

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GRASIELLE SILVEIRA TAVARES PAULIN

Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais  
de idosos: uma estratégia de promoção de saúde

Ribeirão Preto  
2011

GRASIELLE SILVEIRA TAVARES PAULIN

Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais  
de idosos: uma estratégia de promoção de saúde

Tese apresentada a Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de Doutor em  
Ciências, no programa de Pós-Graduação  
de Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e  
Políticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto  
2011

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

Paulin, Grasielle Silveira Tavares.

Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde / Grasielle Silveira Tavares Paulin ; orientador Pedro Fredemir Palha. - Ribeirão Preto, 2011.

155 f. : il.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2011.

1. Envelhecimento. 2. Promoção da Saúde. 3. Cuidadores.

Nome: PAULIN, Grasielle Silveira Tavares

Título: Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Doutor em  
Ciências, no programa de Pós-Graduação de  
Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em: ...../...../.....

#### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## *Dedicatória*

Dedico este trabalho a minha querida “Bianca” que nos momentos tão solitários de finalização de uma tese esteve presente e com pequenos movimentos em meu ventre foi capaz de retirar vários sorrisos do meu rosto, me fazendo esquecer de todo cansaço. Minha eterna gratidão e amor.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela presença constante e por guiar sempre meus caminhos!

Aos meus queridos pais, Cleiton e Sônia que me ensinaram o verdadeiro significado de “*cuidar*”. Vocês souberam cuidar sem possuir, possibilitando desta forma que eu pudesse buscar os meus sonhos e hoje compartilhá-los com vocês. Obrigado por tudo!

Ao meu grande amor Ricardo, que está ao meu lado em todos os momentos e não mede esforços para construção de nossa família. Com você aprendo a ser uma pessoa melhor a cada dia. Obrigado por existir em minha vida e por todo seu cuidado e carinho!

As minhas irmãs Ana Luiza e Natália, que sendo tão diferentes se complementam e tornam os meus dias mais felizes. Vocês iluminam a minha vida!

Ao meu afilhado Matheus, que com a pureza de uma criança me faz sentir a beleza da vida nos pequenos gestos e descobertas.

A Darci, Osvaldo e Renata, meus agradecimentos por todo acolhimento e carinho, me tratando sempre como uma filha e estando presente em todos os momentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Fredermir Palha, que me ensinou além da técnica e da teoria, me permitiu conhecer novos saberes e fazer escolhas, respeitando minhas ideologias. Muito obrigado pelos momentos de reflexão que me tornaram certamente uma pesquisadora e um ser humano melhor.

Aos meus avós, em especial a minha avó Benedita, pessoa de extrema importância em minha vida que me despertou o desejo de cuidar de idosos e mesmo tendo ficado pouco tempo presente entre nós, sua passagem foi o suficiente para ser inesquecível.

As queridas terapeutas ocupacionais, Marina, Maila, Vanessa, Anne, Lucieny, Janaína, Camille e Elke, meus agradecimentos por compartilharem comigo a crença no ser humano e na Terapia Ocupacional. Que bom ter encontrado vocês nesta caminhada!

As amigas de longa data, Daniela, Giovanna, Karina e Fabiana, que mesmo longe sempre se fizeram presentes.

Aos colegas de doutorado Karine, Juliana, Karen, Carolina e Altair, pelas trocas de experiências.

Aos meus alunos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM que possibilitam minha reflexão constante sobre o cuidado, a existência humana e a Terapia Ocupacional .

Aos idosos e cuidadores que compartilham comigo suas histórias e despertam a todo o instante o sentido do cuidar.

A Teresinha e Daniel, coordenadores dos cursos que foram cenário desta pesquisa: meu muito obrigado por toda ajuda!

Ao CNPQ pelo apoio para a realização deste trabalho, na concessão da bolsa por um determinado período do doutorado.

A todos os professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que fizeram parte da minha formação e muito contribuíram para o meu crescimento.

A todos os cuidadores que participaram deste estudo, minha imensa gratidão!

## RESUMO

PAULIN, G. S. T. **Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos**: uma estratégia de promoção de saúde. 2011. 155 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

As mudanças advindas do envelhecimento contribuem para que muitos idosos necessitem de alguém para auxiliá-los em atividades cotidianas. Dessa necessidade surge o resgate da figura do cuidador formal de idosos que em muitos casos passa-nos sob um olhar desatento e sem a devida qualificação, resultando em desgaste tanto para o idoso quanto para o cuidador, que também necessita de cuidados. Objetivou-se identificar e analisar os sentidos do envelhecer, as fontes de apoio ao idoso e o processo de gestão do autocuidado segundo o olhar dos cuidadores formais de idosos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uma amostra de 18 cuidadores formais com faixa etária entre 25 a 45 anos, que participaram do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social, nas cidades de Blumenau e Rio de Janeiro no ano de 2009. Utilizou-se para coleta dos dados uma entrevista semiestruturada, a técnica do grupo focal e como ferramenta para análise dos dados o software Atlas.ti 6.0. Para interpretação das informações utilizou-se como referencial metodológico a análise de discurso, de matriz pêncheutiana. Em relação ao perfil dos cuidadores formais, houve prevalência: do sexo feminino, baixa escolaridade e remuneração, tempo de exercício da ocupação de 1 a 3 meses, a maioria possuía experiência prévia com o cuidado de idosos familiares, apresentaram como motivo de se tornarem cuidadores a satisfação e o dom demonstraram maior dificuldade para lidar com os temas: morte, teimosia, demências, esquizofrenia, perda de memória, controle da alimentação, higiene oral e relacionamento com familiares do idoso. Descreveram como atividades de autocuidado: atividades físicas e relacionadas à imagem corporal e estética, consultas periódicas, alimentação saudável, atividades de lazer e adequação do sono e quanto à realização de atividades prazerosas foram destacadas o trabalho como cuidador, a presença de redes sociais, espiritualidade e o cuidar dos filhos, da casa e de pessoas queridas. Quanto aos sentidos do envelhecer, observou-se que a velhice pode ser vista como um acontecimento que gera um “desconforto” enquanto para outros esta é positiva e torna-se um espaço onde o desejo pode continuar existindo mesmo em conformidade com as mudanças inevitáveis. Notou-se que a família é apagada do cuidado ao idoso na atualidade e quanto à gestão do autocuidado, os cuidadores apresentaram condutas de cuidado consigo próprias, sendo algumas delas estimuladas pelo programa que estavam participando, sendo muitas adotadas de forma prescritiva demonstrando que o estilo de vida ainda é compreendido pela população e pelos profissionais de saúde dentro da visão estabelecida no modelo médico hegemônico. Conclui-se, portanto, que os cuidadores formais estão mais propensos a pensar o envelhecimento pelo fato de cuidarem de idosos, o que torna urgente a criação de uma política de preparação de recursos humanos na área de geriatria e gerontologia que qualifiquem estes cuidadores no cuidado ao idoso e principalmente no seu autocuidado afim de que este ator social seja capaz de sair da invisibilidade e possa pensar e gerir o seu envelhecimento de forma saudável.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Cuidadores. Envelhecimento.



