dela comigo sendo que eu tava fazendo tudo por ela, só que por conta da patologia, às vezes eu ficava pensando se fosse eu ia fazer, às vezes até pior né (...) ela tinha família, morava numa duplex e passava dias sem ter a visita.

O fragmento mais uma vez demonstra o incômodo de Simone com a morte solitária, sofrida no corpo e, de certo modo, com a ingratidão ou falta de amor da família. Sobre a relação do indivíduo com a morte Rosa e Vilhena (2015, p. 117) apontam que “não é a própria morte que desperta temor, mas a imagem antecipada da morte na consciência dos vivos”. Desse modo, as fantasias que cada cuidador constrói acerca da morte modula a forma como interpreta e reage à vivências do idoso e de sua família. Aparentemente, a criação de um modelo do enfrentamento ideal parece causar certo conforto, exceto quando algo escapa a este modelo.

Mais adiante, Simone ressalta sobre a forma física da morte e o quão doloroso é acompanhar esse processo:

ela ficou cadavérica quando faleceu assim, tava uma imagem muito triste de ver, aí ela parou de falar, não falava mais e a família optou por deixar ela ir a óbito em casa mesmo. Mas também não fizeram nada em casa, ela foi a óbito, chamaram lá o serviço funerário e pegaram fizeram a cremação dela e depois voltaram e todo mundo tava tomando uísque, entendeu? (...) eu ficava assim com uma dó, ficava desesperada, eu falava meu Deus, eu

pedia pra família, pedia pra Deus abrandar o coração dos familiares, pelo menos no último momento pra ela ter uma morte de conforto, com o amor da família. Mas a maioria das vezes não tem (...) parece que deixou de ser família, não sei se não tem preparo psicológico, é falta de afetividade mesmo, mas a maioria das vezes é assim. Eles não aceitam participar do tratamento, só que aí fica mais pesado.

Este relato evidencia o quanto é difícil lidar com a morte do paciente, que por mais aceitável que pareça do ponto de vista racional, nem sempre encontra um correspondente subjetivo. Neste caso, Simone não aceita que seus pacientes morram sem o carinho da família, talvez porque esta não seja a morte que espera para si. O que mais uma vez evidencia a identificação da cuidadora para com o idoso de quem cuida.

7.2.4 Eu sou e não sou da família

Diferente de outros entrevistados sua dificuldade com a família diz da ausência de vínculos, seja com o cuidador, seja com o próprio idoso. E novamente apresenta a dificuldade em suprir a necessidade de ter um familiar por perto que supostamente o idoso teria:

eles acabam tendo confiança na gente, mas da mesma forma que eles têm confiança, eles te cobram muito mais, eles te sugam até o último (...) é difícil, porque a vontade é de você não ir mais naquela casa [risos] a vontade é de falar não, não tenho que passar por isso, mais aí você sabe que você escolheu essa profissão e você precisa encarar, mas é difícil, porque é uma carga grande em cima de você. Toda a carga da família, porque não fica só do cuidador. Porque você vai perguntar uma coisa pra família, a família não quer saber, você vai explicar eles não querem saber, eles jogam o paciente como se fosse nosso familiar. E não é! E o paciente não quer que a gente seja o familiar deles, eles querem atenção, por mais ruim que seja, eles querem do familiar, eles querem que a gente consiga fazer isso. Aí você não consegue, é onde que vem todas as birras, conflito, se você for falar com o familiar, você não quer saber, muitas vezes, a gente fica pior, o paciente morre e a gente tá sendo internada junto [risos] porque passou por muitas coisas (...) muito triste, é a parte mais triste, porque você ver o idoso que criou os filhos, que às vezes ajudou criar os netos, deu casa, deu estudo, e ele tá ali sozinho numa cama com um estranho né.

Simone se vê na posição de defesa do idoso, que fez tudo pela família e não recebe nada em troca. Mais uma situação em que a identificação realizada pela cuidadora modula sua interpretação dos fatos e por consequência seu sofrimento relacionado ao trabalho como cuidadora. Quanto ao processo de identificação vivenciado pelos cuidadores, Cherix e Coelho Júnior (2017) nos advertem:

De sorte a lidar com a angústia dessa situação de proximidade com aspectos sombrios do envelhecimento, como perda de funcionalidade do corpo, perdas cognitivas e dependência física, podemos pensar que os cuidadores fazem uso de diversos mecanismos de defesa do Eu, a fim de manterem sua saúde mental frente a um cotidiano tão rude. Um desses mecanismos parece ser a infantilização do idoso, que permite, ao cuidador, reduzir a situação de cuidado à situação familiar e agradável de cuidado de uma criança, protegendo-se do fato de que aquele idoso é um adulto, com uma história subjetiva singular, e que a situação de dependência na qual se encontra pode estar no horizonte de qualquer um de nós. De certa forma, essa identificação com o outro velho pode ser sentida como perigosa ou indesejada (CHERIX & COELHO JÚNIOR, 2017, p. 581).

7.3 Sônia: a “sábia”

O nome Sônia se originou a partir do russo Sonja, que por sua vez é uma variação (diminutivo) de Sofia. A raiz etimológica deste nome provém do termo grego *sophia*, que significa literalmente "sabedoria" ou "sabedoria divina".

Sônia é cuidadora de um dos pacientes acompanhados pelo serviço de assistência domiciliar da periferia de São Paulo ao qual a pesquisadora está vinculada. Em razão disto foi convidada a participar do estudo, o que de pronto aceitou. Sônia conduz sua vida e profissão com grande sabedoria, mesmo nos momentos em que se desorganiza emocionalmente sempre encontra uma saída saudável.

7.3.1 Tornando-me cuidador

O traço do cuidado faz parte da história de vida de Sônia, que aos poucos percebeu que esta característica peculiar poderia ser uma profissão:

eu sempre gostei de ajudar as pessoas né? E eu comecei pela minha avó, minha vó uma época ficou doente, eu era criança ainda e minhas tias foram me ensinando como cuidar e como fazer, aí foi de boa, depois minha mãe ficou doente né? Ela teve um “infarte”, ela ficou doente teve que operar e como ela tinha diabetes e tudo, a cirurgia dela infeccionou e ela teve que vim pra casa com os pontos (...) Aí eu fui pra casa comecei a cuidar da minha mãe, fazer o curativo da minha mãe e tudo, e depois disso, eu continuei, entendeu? Aí se alguém precisava eu ia, eu..., minha mãe era enfermeira, eu via que minha mãe fazia curativo nas senhorinhas no hospital, como que ela lidava com as senhorinhas, entendeu?

Anos depois desta experiência de cuidado familiar, um patrão reconhece o potencial de Sônia e incentiva que ela se torne cuidadora de idosos:

eu tava trabalhando numa clínica, meu patrão era neurologista, e eu via ele trabalhando e como ele fazia com os idosos, de vez em quando ele me chamava (...) Aí ele falava assim, você gosta de mexer com o pessoal né? Vamos fazer um curso? (...) Aí outro dia eu tava procurando um negócio de enfermagem, de umas enfermeiras, aí liguei pra elas, entrei no grupo delas e fiz o curso. Comecei a fazer estágio nas casas de repouso, aí eu falei assim, ah é esse caminho que eu vou seguir (...) naquele curso você tinha vários enfermeiros que ensinava como você pegar um idoso, colocar um idoso na cama, ensinava a parte, a parte que você tem de higiene, a sua obrigação com o idoso, que é a higiene e limpeza dele, a bucal, a roupa dos idosos era por conta da pessoa né? (...) vocês vão ter que tentar trabalhar com a mentalidade de vocês, alguma coisa pra fazer você distrair pra não ficar fixada naquilo né?

É interessante notar que a característica de Sônia que surpreende ao médico é a habilidade de diálogo com o idoso, as demais habilidades do cuidado foram desenvolvidas no curso. Outro ponto significativo é que o curso citado por Sônia levou em conta não somente os aspectos práticos do cuidar, mas também a dimensão subjetiva do cuidador, situando a importância de preservar sua saúde mental para exercer suas funções.

Nesta direção, Sônia elabora o que seria o sentido do cuidado para ela:

Você vai fazer um curso pelo dinheiro? Logicamente que o salário da gente, se puder pagar, é bom, mas se não puder também, você vai deixar a pessoa desse jeito? Porque a pessoa vai te bater, porque a pessoa vai te agredir? Entendeu? Então tem que ir com jeitinho (...) ela falou assim eu vou dar banho, quem vai me ajudar dar banho? Ninguém foi, todo mundo ficou olhando na porta do banheiro, então, eu vou te ajudar! [experiência de estágio em que Sônia foi a única aluna que se prontificou a auxiliar a professora no banho de uma idosa em delirium].

O fragmento acima demonstra o quanto o cuidado com o idoso extrapola a dimensão do trabalho e toca numa questão existencial para Sônia. Para esta cuidadora, cuidar do idoso é dar-lhe dignidade, é proporcionar um banho que possa resgatar quem esta pessoa é através do olhar e do cuidado do outro. Sônia vê sujeito quando olha para seus pacientes, talvez veja neles um pouco de si.

Quanto à proximidade que se estabelece entre o cuidador e o idoso Cherix e Coelho Júnior (2017, p. 583) apontam: “é possível que alguns idosos revivam situações ligadas à infância e outras situações de dependência e cuidados com o cuidador, assim como o cuidador também pode reviver situações ligadas à sua história pessoal”. Os autores complementam que o contato com o idoso requer do cuidador “se identificar com o outro, num primeiro momento, para poder aproximar-se dele, escutá-lo e conhecê-lo

num segundo momento e, assim, atender às suas necessidades, num terceiro momento” (CHERIX & COELHO JÚNIOR, 2017 p. 583).

Sônia não relata sobre dificuldades de conexão com o idoso, ou na identificação de suas supostas necessidades, para ela “o problema” do cuidador é a família:

Então é isso filha, é difícil? É! Mas é o que eles tão precisando, entendeu? É, o que eles tão precisando, de carinho, atenção, você vai levar um soco? Vai! Mas a gente vai fazer o quê? (...) Então é por isso que eu faço esse tipo de serviço e eu gosto, então, pra realmente, pra você, pro seu estudo, você poder explicar pras pessoas, que o problema não é os doentes, não é os doentes que é o problema, o problema é a família.

O trecho acima demonstra o quanto Sônia se compadece com relação às supostas necessidades do idoso, necessidades que vão além do cuidado prático. A forma como conheceu e passou a cuidar da idosa atual também evidencia esse aspecto:

a minha vizinha aqui de baixo veio falar comigo se eu podia socorrer a menina aqui de baixo, eu falei: socorrer no quê? Acho que a mãe dela tá sozinha que pêpêpê. Ela precisa de ajuda. Aí eu falei tudo bem, vamos lá (...) quando eu cheguei lá, era uma coisa assim que a paciente não tava tomada banho, a paciente tava com cheiro ruim, ela tinha uma lesão que eu nunca peguei paciente nenhum com lesão (...) na hora eu fiquei com dó e falei tá, tá, tá eu venho. Nisso eu acabei ficando ficando, porque não consegue arrumar gente pra ficar com ela (...) foi por isso que eu conheci a [D. Elisa], porque eu tinha deixado de trabalhar e ela tava pedindo ajuda.

Sônia estava desempregada quando começou a cuidar de Elisa, entretanto, não é pelo dinheiro que permanece. A conexão entre idoso e cuidadora, neste caso, vai além do vínculo trabalhista. Contudo, apesar dos afetos em torno da relação de cuidado, Sônia não está alheia ao que seria sua função como cuidadora, ela escolhe ocupar outro lugar:

eu sou cuidadora, eu tô lá pra cuidar da [D. Elisa], lavar a sala que a parte dela e cuidar da [D. Elisa]. Se eu ficar 12h sentada, ninguém tem nada que ver que eu tô 12h sentada. Ou se eu tô no meu celular ouvindo meus hinos, ninguém tem nada a ver com isso. Eu tô lá pra cuidar da [D. Elisa]! Se eu faço as coisas, é porque eu não sei ficar parada, aí vou, vou limpar um quarto, vou lavar um banheiro, vou lavar uma roupa, mas não é minha obrigação, tá? (...) é isso que outro dia eu passei pro filho dela, porque tudo que eu faço, o filho dela fala, até do celular ele fala. Aí eu falei outro dia pra ele, olha, vocês vão aprender, o que é uma cuidadora, o dia que vocês contratarem uma cuidadora, tá? CUIDADORA [ênfase]. Ela vai ser cuidadora mesmo, ela vai chegar, ela vai cuidar da sua mãe, vai fazer o que tem que fazer pra sua mãe e ela vai ficar 12h sentada.

7.3.2 O “emocional” do cuidador

Ao longo da entrevista, Sônia enfatiza o quanto gosta de trabalhar com o idoso, porque ela sabe “o jeitinho certo” para lidar com esse público. Entretanto, é possível observar a existência de uma relação de poder sobreposta à relação de cuidado. E o poder do cuidador sobre o idoso se torna uma saída subjetiva para a agressividade:

Então eu acho assim, pra você cuidar do idoso, cê tem que gostar né, não é ir tanto pelo salário, que a maioria hoje vai atrás do salário né, e gostar do que cê vai fazer realmente, paciente vai te bater? Vai! Entendeu? Pra você ver a [D. Elisa], você conhece a [D. Elisa], outro dia ela tava com uma tala na mão, ela cismou assim, aí do nada ela levantou a mão e veio com a mão com tudo pra dar na minha cara com a tala. Não! Ela fez assim com uma força, que a mão dela ia bater, se batesse já viu né? Aí eu falei pra ela: oh [D. Elisa], já que você tá tão boazinha pra levantar a mão pra me bater, então eu tô indo embora, tá bom? Tô indo embora.

É por entender que seu cuidado é indispensável que Sônia ameaça a idosa com sua saída. A cuidadora parece ter a certeza de que é insubstituível. Freud (1930/2010) demonstra que a agressividade faz parte dos instintos humanos, nesta direção, Lacan (1948/1998) avança ao evidenciar que a agressividade também se mostra distante dos atos violentos através da intenção agressiva:

Quase podemos medi-la na modulação reivindicatória que às vezes sustenta todo o discurso, em suas pretensões, suas hesitações, suas inflexões e seus lapsos, nas inexatidões do relato, nas irregularidades da aplicação da regra, nos atrasos para as sessões, nas ausências premeditadas, muitas vezes nas recriminações, nas cesuras, nos medos fantasísticos, nas reações emocionais de cólera e nas demonstrações para fins intimidatórios, sendo tão raras as violências propriamente ditas quanto o implicam a conjuntura de apelo que levou ao médico o doente e a transformação dela, aceita por este último, numa convenção de diálogo (LACAN, 1948/1998, p. 103-4).

Dessa maneira, é possível supor que as falas em tom ameaçador proferidas por Sônia, são carregadas de uma intenção agressiva que não pode ser expressa em sua totalidade pelo interdito da cultura como bem nos assinala Freud (1930/2010) em “Mal-estar na civilização”.