## ABSTRACT

PAULIN, G. S. T. **The senses of aging in the formal caregivers' preparation of senior: a strategy of promotion of health.** 2011. 155 f. Thesis (Doctorate) - School of Enfermagem of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The changes come of the aging contribute for many seniors need somebody to aid them in daily activities. Of that need the ransom of the seniors' formal caretaker's illustration appears, that in many cases pass us under an inattentive glance and without the due qualification, resulting in so much waste for the senior as for the caregiver, that also needs cares. It was aimed at to identify and to analyze the senses of aging, the support sources to the senior and the process of administration of the self-care according to the formal caregivers' glance of senior. It is treated of a qualitative research with a sample of 18 formal caregivers with age group among 25 to 45 years, that participated in the National Program of Qualification of Caregivers of Dependent Seniors developed by ministry of Health and Ministry of the Social Development, in the cities of Blumenau and Rio de Janeiro in the year of 2009. It was used for collection of the data a semi-structured interview, the technique of the focal group and as tool for it analyzes of the data the software Atlas.ti 6.0. Para interpretation of the information was used as methodological referential analyzes it of speech, of head office *pêcheutiana*. In relation to the formal caregivers' profile, there was prevalence: of the sex feminine, low education and remuneration, time of exercise of the occupation from 1 to 3 months, most possessed experience she foresaw with the family seniors' care, they presented as reason of if they turn caregivers the satisfaction and the talent, they demonstrated larger difficulty to work with the themes: death, persistence, insanities, schizophrenia, loss of memory, control of the feeding, oral hygiene and relationship with the senior's relatives. They described as self-care activities: physical and related activities the corporal and a esthetic image, periodic consultations, healthy feeding, leisure activities and adaptation of the sleep, and as the accomplishment of pleased activities was outstanding the work as caregiver, the presence of social nets, spirituality and taking care of the children, of the house and of dear people. With relationship to the senses of aging was observed that the age can be seen as an event that generates a "discomfort" while for other this is positive and she becomes a space where the desire can continue existing even in conformity with the inevitable changes. It was noticed that the family is turned off at the present time of the care to the senior and as the administration of the self-care, the caregivers presented care conducts with itself, being some of them stimulated by the program that they were participating, being many adopted of form prescritiva demonstrating that the lifestyle is still understood by the population and for the professionals of health inside of the established vision in the hegemonic model medicate. It is ended therefore, that the formal caregivers are prone to think the aging for the fact of they take care of seniors, what turns urgent the creation of a politics of preparation of human resources in the geriatrics area and gerontology that qualify these caregivers in the care to the senior and mainly in your kindred self-care that this social actor is capable to leave of the invisibility and he can think and to manage your aging in a healthy way.

Key Words: Promotion health. Caregivers. Aging.

## RESUMEN

PAULIN, G. S. T. **Los sentidos de envejecer en la preparación de cuidadores formales de ancianos**: una estrategia de promoción de la salud. 2011. 155 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Las transformaciones originadas del envejecimiento contribuyen para que muchos ancianos necesiten de alguien para ayudarlos en actividades del cotidiano. De esa necesidad surge el rescate de la figura del cuidador formal de ancianos, que en muchos casos pasa sin una observación atenta y sin la debida cualificación, resultando en desgaste tanto para el anciano como para el cuidador, que también necesita de cuidados. El presente estudio tuvo como objetivo analizar los sentidos del envejecer, las fuentes de apoyo al anciano y el proceso de gestión del auto-cuidado según la visión de los cuidadores formales de ancianos. Se trata de una investigación cualitativa con una muestra de 18 cuidadores formales en edad entre 25 e 45 años, que participaron del Programa Nacional de Cualificación de Cuidadores de Ancianos Dependientes, desarrollado por el Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social, en las ciudades de Blumenau y Rio de Janeiro en el año 2009. Para la colecta de datos se utilizó una entrevista semi-estructurada, la técnica de grupo focal y como herramienta para análisis de datos el *Software Atlas. Ti 6.0*. Para la interpretación de las informaciones se utilizó como referencial metodológico el análisis del discurso, de matriz *pecheutiana*. En relación al perfil de los cuidadores formales, hubo prevalencia: del sexo femenino, baja escolaridad y remuneración, tiempo de ejercicio de la ocupación de 1 a 3 meses, la mayoría poseía experiencia previa con el cuidado de ancianos familiares, presentaron como motivo de haberse tornado cuidadores la satisfacción y el don, demostraron mayor dificultad con los temas: muerte, testarudez, demencia, esquizofrenia, pérdida de memoria, control de la alimentación, higiene oral e relacionamiento con familiares ancianos. Describieron como actividades de auto-cuidado: actividades físicas y relacionadas a la imagen corporal y estética, consultas periódicas, alimentación saludable, actividades de lazer y adecuación del sueño, y como actividades placenteras fueron destacados o trabajo como cuidador, la presencia de redes sociales, espiritualidad y el cuidar de los hijos, de la casa y de personas queridas. Referente a los sentidos de envejecer se observó que el envejecimiento puede ser visto como un acontecimiento que “incomoda”, mientras que para muchos este es positivo y se torna un espacio donde el deseo puede continuar existiendo conforme con las mudanzas inevitables. Se notó que actualmente, la familia es borrada del cuidado al anciano y referente a la gestión del auto-cuidado, los cuidadores presentaron conductas de cuidado consigo propias, siendo algunas estimuladas por el programa en el que estaban participando, otras adoptadas de forma prescriptiva demostrando que el estilo de vida todavía es comprendido por la población y por los profesionales de salud dentro de la visión establecida en el modelo médico hegemónico. Se concluye por tanto, que los cuidadores formales están más propensos a pensar el envejecimiento por el hecho de cuidar de ancianos, lo que torna urgente la creación de una política de preparación de recursos humanos en el área de geriatría y gerontología que cualifiquen estos cuidadores para el cuidado del anciano y principalmente en su auto-cuidado de manera que este actor social sea capaz de salir de la invisibilidad y pueda pensar y administrar su envejecimiento de forma saludable.

Palabras-Clave: Promoción de la Salud. Cuidadores. Envejecimiento.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação Gráfica realizada por SJ-1 - RJ.....	75
Figura 2 - Representação Gráfica realizada por SJ-7 - RJ.....	78
Figura 3 - Representação Gráfica realizada por SJ-10 - RJ.....	84
Figura 4 - Representação Gráfica realizada por SJ-7 - RJ.....	95
Figura 5 - Representação Gráfica realizada por SJ-12 - RJ.....	99
Figura 6 - Representação Gráfica realizada por SJ-6 - BL.....	111
Figura 7 - Representação Gráfica realizada por SJ-2 - BL.....	113
Figura 8 - Representação Gráfica realizada por SJ-2 - BL.....	115
Figura 9 - Representação Gráfica realizada por SJ-7 - RJ.....	116

## **LISTA DE SIGLAS**

AD	Análise de Discurso
AVDs	Atividades de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
TO	Terapia Ocupacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PNQCID	Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
O impacto do envelhecimento populacional nas práticas de cuidado .....	18
A ação de cuidar como fonte da existência humana .....	19
Quem são os cuidadores formais de idosos? .....	20
Formação dos cuidadores de idosos.....	22
Promoção de saúde no envelhecimento .....	24
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>26</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
Cenário da Pesquisa .....	33
Público Alvo .....	34
Instrumentos de coleta de dados .....	35
Análise dos Dados .....	35
Aspectos Éticos da Pesquisa .....	39
Plano de Trabalho .....	39
<b>CAPÍTULO 1 – Revisão e análise da literatura sobre cuidadores formais entre os anos de 2000 a 2010 .....</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 2 – Perfil dos cuidadores formais de idosos .....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO 3 – A velhice como acontecimento.....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO 4 – O apagamento da família no cuidado ao idoso .....</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO 5 – A gestão do autocuidado do cuidador.....</b>	<b>102</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>143</b>

## APRESENTAÇÃO

O propósito de investigar a promoção de saúde de cuidadores formais de idosos teve início junto à minha prática de terapeuta ocupacional na área de gerontologia. Durante o percurso que fiz até o momento, sempre me instigou a compreensão acerca da prática do “cuidado”. A experiência do cuidar é produzida pela Terapia Ocupacional em meu cotidiano e por meio da escuta ativa das histórias que se inscreveram nos capítulos de minha vida, foi possível ir estabelecendo conexões que me trouxeram diversos questionamentos que necessitavam ser investigados e por meio deste trabalho se concretizam.

Pensar a promoção de saúde na velhice não se traduz nas ações apenas daqueles que já estão vivendo essa fase da vida, mas de muitos adultos, como no caso, os cuidadores formais, que estão envelhecendo. Frente a essa realidade, faço aqui uma analogia da velhice com a escrita da vida e o que me instiga é justamente pensar sobre quais escritas possíveis diante dos ganhos e perdas inevitáveis do envelhecimento, esses cuidadores estão delineando os capítulos da própria história, pois cada um de nós é leitor de diferentes livros e sobretudo daquele escrito com nossa vida.

Segundo Mucida (2009), a velhice como escrita pressupõe que cada um escreve seu envelhecimento de forma completamente singular, com seu próprio estilo. Foi sob esse cenário – que tem o cuidador formal como protagonista – que me debrucei na busca de entender os sentidos do envelhecer escritos, desenhados e tecidos nas histórias de cada um no processo de autocuidado na velhice.

Observamos que o envelhecimento muitas vezes é visto como um “acontecimento” que surge de forma inesperada. Isso indica que ninguém se prepara verdadeiramente ou totalmente para estar na velhice, sendo pego de surpresa. No entanto, ao mesmo tempo, não fazemos outra coisa senão caminhar em sua direção. Então me questiono: como esse fato se inscreve na influência do cuidar e do envelhecer? E por meio deste trabalho venho trazer as reflexões apreendidas que marcaram a escrita desta tese.

Em meio a tal realidade, sentimos necessidade de elaborar arsenais metodológicos que pudessem não somente pesquisar um determinado objeto de estudo, mas compreender por meio da triangulação dos dados a integração das informações coletadas pelas fontes orais (gravação dos discursos), pelos símbolos produzidos na representação gráfica (atividade de colagem) e análise da comunicação não verbal retratada pela filmagem, possibilitando simultaneamente a construção de um olhar crítico em todo o processo. Este percurso

metodológico norteou o caminho de análises que contribuíram para que o material coletado fosse transformado em informações relevantes que respondem aos questionamentos que me levaram a realizar essa pesquisa.

Este trabalho teve como cenário o Projeto Piloto do Programa de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e como eixo de análise foi utilizado o referencial teórico metodológico da análise de discurso que propõe as seguintes etapas:

1ª Etapa - Passagem da superfície linguística para o texto (discurso). Ao transcrever as falas, o material discursivo sofre o tratamento dado pelo pesquisador, ou seja, as gravações foram ouvidas e cada sujeito foi identificado, prestando-se atenção em como o discurso foi falado/expressado, para que se pudesse proceder com a materialização do mesmo através dos símbolos linguísticos (pontuação, exclamação, interrogação, parênteses, reticências e outros);

2ª Etapa - Passagem do objeto discursivo para a formação discursiva, dando materialidade e sentido ao discurso produzido, relacionando-os com a representação gráfica e a comunicação não-verbal produzida no grupo focal;

3ª Etapa - Processo discursivo para a formação ideológica. Com base nos objetivos da pesquisa e no referencial teórico adotado, categorizam-se os dados construindo quadros de referências dos discursos, levando a pesquisadora a compreender a observação dos processos e os mecanismos constitutivos de sentidos dos discursos dos sujeitos investigados.

Os resultados deste trabalho estão apresentados sob o formato de cinco capítulos, antecedidos pela introdução do tema e contextualização do problema de pesquisa, objetivos e metodologia.

O capítulo 1 apresenta uma revisão e análise da literatura sobre cuidadores formais nos anos de 2000 a 2010.

O capítulo 2 identifica, por meio de uma entrevista semiestruturada, o perfil dos cuidadores formais participantes do estudo por meio da coleta de dados sociodemográficos, econômicos e relacionados ao tipo de serviço prestado, grau de dependência do idoso em relação ao cuidador, tempo que o cuidador exerce esta ocupação, motivo de ser cuidador, tempo dedicado a cuidar do idoso, qualificação em relação ao cuidar do idoso, aprendizagem no curso, temas de maior dificuldade para lidar com o idoso, turno de trabalho, carga horária dedicada a si, atividades de autocuidado e atividades prazerosas e significativas.

O capítulo 3 traz como resultado a identificação dos sentidos do envelhecer para os cuidadores de idosos por meio do eixo de análise da “velhice como um acontecimento” na vida do ser humano.

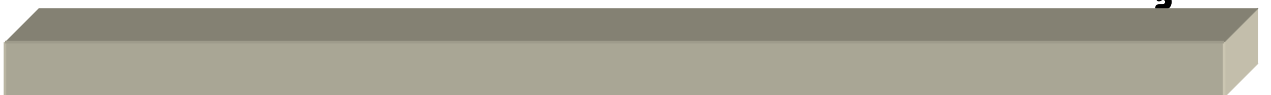
O capítulo 4 retrata as fontes de apoio ao idoso na sociedade e a presença da família como suporte no processo de autocuidado, tendo como eixo a questão do “apagamento da família no cuidado ao idoso”.

O capítulo 5 busca analisar a gestão do autocuidado do cuidador no processo de envelhecimento, como estratégia de promoção de saúde.

Nas considerações finais é contemplada a articulação de todos os resultados obtidos no trabalho.



## ***Introdução***



## **O impacto do envelhecimento populacional nas práticas de cuidado**

Atualmente, a população idosa do Brasil representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira) contra cerca de 11 milhões em 1991 (7,3% da população brasileira) (IBGE, 2000). O aumento do número relativo e absoluto de idosos vem acompanhado de mudanças significativas no perfil epidemiológico dessa população. Nos últimos 40 anos, o Brasil passou de um perfil de saúde caracterizado pelas doenças infecto-contagiosas para um em que as enfermidades crônicas não transmissíveis são predominantes. Estas mudanças no perfil de saúde da população idosa trouxeram a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares que visam auxiliar o idoso no surgimento da dependência para realização de atividades cotidianas (RESENDE; DIAS, 2008).

No entanto, o cenário de cuidado domiciliar prestado por familiares vem mudando nos últimos anos devido a mudanças sociais, históricas e políticas. Karsch (2003) identifica algumas causas dessas mudanças: aumento do número de separações – o que poderá acarretar, no futuro, um grande número de idosos sozinhos ou com estruturas familiares complexas; instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho, levando a que muitas pessoas envelheçam sem a presença de seus filhos por perto; participação crescente da mulher no mercado de trabalho, o que modifica a sua condição de cuidadora em razão dos serviços que habitualmente realiza no domicílio.

Diante da situação atual algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade na velhice. Desta forma, a presença do cuidador formal tem sido mais frequente.

Sendo o cuidado o que define essencialmente a profissão do cuidador desde sua nomeação, torna-se importante observar que os conceitos de *cuidar*, *autocuidado* e *cuidado de si* são utilizados frequentemente em estudos na área da saúde. Estes conceitos são antigos e até mesmo Sócrates descreveu o cuidado como a arte da existência (FOUCAULT, 1993).

Como referencial teórico, essa pesquisa adotará dois eixos temáticos para discussão, sendo eles o eixo do cuidado e da promoção de saúde.