Além da intenção agressiva se observa que a relação de poder ultrapassa os limites do cuidado direto com a idosa. Sônia conta com satisfação que conseguiu mudar a médica que atendia a paciente por outro profissional:

uma médica que foi lá, realmente uma médica que foi lá, ela... que ela não gosta de animais, não gosta de cachorro, não gosta de gato, que ela não entra. Gente! Dela falar dela não gostar, pra mim [sinal de tanto faz com os ombros] não tem problema, eu guardo todos eles (...) o que eu não gostei, foi a atitude dela com os enfermeiro, eu não gosto

gente, sabe, não é porque ela é... médica, tem um grau a mais que vocês que ela tem que humilhar vocês, cê entendeu? Eu não aceito isso. Aí realmente né nega, conversei com uma pessoa, né, a pessoa falou pra mim, [Sônia], oh, tá aqui, o que você quer fazer? eu discretamente, liguei e falei que eu não queria, mas não falei que eu não queria, se não poderia voltar o médico que já tava com mais, né, acostumado com a paciente, mas esse tipo de coisa eu não gosto, sabe, ah, logo no começo, foi uma chefe das enfermeiras lá, meu, escrachou o pobrezinho do enfermeiro, meu anjinho [Gael] que foi embora, né, escrachou, gente, o que... o que..., ele não tinha feito nada, nada, nada, nada, eu acho que ela quis mostrar, que ela era superior a eles, chefe deles, entendeu? Aí eu não gostei, também dei o meu jeitinho, entendeu? [risos].

7.3.3 *Meu paciente está morrendo*

Sônia conta da primeira experiência com pacientes em terminalidade e reconhece a importância de sua intervenção para garantir o bem-estar da paciente:

chegou uma época que ela passou mal, ela foi na casa do vizinho, mas a mangueira do oxigênio era bem grande, ele falou assim: [Sônia]? [Sônia]? Eu falei: oi?! A dona [Bela] desmaiou! Eu falei: como assim? Ele: não, [Sônia], ela desmaiou, demorou um pouquinho ela voltou, só que ela não sabe que ela desmaiou, eu falei: então eu vou aumentar o oxigênio dela, vou demorar um pouquinho e vou pra aí [casa do vizinho] tá? (...) A filha dela já ligou pro médico, nós levamos ela. Aí chegando lá o médico falou, ela só não partiu, porque a menina é mais esperta, ligou o oxigênio, fazia ela bombear bastante e o oxigênio ia voltando pra cabeça dela entendeu? Aí foi que eu comecei a pegar amor, ainda mais com os velhinhos, entendeu?

Sônia passa a gostar do trabalho quando percebe os efeitos de sua atuação para a saúde da idosa. Saúde que vai além da física, ainda que de um modo atravessado, Sônia se esforça ao máximo para permitir que a idosa exerça sua autonomia.

No trecho abaixo Sônia narra como compreende a condição de finitude de sua atual paciente:

Quando [D. Elisa] ficou internada no hospital, ano retrasado, pra falar que era uma paciente paliativo tal, tudo bonitinho (...) Ela [médica] nós passamos que é uma paciente paliativo tá, que ela tem que ter uma qualidade de vida, que ela pode durar 20 anos, 30 anos, 50 anos, como de uma hora pra outra ela pode ir embora, ela [filha] falou assim, mas eu não sabia disso. Aí a paciente [médica, falou paciente equivocadamente] falou pra mim assim: você tá ciente do que é um paciente paliativo? Eu falei: ah eu perguntei pra meu genro né que era médico e as minhas amigas que a maioria é tudo enfermeira, então eu tenho ciência sim, então uma hora eu chegar lá e ela pode num tá, né? Ou ela pode viver muito tempo e eu ir embora [morrer].

Interessante notar o ato falho de Sônia, ao dizer paciente no lugar de médica, Sônia diz que é a idosa quem vai definir quando irá falecer.

Quando é convidada a se imaginar diante da morte de sua atual paciente, o discurso de Sônia dá voltas para concluir que será um momento de grande sofrimento:

eu já passei por isso. A minha paciente de Bertioga, que eu fiquei com ela, com ela eu fiquei seis anos, é... dolorido, nega, tá? É dolorido! Porque assim, você acaba pegando amor (...) Aí ela falou pra mim assim [ênfase], ah, mucama, eu te amo. Aí eu, eu também te amo. Ela: não mucama, eu te amo. Desculpa o que eu faço, desculpa, cê dá mais atenção pra mim do que os meus filhos Cê nunca vai me abandonar? Ainda bem que a [D. Elisa] não fala! Cê nunca vai me abandonar? Cê vai ficar comigo até o final? A mucama foi burra e falou que ia ficar! [risos] (...) chegando lá fez lavagem [intoxicação exógena], mas não tinha mais jeito né? Aí eu fiquei com ela, uma semana, e assisti a morte dela [sentimento de pesar] (...) Então, eu, sabe assim, é que nem eu falo, eu quero, eu peço todo dia pra Deus e pra meu povo, eu quero chegar lá e [D. Elisa] já ter falecido, cê entendeu? Nem que eu chegue lá e encontre ela morta, ela não foi comigo, entendeu? Eu não tô vendo a cena de novo, entendeu? [é difícil né?] É difícil! Então, eu não quero ver aquela cena de novo.

No trecho acima é possível observar a dificuldade de Sônia em imaginar a morte de sua paciente. E nessa dificuldade, Sônia recorre a experiências de perda anteriores e entende que não gostaria de novamente acompanhar o processo de morte de Elisa.

Mais adiante, Sônia avança nessa reflexão:

se eu chegar perder a [D. Elisa] é um pedaço da gente que vai embora, cê entendeu? É um pedaço da gente que tá indo embora, mas tem horas nega, que fora de brincadeira, eu prefiro que a [D. Elisa] fosse embora [porque, Sônia?] Olha... eu não sei se eu vou aguentar muito tempo, não por ela. Sempre falo bem isso pra outra filha dela, não por ela, eu não sei se eu vou ter muita paciência com o filho dela, sabe? (...) Então tem horas que eu prefiro sim, eu queria que ela me ligasse de madrugada, [Sônia], a mãe faleceu, tá? Ou então, eu chegar lá e encontrar ela morta [você só não queria estar no momento?]. Só não quero estar no momento, sabe assim, porque eu já assisti a da minha afilhada, já assisti a dessa senhora entendeu? Então eu não quero ter mais uma na minha lista que eu assim cheguei a ficar até o final, cê entendeu? Eu não quero isso, entendeu?

É possível identificar uma contradição frequente no momento de uma perda iminente: o sofrimento pela morte da pessoa amada e o alívio que esta morte traria. Cabe também lembrar que para a psicanálise, a morte é um potencial trauma e o representante máximo do encontro com o real (JORGE, 2008). Deste modo, a morte de um paciente com quem o vínculo extrapola os limites trabalhistas pode ser interpretada como uma experiência da ordem do real.

7.3.4 *Eu sou e não sou da família*

No trecho abaixo, Sônia compara a relação entre o cuidador e o idoso, com a de pais e filhos. Coloca a comparação como se o cuidador fosse mais próximo ao idoso do que os filhos:

Aí foi que eu comecei a pegar amor, ainda mais com os velhinhos, entendeu? Que você, é uma parte assim que eu falo né, que os filhos não têm paciência, tá? Eles pode comprar alimentação, comprar remédio, mas eles não tem carinho com os idosos, eles não entendem quando os idosos tão com dor mesmo ou quando eles querem atenção (...) Você tem que saber lidar com o idoso, porque eles vão te xingar, eles vão te ofender, mas você tem que deixar passar né? Só passar pra família o que tá se passando [no sentido de não falar das agressões, ou reclamar desses aspectos].

Ao longo de toda a entrevista, Sônia enfatiza que “o problema” de trabalhar com idoso é a família. No trecho a seguir a cuidadora reforça esse aspecto e demonstra estar no limite da relação com a família da idosa que cuida, pois, a família interfere no seu trabalho:

Porque se você quiser ajudar o idoso em alguma parte, a família não quer que você faz (...) eu vejo que a [D. Elisa] tá muito irritada, eu procuro ir fazer cafuné nela, carinho nela e tentar acalmar ela, pra tentar deixar as pessoas ir lidar com ela, e essa parte a filha dela acha que não, que você não deve de fazer isso (...) Ah, se o médico manda dar o remédio que ela mesma pediu pra acalmar a mãe dela, quando o remédio chega você não pode dar o remédio. Como que você vai lidar com o paciente? Entendeu? Como você vai fazer as coisas com o paciente? Então o problema quando você vai cuidar de um idoso realmente não é o paciente, é a família, tá?

Além do incômodo com a interferência no trabalho, é possível notar certa rivalidade entre a filha e a cuidadora. Ambas nutrem afetos positivos e negativos em relação a Elisa e aparentemente disputam seu amor quando se estranham quanto à condução do cuidado. Quando se é quase da família, é quase irmão, portanto, há rivalidade e há identificação: “Ainda hoje os sentimentos sociais nascem, no indivíduo, como uma superestrutura sobre os impulsos de ciúme e rivalidade contra os irmãos. Como a hostilidade não pode ser satisfeita ocorre uma identificação com o inimigo inicial” (FREUD, 1923/2011, p. 47).

Em dado momento da entrevista, Sônia relata um episódio em que a filha da paciente reconhece o lugar do vínculo entre a cuidadora e a idosa:

então é como a filha dela fala: [Sônia], nós já reparamos eu e a [neta da idosa], o dia que você não tá, se a porta abrir dez vezes, dez vezes ela olha na porta pra poder ver se é você que vai entrar, entendeu? Então a gente viu que ela tem confiança é em você. Não é na gente que é filha dela, é você! Se, uma semana que você ficou fora, ela fica toda hora

olhando pra porta, fica assim inquieta. Aí quando o dia que eu cheguei, a filha dela tava lá e aí [D. Elisa] como é que vai? Aí ela dá aquele sorriso, oba chegou minha salvação [a cuidadora] entendeu?

No trecho acima, Sônia utiliza o significante Salvação para nomear sua função e lugar na vida da paciente. E de fato é desse lugar que ela dialoga tanto com a idosa, quanto com a família. Este aspecto fica claro no seguinte fragmento:

cê não tem que ficar assim, ah... se minha mãe fez alguma coisa que eu não gostei, eu não vou gritar com a minha mãe. Aí vamo parar que eu tô cansada ou eu preciso descansar. Então... que eu vou jogar você numa casa de repouso. Porque essa última, a penúltima vez que ela foi pro hospital, o hospital mandou chamar a família que realmente era pra mandar pra uma casa de repouso. No hospital ela já tinha essas crises de gritar, então, o hospital já queria mandar ela pra uma casa de repouso. Eu não aceitei! - [você que disse não?] Eu não aceitei!

Sônia salva a idosa por duas vezes, do cuidado inadequado da família e depois de uma possível institucionalização. A cuidadora deixou claro que seu posicionamento foi primordial para que a família desistisse de institucionalizar Elisa.

Mais adiante, Sônia espontaneamente se questiona sobre seu vínculo com a idosa e sobre sua permanência nos cuidados com Elisa:

uma vez uma de vocês [profissionais de saúde], falou pra assim, que [D. Elisa] não partiu ainda porque eu seguro. Mas eu acho assim (...) eu acho que se eu deixar a [D. Elisa], ela não vai ser bem tratada, cê entendeu? (...) Porque é assim, quando você vê que se você largar o paciente, não tem problema, eu tenho um filho, tenho uma filha, tenho uma neta, tenho uma coisa, tenho outra, aí você fala, ah... [tanto faz], vou arrumar outro e vou embora (...) vai valer à pena eu sair pra poder ganhar um pouquinho a mais? E saber que ela não vai ter ninguém pra ficar com ela? Cê entendeu?

Esse trecho deixa claro que Sônia permanece cuidando de Elisa porque tem certeza de que ela é a única que sabe e aceita cuidar da idosa apesar de todas as dificuldades com sua família. Ademais, o discurso trazido por Sônia carrega certa onipotência, ao que parece, se ela sai de cena a paciente morre. E como não quer se haver com esta responsabilidade, fica.

O movimento realizado por Sônia nos remete à construção da consciência de culpa proposta por Freud (1930/2010):

A agressividade é introjetada, internalizada, mas é propriamente mandada de volta para o lugar de onde veio, ou seja, é dirigida contra o próprio Eu. Lá é acolhida por uma parte do Eu que se contrapõe ao resto como Super-eu, e que, como “consciência”, dispõe-se a exercer contra o Eu a mesma e severa agressividade que o Eu gostaria de satisfazer em

outros indivíduos. À tensão entre o rigorosos Super-eu e o Eu a ele submetido chamamos de consciência de culpa (FREUD 1930/2010, p. 92).

Em outros momentos o discurso de Sônia evidencia sua intenção agressiva, desse modo, é possível supor, que para além do vínculo com a idosa, Sônia fica pelo sentimento de culpa.

7.4 Cristiana: a “seguidora de Cristo”

O nome Cristiana é o feminino de Cristiano, que vem do grego *Christós*, e significa "cristã" ou “seguidora de Cristo”. Este nome foi escolhido porque a religiosidade é uma das marcas simbólicas primordiais desta cuidadora. Marca que nomeia e norteia grande parte de suas escolhas e trajetória.

Cristiana é cuidadora de um dos idosos acompanhados pelo serviço de assistência domiciliar da periferia de São Paulo ao qual a pesquisadora está vinculada. Ao ser convidada para participar do estudo, aceita como quem tem algo a falar.

7.4.1 Tornando-me cuidador

Cristiana torna-se cuidadora por uma necessidade, estava desempregada, entretanto, sua permanência neste lugar está vinculada à religiosidade:

Bem, eu cheguei nessa profissão por que... eu tava desempregada (...) eu não conhecia essa família (...) Ele tava internado, tava na UTI, aí eu fui visitar com a esposa dele que ela tava sozinha, muito triste e a irmã dele me pediu que eu a acompanhasse aí eu fui com ela (...) Aí quando foi em setembro, a irmã [irmã do paciente] chamou que a cunhada dela [esposa do paciente] e os filhos queria falar comigo, que eles estavam precisando de uma pessoa para cuidar do [Moisés] e que ela tinha pensado em mim (...) Mas antes ir, como eu sou religiosa, fui na igreja, busquei a palavra (...) e aí Deus mandou na palavra que ia, bem assim: enfermeira vou te dar um paciente na sua mão, pra você cuidar, você vai ser remunerada e pra você fazer a minha obra neste lugar (...) falou várias vezes, repetia várias vezes, eu fiquei emocionada, a irmã [irmã do paciente] ficou: [irmã Cristiana, irmã Cristiana!], eu falei: eu sei que ele tá falando comigo, eu pedi, e a gente pede e Deus manda, né? Que a gente não deve fazer nada sem antes pedir uma orientação, né? (...) Só ele sabe de todas as coisas, né? Só ele conhece o nosso coração, conhece as nossas necessidades e as nossas capacidades e aí ele falava assim que: não tenha medo que eu vou te capacitar, onde você pôr a mão, eu ponho a minha, onde você colocar a planta dos seus pés, eu coloco a minha, eu sou contigo, pode ir que eu sou contigo. E aí eu fui!

Cristiana faz esse relato de modo emocionado com a certeza de que escolheu e foi escolhida para ser cuidadora deste idoso. Cuidar de Moisés é a missão que Cristiana recebeu e decidiu não recuar.

Mesmo sendo uma missão a qual Cristiana está fortemente vinculada, é possível reconhecer dificuldades em sustentar essa escolha:

então o que me faz pensar em sair de lá é esse medo e o cansaço, porque eu fico muito tempo lá, então eu já tô muito cansada, eu trabalho 30 noites e 30 meio dia no mês, então é humanamente impossível uma pessoa trabalhar assim, trabalhar desse jeito, é puxado, eu faço porque eu fico com dó (...) aí eu me vejo na obrigação de ajudar, eu faço com prazer, não sou obrigada não né, no sábado que é meu dia de folga e no final de semana, eu tô trabalhando no final de semana porque eles me pediram [ênfase] (...) não sei até quando eu vou aguentar, mas enquanto eu tiver aguentando, também não vou ser hipócrita de dizer que também não me ajuda, claro que me ajuda (...) então eu trabalho, eu recebo o meu dinheiro, eu recebo um salário mínimo e mais os finais de semana que eu trabalho, se eu trabalho eu recebo né, então pra mim tá bom, só que tá difícil pra mim que me faz pensar sair de lá é o cansaço mesmo.

Mais adiante, Cristiana reconhece a fragilidade do vínculo trabalhista, especialmente pelo fato dele estar atravessado pelo afeto compartilhado com a família. Considerando a possibilidade de sua saída da residência, apresenta a seguinte reflexão:

Pedi pra eles aumentarem meu salário, eles disseram que não podia e que seu quisesse ganhar mais, que eu trabalhasse final de semana, eu fiquei muito triste com isso, porque eu acho que eu não merecia ouvir isso, mas [ênfase] ouvi, aceitei, até o dia que Deus permitir, e isso me magoou sabe (...) pedi pra eles “então me ajuda a pagar o INSS”? “Não, nós não temos vínculo trabalhista”. Quer dizer? Você acha que alguém vai ouvir isso e vai permanecer ali? Falar pra você assim? Do jeito que você se dedica... você faz o que você faz? Não... não tem vínculo trabalhista [voz embargada de choro] (...) Então, eles me propuseram que eu trabalhasse nos finais de semana pra ganhar mais, eles não podia aumentar meu salário. Quer dizer? Tão me explorando, porque não pode aumentar meu salário, mas pode pagar os finais de semana pra eles saírem [silêncio] e eu não tenho direito de sair (...) É! Mas mesmo assim, eu não guardo mágoa, rancor, graças a Deus eu não tenho esse sentimento... mexe! Mexe com a gente eu sou humana, mas eu não fico remoendo.

Notemos que o fragmento anterior demonstra que Cristina reconhece que a família usou de má fé ao não aumentar seu salário e propor que para ganhar mais ela teria que aumentar sua carga horária. No entanto, também é capaz de reconhecer as fragilidades da família. Entre priorizar a si e ser cuidadora, Cristiana escolhe cuidar. Assim como Cristo, Cristiana também oferece a segunda face. Uma escolha que certamente não é sem custos, mas talvez necessária à existência de Cristiana. Neste sentido, Freud (1927/2014) sinaliza

que “as concepções religiosas se originaram da mesma necessidade que todas as demais conquistas da civilização, da necessidade de proteger-se do opressivo poder superior da natureza” (FREUD, 1927/2014, p. 254).

A maneira como seu pedido de aumento foi acolhido pela família do paciente, casou grande mal-estar para Cristiana, a cuidadora encerra a entrevista retomando este ponto:

quando eu falei em aumento com a irmã, ela falou, você sabia, quando você veio trabalhar aqui você não sabia que era um salário mínimo? Eu falei eu sabia que era um salário mínimo, mas eu não sabia que era esse tanto de hora, que eu vinha de lá 13h, 13h da tarde, eu falei, não é porque eu aceitei o salário mínimo, que eu tenho que passar a minha vida inteira aqui ganhando um salário mínimo, porque eu posso, arrumei pra trabalhar, pra cuidar de uma senhora das 9h às 17h, pra ganhar um salário mínimo, de dia, à noite é mais caro, gente!

7.4.2 O “emocional” do cuidador

Cristiana fala sobre como tem lidado com sua missão, enfatiza a responsabilidade no cuidado com o paciente em fim de vida:

Eu penso que é uma missão, porque eu abri mão até das minhas coisas pra estar com eles. No sábado eu posso sair cedo, então eu levanto e deixo tudo preparado a roupa do banho, a caixa do curativo, deixo tudo preparado, aí dou água, dou a primeira alimentação, faço inalação e deixo ele lá pra eles cuidarem. Antes, como eu te falei que eu ia lá pra casa da minha tia, eu saía cedo e agora que eu não tô indo, eu fico com dó de deixar (...) quando eu vejo que ele tá respirando bem, que tá coradinho, limpinho, alimentado, medicado é muito bom. É como se fosse eu, eu me sinto no lugar dele, eu sinto que a falta de ar é o fim né? É o fim da vida, quem perde o ar, perde a vida (...). Então, eu fico feliz quando eu venho, às vezes eu tô aqui em casa, aí eles me ligam: ah você deu o remédio? Eles sempre esquecem de dar o remédio. Às vezes, eu mando mensagem, eu falo, não gente! Vocês têm de se adaptar né? porque, um dia eu vou embora, então vocês precisam [faz sinal de agilidade]. Mas eu faço com muito prazer, eu não me arrependo do que eu fiz até hoje e eu penso assim que daqui pra frente se for da minha vontade eu acho que um paciente paliativo é muito delicado é muito difícil, muita responsabilidade, eu gostaria que fosse um paciente mais suave, mas eu vou fazer com a mesma intensidade - [o que você acha que é mais difícil?] - o mais difícil é você ver o sofrimento dele e da família em volta, isso é muito difícil você dar o seu melhor e às vezes mesmo assim ficar difícil.

É possível observar a satisfação com que Cristiana relata seu enfrentamento à morte. Na medida em que cuida para que o paciente não morra, parece que ela vive. Em algum nível, Cristiana tem a oportunidade de refletir sobre sua própria morte, sobre fantasias e medos que nutre a esse respeito: quem perde o ar, perde a vida. Neste caso, é possível notar o movimento de identificação por parte da cuidadora. O processo de

identificação é apontado Cherix e Coelho Júnior (2017) como fundamental na construção da relação de cuidados. Para que o cuidador possa conhecer e escutar o idoso em suas necessidades, o primeiro momento, exige certo nível de identificação. Entretanto, a construção desta pesquisa nos permite assinalar para os riscos que este processo de identificação pode trazer ao cuidador, especialmente quando o profissional não consegue transitar para o momento da separação.

Ademais, Cristiana relata sobre o medo de ser responsabilizada pela morte do paciente:

O cansaço, a responsabilidade e o medo de perder e sei lá de repente eles acharem que eu tenho culpa, a gente tem medo, dá medo né? Então assim, eu sei que eles não vão pensar isso, mas o medo faz a gente pensar assim, de perder o paciente na sua mão né, é uma parte muito difícil. Você tá cuidando, zelando pela vida e a família primeiro, primeiro momento vão achar, não deu conta, não fez isso, mas graças a Deus até que eles são muito conscientes nessa parte, eles sabem que a situação dele é difícil, então o que me faz pensar em sair de lá é esse medo e o cansaço.

Esta fala de Cristiana nos remete à construção freudiana sobre o sentimento de culpa. Em páginas anteriores apontamos que o sentimento de culpa surge em resposta à agressividade para com o outro que não pode ser livremente expressa e retorna para sua origem, o Eu (FREUD, 1930/2010). Cristiana fala da missão que é este trabalho, mas também enumera uma série de dores e frustrações que o relacionamento com a família do idoso tem lhe causado.

Questionada sobre a natureza de seu cansaço, Cristiana revela:

mais físico, mental um pouco, porque a gente vê o sofrimento, o sofrimento mexe com a mente da gente né, porque você fica pensando o que fazer pra ajudar e às vezes você não tem recurso, o nosso recurso ali abaixo de Deus é oambu e o oxigênio (...) quando ele não está bem, eu nem cochilo, eu fico o tempo todo atenta, eu falo assim com a esposa dele, assim ó, a senhora descansa um pouco e eu fico um pouco, até o dia amanhecer, o meu maior medo é da noite, porque o dia é mais suave (...) aí 3h da manhã a saturação caiu e eu pedi a Deus, senhor me ajuda porque isso não pode acontecer, porque saturação dele sillps! Desce muito, então pra você ambusar e aspirar e fazer massagem, vira ele pra lá, vira ele pra cá, você sozinha, você olha pros quatro cantos só tem você [voz de indignação]. É complicado, ainda mais que é o dos outros, o seu é o seu e o dos outros que você tem que dar conta, né. Então assim é muita responsabilidade, todo mundo sabe que dificilmente, eu falei, eu quero que alguém prepare alguém melhor que eu pra eles, eu desejo isso do fundo da minha alma.

No trecho acima Cristiana aponta dois aspectos que ocasionam o desgaste emocional. O sofrimento expresso pela família que sofre diante da perda de seu ente

querido - movimento de identificação, e a responsabilidade pela vida do paciente, esta última construída pela própria Cristiana, provavelmente embasada pelo sentimento de culpa (FREUD, 1930/2010).

7.4.3 Meu paciente está morrendo

Cristiana relata sobre seus desafios ao lidar com o paciente em processo de morte. A morte aparece como algo a ser combatido através de muita luta. Cristiana luta por ela, pelo paciente e pela família. Luta para não entrar em contato com o real da morte (JORGE, 2008).

Ele tava todo inchado que nem pipa inchado. A gente ambulava, que a saturação dele chegava a 48, 49, 50, ele ficava todo roxo, gelado e a gente fazia massagem, levantava as perna dele, era assim, ele todo evacuado, a gente tinha que parar de limpar porque tinha que ambular, pra ele poder sobreviver, ele indo embora, indo embora e a gente ali lutando, lutando, eu lutei pela minha fé e pela família que tava sofrendo muito e pra não deixar o ar dele faltar, porque é muito triste você ver a pessoa perdendo o ar e você não poder fazer nada... mas Deus me deu paciência, me deu calma, me deu sabedoria... meus dedos e minhas mãos já estavam tudo adormecido de câimbra, porque era dia e noite com o ambu. E aí a gente não colocava o ambu no oxigênio, aí depois é que a gente foi orientado a colocar no oxigênio, aí melhorou, e passando isso o Dr. passou pra gente dar pra ele a morfina e aí a gente começou a dar, a esposa dele tinha muita rejeição com a morfina, mas eu convenci ela, falei pra ela se sentir bem, que é muito difícil a falta de ar, então ele ia ter uma sensação de bem estar, então ele precisava tomar. Dipirona, ela não gostava de dar, remédio de dor, eu dava porque o médico prescreveu e ele tinha necessidade, aí hoje ela já se adaptou né? Sempre que ele tá com dor, antes dele demonstrar aquela dor, que ele faz aquela carinha de choro, aí a gente já administra aquela medicação.

No fragmento acima também se observa o desafio de estar entre o discurso da equipe de saúde e o da família. Um lugar de grande desconforto, pois Cristiana reconhece as necessidades do paciente, no entanto, é somente após o entendimento da família que a cuidadora se autoriza a realizar a conduta indicada pela equipe.

No trecho abaixo Cristiana retoma os desafios do seu trabalho, mas também ressalta o valor do cuidado prestado e conta com satisfação os bons resultados que obteve (no trato com a família e com o paciente):

E aí a gente foi lutando, foi lutando, até que até que passou, a doutora (...) falou, vocês não acham que os órgãos dele tá parando? (...) então, pode tá parando o rim, daqui a pouco para outro, para outro, é a condição dele, ele é um sobrevivente porque vocês ama muito e cuida muito bem, se não fosse o amor e o cuidado ele não teria prazer de tá aqui, ele tá aqui porque ele tá super bem cuidado, então por isso que ele ainda tá aqui (...) E aí a gente

tá lá cuidando, lutando dia a dia, eu vejo, sempre, que ele tá melhorando bastante, ele perdeu peso, ficou muito magrinho, as feridas voltou a se abrir algumas feridas, mas através do cuidado já fechou algumas né? (...) ele que tinha menos de um mês de vida, ele tá lá, só não fala, não anda, não tem movimento, mas tá coradinho, ele não tinha mais força, tava pálido, não tinha força, agora ele tá forte, engordou de novo né? (...) eu sempre falo assim, que a gente que tá vendo o paciente todos os dias, a gente sabe do que ele precisa, a gente sabe como está melhorando, então as feridas, a gente testa, “faz assim”, outro dia a ferida das costas dele, do cóccix, tava sangrando muito, aí eu perguntei pra [enfermeira] porque tava sangrando tanto (...) e aí a gente suspendeu a papaína, aí falaram pra ela [esposa] passar só o óleo, aí no outro dia sangrando, falei passa só a pomada até acalmar e tá criando pele, já criou carne, não tem mais osso de fora, porque o ossinho tava de fora, como ele engordou, a gente já viu o resultado (...) Então, na hora do banho a gente faz massagem na barriga dele pra gente ver se tem alguma coisa diferente e pra ajudar nas fezes, então ele tá bem, na condição dele, do jeito que ele esteve e agora como ele está, ele tá bem recuperado, vamo ver o andamento das coisas, né?

Cristiana aponta os efeitos do tempo de convivência na condução do cuidado. Um cuidado nos mínimos detalhes:

muito detalhe que a gente não descobre na hora, a gente descobre na convivência, no tocar, como ele não fala, você tem que tocar nele, pra saber onde que tá o problema, se é na mão, se tá com dor de barriga, eu vou fazendo massagem, onde ele faz demonstração, a gente procura entender, e teve também a época da cânula que tava fora do lugar, que tava complicada, muita secreção, muito difícil e aí todo mundo achava que a saturação, a família né, por causa da traqueia e aí Deus preparou, eles foram lá tentaram trocar, eu falei, ele não aguenta trocar em casa, porque ele não aguenta ficar sem oxigênio, mas a equipe foi né predestinada pra fazer, tentaram, mas não deu, mas aí depois Deus preparou e eles marcaram pra fazer (...) aí graças a Deus eles levaram e foi questão de 20min, já ligaram de volta que já tinham trocado, aí trocaram também a sonda nasogástrica, aí ele veio com tudo novinho, aí voltou pra casa tranquilo, em paz, aí a gente já foi alimentar ele, a gente já tinha feito uma faxina nas coisas, na cama, no colchão, já tava tudo limpinho.

O trecho acima demonstra a intimidade que a relação de cuidado proporciona. A cuidadora sabe o que o idoso sente e sabe o que ele suporta: ele não aguenta trocar a traqueia em casa.

7.4.4 Eu sou e não sou da família

Cristiana relata sobre sua profunda conexão com o paciente e com a família. Ela cuida de todos, sabe da necessidade de todos, tem cumprido sua missão:

já se passaram 10 meses, ele já teve muita dificuldade na saúde, chegou a ser desenganado, mas assim, eu não sei o tamanho da minha fé, mas eu me encho de fé, quando foi falado que ele não duraria um mês, não teria nem mais um mês de vida e eles

[família], caíram num pranto, mas eu falei pra elas que era pra elas confiar na palavra que o senhor tinha mandado, e se o senhor o recolhesse, era dele, que tinha que aceitar, porque é o caminho de todos nós, então se a pessoa tá sofrendo e Deus recolhe, pra nós que fica, fica a saudade, mas pra ele que tá sofrendo fica a libertação, porque a libertação de Deus a gente não sabe qual é. Então, eu confortei elas [família] com essas palavras (...) E aí eu percebi, que a família... tava necessitada de muita atenção, né? Então eu comecei a acolher todo mundo e fui ficando, fui ficando, foi passando da hora, fui passando do dia [risos] (...) Dou muito conselho, né? Pra preparação né? Porque a gente não sabe qual é o caminho que Deus vai tomar. Então, a gente pede pra que a pessoa vai se desapegando, cuidando e se desapegando pra não sofrer tanto. Porque ali dentro tem muita dor e muito sofrimento, sabe? E isso é o que mais me prende lá, é ver tanto sofrimento, eu já quis sair de lá várias vezes. Eu já me aborreci algumas vezes, mas a necessidade é tão grande que eu relevo, me acalmo, peço pra Deus me dar paciência, sabedoria e quando eu olho pra ele aí eu me prendo, parece que tem alguma coisa que me segura.