## **A ação de cuidar como fonte da existência humana**

O termo “cuidar” faz parte da vida cotidiana do ser humano. Leininger (1984) relata a importância do cuidado, tendo como referência o conhecimento popular do cuidado, na qual considera a cultura, os valores, as crenças, os significados, o contexto em que vivem os seres humanos, como aspectos que exigem um conhecimento profissional fundamentado em princípios científicos.

Collière (1989) refere-se ao *cuidar* como um ato indispensável na vida humana, sendo uma função primordial da sobrevivência de todo ser vivo.

Se transpusermos a ideia do cuidado para as práticas de saúde, observamos que o seu conteúdo fundamental permanece intacto, pois cuidar da saúde de alguém segundo Boff (1999, p. 33), “[...] é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Para Ayres (2002), é preciso que o cuidado não seja visto apenas como uma pequena e subordinada tarefa das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde, levando-nos a rever uma série de pressupostos e conceitos cristalizados ao longo da hegemonia acrítica do tratar.

O cuidado – no modo como estamos aqui contrastando ao tratar – quer justamente abrir as ações para um sujeito que é protagonista na relação terapêutica e não meramente objeto da aplicação de técnicas pelos profissionais de saúde.

Frente a isto, torna-se necessário compreender o autocuidado não somente como resultado do seguimento de comportamentos prescritivos resultantes dos aparelhos ideológicos dominantes, mas como ações que possuem a reflexão do sujeito sobre suas condições de saúde e seu contexto. Nesse aspecto, cabe aos profissionais considerar além da dimensão social as questões culturais presentes nas práticas de autocuidado.

O autocuidado significa cuidar de si próprio: são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana (BRASIL, 2008).

Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) desdobra o cuidar em três dimensões: os cuidados visíveis, os cuidados invisíveis e a técnica. O cuidado invisível compõe uma atitude que

depende de o indivíduo reconhecer a condição humana do outro. Uma dimensão de cuidado invisível informada pelas experiências pessoais de cada um e determinante da possibilidade de oferecer um acolhimento humanizado e respeitoso, reconhecendo a singularidade do paciente.

O cuidado visível seria o auxílio nas atividades de vida diária, os quais são percebidos como fruto de um aprendizado cotidiano possível a qualquer um que esteja envolvido com a manutenção e reprodução da vida.

A técnica é entendida como uma forma mais ilustrada de realizar procedimentos, promovendo uma economia de esforços, porém, não garantindo, por si só, um cuidado de qualidade, entendido como uma implicação no destino do outro que leve em conta suas demandas e desejos.

Dessa forma, é necessário integrar estas três dimensões na formação do perfil do cuidador de idosos, pois assim o cuidar pode ser compreendido como instrumento de inclusão social, que possibilita a manutenção da autonomia e dignidade no envelhecimento do idoso e também contribui para que no imaginário social a velhice possa ser compreendida de forma benéfica, começando por quem cuida, ou seja, “os cuidadores de idosos”.

### **Quem são os cuidadores formais de idosos?**

O conceito de cuidadores de idosos tem sido discutido entre pesquisadores e a sociedade em muitos países desenvolvidos, na tentativa de conceituar cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais, secundários, terciários e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada idoso (KARSCH, 2003).

Entende-se por cuidador, pessoas que cuidam de bebês, crianças, jovens e adultos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou pelos responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação da pessoa atendida (BRASIL, 2002a).

Segundo Born (2006c), há distinção entre duas grandes categorias de cuidadores:

a) o cuidador remunerado é uma pessoa que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante uma remuneração;

b) o cuidador voluntário é uma pessoa que, tendo relação familiar, de amizade ou vizinhança, se encarrega ou assume os cuidados de um dependente dentro do domicílio.

Estas duas categorias costumam ser denominadas na literatura como cuidadores formais e informais.

Atualmente, as publicações têm considerado como cuidadores todos os que dispensam cuidados a terceiros, sendo então utilizada uma classificação para as múltiplas qualificações desses indivíduos. Segundo a classificação de Wanderley (1998), existem vários tipos de cuidadores, listados abaixo com suas particularidades, porém a autora ressalta que não são categorias excludentes, mas sim complementares, podendo o cuidador apresentar mais de uma classificação:

- cuidador remunerado: recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar;
- cuidador voluntário: não é remunerado;
- cuidador principal: tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado;
- cuidador secundário: divide, de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com um cuidador principal, auxiliando-o, substituindo-o;
- cuidador leigo: não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidado.

Assim, o cuidador que denominamos formal pode ser entendido nesta classificação como cuidador remunerado, principal, leigo, profissional e terceiro uma vez que nela sobrepõem-se grau de parentesco, remuneração e formação.

A inclusão da ocupação de cuidador de idosos na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) ocorreu em 2002, sendo que as atribuições do cuidador formal, referem-se de maneira geral à ajuda nos hábitos da vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva e outros que essa atividade requeira (BRASIL, 2000).

A CBO descreve o cuidador formal como uma pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida cotidiana, fazendo um elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado. Cabe ao perfil desse cuidador ter cursado o primeiro grau, ser maior de idade e submetido a treinamento específico, ministrado por instituição reconhecida, em observância ao conteúdo oficialmente aprovado para atuar junto a pessoas idosas, gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis e possuir qualidades éticas e morais e identificar-se com as atividades desenvolvidas. Observa-se, no entanto, que este perfil de cuidador formal não tem se aplicado

à realidade brasileira. Para isso, torna-se necessário compreender a formação desses indivíduos e o espaço que este ator social ocupa em diversos contextos.

### **Formação dos cuidadores de idosos**

A intenção da proposta de preparação de cuidadores de idosos se inscreve no movimento social que busca criar uma nova mentalidade capaz de acolher a velhice, construindo para isso uma nova subjetividade na qual ela compareça de uma forma mais construtiva. Entretanto, o surgimento do cuidador formal como uma nova categoria profissional, sob a exigência dessa nova mentalidade de assistência para os idosos, não pode ser entendida como uma resultante exclusiva das pressões do campo gerontológico (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006), pois ela se inscreve no campo do cuidar e, a partir desse aspecto, cabe refletir não apenas sobre o cuidado ao “outro”, mas também cuidar de si próprio (autocuidado), para que essa população possa envelhecer com saúde e dignidade.

Sabe-se que a prestação do cuidado é permeada por graus de especificidade que necessitam ser considerados. Cabe, no entanto, definir as linhas que dividem o cuidado prestado pelos diferentes atores sociais. A questão do cuidador de idosos veio para discussão no momento em que a dimensão do cuidado passou para o âmbito público, uma vez que quando ficava apenas na esfera do privado, assegurado pelas famílias, não era tão debatido.

Cabe ressaltar que os cuidadores formais que se habilitam a prestar assistência nem sempre possuem uma formação adequada para o desempenho desta função. A capacitação destes cuidadores torna-se um elemento de fundamental importância. No entanto, Martinez (2004) defende a premissa de que não se pode adestrar, condicionar e treinar simplesmente uma forma humana para cuidar de humanos, pois acredita-se que faz parte do cuidar o saber, o interesse, o envolvimento, o gesto, o carinho e devem, por isso, ser considerados se o desejo for não estressar o cuidador e atender com qualidade o idoso.

Segundo Born (2008), até o momento tem-se dado prioridade aos cursos de formação de cuidadores informais (como por exemplo: grupos de apoio), ficando relegada a segundo plano a formação de cuidadores formais, deixando uma lacuna que deve ser superada. A autora relata que a organização dos cuidadores formais em categoria ocupacional, não mereceu maiores atenções, após a sua inclusão na CBO 2002. A existência de cuidadores, com ou sem preparo, oferecendo seus serviços às famílias ou Instituição de Longa

Permanência para Idosos-ILPI é fato real e sua demanda tende a aumentar. Portanto, é urgente a necessidade de cursos para qualificar esses cuidadores.