Mais adiante, Cristiana traz uma fala que esclarece sobre a intensidade de sua dedicação: “cuido dele como se fosse meu pai”. Frase que demonstra o sentimento de pertencimento à família, tanto no sofrimento, quanto no investimento na vida do paciente:

Ai depois desse tempo que a gente via ele sofrendo daquele jeito, os filhos chorando, sofrendo, a esposa e eu acalmando cada um deles, dando conselho, orientando, pedindo pra ter calma, pra ter paciência, pra ter fé, que Deus ia fazer o milagre, mas tinha que ter paciência e lutar, não se desespera, não perca a esperança, vamo lutar, enquanto tem vida tem esperança, vamo lutar, vamo dar conforto pra ele, porque quando ele for, a gente não fica com peso na consciência. Então é por tudo isso que eu ainda estou lá me dedicando a eles, faço com muito prazer, não tenho preguiça, não tenho nojo de nada, faço com muito prazer, como se fosse meu pai, eu cuido dele como se fosse meu pai.

Além de sentir-se parte da família, Cristiana assume o papel de catalisador de emoções. A cuidadora acolhe e direciona a família nos momentos de maior fragilidade.

No trecho a seguir, Cristiana fala como se a esposa, os filhos e ela fossem uma equipe empenhada em cuidar do paciente. A cuidadora certamente lidera esta equipe:

porque lá tem muito amor, muito cuidado viu?! Muito cuidado, todo mundo cuida muito bem, os filhos, a mãe, eles cuida, eu tô lá também por isso, porque eu vejo o cuidado deles, eu vejo a preocupação deles, eu vejo o cuidado, todo mundo põe a mão na massa, é uma família pequeninha é a mãe, os dois filhos e eu que sou a ajudadora deles, é nós quatro, oh o tanto de gente que faz tanta coisa, a gente tem que ter união, tem que ter união, eu acho que eu faço eles circularem, quando eu vejo que eles estão desesperados eu digo não, calma aí, senta lá e entra outro, quando um tá cansado entra o outro, eu fico, porque eu não sou da família, então por mais que eu sofra, mas eu tenho um controle maior, então eu não posso fugir e deixar eles.

No trecho acima é possível observar que o lugar de liderança da equipe tem se tornado insustentável, especialmente pela intensidade do sofrimento compartilhado pela família e que ressoa na cuidadora:

Às vezes, a gente tá dando banho, ela começa a chorar, sabe, chora, eu falo pra ela “já tomou seus remédios hoje?” Ela: não... Então vá tomar seus remédios! Deixa que eu cuido dele, senta lá no sofá, fica lá um pouquinho, toma água (...) e aí como a gente vai sair de um lugar desse e deixar as pessoas nessa situação, é essas coisas, essa situação que me prende a eles, porque eles não tem preparação eu tava falando com a irmã se [paciente] morrer esses menino não vão entender. Eu digo: vão! Eles vão entender irmã, porque Deus vai fazer eles entender, porque na vida nada é pra sempre, tudo é passageiro, então a gente precisa entender, mesmo que no primeiro momento não entenda, mas depois... eu já perdi meu pai também, pensei que eu ia morrer de chorar, mas a saudade é eterna, mas a gente vai se acalmando né, se acalmando, fácil não é, então eu fico presa neles por causa disso, porque eu fico, tenho medo deles pirar.

Interessante notar que o sofrimento da família ao mesmo tempo gera mal-estar e prende a cuidadora a eles. Esta dificuldade de nomear os sentimentos e a experiência parece um bom exemplo daquilo que Freud (1919/2010) conceituou por inquietante – algo assustador que nos remonta a algo bastante familiar.

Ademais, a saída de Cristiana diante deste estranhamento inquietante que estar próxima a essa família lhe causa é nomear toda essa vivência como uma missão divina. Uma missão quase que dogmática e inquestionável. Missão da qual Cristiana parece não recuar:

é porque tem que dar conselho pra um, conselho pra outro, aí aqui em casa eu faço umas comidinhas, levo pra nós comer, eu faço [risos], eu faço sopa, aí eu faço torta, às vezes eu faço macarronada, faço panqueca, vasilhona, eles gostam de comer (...) todo dia eu faço suco, eu levo um suco, faço uma batata cozida, uma mandioca, pra gente tomar café, eu vou ajudando do jeito que eu posso, também não tanto assim, mas graças a Deus, Deus não deixa faltar nada.

Uma missão que faz borda para todos os sentimentos e estranhamentos que a função de cuidadora lhe causa. Impossibilitada de entrar em contato com o real, Cristiana clama pelo auxílio divino:

o negócio é você viver não fora da casinha, dentro da casinha, mas feliz, que não adianta você ter tudo e não ter felicidade né, ó todo dia eu tenho que falar com aquele povo, tem dias que eles tão assim [tristes], aí senta, aí eu vou embora, e digo já tô indo e vocês, presta atenção, não briguem, não discuta, respeitem um ao outro, porque [o paciente] precisa de todo mundo, como é que vocês vai trabalhar [cuidar do paciente] se tiver um mal com o outro, tenham paciência, exercite a paciência, aí eles fala que eu tenho muita

paciência, eu não sei se eu tenho muita paciência, mas quando tá acabando eu digo senhor tu dissesse que quando tivesse acabando tu renovava, então tu renova [risos]

Este último trecho deixa evidente que uma das faces da missão de Cristiana é organizar toda a família para o momento de perda do paciente. Alguns meses após esta entrevista o paciente faleceu e a família, apesar de todo o sofrimento, estava serena. Cristiana cumpriu sua missão, foi acolhimento inclusive no momento da perda.

7.5 Dom: “o que sabe fazer”

O nome Dom é uma variante do nome Dominic, que por sua vez é a versão inglesa de Domingos, o qual tem origem no latim *Dominicius*, que quer dizer literalmente “pertencente ao Senhor”. Porém, além deste sentido, o nome também remete ao substantivo masculino "dom", que significa alguém que tem a qualidade natural ou aptidão para fazer alguma coisa. Sendo este último entendimento o que melhor se adequa ao cuidador em questão.

O contato entre Dom e a pesquisadora ocorreu durante a internação de uma idosa de quem ele cuidava. Embora Dom tenha sido acompanhado por outra psicóloga da unidade, aceitou ao convite para falar sobre sua atuação em uma entrevista. O fato de um cuidador despertar a atenção da equipe de enfermagem a ponto de solicitarem atendimento para ele provocou a curiosidade de saber da pesquisadora. Este convite foi antes de tudo uma aposta, a qual Dom não hesitou em assumir.

7.5.1 Tornando-me cuidador

A aproximação de Dom com a profissão é na verdade uma descoberta sobre si:

Então tudo iniciou, com uma criação que eu tive, que foi pela minha avó. Né? Ela que cuidou de mim, não fui criado nem pelo meu pai, nem pela minha mãe. (...) Tenho contato com os dois, mas o amor mesmo fica com a minha avó. E daí, muito cedo, ainda adolescente, eu fui pai, então, eu deixei de ter uma vida assim, sabe? Muito boa, de diversão e lazer. Né? Curtição toda... pra cuidar de um pequenininho. Então comecei a pesquisar livro, como ser um pai? Como cuidar? Como trocar? Se tiver doente, os primeiros socorros, enfim. Sozinho. Ainda tava estudando. E aí consegui, consegui cuidar, né? É... fui observando médicos, o que um falava, o que o outro falava, e gostei! Minha avó falou que eu tinha o dom de cuidar, que não é qualquer um que, pra ser pai não basta fazer, o cuidado, ele é um dom.

É interessante notar que o cuidado é uma marca que Dom carrega consigo desde sempre e que foi sendo aprimorada para tornar-se profissão. Mesmo reconhecendo o cuidado como um dom, o cuidador também foi buscar formação:

Mas do trabalho, surgiu uma oportunidade de, de cuidar de um idoso. Então, um dia, algumas referências, alguns contatos de amigos e na época tava em alta isso, todo mundo precisava, queria e como eu ajudava todo mundo no bairro e alguns colegas também, e, tinha esse carinho primeiramente pela minha avó, eu adquiri esse carinho pelo idoso. Então eu fiz um curso no colégio [nome do colégio], há muito tempo, nem sei se existe mais. Curso rápido, era muito rápido. Eu acho que nem, que hoje em dia, um curso de cuidador de idosos deve durar dois meses, no máximo [risos]. Não tem muito segredo, mais pra dizer que o cara tem um curso, mas não tem segredo nenhum. Eu fiz, não cheguei nem a terminar, já surgiu paciente. E daí eu fui! Nervoso, mas o que levou em conta foi o carisma e o carinho. Porque esse trabalho, não é um trabalho motor, não é aquilo que você vai em troca de dinheiro, você usa, a sua personalidade, você em si. O algo que é dentro de você pra lidar com o idoso. E, dessas coisas tem o respeito, o carinho, o afeto, tem a compreensão.

No trecho acima, Dom também observa que para além da formação prática há características de personalidade que auxiliam no trabalho, características que ele chama de carisma e carinho pelo idoso. Colocação que está de acordo com o posicionamento de Manna (2013) quanto a autora destaca: “O que é exigido nos dias atuais de um cuidador de idoso profissional não pode simplesmente ser aprendido tecnicamente, com aulas ou transmissão de informações e conhecimentos de forma desafetada do drama” (MANNA, 2013, p. 14).

E diante do seu investimento na profissão, o próprio cuidador reconhece o seu valor:

Que já teve médico, que o médico do Einstein, bom! Caríssimo, e a paciente tava muito ruim, e eu falei até pra família, o médico vai fazer isso, isso e isso. E ele fez exatamente o que o cuidador falou. E assim, o médico falou assim, é isso! O cuidador conhece e sabe. E deu super certo, então isso é um ponto que, às vezes não tem preço.

Dom também fala de sentir o valor do seu trabalho nas ações que desenvolve com idoso. Ações de resgate de subjetividade:

Dessas minhas experiências, eu já tive paciente, que eu aprendi a fazer uma revista, uma revista do Jockey Club de São Paulo. Já levou meu nome uma daquelas revistas. Porque ele era integrante, queria trabalhar e o Jockey dispensou ele por causa da saúde, e teve um dia que ele tava tão bem, que eu falei, vamo lá fazer?! E fizemos! E fez a revista! E meu nome foi junto! [riso de satisfação].

Este último fragmento demonstra que o desejo de Dom neste fazer se retroalimenta a partir dos efeitos subjetivos que a relação com o idoso lhe traz. É um trabalho que lhe permite uma conexão consigo mesmo. Um posicionamento que remete à discussão quanto à função do cuidado na vida humana. Boff (2005, p. 28) argumenta que “nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado”. Com isso, compreende-se que o cuidado exerce uma função primordial não somente no início da vida humana, através das atividades parentais, mas atravessa-lhe toda a vida. Cada nova relação de cuidado assumida reedita afetos com maior ou menor intensidade, consequentemente com maior ou menor potencial de sofrimento ou felicidade.

Dom novamente situa sobre o valor do seu trabalho, coloca-o num lugar diferente da função de outros profissionais da saúde, no entanto, entende que a relevância se iguala:

Assim como os auxiliares de enfermagem, técnicos, enfermeiros em si, médico, o cuidador também tem esse valor, que às vezes só ele consegue (...) nessas minhas experiências, eu fui pra um convento também (...) Teve uma paciente que foi pra lá, a família achou melhor pelos custos, e há uma semana ela não abria os olhos e nem comia direito, as irmãs, enfermeiras, as freiras lá, não, não conseguiram e aí quando eu fui, o nome dela era [Camélia], D. [Camélia], eu chamava ela de [Lélia] ou [Lia], no dia que eu cheguei, eu falei: [Lélia]?! Ela abriu o olho, ela na cadeira de rodas, de costas, ela não tava me vendo, eu tava de longe ainda chegando, [Lélia]! Ela abriu os olhos!

O fragmento anterior demonstra o quanto Dom permite se conectar ao seu paciente. Uma conexão que nem sempre acontece entre a família e o idoso. No trecho abaixo, Dom esclarece sobre suas hipóteses. Ao que parece quando a família falha, a necessidade de ter um cuidador se projeta:

nesse tempo de trabalho já passei por agências, por agência e atualmente eu tenho minha empresa, eu sozinho, porque meu celular é só de paciente me procurando, tá disponível? Como é que funciona? (...) porque assim, os filhos que tá começando a vida, tá viajando por causa do trabalho, trabalho. Os pais já estão aposentados, tão em casa, mas a doença vai vir e eles precisam ser assistidos. Porque querendo ou não, uma hora ou outra pega na parte de fisioterapia, pega na parte de enfermagem, é no intestino, é coração, é diabetes, ou já tá com Alzheimer, ou AVC, ou um sabe, um infarto, muitas dores, não tá dormindo, não tá falando direto, ah tá caindo, quedas, quebra isso, quebra, quebra. Aí começa a fazer toda, aí mexe muito na família, né?

Essa falha da família foi devidamente conceituada por Camarano e Kanso (2010), as autoras demonstraram que diante da redução no número de filhos, dificuldades econômicas, inexistência de vínculos, ou por outros motivos, a maioria das famílias apresenta ou irá apresentar dificuldades em prestar cuidados adequados aos idosos.

7.5.2 O “emocional” do cuidador

Se o cuidador está tão próximo ao idoso, seria possível não ser tocado pela dor dele? Dom conta sobre como enxerga essa questão em dois trechos distintos da entrevista:

Tem muitos profissionais da saúde que um lema, até enfermeiros já falaram pra mim, que é assim: não se envolva com o paciente. A dor dele é dele, não se envolva porque depois você sofre. Só que o cuidador tá lá com a pessoa dia a dia, ele tá lá direto. Ele sabe os costumes, ele sabe as vontades, sabe as dores, sabe tudo, até mais do que os filhos, até mais do que quem cuida, a esposa, o marido, os filhos... (...) tem aqueles momentos que você sente a dor, não importa, o dinheiro, ou que a pessoa foi, se foi boa ou ruim, chega um tempo que a dor, não tem jeito, não tem pra onde correr (...) ela vai vir, a doença vai atacar, vai doer muito, vai judiar muito e a gente assiste isso e também não tem como você trabalhar sem ter o afeto, o carinho, o amor. Você sente! Não tem como! O cara que falar, ah eu não senti, ou ele não gosta, ou ele tá fazendo lá por uma troca, que o seu trabalho é valioso, e muito!

A doação do cuidador com relação ao trabalho é tão intensa que, muitas vezes, Dom se viu abrindo mão de aspectos de sua vida pessoal para estar com os pacientes:

Foram 14 anos, já teve noite sem dormir, já fiquei semanas sem ver minha família, já fiquei sem férias, já fiquei, já vendi folga, já corri pro hospital numa emergência, já dividi com familiares a dor de uma perda, e já segurei na mão [pausa] até no último momento, que seria o momento da morte.