Essa autora ressalta que os cursos que são realizados no Brasil não seguem até hoje uma orientação padronizada, ficando o seu programa a critério do preparo profissional e da experiência daqueles que o organizam. Quanto às experiências internacionais observa-se que na Espanha não há titulação homologada com uma clara definição de função de conteúdos formativos e os cursos são realizados por várias em academias ou administrações públicas, mas sem reconhecimento do Ministério da Educação.

No Japão, o governo incluiu no orçamento anual, a partir de 1962, recursos para o programa de cuidado domiciliário. A formação do cuidador obedece a um programa único reconhecido em todo território nacional e estes são empregados pelos serviços de Seguridade Social e atendem gratuitamente em domicílios e desde abril de 2000. O trabalhador contribui a partir de 40 anos de idade para um Sistema de Seguro que possibilita a cobertura de até 90% de qualquer modalidade para o idoso a partir de 65 anos. Na Argentina foi firmado em 2000 um convênio com a Secretaria de Terceira Idade e Ação Social para a formação de formadores de cuidadores domiciliares de idosos (Born, 2006b).

No Brasil, a primeira experiência na organização da formação de cuidadores de idosos ocorreu em 1998 por iniciativa da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social em colaboração da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Foi elaborado posteriormente o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, criado pela portaria interministerial 5.153, de 7 de abril de 1999, sendo este processo interrompido.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES, a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde e a Área Técnica da Saúde do Idoso, Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social, realizaram no período de 9 a 13 de abril de 2007, em Blumenau-SC, uma oficina de trabalho com o objetivo de discutir com profissionais e estudiosos da área de gerontologia e geriatria, assistência social, associações e conselhos estadual e municipal da pessoa idosa, uma proposta de Perfil de Competência do cuidador de pessoa idosa dependente, tendo em vista a estruturação do Curso de Preparação de Cuidadores de Pessoas Idosas e o Curso de Formação do Formador de Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência, retomando, dessa forma, o processo iniciado em 1998 e 1999.

Como produto desta oficina obteve contribuições para a elaboração do perfil profissional de competências do Cuidador de Pessoa Idosa com Dependência, que deve ser utilizado pelas escolas como norteador do plano de curso para a formação destes trabalhadores. Os resultados da oficina geraram documentos que buscaram contextualizar essa iniciativa, apresentar o perfil profissional elaborado e definir diretrizes para a concretização da proposta. O projeto piloto foi desenvolvido então em 2008 pela rede de escolas técnicas do SUS-ETSUS e, em 2009, foi lançado efetivamente. As escolas que participaram do projeto de piloto foram: em Alagoas - Escola Técnica de Saúde Prof.<sup>a</sup> Valéria Hora; no Acre - Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha; em Minas Gerais - Centro de Ensino Médio e Fundamental / Escola Técnica / Unimontes; no Rio de Janeiro - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; no Mato Grosso do Sul - Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" e em Santa Catarina - Escola Técnica de Saúde de Blumenau.

Essa pesquisa tem como cenário o projeto piloto descrito acima e que será detalhado no percurso metodológico. Neste trabalho, busca-se compreender o processo de envelhecimento e sua relação com a saúde individual e coletiva e, conseqüentemente, com o cuidado enquanto uma atitude para a manutenção da vida. Pretende-se trazer a discussão sobre cuidadores de idosos para o campo teórico onde os conflitos e contradições emergem à luz das reflexões do envelhecimento enquanto processo vital, que deve ser despertado nos sujeitos desde cedo para que ações de promoção de saúde façam sentido para aqueles que cuidam e assistem de perto às diversas faces da velhice.

### **Promoção de saúde no envelhecimento**

Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e, como tal, sofre influências da sociedade. A qualidade no processo de envelhecimento relaciona-se com a visão de mundo do indivíduo, com estilo de vida adotado e, conseqüentemente, com o cuidado enquanto uma atitude para a manutenção da vida.

Segundo Canguilhem (1995), a cidadania é obtida plenamente quando o indivíduo conhece seu próprio corpo e a partir de então passa a ter condições para praticar e reivindicar ações que assegurem a qualidade da sua existência.

Segundo Litvoc e Brito (2004, p. 38), “promoção da saúde é concebida, cada vez mais, como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e



outros setores sociais e produtivos voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva”.

A promoção de saúde no envelhecimento é considerada, em grande parte da produção gerontológica do momento, por meio do modelo teórico desenvolvido por Baltes (1990) de envelhecimento bem-sucedido. Este modelo pressupõe que o envelhecimento pode ser um processo geral de adaptação. Para o autor, envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo, que poderá lidar em diferentes graus de ajustamento com as perdas inerentes ao envelhecimento.

Neri e Sommerhalder (2002a) apontam a existência de uma incapacidade funcional como determinante da necessidade de um cuidador. Giacomini et al. (2005) definem capacidade funcional como sendo a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida (autocuidado, cuidado com a casa e trabalho). A compreensão dos aspectos funcionais envolve não somente a saúde física e mental mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, os quais irão revelar o grau de independência do idoso e a necessidade de um cuidador.

Pensar a promoção de saúde no processo de envelhecimento traz a dimensão do cuidado para quem já está vivendo essa fase da vida e para aqueles que caminham nessa direção e possuem condições para desempenhar o autocuidado visando contribuir para o ganho de autonomia na velhice.

Pensar em autonomia na ótica da saúde e do envelhecimento é saber discernir como se pode cuidar sem possuir, sem anular o sujeito. Introduzir o cuidador de idosos nesse cenário é respeitar a capacidade de tomada de decisão desse ator social sobre sua condição de saúde para que ele possa compreender a produção de cuidado na sua relação com o outro.

*Justificativa*



## **CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

As mudanças advindas da terceira idade levam os idosos, em muitos casos, a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam de simples execução. Dessa necessidade surge a figura de cuidador de idosos que, em muitos casos, passa-nos sob um olhar desatento e sem a devida qualificação, resultando em desgaste tanto para o ser cuidado quanto para o cuidador. Entretanto, hoje, no país, pouco se conhece do impacto sobre o sistema de saúde, de idosos que estão dependentes e necessitam de um cuidador.

O treinamento de pessoas para cuidar do idoso é necessário, em face da situação de desamparo em que eles se encontram, no sentido de facilitar o atendimento imediato das suas necessidades básicas, quando estão doentes e/ou fragilizados. O aumento expressivo e progressivo da população idosa impõe o resgate do papel do “cuidador”. A complexidade cada vez maior da organização das sociedades reforça a necessidade de preparo e aprendizado específicos para exercer esse papel. Espera-se que o cuidador possua atividade profissional condizente com a capacidade de desenvolver ações de ajuda naquilo que o outro não pode mais fazer por si só. Esse cuidador assume a responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer às necessidades, visando à melhoria da condição de vida de quem necessita de cuidado diferenciado, temporário ou até definitivo (Conceição, 2010).

No Brasil, o cuidador não tem seu papel reconhecido e tal lacuna é um fator a mais a ser considerado no planejamento de políticas públicas de saúde para idosos. Em 1999, foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que recomenda que os cuidadores também devam receber cuidados especiais, considerando que “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador” (AMÊNDOLA, 2007, p. 16).