No trecho abaixo ele complementa sobre a experiência de perda dos idosos:

Porque você perde o contato, você perde aquele, todo aquele costume que tinha. Você tem a dor do emprego, porque você perde um paciente também, você, não dá tempo você descansar, você tem que correr atrás, entendeu? Essa é a parte muito ruim, você não tem segurança de nada. Se você tá ali, faz o que faz, mas você sabendo que raramente vai ter muito tempo aquilo, você sabe disso, e mesmo assim, você vai e faz. (...) E ficar alegre pro outro paciente. Então, seu psicológico é bem ali... [no limite]. Em casa, quando você tem filho pequeno que você tem que brincar. Então, é muito na cabeça, você tem que tá bem, pra você trabalhar bem e transmitir serenidade pra eles também. Além de tudo né, que você tem que tá preparado pra uma dor de cabeça, ah o que que é? É gripe, é dor no estômago? O que que é é nervoso, é úlcera, é..., é..., prisão de ventre, é porque não comeu? É alguma coisa aí que você vai ter que investigar e com o tempo você já aprende.

No fragmento acima, Dom assinala sobre a complexidade de um trabalho que prescinde de um vínculo para acontecer, mas que gera efeitos subjetivos intensos. Há uma doação no cuidado com o idoso em fim de vida, mas quando esse idoso falece, automaticamente o cuidador está sem trabalho. E ainda enlutado pela perda é preciso recomeçar o trabalho com outro idoso, que também poderá falecer em algum momento.

Trata-se de uma experiência de luto, que não é valorizada ou reconhecida socialmente. Para Parkes (1998), o modo de manifestação do luto pode se agravar “por ter sido ignorado ou reprimido; porque a raiva e a culpa podem surgir e complicar o curso do processo de luto; pela exclusão do enlutado dos rituais; pela falta de apoio social para viver o processo de luto” (Parkes, 1998, p. 163). Cabe aqui chamar a atenção para a possibilidade do luto vivenciado pelo cuidador de idosos, devido ao seu não reconhecimento social, tornar-se uma experiência de grande sofrimento ou traumática em si.

7.5.3 Meu paciente está morrendo

Dom fala de modo emocionado da honra que sente em acompanhar alguns processos de morte:

Já assisti a passagem dessa pra outra e o idoso olhando pra mim, se despedindo, olhando pra mim, às vezes, eu vejo como uma honra, ao mesmo tempo, uma tristeza, porque no meu lugar era pra tá ali um filho, uma filha, um marido ou uma esposa, e não foi, já teve casos que foi eu.

No trecho abaixo Dom conta que precisou afastar-se de uma idosa em fim de vida devido as escolhas da família. Conta com pesar que após sua saída a idosa faleceu:

esse convento não poderia ficar homem, era só as irmãs e abriram uma exceção por seis meses, foi seis meses que eu fiquei lá no convento. E aí a gente tinha todas as atividades, eu participava de tudo, foi muito bom. Só que quebrava uma regra da instituição, de 72 anos, então, eu saí, passou duas semanas ela faleceu [se emociona ao contar essa história]. Aí assim você sente, você sente, porque, parece filme, coisa de novela, sei lá, mas toda a história de um cuidado, de um tempo, era dois anos comigo até ir pro convento. A família e ela também, muitas coisas dela foi pra mim. A família doou pra mim e eu aceitei, eu já ganhei muitos presentes, muitas coisas de cada um. É reconhecimento! Isso é riquíssimo.

Apesar da dor, Dom reconhece o quão valioso é acompanhar o processo de finitude dos idosos e demonstra participar junto com a família do processo de luto.

Já no próximo trecho, Dom conta com detalhes sobre sua participação no processo de finitude de outra paciente:

E ela tava bem, é uma coisa que eu não consigo entender, como é que a pessoa tá bem, tem isso que pode ficar e pode ir hoje ainda. E passou dois dias, três, e foi onde ela ficou totalmente confusa, a confusão aumentou, eu não entendi né? A respiração já foi

diminuindo, ela começou a usar aparelho, o bipap, né? E a fisioterapia não tava resolvendo. E a diabetes também tava subindo, ela tava, tava até tomando medicamento, não era muito alta né? Muito... era controlada. E... tava tudo desandando, aí os filhos não podiam vir, tudo longe, tudo trabalhando, foi onde... é... teve aquela parte, que eu sentia que ela tava desesperada com alguma coisa, então, eu acariciava ela, segurava na mão dela e sempre falava no ouvido dela que eu estava ali. E foi aí que na noite, ela, deu um grito, eu fui até ela, segurei na mão, ela apertou muito forte, e foi olhando pra mim, aumentando mais aquele grito, né? E aí a mão segurando mais forte. E abrindo bem os olhos e foi onde ela foi embora (...) como eu tava num hospital, eu acompanhei também a preparação do corpo, ainda de madrugada eu fui com um filho no cemitério, a gente foi ver velório, caixão e tudo, até isso, tinha que ver, o peso, a altura, né? E preparar, eu fiquei a madrugada toda, com ela, que os filhos iam descansar, que no dia seguinte ia ser o velório. Então eu fiquei com ela, sozinho, lá com ela, ela já no caixão já esperando os familiares, ou seja, eu não deixei ela na hora e após e naquele mesmo dia eu fiquei até o fim da tarde e levei ela também, junto com os outros dois filhos. Vai encerrar, foi a despedida final.

O relato rico em detalhes evidencia o quanto Dom toca e permite ser tocado pela experiência dos pacientes e das famílias que acompanha. É interessante notar que para ele o trabalho não encerra com a morte. A preparação do corpo e velório parecem ser a finalização de suas funções, mas também a despedida do idoso, e com isso o fechamento de um vínculo que certamente extrapola questões trabalhistas.

O posicionamento ameno expresso por Dom diante da velhice e da morte é quase raridade numa sociedade que hipervaloriza a juventude e menospreza os efeitos subjetivos do passar dos anos. Maffioletti (2005, p. 339) nos permite avançar nesta discussão quando ressalta: “O sentido que os homens conferem à existência e seu sistema global de valores definem o sentido e o valor da velhice”. De fato, as colocações apresentadas por Dom demonstram uma reflexão aprofundada sobre um trabalho que genuinamente o conecta consigo mesmo. Sua fala, de modo algum reflete uma idealização social, o sentido que velhice e morte do qual Dom se refere, tem a ver com traços subjetivos que lhe pertencem, singularmente construídos.

7.5.4 Eu sou e não sou da família

O relato de Dom demonstra que a profissão que escolheu lhe é paga não somente pelo dinheiro. Ao que parece o cuidador é tomado pela potência do encontro intersubjetivo construído com os pacientes e com seus familiares:

Eu tenho paciente que hoje eu sou amigo da família. Me chamam pra almoçar, divide festa, liga no meu aniversário, lembra, e olha que faz bastante tempo, preocupa, como

você tá? Você tá bem? Precisa de alguma coisa? Isso é gratificante, né? Tem a parte do financeiro, mas tem a parte que você entra na família, a pessoa sempre te abençoa antes de chegar, quando cê vai embora, quando pergunta pelos seus filhos e tudo, a impressão que dá é que aquele cuidado é retribuído (...) E, é divertido, porque você entra na vida do idoso. Você faz de tudo, não fica só apenas sentado e ele dormindo, você conversa, você joga, você assiste futebol, você assiste novela, você faz tricô, você aprende a fazer macarrão, você dá banho, você passeia no sol (...) Quando você consegue tirar um idoso que tá há muito tempo na cama, que ele sai, que um idoso, que só tá sentado, começa a andar um pouquinho. Claro! Tem a fisioterapia, tem os médicos, os remédios, mas acima de tudo tem o cuidador que tá lá todo dia, fazendo um pouco de cada um dos profissionais fazem.

No final do fragmento anterior, Dom ressalta o valor e o diferencial do trabalho do cuidador, que faz um pouco do que cada profissional faz. E mais adiante, o cuidador ressalta:

E é gratificante porque você tem uma pessoa que é experiente, que é vivida, que ganhou a vida, que fez de tudo e tá ali pedindo de joelhos a sua ajuda. Ela vê em você, uma solução. Te chama de anjo, te chama de herói. E... te elogia, de todas as maneiras. E aí você vai aprendendo mais coisas, você vai, é... mês a mês, aprendendo com o próprio idoso, com o que ele tem.

Já no trecho acima é possível observar uma satisfação do cuidador ao se perceber como a solução para alguém que pede ajuda, ou mesmo em ser o anjo e o herói do idoso que está vulnerável. Neste caso, é possível supor a existência de uma relação de poder entre o cuidador e o idoso. Pois esta fala transpõe a satisfação em aprender com o idoso, para colocá-lo num lugar de inferioridade com relação ao cuidador. Para Cherix e Coelho Júnior (2017):

A compreensão da relação entre idosos e cuidadores como um ato de amor e sacrifício, como um favor, um ato de bondade, traz implicações éticas de quem exerce essa função, profissional ou informalmente, assim como para quem depende desse tipo de serviço. Por questões culturais ligadas à caridade, é possível entender que quem fica no lugar de cuidador, pode, mesmo sem pensá-lo conscientemente, buscar um reconhecimento social que viria por meio do assujeitamento do outro, colocando o velho que perdeu aspectos funcionais no lugar de incapaz e dependente (CHERIX & COELHO JÚNIOR, 2017 p. 586).

Talvez o assujeitamento do idoso seja um dos grandes riscos decorrentes da relação de cuidado. A fragilidade física e emocional que representa o canal para a construção do vínculo, pode ser também ferramenta de dominação a depender de como esses afetos serão administrados pelo cuidador e pelo idoso.

7.6 Simão: o “ouvinte”

O nome Simão tem origem no hebraico *Shim'on*, que deriva do elemento *shamá* que quer dizer "ele ouviu" e também deu origem ao nome Simeão, dando o significado de "ouvinte". Ter disponibilidade para ouvir é uma das características primordiais deste cuidador.

Simão conheceu a pesquisadora quando atuava como psicólogo em uma clínica de psicologia. Nesta época ainda trabalhava como cuidador de um idoso com quem mantinha um importante vínculo. Talvez a potência deste vínculo tenha contribuído para que o cuidador aceitasse ao convite.

7.6.1 Tornando-me cuidador

Simão, ainda muito jovem, percebe sua intimidade e facilidade de contato com o idoso e a partir disto decide investir nessa profissão:

Assim, trabalhei em restaurante, sempre tinha essa coisa de escutar mais o idoso. E eu fui trabalhar num lugar que era um idoso 76 anos, ele administrava, enfim, eu embalava castanha, era uma distribuidora e eu gostei do jeito dele. Ele era carioca, engraçado, então eu fui despertando essa paixão. Embora eu sempre tive boa relação com a minha avó também que eu acho, tem essa questão da avosidade, sempre foi muito forte. E nesse meio tempo, eu tinha umas amigas que fizeram auxiliar de enfermagem, eu tava meio perdido, o que é que eu faço? Eu tinha parado de estudar, por uma questão financeira de vida, de não ter dinheiro, de parar de estudar pra trabalhar mesmo. E quando voltou eu falei preciso de uma coisa que me dê um dinheiro rápido, ah vou fazer história, vou ser auxiliar de enfermagem! Aí minhas amigas aconselharam, oh faz o curso de cuidador, cê vai ter uma noção do quê que é. Fui assim, mas ninguém colocava uma fé, tipo assim, um moleque de 18, 19 anos falando quero ser cuidador? Não!

O relato de Simão demonstra que o curso de auxiliar de enfermagem veio para torná-lo um cuidador qualificado:

Fiz o curso, a minha primeira experiência foi com um idoso acamado e era uma senhora assim... Foi horrível porque eu não tinha acabado o curso. Era uma empresa, não tinha uma valorização do cuidador. Aquela coisa de ah é R\$ 40, 00 o plantão de 12h num domingo! Aí eu pensei, meu não é pra mim! Porque eu fui e não sabia trocar uma frauda. A prática é muito diferente, mas eu gostei de conversar com a idosa, mais que todo o processo (...) nisso eu entrei no auxiliar de enfermagem, depois eu fui fazer o auxiliar de enfermagem pra ser um cuidador bem remunerado.

Quanto às questões trabalhistas, Simão aponta algumas dificuldades quando o cuidador está vinculado a alguma empresa:

tive uma desavença. Home care sempre muito complicado em questão de pagamento. Eu fazia escala e era parceiro, o pessoal combinava comigo eu vou por tanto. Meu chefe não queria pagar, eu falei, quer saber, dane-se vou sair! (...) eu fiquei dois anos como auxiliar, agora que eu tô num emprego ok, eu vou sossegar! Vou entrar numa faculdade, mas nada, logo de pressa encontrei outro idoso pra cuidar de final de semana.

Simão complementa que atuar como autônomo e negociar diretamente com a família do paciente pode ser mais vantajoso do que um trabalho com tipo de vínculo CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas):

tava fazendo faculdade, tava cansado, falei cara, no final de semana eu ganho quase o que eu ganho na semana, eu vou optar por ser cuidador. Enfim, CLT é bom, mas o cuidador tava dando mais dinheiro, se eu pegasse mais dois plantõezinhos eu conseguia viver de boa (...) eu fui pra entrevista e foi duas filhas. Assim a entrevista foi bem marcante porque foi a primeira vez que eu fui direto: tanto! [valor do plantão] (...) e aí foi um processo muito louco, porque, eu ganhava muito bem. Então tipo assim, nossa! Na época o meu plantão já era R\$ 200, 00. E eu tô falando de seis, sete anos atrás. Nossa! E valorizava, ela falava a gente paga décimo, paga férias, o que é muito incomum.

Simão, agora psicólogo, esclarece sobre o porquê de não atuar como cuidador neste momento. Ao que parece, desloca a função de cuidar para outro fazer:

Então eu não... de cuidador agora, se eu precisar eu acho que eu volto, agora eu exerço um papel de cuidado em outra profissão, tanto que eu vou muito pela linha winnicottiana, a clínica do cuidado, mas é... sempre, assim, se eu precisar eu vou.

No trecho abaixo, Simão tece reflexões sobre seu desejo em relação ao cuidado:

Agora, porque? Da onde vem esse cuidado? Me pergunto na análise sempre. Em muitos processos, mas eu acho que algumas coisas são porque são e a gente desenvolve mais. É lógico, tive momentos de raiva, de não quero ser cuidador, de não quero cuidar, não quero cuidar nem de mim. Enfim, tinha momento que me cuidava mais, me cuidava menos né, tem tudo isso. Eu penso assim, pra ser cuidador precisa ter recurso pra oferecer, que se não você adocece. Não é dinheiro, não é, por isso acho que muitas famílias optam por home care, porque o home care, eles vão ter muita gente trocando circulando. E talvez tem muita gente que ocupa o lugar de cuidador por necessidade. O que me deixava muito puto, assim, porque profissionais de home care tem que ser os piores? Cara, tem que ser os melhores assim, tipo, cê vai pra casa da pessoa, cê vai lidar com o fim dela, precisava era pagar R\$ 300, 00 o plantão pra galera sair do hospital e ir pro home care. Mas não acaba sendo, às vezes, pra cuidador e pro auxiliar de enfermagem o home care é aquela opção de que eu não consegui entrar no hospital e eu fui. E eu fiz um caminho diferente, eu não fui por isso, eu escolhi, então a remuneração eu encontrei um lugar bom porque é por isso, eu me valorizei (...) Porque se você ganha bem, você consegue se especializar

mais, cê consegue deslocar, entender né, consegue investir na sua cultura, você consegue investir em coisas prazerosas que o dinheiro vai te proporcionar também, então, a probabilidade de eu ter um retorno bom é muito alta também [melhor cuidado com o idoso].

Simão encerra sua trajetória como cuidador constatando que esta profissão exige uma doação do profissional, algo que não vem do dinheiro, mas de uma disposição para cuidar. E talvez esta disposição se sustente nos vínculos estabelecidos na relação de cuidados. Simão sempre se sentiu cuidado pela família e pelo idoso, em contrapartida ofertava o melhor cuidado possível. Nesta direção, Cardoso e Neto (2016) afirmam que o cuidado ao cuidador é imprescindível para que haja uma escuta adequada e acolhedora de sua parte com relação a demanda apresentada pelo idoso.

7.6.2 O “emocional” do cuidador

Simão relata alguns conflitos subjetivos que a experiência de cuidado lhe proporcionou:

minha mãe teve um AVC, ficou um tempo internada e a família super me acolheu. Mas minha mãe chegou a falecer. Foi um processo muito louco, como que o meu paciente de 96 anos todo fudido, todo cheio dos problemas, não coloca todo fudido também [risos], porque era essa a sensação que eu tinha né, tipo, não mano, eu tô cuidando dele e minha mãe morreu? Não! Quee história é essa? (...) depois que eu perdi minha mãe eu entendi a função que ele tinha na minha vida. Era uma função paterna também, ele supria minhas necessidades. Trabalhando lá eu comecei, tava na faculdade, eu concluí a faculdade, eu fui morar sozinho, eu consegui juntar dinheiro, dar entrada num apartamento (...) perdi minha mãe em agosto, aí no outro dia das mães o meu paciente tava na UTI, então, sabe assim, e eu fui trabalhar. Assim, à noite e eu não tive a sensibilidade de falar eu não quero esse plantão, porque eu poderia falar eu não quero e fui (...) mas que isso também foi fundamental porque eu tinha ali, eu fui ficar, porque era o que me dava uma troca né também.

Esse último trecho deixa evidente que as funções do trabalho como cuidador atravessam a vida de Simão. O idoso de quem cuida é uma atividade laboral, é pai, é acolhimento e fonte de angústia. Condição que mais uma vez nos remete à Freud (1919/2010, p. 371): “o inquietante das vivências produz-se quando complexos infantis *reprimidos* são novamente ativados, ou quando crenças primitivas *superadas* parecem novamente confirmadas”. Neste vai e vem do primitivo que é reeditado a cada nova experiência é que se encontra o inquietante da experiência do cuidador, que para ser sujeito, foi cuidado um dia.

7.6.3 Meu paciente está morrendo

Simão conta sobre o primeiro paciente que viu morrer. Após o sentimento de impotência ser ressignificado o cuidador pôde seguir:

quando ele faleceu eu fiquei muito mal mesmo, muito frustrado, aquela sensação de impotência sabe? Falei ah, não sei se eu quero mais ser cuidador, se eu quero mais isso pra mim. Quando eu tava no estágio de enfermagem, eu tinha feito tamponamento, eu lidei com algumas mortes, mas não foi uma tão direta, sabe? Enfim respirei, ressignifiquei e vamo.

Em contrapartida, no trecho a seguir Simão relata sobre a qualidade do vínculo e a mediação do home care no sentimento do cuidador diante da perda do idoso. A distância afetiva parece protegê-lo do luto: *ele também faleceu, mas eu não tinha um vínculo mais [forte] era por um outro modelo, outro home care, porque o home care dá essa distanciada, te coloca um certo limite... enfim, passou, ele faleceu, aí arrumei um outro paciente*. Em concordância com o discurso de Simão, Manna (2013) sugere que o domicílio pode ser um ambiente de vulnerabilidade ao cuidador:

São solicitados a lidar com todo o entorno dos idosos assistidos, com a família, vizinhos, amigos, demais membros da comunidade e profissionais de saúde, o que torna mais complexa a prática do cuidado. Passam grande parte do tempo sozinhos com os idosos, sem a proteção das paredes e recursos de um estabelecimento institucional, expostos às adversidades do ambiente familiar da pessoa cuidada. Neste contexto, são frequentes sentimentos de não saber o que fazer, de não dar conta das necessidades do idoso assistido, além de estabelecer relação de muito envolvimento emocional e proximidade física (MANNA, 2013, p. 15).

Ainda nesta mesma linha, mas sob outra perspectiva, Simão aponta o medo de ser responsabilizado pela morte do paciente:

sempre aquela coisa assim do tipo, mano, ele vai morrer na minha mão? Mas era a questão do ele vai morrer na minha mão, que justificativa eu vou dar pra família? Porque eu tinha a sensação que eles iam entrar rasgando, porque assim, a gente tinha que mandar informação, eu tirava foto do monitor de hora em hora, sinais vitais ok, saiu noite tranquila, isso, isso e isso.

No trecho abaixo Simão relata sobre o incômodo com as câmeras no domicílio. Por um lado, sentiu-se constrangido pela vigilância das lentes, mas também confortado pelo fato do equipamento atestar para a família sobre a qualidade do seu trabalho:

falei, meu, que bom que tem câmera, porque se ele falecer aqui, ela vai ver, eles vão ficar puxando, com certeza e vai ver que não negligência (...) Assim, loucura total! Só que quando eu cheguei lá no hospital, já não era mais aquele sopro de vida que costuma dizer. Seu [Carlos] foi pra UTI de novo, aquilo que eu te falei, o Highlander? Não... ali dessa última vez, meio que quando eu vi a filha dele tava lá fora no dia. Olha cê vai perceber que não parece mais ele.

A necessidade de afirmar a qualidade de seu trabalho, nos remete à construção freudiana quanto a consciência de culpa - originada do sentimento de agressividade não introjetado e dirigido ao Eu (FREUD, 1930/2010). Em contrapartida, o tom jocoso com que Simão profere seu discurso, faz referência à intenção agressiva de que nos falou Lacan (1948/1998). Nem sempre a agressividade será expressa através da violência, o humor pode ser uma via interessante para seu destino.

Para além disso, no final do trecho anterior, Simão aponta como percebeu o início do processo de finitude do paciente. Sem identificar uma causa objetiva, Simão notou que havia algo diferente naquela internação. A seguir, o cuidador relata com detalhes os últimos momentos com o idoso:

alguma coisa já me dizia tipo (...) é o finzinho mesmo, é a última vez que vejo em vida, já não estava em vida ali (...) eu passei pro outro cuidador, ele tá bem grave, eu acho que ele vai falecer nessa manhã (...) não tá bem, eu acho que tá aí caminhando pra esse fim, fim mesmo (...) falei olha, liga pra [Soraya] pra ela vir aí, eu também não queria muito me comprometer, eu passei o plantão pra ele, passei pra [Soraya], pro grupo. Falei, olha, ele teve uma noite tranquila, dormiu muito sereno, tal, tal... Foi o tempo assim de eu chegar em casa, eu saí de lá às 9h, dei uma cochilada agoniada, quando deu por volta de umas 14h, o [Ruan] me ligou dizendo que ele tinha falecido.

Em outro momento da entrevista, Simão compara a perda de Carlos com a de outro idoso que recebeu cuidados paliativos e lidou com a morte de modo natural:

foi lindo essa passagem dele nesse sentido de ser recebido, de ter essa aceitação, totalmente diferente do outro. Mas aí cada caso é um caso, então não sei se eu aceitei bem porque teve uma aceitação muito boa da família ou porque também o vínculo que eu tinha com o outro nem se compara. Depois desse eu falei, chega, eu acho que eu já tive tudo pra organizar como cuidador, eu já vi passagens, com a pessoa lutando, eu já vi passagem com a pessoa aceitando [risos].

Ao que parece, ver todos os tipos de passagens também simboliza o encerramento do ciclo como cuidador para Simão.

7.6.4 *Eu sou e não sou da família*

A questão de ser ou não da família aparece de forma ambígua no discurso de Simão. O cuidador refere ser tratado como “da família”, mas, por vezes, faz questão de diferenciar o vínculo:

eles me acolheram como alguém da família, de fato mesmo e não aquele alguém da família como “ah aqui é minha família, mas não é”, que a gente sente isso. E, claro que eles me acolhiam, mas eu não era também, eu não queria ocupar esse lugar, porque não era a minha família né? Mas assim, eles eram muito zelosos.

Contudo, o bom vínculo não é sem custos. Afinal quem é da família acolhe, mas também invade o espaço subjetivo:

eu adoro a coxinha da Oakley, então quando a filha dele sabia que era o meu plantão, ela ia na Oakley, comprava coxinha da Oakley pra gente tomar de lanche (...) é que esse pessoal que tem mais grana, porque não é o meu caso, eles gostam de saber da nossa vida também. Tem a minha orientação sexual que eu sou gay, mas eu sempre fui muito discreto, na verdade eu sou bissexual, piorou, hora cê vai tá com mulher, hora com homem (...) porque eu sempre achei que chefe é chefe, nunca é uma relação vertical, mesmo no consultório, nunca é horizontal, desculpe, sempre é vertical, sempre vai tá aqui nois muito brother, mas estamos aqui na verticalidade (...) eu acho que o cuidador pra mim tem essa função, eu cuido, em contrapartida eu sou cuidado. Então assim, eu era cuidado pela filha do meu paciente, porque elas pensavam assim eu cuidando dele automaticamente esse cuidado vai pro meu pai. Eu acho muito raro isso, eu sou assim, extremamente privilegiado. Eu acho que também é mérito meu.

O trecho acima revela um ato falho na relação entre o cuidador e a família. Por vezes vertical (com ordens a serem cumpridas) e por vezes, horizontal (quando a família cuida do cuidador), mas também quer saber de sua vida para além do trabalho. Outro ponto a destacar é que por sentir-se cuidado, o cuidador sente-se mais motivado a cuidar do idoso. O que permite compreender que esta relação extrapola os limites de um vínculo trabalhista.

No fragmento abaixo, Simão apresenta reflexões sobre a agressividade do idoso e o manejo desta questão com a família:

Seu [Carlos], às vezes, quando você for colocar não precisa pôr o nome exatamente [o cuidador percebe que falava livremente]. É que eu vou soltar porque é muito simbólico nesse sentido. Ele, às vezes ficava agressivo, do nada. Tinha dia que no olhar, novamente, assim, ele não tava. Então ele apertava a mão da filha dele, um dia ele machucou, ela teve que usar tala, e... e aí acontecia de um dia ele não tá com a minha cara. Comigo aconteceu muito menos, mas aconteceu uma vez e ela sempre... a filha ficava: papai! É fulano, é o [Simão]! Você não gosta dele? Aconteceu alguma coisa? Aí me colocava nesse lugar de

questionamento (...) eu falei olha eu não gosto do jeito que você fala, dá a sensação de que, né? E assim eu tô com ele aqui o tempo inteiro, “Não eu não pergunto”. Falei olha, pode não ser, mas... é assim que eu senti e não gostei, acho que as pessoas não gostam, porque você desmerece tudo o que a gente faz. Então, eu falei assim, olha, então no dia que ele apertou sua mão, o quê que você fez pra ele? Você não fez nada, então, porque eu teria feito alguma coisa? Então eu fui trazendo ela, então ela tinha assim muito tato comigo. Porque tinha dia que ela ia lá causar né? Era solteira, morava no prédio da frente e tinha tempo, então tinha dia que ela ia lá só causar e aí, aquela atenção flutuante né? Tinha dia que eu metia o modo seu [Carlos] ativado! Ficava eu e ele sentado e ela falando sozinha, porque eu não tinha às vezes essa disponibilidade de dar escuta pra ela né.

É interessante notar que Simão escolhe usar os mesmos recursos do paciente para lidar com a família. Depois de concluir a graduação em Psicologia, Simão escolhe cuidar de Carlos até o fim de sua vida. Uma escolha que reposiciona o seu lugar de cuidado no domicílio:

foi a época que eu fiquei assim, pelo vínculo muito forte, do que eu tinha decido no momento de consciência também, de lembrar de tudo de bom que a gente tinha construído, do quanto a gente era importante pro seu [Carlos], porque ele meio que despersonalizou um pouco mesmo, a gente lutava pra personalizar e não conseguia (...) Então a relação era outra, do tipo é isso, eu estou aqui porque me paga muito bem, mas eu teria outra opção sim, teria, nem que fosse de cuidador em outro lugar.

No trecho abaixo Simão relata sobre a despedida que construiu com Carlos. Uma despedida difícil, especialmente porque o vínculo trabalhista e afetivo se mistura. Simão se despede do pai, do amigo, do chefe:

eu tive esse último diálogo com ele, de que foi muito bom trabalhar todo esse tempo com ele, que eu percebia que ele tava muito cansado e aí ao mesmo tempo gera uma culpa. Tipo assim, você não é o parente, você conversar isso com a sua mãe, quando a minha mãe tava falecendo, eu tive isso. Mas eu falei é a minha relação, se depois ele for organizar, porque eu acho que... quando se torna muito moribundo assim, se apega a algumas coisas. Então assim, eu entendia que também ele poderia se apegar tipo, a minha faculdade. Olha, até que pode ser meio prepotência da minha parte, mas eu tinha um vínculo com ele. Então assim, eu já tinha iniciado a clínica, eu já tinha me formado, então eu agradei por isso. Sabe? Olha, eu consegui me formar psicólogo, como a gente conversava, eu tenho uma formação agora, não sou casado, mas eu tenho uma formação, porque a vida dele falava é ele não é casado, não tem namorada porque ele estuda (...) Então eu falei, olha minha vida tá super encaminhada e hoje eu só quero te agradecer por isso. Tô aqui, como eu falei, foi uma honra todas as noites que eu passei com senhor, de natal, não só de natal, mas de tudo. Eu tenho essa gratidão e hoje eu quero te falar isso. Foi uma despedida, mas eu não disse: pode partir! Porque eu acho que o dom da vida não é meu né, mas eu, quis ter, essa coisa (...) enfim, me despedi dele.

Vale ressaltar que apesar da despedida, Simão não consegue autorizar a partida do paciente. Um tanto porque essa escolha não está no seu controle, mas também porque a perda do paciente lhe causa dor. A dor do luto, que Simão descreve da seguinte maneira:

acho que a profissão que eu tenho hoje é isso, vou respeitar que eu tô de luto, tô triste, até usava um pouco disso (...) eu fui assim no dia do velório dele tudo, assim, no outro dia, depois do dia que ele morreu no outro, do tipo, mano como vai ser? Eu chegar lá, eu faço parte disso? Eu não faço mais? Assim ver a [Soraya], filha dele também, como que ia ser? Ele era muito... e eu trabalhava isso na minha terapia, ele era um elo, ele me ligava a [Soraya], ele que ligava todo mundo, e perder? E aí, como eu me organizo? Isso meio que tava trabalhado em terapia, em análise, essa questão de como seria perder o meu pai ali, simbolicamente. Foi importante eu entender esse processo de que lugar que ele ocupa na minha vida (...) no velório, acho que esse reconhecimento das filhas abraçar assim, me fez chorar, e vamo junto assim, eu participei do luto como se sim, ali assim, da família (...) eu senti que... que nossa, aí agora a luta, eu tô desempregado também, perdi o pai, tô desempregado, perdi o amigo, como que eu vou ressignificar isso? Foi um processo muito foda também, que não vem ao caso, mas eu consegui ficar bem.