Em países desenvolvidos, a figura do cuidador já é assimilada como parceira da equipe de saúde. Na Inglaterra, estima-se que mais de seis milhões de pessoas sejam cuidadores de indivíduos dependentes, em sua maioria idosos (GRUNDY, 2003).

No Brasil existem poucos dados sobre o contexto do cuidado, o perfil dos cuidadores e as redes de apoio. As pesquisas produzidas concentram-se em dados da região Sudeste (PERRACINI; NERI, 2001), o que não permite generalizar as conclusões para o restante do país – que apresenta tantas diversidades regionais. Pesquisas nessa área e com dados de outras regiões mostram-se urgentes.

Em relação às pesquisas sobre cuidadores, um levantamento realizado na base de dados AGELINE, de janeiro de 1978 a agosto de 1998, Neri (1999) encontrou 1970 artigos científicos sobre cuidado, assim divididos: 1029 sobre ônus ou sobrecarga, 563 sobre estresse do cuidador, 245 sobre bem-estar do cuidador, 149 sobre satisfação com o cuidado e 8 sobre resultados positivos do cuidado. Entre estes, dois envolviam o conceito de busca de significado como mediador do bem-estar somente do cuidador familiar.

Segundo Giacomini et al. (2005), alguns fatores podem permear as dificuldades no cuidado cotidiano e colaborar para aumentar a sobrecarga dos cuidadores. Dentre eles, a condição de saúde e as características de quem é cuidado, as limitações de quem cuida – muitas vezes relacionadas ao próprio processo de envelhecimento e adoecimento do cuidador –, algumas situações de penúria social experimentadas ao longo da vida e a ausência de suporte institucional que poderiam facilitar o cuidado.

Essa sobrecarga de papéis tem trazido consequências na qualidade do cuidado ao idoso e na saúde do próprio cuidador, mostrando que o corpo humano deu importantes sinais de desadaptação ao formato deste novo/velho trabalho (RESENDE; DIAS, 2008).

Alguns problemas de saúde que podem acometer os cuidadores são as dores lombares, depressão, artrite e a hipertensão arterial (NAKATANI; SOUTO; PAULETTE, 2004). Segundo Matsuu, Washio, Arhi (2000), a alta prevalência de depressão entre os cuidadores de idosos pode estar associada ao tempo com eles despendido. Aqueles cuidadores que atendem aos idosos durante vários dias do mês e por várias horas ao dia diminuem seu tempo para visitar amigos e/ou relaxar, e têm maiores chances de apresentar episódios de depressão (RESENDE; DIAS, 2008).

Frente à possibilidade de adoecimento do cuidador e do fato desses sujeitos estarem mais propensos a pensar o envelhecimento pelo fato de estarem cuidando de idosos, surge a seguinte questão: Quem cuida do cuidador? Sabe-se que o que existe atualmente são experiências isoladas que tentam fornecer suporte e/ou capacitação ao grupo de cuidadores de idosos, por um tempo predeterminado e desarticulado do sistema público. Nesse sentido, a criação do Projeto Piloto do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social, utilizado como cenário dessa pesquisa, vem buscar preencher essa lacuna na assistência aos idosos e mostra-se como o início de uma política de formação que pretende cuidar de quem cuida e oferecer subsídios ao cuidador para que este possa estar capacitado para o “cuidado” do outro e de si próprio.

Essa realidade acentua o desafio de se entender melhor as condições de trabalho dos cuidadores e as repercussões sobre sua saúde e envelhecimento. O conhecimento teórico produzido até o momento sobre a temática “cuidadores de idosos” é vasto em relação às pesquisas com cuidadores familiares. Entretanto, quando a busca é realizada em relação ao cuidador formal, observa-se uma escassez de literatura, o que justifica o presente estudo e, buscar compreender o sentido do envelhecer na preparação dos cuidadores de idosos foi a maneira que encontramos para contribuir para a produção do conhecimento na área de políticas públicas no envelhecimento.

***Objetivos***



**Geral**

Analisar como os cuidadores formais de idosos percebem o seu envelhecimento na relação do cuidado com o outro.

**Específicos**

- Identificar e analisar os sentidos do envelhecer para os cuidadores formais de idosos;
- Identificar e analisar as fontes de apoio do idoso e a presença da família como suporte no processo de autocuidado;
- Analisar as produções de cuidado no processo de gestão do envelhecimento.

*Metodologia*





Os problemas do envelhecimento e da gestão do cuidado são abordados de diversos ângulos pela literatura, estando disponíveis através de diferentes abordagens, dimensões e métodos analíticos quantitativos e qualitativos, que podem ser referências para a escolha da aproximação mais adequada do problema em estudo (LIMA, 2003).

O percurso metodológico desta investigação privilegia uma abordagem qualitativa que possibilita, através da análise dos discursos dos cuidadores formais de idosos, a identificação da percepção destes sujeitos sobre os sentidos do seu envelhecimento na relação do cuidado com o outro.

Segundo Bogdan e Biklen (1998, p. 38) o pesquisador na abordagem qualitativa tem como alvo:

[...] melhor compreender o comportamento e a experiência humana. Procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usam observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana.

Triviños (1994, p. 120) relata que “muitas informações sobre a vida não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma muito mais ampla que circunscrita ao simples dado objetivo”.

Sabe-se que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção, sendo essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (Minayo, 1999).

### **Cenário da Pesquisa**

O cenário da pesquisa foi o Projeto Piloto do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes (PNQCID), desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social. Este programa faz parte de uma rede formal de apoio, acompanhamento e orientação a cuidadores de idosos, formalizada pela Portaria n° 05/2003.

O Projeto Piloto do Curso de Qualificação de Cuidadores foi desenvolvido em 2008 pela Rede de Escolas Técnicas em Saúde do SUS. As Escolas Técnicas e Centros Formadores

do SUS - ETSUS são instituições públicas criadas para atender as demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil.

O Projeto Piloto desenvolveu-se nas seguintes regiões: Acre, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Blumenau. Pretende-se posteriormente envolver um número maior de Escolas Técnicas de Saúde no Brasil para a qualificação de cuidadores de idosos.

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou efetivamente, no Rio de Janeiro, o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos Dependentes (PNQCID) a ser oferecido em 36 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde em todo o país. O projeto, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social, tem como intuito oferecer um olhar integral sobre o indivíduo, qualificando a atenção prestada às pessoas idosas e seus cuidadores.

Em junho 2008, foi lançado o Guia do Cuidador do Idoso. O manual trouxe noções práticas para profissionais e leigos. Foram impressos 30 mil exemplares distribuídos em todo o país, em capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes, em todas as coordenações estaduais de saúde do idoso, Escolas Técnicas em Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS e Organizações Não Governamentais.

### **Público Alvo**

Cuidadores formais de idosos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem cuidadores formais; faixa etária descrita de 25 a 45 anos; terem concluído o curso de qualificação de cuidadores de idosos dependentes; pessoas com possibilidade de comunicação oral que aceitem participar do grupo focal.

Inicialmente, entrou-se em contato com as todas Escolas Técnicas das regiões que participaram do projeto piloto e foram escolhidas duas (2) escolas de regiões diferentes que responderam positivamente ao contato da pesquisadora, sendo elas as escolas de Blumenau e Rio de Janeiro.

Em relação ao tamanho da amostra, cada grupo deveria ter no máximo 12 participantes (de acordo com a metodologia do grupo focal a ser utilizado no estudo). Na escola de Blumenau houve a participação de 06 cuidadores e no Rio de Janeiro 12 cuidadores, totalizando 18 cuidadores formais dentro dos critérios de inclusão propostos na pesquisa.