O trecho acima revela que quando o idoso morre, o cuidador perde muito além do emprego. Trata-se de uma experiência de luto que merece escuta e cuidado. Em seções anteriores foi apontado o quanto o luto pela perda do idoso poder ser uma experiência traumática, especialmente diante no não lugar social desta dor. Para Corr (1999) dois aspectos são fonte de sofrimento nas situações de luto não autorizado. Um deles refere-se ao fato do enlutado silenciar a dor devido à ausência de escuta e acolhimento social e o outro diz respeito à manifestação do pesar que é ignorado ou sofre retaliações. Nesta direção Casellato (2015, p. 32), afirma: “o luto é negado pela sociedade, este processo passa a ser vivido da mesma forma no nível intrapsíquico, muitas vezes regido por sentimentos de culpa, raiva, medo e vergonha”. Ao passo que a sociedade não autoriza o luto, o cuidador nega ou silencia seu sentimento. Fato que apresenta um grande potencial iatrogênico, considerando que o cuidador, ao longo de sua trajetória profissional, estará exposto a diversas oportunidades de enlutamento diante da perda dos idosos de quem cuida, cuidou ou irá cuidar.

7.7 Algo a mais: a conexão entre os discursos

A construção deste tópico objetiva elencar aspectos dos discursos dos cuidadores que podem amparar algumas discussões de ordem social e política. De modo algum se pretende propor generalizações, mas sim reflexões quanto ao lugar social que o cuidador

de idosos ocupa no contexto estudado (cidade de São Paulo, nas regiões central e periférica), bem como os efeitos subjetivos desta experiência.

Para iniciar esta discussão é preciso retomar aspectos apresentados na tabela 1 (página 56 desse texto). Os dados de caracterização dos entrevistados evidenciam uma carga horária semanal média de 72h, o que corresponde a uma jornada de trabalho de 12h diárias por seis dias da semana. Neste caso, os cuidadores são contratados pelas famílias como autônomos, entretanto, exercem uma função que extrapola os limites apontados pela CLT, que prevê que o trabalhador exerça uma jornada máxima de 44h semanais⁷. Formato de trabalho que associado à dupla jornada exercida por quatro dos seis cuidadores, pode prejudicar uma série de atividades de autocuidado e protetoras da saúde mental, tais como convívio familiar e social, atividades de lazer, sono, etc.

Estes últimos aspectos aparecem de modo pouco reflexivo no discurso dos cuidadores. Cristiana relata que costumava assistir aos cultos de sua igreja na casa do paciente, Sônia refere que costuma assistir séries durante a jornada de trabalho. Em contrapartida, Simão revela que por vezes acompanhava seu paciente em atividades culturais (jantares, almoços, peças de teatro, etc.) financiadas pela família do idoso. O resgate destes pontos demonstra que diante de uma jornada de trabalho exaustiva, cada cuidador, a sua maneira, luta para preservar sua saúde mental, com ou sem o suporte do idoso ou da família que o contratou.

Movimento que propõe dois caminhos de reflexão, o primeiro deles refere-se aos recursos psíquicos e desejo de cada profissional, que muitas vezes são fatores protetivos. O segundo caminho é preocupante do ponto de vista da saúde e também questionável quanto à discussão em políticas públicas. É evidente que com o avanço da longevidade e diminuição do número de possíveis cuidadores, a demanda por cuidados formais cresce e tornar-se-á ainda maior (BARBOSA, et al. 2017). No entanto, a possibilidade de regulamentação da profissão foi vetada pelo presidente em 2019 (BRASIL, 2019). Fato que demonstra a falta de interesse em legitimar os direitos trabalhistas desta categoria profissional, que há 17 anos está inserida na CBO (DUARTE; MELO & AZEVEDO, 2008).

Cabe destacar que a reflexão quanto ao processo de regulamentação deve caminhar para além de questões objetivas quanto à formação, à jornada de trabalho, à remuneração e à qualificação das atividades laborais já elencadas como problemáticas

⁷ Informações disponíveis em: <https://www.tst.jus.br/jornada-de-trabalho>

por Debert (2015). O avanço desta discussão busca alcançar o status de problematização quanto ao lugar social do cuidador de idosos em nosso tempo e cultura. O conteúdo dos discursos aqui apresentados, demonstra que o cuidador ocupa um lugar periférico na relação de cuidados, por vezes se sente “como se fosse da família”, mas este “se” o desloca para fora. Trata-se de um não lugar, o cuidador não é familiar, não é profissional da assistência social, não é profissional da saúde.

Diante disso: o que ou quem é o cuidador de idosos? Apesar de estar presente no dia a dia de muitas famílias, este profissional exerce uma função marginal, de outsider, um trabalho sobre o qual a sociedade se abstém a reflexão. Sobre o cuidador recai as marcas subjetivas do cuidado com aquele que representa a decrepitude e a morte: o idoso. “De fato, não é a própria morte que desperta temor, mas a imagem antecipada da morte na consciência dos vivos” (ROSA & VILHENA, 2015, p. 117). O que seria o idoso se não a imagem antecipada da morte?

Dito de outro modo, se o idoso é socialmente desvalorizado, por consequência o cuidador também o é. Todos os cuidadores entrevistados, de algum modo fizeram questão de destacar o quão bom profissional são. Contam com satisfação sobre seus méritos, discurso que atua como uma forma de reivindicação do seu lugar de valor. Porém, para receber o reconhecimento reivindicado, é preciso que o interlocutor (idoso, família, sociedade, etc.) olhe para a velhice, para a decrepitude e para a morte.

Nessa direção, uma questão se interpela: nossa sociedade estaria disposta a olhar para a velhice e para a morte? Ao que parece o fazemos com certa dificuldade. Mesmo porque, como bem nos assinala Freud (1915/2010) no inconsciente, todos nós temos a certeza de nossa imortalidade. A partir disso, é possível supor que haja uma questão social, política e também psíquica no processo de regulamentação profissional do cuidador de idosos. O veto presidencial nos permite supor que seja socialmente aceitável que o cuidador receba um baixo salário em jornadas de trabalho exaustivas. Mas para além disso se observa uma resistência em olhar, legitimar e refletir sobre a velhice e a morte, que são comuns a todos nós. Inclusive para aqueles que organizam as leis e as políticas sociais. Estas pessoas certamente realizam seu trabalho a partir de operadores sociais, políticos, mas também psíquicos, ainda que não tenham acesso a todo este conteúdo de modo consciente.

Cursando para outro ponto desta discussão, uma das questões intrínsecas na construção desta pesquisa é a seguinte: como o cuidado, função primordial à existência humana, torna-se uma profissão? O relato dos cuidadores entrevistados nesta pesquisa

nos trazem alguns direcionamentos. O discurso de cada participante demonstra que sua relação com o trabalho vai além de uma vinculação trabalhista. Todos os cuidadores referem que iniciaram nesta profissão por identificar em si uma característica emocional ou de personalidade que julgava primordial para lidar com o idoso: seja a paciência, a disponibilidade de escuta, o dom de cuidar...

De tal maneira que a formação técnica vem como sustentação para algo que já fazia parte de cada um. Como se houvesse um traço natural a ser melhorado pela técnica. Uma marca que os atravessa profundamente. Mesmo os cuidadores que saíram da profissão continuaram exercendo o cuidado de outros modos, seja através da enfermagem ou da psicologia, como no caso de Renan e Simão.

As marcas do cuidado também aparecem de outras formas. Os cuidadores demonstram sentirem-se profundamente conectados ao idosos e sua família. Ao falar dos processos de fim de vida que acompanharam, localizam sofrimento no idoso, na família ou em ambos, conferindo-lhes um lugar de fragilidade e em certa medida solidão. Sem negar a possibilidade de sofrimento de quem vivencia a proximidade da morte, também se observou um movimento de forte identificação.

Em um primeiro momento os cuidadores supõem os sofrimentos do idoso ou da família. Simone incomoda-se profundamente com o fato de alguns pacientes terem morrido sem o amor da família, em contrapartida, repudia que muitos tenham lidado com a morte do idoso como se este evento não lhes fosse doloroso. Cristiana cuida de seu paciente como se ele fosse seu pai, ou seja, faz por ele o que faria por um familiar seu, entendendo que este é o cuidado adequado. Os cuidadores supõem, ou talvez acreditam, que o idoso e sua família sentem como eles sentiriam naquela situação.

Diante disso, sofrem pelo possível sofrimento do idoso e da família, ou se incomodam, se irritam, se desagradam quando reconhecem sentimentos e reações diferentes do que julgam ideais para tais circunstâncias. E é este jogo de identificação que alicerça os vínculos construídos com os pacientes e suas famílias.

É notório o potencial iatrogênico que esta troca de afetos pode assumir na relação de cuidado. Na melhor das intenções, o cuidador pode cometer um erro de interpretação e proporcionar algum desconforto ou mal-estar ao idoso e sua família. Ao passo que o cuidador também não está imune, questões psíquicas podem ser mobilizadas diante da relação de cuidado. A exemplo disso está o relato de Simão em que o cuidador reconhece a função paterna que seu paciente lhe representava. Neste caso, o cuidador tratava todas

estas questões em sua análise pessoal, e quando isto não é possível? O que é feito dos sentimentos e emoções que o exercício do cuidado mobiliza?

Os discursos dos cuidadores também evidenciam um hiato entre a relação profissional e afetiva construída com o idoso e sua família. Os cuidadores são e não são da família ao mesmo tempo, ou seja, recebem carinho e são cobrados quanto aos seus afazeres, ou ainda, doam seus afetos e recebem dinheiro em pagamento. Os atravessamentos constitutivos desta relação são responsáveis por constituir um lugar de inquietante diante do idoso e da família. Sou, mas não sou da família. Para Freud (1919/2010, p. 371): “o inquietante das vivências produz-se quando complexos infantis reprimidos são novamente ativados, ou quando crenças primitivas superadas parecem novamente confirmadas”. Trabalhar como cuidador é ativar ou reeditar complexos infantis, na medida em que o sujeito coloca à venda aquilo que foi primordial para sua constituição subjetiva: o cuidado.

Este lugar de inconstâncias mostra um representante concreto. Quando o idoso falece, o cuidador perde um vínculo afetivo, mas também um emprego. Fato que traz repercussões profundas. Uma delas é o luto não autorizado, Doka (1989) definiu esta vivência como “o luto que as pessoas experimentam quando incorrem na perda que não é ou não pode ser reconhecida abertamente, lamentada publicamente ou apoiada socialmente” (DOKA, 1989, p. 4 apud CORR, 1999, p. 2).

A dor pela perda do idoso não costuma ser reconhecida socialmente, pois este fato faz parte da rotina de trabalho do cuidador e não pode lhe ser fonte de sofrimento. No entanto, considerando que o cuidador é como se fosse da família, é provável que fique enlutado como se da família fosse. Contudo, ao não ter seu luto reconhecido, ou mesmo que o tivesse, após a perda rapidamente já lhe é necessário buscar um novo idoso para cuidar, se vincular e, talvez, novamente perder - é disto que se trata seu trabalho. Qual o custo desta repetição para a economia psíquica? Uma questão, ainda sem resposta.

O último aspecto elencado para esta discussão diz respeito à ética e às relações de poder que permeiam a experiência de cuidado dos cuidadores formais de idosos. A grande maioria das profissões que envolvem o trato com o ser humano requer o cumprimento de um código de normas éticas. A profissão de cuidador, por não ser reconhecida ou regulamentada não compartilha qualquer norma, ou mesmo noção de ética. Posto isto, uma questão emerge: por qual ética o trabalho dos cuidadores de idosos é regida?

Dispensados daquilo que seria uma norma ética formalizada, os cuidadores, de certo modo, estão livres para se comportar de qualquer maneira. Evidente que cada

comportamento terá uma reação do idoso ou da família, mas a rigor tudo é possível de acontecer. Supostamente, na ausência de um código de ética o cuidador irá se amparar no seu próprio conceito de ética do cuidado. De onde vem o referido conceito? Provavelmente de suas experiências e reflexões pessoais construídas no convívio social.

A ausência desta direção ética, não necessariamente de um documento, mas de uma reflexão crítica a respeito deste tema é onde se amparam muitas fragilidades da relação de cuidado.

Os cuidadores entrevistados nesta pesquisa não relatam sobre situações de agressões físicas ou verbais de modo deliberado. Entretanto, a grande maioria demonstra satisfação em perceber que o idoso é alguém que depende de seus cuidados. Sendo esta relação de dependência que sustenta o lugar de poder. Coloca o cuidador no lugar de insubstituível, porque somente ele ou ela tolera ou suporta lidar com o idoso. Além disso, o discurso de Sônia e de Simão demonstra que diversas vezes os cuidadores lançam a possibilidade de sua saída dos cuidados em tom de ameaça. E ainda, que não digam explicitamente, fica nítida a satisfação que sentem neste comportamento.

Por outro lado, este lugar de poder não é sem custos para o cuidador, que por vezes se julga responsável por tudo que acontece ao idoso. As falas de Cristiana e Simão, evidenciam o receio de que o paciente faleça na presença ou no plantão deles por acreditarem que poderão ser responsabilizados por este fato. Em semelhança aos pensamentos infantis é possível considerar que os cuidadores desejam tanto a morte do idoso e quando o fato acontece, interpretam que a culpa disto é sua e por consequência as outras pessoas também poderão acreditar nesta hipótese – que nada mais é do que o sentimento de culpa em decorrência da agressividade introjetada (FREUD, 1930/2010).

Os discursos até aqui apresentados evidenciam o lugar de fragilidade que o cuidador atribui ao idoso e com isso abre-se o precedente para que se estabeleça uma relação de poder entre ambos. Tais discursos também nos sugerem que o lugar de poder pode ser interpretado como uma resposta sintomática a todos os atravessamentos subjetivos decorrentes da relação de cuidado. Além do poder, localizamos agressividade ou a intenção agressiva (LACAN, 1948/1998) em muitos comportamentos dos cuidadores. Evidente que a falta de reconhecimento e o inquietante (FREUD, 1919/2010) da experiência de cuidados vivenciada pelos cuidadores traria efeitos subjetivos. Alguns deles danosos ao cuidador, outros tantos podem ser prejudiciais aos idosos.

Para Foucault (1984/2004, p. 270): “o risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder tirânico decorre precisamente do fato de não ter cuidado de si mesmo

e de ter se tornado escravo dos seus desejos”. Aspecto que dialoga com a leitura psicanalítica de que a agressividade que é introjetada e direcionada ao Eu provoca uma série de sintomas, dentre eles, a consciência de culpa (FREUD, 1930/2010). Talvez, quando parte desta agressividade não é introjetada ou sublimada, inevitavelmente recai sobre o outro, neste caso sobre o idoso.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este tópico é certamente o mais complexo de todo o texto. Há uma dificuldade em concluir um processo de pouco mais de dois anos e que trouxe tantas reflexões e desdobramentos. Muitos destes não foram possíveis de serem traduzidos em palavras, talvez porque sejam da ordem do sentir e não do explicar.

A primeira motivação para que uma inquietação se tornasse tema de pesquisa foi o mal-estar que o idoso costuma causar a quem dele cuida muito de perto, especialmente daqueles que o fazem de modo remunerado. O que leva uma pessoa a trabalhar como cuidadora? Quais as repercussões emocionais que contato diário com idoso pode causar em quem dele cuida?

Aos poucos, esta indagação, inicialmente subjetiva, se amparou numa questão social de grande relevância. É possível dizer que a questão social referente ao cuidador de idosos apresenta duas faces. A regulamentação que dificulta o processo de formação, deveres e direitos profissionais e o reconhecimento social desta profissão. Na escuta dos entrevistados foi possível notar que o cuidador de idosos tem um lugar social de desvalia tanto quanto o idoso. Se o idoso ocupa um lugar marginal em nossa sociedade capitalista, ao cuidador é ofertado o mesmo lugar. Diante disso, é possível supor que falta de regulamentação profissional é um sintoma do não reconhecimento ou desvalorização do idoso e do seu cuidador. O que não é sem efeitos para a saúde mental do cuidador e também exerce influência na qualidade do vínculo estabelecido na relação de cuidados com o idoso e sua família.