## **Instrumentos de coleta de dados**

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a entrevista semiestruturada (Apêndice A) e a técnica do grupo focal. O período da coleta ocorreu de junho a agosto de 2009.

A entrevista teve como objetivo coletar dados sociodemográficos e traçar o perfil destes cuidadores por meio das seguintes informações: tipo de serviço prestado, grau de dependência do idoso em relação ao cuidador, tempo que exerce esta ocupação, motivo de ser cuidador, tempo dedicado a cuidar do idoso, se consideram-se informados em relação ao cuidar do idoso, aprendizagem obtida com o curso, temas que apresentam maior dificuldade para lidar, o turno de trabalho, carga horária que dedicam a si, atividades de autocuidado e as atividades prazerosas e significativas.

O grupo focal de acordo com Beck, Gonzales e Leopardi (2002) consiste em um método de coleta de dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo. O grupo pode ser preexistente ou formar-se para o objetivo da investigação.

Os grupos focais aproveitam a dinâmica de grupo e permitem a um grupo pequeno de participantes ser guiados por um moderador qualificado para alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento das questões do tema objeto de estudo (DEBUS, 1994, p. 13).

Segundo Krueger (1988), a técnica de grupo focal é um método que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços.

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar de questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 1999, p. 129).

## **Análise dos Dados**

Foi realizado um grupo focal em cada local de coleta de dados (Blumenau e Rio de Janeiro), sendo capaz de esgotar a temática da pesquisa. Os grupos tiveram a duração média

de 1 hora e 45 minutos cada. E resultaram em volume grande de informações, depois de transcritas.

Utilizou-se como ferramenta para análise dos dados o software Atlas.ti 6.0 (2003 - 2008), que possibilitou a criação de dois bancos de dados. Esta é uma ferramenta tecnológica para pesquisas com abordagens qualitativas. Cada conjunto de entrevistas foi agrupado em uma Unidade Hermenêutica (HU), um *container* que armazena, em conjunto, todos os dados e no qual é possível explorar e interpretar as informações. Com uso do *software*, codificaram-se trechos das transcrições identificadas como *Primary Documents* (PD). A base teórica permite a definição de categorias (*codes*). Na leitura das falas dos sujeitos resultante do grupo focal realizado, cada documento é dividido em citações (*quotations*), os quais são relacionados por meio da codificação com as categorias de análise, conceituais – baseadas nos referenciais teóricos e empíricas – extraídas do conteúdo do material. No decorrer do estudo surgiram elementos novos que suscitam hipóteses emergentes e assim, novas categorias foram criadas. Agruparam-se os códigos e os trechos vinculados em temas, entendidos como famílias de códigos que se relacionam e estabelecem conexões com as falas, sejam de oposição ou de similaridade sobre um determinado tema.

Após a leitura cuidadosa, foram realizadas as codificações do material, de modo a apreender os elementos que integravam o objetivo do estudo, através do qual foram criados 35 códigos (Autocuidado; Estratégias para envelhecer independentemente; Preocupação com a estética no envelhecimento; Valorização da saúde e bem-estar; Atividades que mais gostam de fazer; Conteúdos aprendidos no curso e experiências; Mudança no estilo de vida; Aspectos culturais do cuidador; Empatia como estratégia para o cuidado; Importância do afeto no cuidado; Motivo de se tornar cuidador; Sobrecarga; Sentimentos positivos e negativos do cuidado e sua influência na percepção da velhice; Educação e envelhecimento; Escolha em continuar cuidando; Ganhos no cuidado ao idoso; Idoso frágil-sentimento de impotência, Produção e representação do cuidado, Sentimento de recompensa; Desejo da velhice saudável; Envelhecimento como escolha; Envelhecimento fisiológico; Dependência pode ocorrer em qualquer etapa da vida; Falta de apoio e respeito ao idoso na sociedade atual, Perdas na velhice, Projetos de vida na velhice, Representação da velhice; Representação de ser idoso; Influência da cultura na representação da velhice; Envelhecimento com dignidade; Busca de espaço na sociedade para idosos; Falta de apoio familiar na velhice; Mudança na estrutura familiar; Mudanças nos valores sociais; Presença da família na velhice).

Cada fragmento foi sublinhado, sendo que cada fragmento poderia receber um ou mais códigos. Após a codificação, foram gerados relatórios constando os fragmentos relacionados a cada código e referente a cada grupo focal realizado.

Para interpretação das informações, utilizou-se como referencial teórico-metodológico a Análise de Discurso (AD), de matriz pêcheuxtiana, para trabalhar com a compreensão e produção dos sentidos dos discursos (PÊCHEUX, 1995; ORLANDI, 2009) dos cuidadores formais de idosos. Partindo-se da questão de investigação, a interpretação das falas resultou na construção de três blocos discursivos: A velhice como acontecimento; Apagamento da família no cuidado ao idoso; A gestão do autocuidado do cuidador, onde são apresentadas as formações discursivas.

A AD trata do discurso, a fala do homem, procura compreender a língua fazendo sentido enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, construtivo do homem e de sua história. Concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social (ORLANDI, 2009).

A linguagem está materializada na ideologia e esta se manifesta na língua. Partindo da idéia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade do discurso é a língua, a AD trabalha a relação língua-discurso-ideologia, relação essa complementada com o fato de que, como diz Pêcheux (1975 apud ORLANDI, 2009): “Não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido”.

A AD visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos. Busca indicar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido, produzindo novas práticas de leitura.

Não há uma verdade oculta atrás do texto. Há gestos de interpretação que o constituem e o analista, com seu dispositivo, deve ser capaz de compreender (ORLANDI, 2009).

Para Orlandi (2009), o dispositivo, a escuta discursiva, deve explicitar os gestos de interpretação que se ligam aos processos de identificação dos sujeitos, suas filiações de sentidos: descrever a relação do sujeito com sua memória, inter-relacionando descrição e interpretação. É também dever do analista distingui-las em seu propósito de compreensão.

Espera-se do dispositivo do analista que lhe permita trabalhar em face à interpretação, sendo preciso que ele atravesse o efeito de transparência da linguagem, da literalidade do sentido e da onipotência do sujeito. Investe-se assim na opacidade da linguagem, no descentramento do sujeito e no efeito metafórico, isto é, no equívoco, na falha e na materialidade; no trabalho da ideologia (ORLANDI, 2009).

Por isso a AD se propõe a construir escutas que permitam levar em conta esses efeitos e explicitar a relação com esse saber que não se aprende e nem se ensina, mas que produz seus efeitos. A leitura discursiva considera o que é dito em um discurso e em outro, o que é dito de um modo e de outro, procurando escutar o não dito no que é dito, pois só uma parte do dizível é acessível ao sujeito, e mesmo o que ele não diz significa algo em suas palavras (ORLANDI, 2009).

Inicia-se a AD visando compreender como um objeto simbólico produz sentidos, por meio da configuração do corpus, delineando seus limites, fazendo recortes, na mesma medida em que se vai pensando um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções, pois a AD tem um movimento de ir e vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise.

Esse procedimento se dá ao longo de todo o trabalho. Ressalta-se que as palavras refletem sentidos de discursos já realizados, imaginados ou possíveis, sendo dessa forma que a história se faz presente na língua (ORLANDI, 2009).

Para Orlandi (2009), os procedimentos da AD têm a noção de funcionamento como central, levando o analista a compreendê-lo pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, utilizando a paráfrase e a metáfora como elementos que permitem certo grau de operacionalização dos conceitos.