Boa parte dos estudos que abrangem o trabalho do cuidador de idosos elencados nesta pesquisa apontaram que a entrada na profissão se deve ao desemprego ou a uma condição de vulnerabilidade financeira. Entretanto, a escuta dos seis cuidadores aqui apresentada demonstrou que apesar da condição de vulnerabilidade permear a história de vida da maioria deles, ser cuidador formal de idosos não se configura como a única opção, mas sim uma escolha. O discurso dos participantes deste estudo evidencia que a escolha profissional faz referência a alguma característica de personalidade que cada um deles entende ser indispensável para o cuidado com o idoso: gostar de idosos, ser paciente, saber lidar com as emoções do idoso, etc. Contudo, também foi possível perceber que a maneira como cada cuidador se relaciona com a profissão e com o idoso está ligada aos vínculos de cuidado primordiais e que se reeditam na relação de trabalho (e de cuidado).

E nesse processo de reedição do cuidado é que se encontra um grande potencial de sofrimento para o cuidador, que projeta boa parte de suas emoções, para o idoso, que muitas vezes, é o principal elemento de identificação do cuidador, e para a família, que frequentemente é alvo de rivalidade e agressividade. Condição que pode se agravar a depender da qualidade da relação que se estabelece entre a tríade cuidador-idoso-família. Não é surpreendente que uma relação de trabalho atravessada por intensas questões subjetivas não tratadas repercuta em situações de agressividade e de violência (verbal, psicológica, física, patrimonial, etc.).

Este estudo evidencia ainda a ambiguidade entre a relação de trabalho e afetiva atribuída ao trabalho do cuidador de idosos. Inúmeras vezes os cuidadores entrevistados relataram se sentir ou serem tratados “como se fossem” da família. Com isso querem dizer que quando é interessante para os familiares são tratados como membros da família, em contrapartida, quando necessário também são cobrados como profissionais. Evidentemente que os cuidadores também se servem desta relação ambígua para barganhar melhores condições de trabalho. No entanto, a dificuldade em definir a relação somente como afetiva ou como trabalhista, coloca ambos (cuidador e idoso/família) em um lugar de vulnerabilidade.

Um interessante ponto de reflexão decorrente desta pesquisa é a relação trabalhista quando mediada por uma empresa. Os participantes deste estudo foram categóricos ao afirmar que ser contratado diretamente pela família é mais interessante, porque facilita negociação das condições de trabalho. Além disso, revelam que as empresas a que tiveram acesso não se ocupam dos direitos trabalhistas, pois contratam os cuidadores como prestadores de serviço autônomo (ou seja, os cuidadores não recebem vale-transporte, alimentação, férias remuneradas, etc.). Condição que revela um cenário de grande vulnerabilidade trabalhista em que os profissionais buscam superar negociando com os pacientes e suas famílias. Entretanto, esta modalidade de contrato abre margem para uma série de situações que podem prejudicar tanto o cuidador, quanto a quem os contrata. Fato que demarca a necessidade de uma reflexão mais cuidadosa quanto ao processo de regulamentação profissional ser retomado.

Por fim, este estudo aponta como principal desfecho a necessidade de incluir aspectos psicológicos na formação do cuidador, referentes ao trato com as emoções vindas do idoso, mas também quanto às ressonâncias subjetivas deste cuidado na existência do cuidador.

9. REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Tradução [Dora Flaksman]; 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004, 13(3): 16-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BARBIERI, N. A. Velhice: melhor idade? *O Mundo da Saúde*, 2012; 36(1): 116-119.

BARBOSA, L. M.; NORONHA, K.; SPYRIDES M. H. C.; ARAÚJO, C. A. D. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *R. bras. Est. Pop.* 2017; 34(2): 391-414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982017005001104&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BARROS, J. R. Técnicas de si nos textos de Michel Foucault A influência do poder pastoral. *Cadernos IHU Ideias*, 2012, 10(171): 3-18. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/173cadernosihuideias.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BASTISTA, M. P. P.; BARROS J. O.; ALMEIDA M. H. M.; MÂNGIA E. F.; LANCMAN, S. Formal caregivers of older adults: reflection about their practice. *Rev Saúde Pública*. 2014, 48(5): 732-738. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005270>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2014, 17(4): 879-885. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400879&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BIRMAN, J. A problemática da verdade na psicanálise e na genealogia. *Tempo Psicanalítico*, 2010, 42(1): 183-202. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000100010. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, 2005, 1(1): 28-35. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1981-0695.2006v1n1.8822>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei da Câmara Nº 11/2016. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/125798>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2014, 24(3): 673-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.* 2010; 27(1): 233-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

CASELLATO, G. Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados em sociedades; 3ª ed. 2015. Niterói: PoloBooks, (ano da publicação original: 2005).

CHERIX, K.; COELHO JÚNIOR, N. E. O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. *Comunicação Saúde Educação*, 2017; 21(62):579-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0492>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

CORR, C. A. Enhancing the Concept of Disenfranchised Grief. *Omega*, 1999, 38(1): 1-20. [link não disponível para acesso gratuito].

COSTANZI, R. N. et al. Reforma da Previdência Social. In: DE NEGRI, João Alberto; ARAÚJO, Bruno César; BACELETTE, Ricardo. Desafios da Nação: artigos de apoio. (p 130-191) Volume 2. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32983. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

DEBERT, G. G. & OLIVEIRA, A. M. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 2015; 18: 7-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-335220151801>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

DERBERT, G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESB, 2004.

DINIZ, M. A. A.; MELO, B. R. S.; NERI, K. H.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; GAIOLI, C. C. L. O.; GRATÃO, A. C. M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(11): 3789-3798. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103789&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

DUARTE, J. E., MELO, R. V.; AZEVEDO, R. S. Cuidando do Cuidador. In: Moraes, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 371-379.

DUNKER, C. I. L., PAULON, C.P., & MILÁN-RAMOS, J.G. **Análise Psicanalítica de Discurso Perspectivas Lacanianas**. 1. ed. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.

FOCHESATTO, W. P. F. 1. Reflexões sobre o envelhecer: A clínica com idosos e a escuta psicanalítica em um serviço de pesquisa. *Estudos de Psicanálise*, 2018; 50: 155-160.

FONTANELLA, B. J. B., & MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação Teórica Em Pesquisas Qualitativas: Contribuições Psicanalíticas. *Psicol. estud.* 2012, 17(1): 63-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000100008>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J. ; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(2): 389-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>.

FOUCAULT, M. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Texto original publicado em 1984.

FREUD, S. A transitoriedade. In: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, p. 247-252, 2010. [texto original publicado em 1916].

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – 1ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras, p. 161-240, 2010. [texto original publicado em 1920].

FREUD, S. Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, p. 209-246, 2010. [texto original publicado em 1915].

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-50, 2010. [texto original publicado em 1914].

FREUD, S. O Eu e o Id. In: Obras completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – 1ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-74, 2011. [texto original publicado em 1923].

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In: Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929) / Sigmund Freud. Tradução

e notas Paulo César de Souza – 1ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras, p. 231-301, 2014. [texto original publicado em 1927].

FREUD, S. O inquietante. In: História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – 1ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras, p. 328-376, 2010. [texto original publicado em 1919].

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1923-1925) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-124, 2010. [texto original publicado em 1930].

FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Eu. In: Psicologia das Massas e Análise do Eu e outros textos (1920-1923) / Sigmund Freud. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-113, 2011. [texto original publicado em 1921].

GALVÃO, B. A. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. *Intuitio*, 2014, 7(1): 157-168. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-4012.2014.1.17068>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998.

GUTIÉRREZ, M. T. C., & CHAPARRO, J. M. O. Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2018; 20 (4): 511-517. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsap/2018.v20n4/511-517/es/>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos de Psicanálise de Freud a Lacan**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

KOVÁCKS, M.J. Instituições de Saúde e a Morte. Do Interdito à Comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2011; 31 (3): 482-503. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

LACAN, J. Agressividade em psicanálise. In: **Escritos/Jacques Lacan**; tradução Vera Ribeiro. Ed. 1998. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 104-126. Texto original publicado em 1948.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos/Jacques Lacan**; tradução Vera Ribeiro. Ed. 1998. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 238-324. Texto original publicado em 1953.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos/Jacques Lacan**; tradução Vera Ribeiro. Ed. 1998. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 96-103. Texto original publicado em 1949.

MAFFIOLETTI, V. L. R. Velhice e Família: Reflexões Clínicas. *Psicologia Ciência e Profissão*; 2005; 25 (3): 336-351. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300002. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

MANNA, R. E. O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2013.

MARONESI, L. C.; SILVA, N. R.; CANTU, S. O.; SANTOS, A. R. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estud. pesqui. psicol.* 2014; 14(3): 877-892. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/13889>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: Conceitos, fundamentos e princípios. In: R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Org.), **Manual de cuidados paliativos ANCP** (p. 23-30, 2ª ed.). Porto Alegre, RS: Sulina, 2012.

MEHTA, K. K.; LENG, T. L. Experiences of Formal and Informal Caregivers of Older Persons in Singapore. *J Cross Cult Gerontol.* 2017; 32: 373–385. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28721576>.

MELO, R. C.; LIMA-SILVA; T. B.; CACHIONI, M. (2015). Desafios da formação em Gerontologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(Nº Especial 19), Temático: “Envelhecimento Ativo e Velhice”, 123-147. <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/27261/19297>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2017; 5(7): 01-12. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

MONTEIRO, B.; QUEIRÓS, C.; MARQUES, A. Empatia e *engagement* como preditores do *burnout* em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014; 15(1): 2-12. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100002. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

NERI, A. L. O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: Neri, A. L.; Yassuda, M. S. (Org.) **Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2005.

NETTO, M. P. Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 58-77.

OLIVEIRA, S. G.; SARTOR, S. F.; MORAIS, E. S.; MAYA, N. F.; GERVINI, C. M. B.; MORALES, C. P. M. Espiritualidade, religiosidade e terminalidade: temas possíveis nas visitas domiciliares realizadas a cuidadores familiares. *Rev Enferm UFPI*. 2017; 6(2): 69-73. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31990&indexSearch=ID>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta / Colin Murray Parkes [tradução: Maria Helena Franco]. – 3. ed. 1998. – São Paulo: Summus.

PATROCÍNIO, W. P. Autocuidado do cuidador e o cuidado de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 2015; 18(19): 99-113. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26623>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

PEREIRA, S. A. S.; MARQUES, E. M. B. G. Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia*, 2014; 2(1): 133-140. Disponível em: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 11(2):491-501. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200026>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

RAMOS, E. D. Cuidado de si, práticas de si contemporâneas e discursos de autoajuda: uma leitura foucaultiana. *Sapere Aude*, 2016, 7(12): 240-255. [link não disponível].

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Envelhecimento e seus possíveis destinos. Uma reflexão acerca do trabalho do negativo. *Tempo Psicanalítico*, 2015; 47(1): 112-133. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000100009. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

SANTOS, A. S.; ALBINO, A.; SANTOS, V. A.; GRANERO, G. S.; BARROS, M. T. M.; FARINELLI, M. R. Abordagens da psicanálise no atendimento ao idoso: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2018; 21(6): 793-803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180149>.

SOARES, F. M. P. O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Latinoam. Psicopat. Fund.*; 2005; 7(1): 86-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142005001009>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

SOBRINHO, J. G. S. A perspectiva do cuidado na psicanálise do século XXI. *Leitura Flutuante. Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise*, 2015, 7(2): 51-61. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/view/25901>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

VENTURA, R. A psicanálise e o cuidado de si: entre a sujeição e a liberdade. *Revista EPOS*, 2012, 3(2): 1-18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-

[700X2012000200003#:~:text=O%20objetivo%20deste%20trabalho%20%C3%A9,%3B%20liberdade%3B%20modo%20de%20vida. Acesso em 30 de janeiro de 2021.](#)

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas: Campinas*. 2014, 22(44): 203-220. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados sócio demográficos

Idade:	Escolaridade:
Sexo:	Tempo na Profissão:
Estado Civil:	Carga Horária:
Filhos (?):	Remuneração:
Cor auto referida:	Jornada dupla de trabalho:
Religião:	Nível de Dependência do Idoso (referido pelo participante):

2. Questão norteadora

Você poderia me contar sobre sua trajetória profissional como cuidador formal? Gostaria que falasse desde a escolha desta profissão até o momento atual, enfatizando como se sente ao exercer esta função.

Temas que serão explorados com base na questão norteadora: escolha profissional; qualidade do vínculo com a profissão; qualidade do vínculo com o idoso; sentimentos e emoções relacionadas ao exercício de cuidado.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Dhiene Santana Araújo Oliveira, estudante de Pós-graduação da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e a minha orientadora Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, estamos realizando uma pesquisa intitulada “A experiência de cuidado: narrativas de cuidadores formais de idosos na terminalidade da vida” com o objetivo de “Compreender a experiência de cuidado vivenciada e narrada por cuidadores formais de idosos na terminalidade da vida”.

Para tanto, gostaríamos que o (a) senhor (a) participasse desta pesquisa, na qual nos comprometemos a seguir a portaria do Conselho Nacional de Saúde CNS466/2012 relacionada à Pesquisa com Seres Humanos respeitando o seu direito de:

1. Ter liberdade de participar ou deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo ou risco;
2. Manter o seu nome em sigilo absoluto, sendo que o que disser não lhe resultará em qualquer dano à sua integralidade;
3. Interromper a participação na pesquisa caso se sinta incomodado (a) com a mesma;
4. Responder às questões levantadas pela pesquisadora em impresso próprio, conforme a sua disponibilidade e, caso sinta-se confortável;
5. Garantia de receber uma resposta a alguma dúvida durante ou após a entrevista.

Deixo telefones para contato: 11-3091- 8832 – Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez e 3091-1046 do CEP-EACH-USP, para que possa obter mais esclarecimentos ou informações sobre o estudo e sua participação.

Caso aceite, por favor, responda as questões durante a entrevista. Estas respostas farão parte de dados de uma pesquisa científica e será apresentada em congressos e publicada em revistas da área da saúde, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto do idoso.

Esclarecemos-lhe que essa pesquisa ocorrerá por meio de entrevista individual com duração média de 40 minutos e você deverá responder uma entrevista relacionada à sua experiência profissional.

Esclarecemos-lhe ainda, que essa pesquisa poderá lhe trazer risco psicológico mínimo, pois ao falar sobre o seu dia a dia de trabalho poderá trazer à tona sentimentos relacionados aos momentos desagradáveis que esteja enfrentando. Esclarecemos ainda,

que a sua participação poderá lhe trazer benefícios, pois ao responder a entrevista, você terá a oportunidade de refletir sobre as suas condições de vida e profissionais.

Informamos-lhe que não haverá nenhum tipo de indenização.

Esse documento tem duas vias e uma delas ficará com o sr(a).

Obrigada pela atenção.

Assinatura da pesquisadora

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa e estou ciente que existem duas vias deste Termo e que ficarei com uma delas.

Assinatura do entrevistado

São Paulo, ____/____/____

Identificação do CEP-EACH-USP Endereço: Av. Arlindo Bétio, 1000 – Ermelino Matarazzo – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-1046 - e-mail: cep-each@usp.br