As etapas do dispositivo de análise têm como percurso passar do texto ao discurso, no contato com o corpus, o material empírico. Na primeira etapa, o analista, no contato com o texto, procura ver nele sua discursividade, desfazendo assim a ilusão de que aquilo que foi dito só poderia sê-lo daquela maneira. Torna-se fundamental, neste momento, o trabalho com paráfrases, sinonímia, relação do dizer e não dizer. Na segunda etapa, a partir do objeto discursivo, o analista vai pensar uma análise que procura relacionar as formações discursivas distintas, que podem ter-se delineado no jogo de sentidos visualizado pela análise do processo de significação (paráfrase, sinonímia etc.) com a formação ideológica que rege essas relações.

Atinge-se assim a constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos dos sentidos produzidos naquele material simbólico, do qual a formulação do analista partiu (ORLANDI, 2009).

Feita a análise, não é sobre o texto que falará o analista, mas sobre o discurso. Obtém-se, como produto da análise, a compreensão dos processos de produção de sentidos e de constituição dos sujeitos em suas posições (ORLANDI, 2009).

## **Aspectos éticos da pesquisa**

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram considerados os aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B). Na apresentação das falas, utilizou-se uma codificação para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, como SJ-1-BL correspondendo ao primeiro cuidador de Blumenau e SJ-1-RJ correspondendo ao primeiro cuidador do Rio de Janeiro, sucessivamente.

O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo nº 0945/2008 (Apêndice C).

## **Plano de Trabalho**

### **1ª. Fase: Contato com as Escolas Técnicas, Autorização para Pesquisa e Envio do Roteiro de dados sobre o Curso**

- A pesquisadora entrou em contato, em fevereiro de 2007, com o Coordenador da Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde e por meio de uma reunião obteve informações sobre o desenvolvimento do Projeto Piloto do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes. Nesta reunião foi possível obter o projeto que fundamentou a criação do programa e verificar a importância de utilizá-lo como cenário da pesquisa;
- Realizou-se contato telefônico com os coordenadores das Escolas Técnicas (Acre, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Blumenau) que estavam desenvolvendo o curso e buscou-se certificar-se da realização destes e explicitar os objetivos da pesquisa;
- Três Escolas Técnicas responderam ao contato, sendo elas: Escola Técnica de Saúde de Blumenau, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz (Rio de Janeiro), Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão – Mato Grosso do Sul (que posteriormente não participou da pesquisa por motivos de mudança na estrutura física local) ;

- O projeto de pesquisa “Os Sentidos do Envelhecer na Preparação de Cuidadores de Idosos: uma Estratégia de Promoção de Saúde” foi encaminhado para as Escolas Técnicas para o conhecimento das mesmas, junto com o Termo de Autorização para a execução da pesquisa (Apêndice D), que foi respondido e enviado via correio.

## **2ª Fase: Estudo Piloto - Grupo Focal**

O Estudo Piloto foi desenvolvido no mês de outubro de 2008, com a finalidade de verificar se o uso da metodologia escolhida atendia ao objeto desse estudo. Foi realizado um Grupo Focal com 10 cuidadores formais de idosos, funcionários da Unisaúde - Centro-Oeste, uma Cooperativa de Trabalhadores Profissionais, Técnicos e Administrativos na área da Saúde em Brasília - DF.

Todos os cuidadores que participaram do grupo focal prestam assistência domiciliar a idosos. Os cuidadores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam inicialmente uma entrevista semiestruturada com dados sociodemográficos, econômicos e relacionados ao tipo de serviço prestado e o grau de dependência do idoso em relação ao cuidador. O grupo teve duração de uma hora e quarenta e cinco minutos. As falas dos sujeitos foram gravadas e o grupo foi coordenado pela pesquisadora e contou com o auxílio de duas relatoras-observadoras.

Na execução do grupo focal, tanto no projeto piloto quanto na fase de coleta dos dados da pesquisa, foram envolvidas três etapas (DEBUS, 1994; BECK; GONZÁLES; LEOPARDI, 2002):

- a) Preparação e Explicação: tem geralmente a duração de dez minutos e objetiva fazer uma apresentação do grupo e fazer com que os vários participantes interajam;
- b) Conteúdo da Discussão: inicia-se com comentários gerais para introduzir os tópicos e as pessoas do grupo se sentirem mais confortáveis e termina com temas de interesse mais específicos;
- c) Fechamento: objetiva-se fazer um resumo dos temas trabalhados, a fim de compreender o que aconteceu durante a sessão.

Notou-se que a técnica do grupo focal foi adequada para a coleta dos dados e visando atingir os objetivos propostos no estudo.



### **3ª Fase: Pesquisa com amostra selecionada**

- Entrou-se novamente em contato com as Escolas Técnicas do SUS que aceitaram participar do estudo, sendo elas (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Fiocruz (Rio de Janeiro); Escola Técnica de Saúde de Blumenau (Santa Catarina, Blumenau)).

- Com o auxílio dos coordenadores dos cursos foram mapeados os cuidadores que participariam da pesquisa, seguindo os critérios de inclusão do estudo. Ficou estabelecido o período de 1 de junho a 1 de agosto de 2009 para a coleta dos dados.

- Por meio de contato telefônico agendou-se com os cuidadores de cada localidade data e horário para realização do grupo focal. Em conversa com os coordenadores do programa de qualificação para os cuidadores foi estabelecido que a pesquisadora receberia a contribuição de dois funcionários de cada local, um para filmagem do grupo e outro para ser relator-observador, sendo que as orientações seriam transmitidas a eles antes do trabalho iniciar, e no caso da filmagem poderiam realizar um treinamento e teste dos equipamentos de gravação.

- Cabe ressaltar que embora a amostra desta pesquisa tenha predominância de mulheres optou-se por utilizar o termo “cuidador de idosos” para se referir aos sujeitos.

### **Condições de produção da coleta de dados - o grupo focal**

O grupo focal seguiu as etapas de Preparação e Explicação; Conteúdo da Discussão e Fechamento, já descritas anteriormente. Segundo a Análise de discurso, as condições de produção pelas quais a pesquisa é realizada, são de extrema relevância para a compreensão dos sentidos expressos pelos sujeitos participantes, interferindo na construção das formações discursivas apresentadas.

As condições de produção são responsáveis pelo estabelecimento das relações de força no interior do discurso e mantêm com a linguagem uma relação necessária, constituindo com ela o sentido do texto. As condições de produção fazem parte da exterioridade linguística e podem ser agrupadas em condições de produção em sentido estrito (circunstâncias de enunciação) e em sentido amplo (contexto sócio-histórico-ideológico), segundo preconiza Orlandi (1999).

Frente a isto pode-se considerar como condições de produção que tiveram efeito significativo para o resultado deste trabalho:

## Condições de Produção *Stricto Sensu*

- **Apresentação Inicial:** durante a apresentação dos cuidadores foi utilizada uma dinâmica de aquecimento, onde cada uma delas deveria se apresentar utilizando algum objeto que estava usando ou alguma característica pessoal. Observou-se que este procedimento possibilitou um ambiente de descontração, favorecendo o conhecimento dos integrantes do grupo com a pesquisadora.

- **Representação Gráfica:** nesta estratégia solicitou-se aos cuidadores que representassem por meio de colagens de figuras “como se viam velhas” e através da construção de frases e recortes, “o que significava a velhice para elas”. Notou-se que a atividade expressiva utilizada foi capaz de trazer a representação dos aspectos simbólicos. Segundo Charon (1989) os símbolos são o que vemos e, como interpretamos, e o nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica; é através da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade em que agimos.

- **Grupo focal:** foi uma condição de produção que possibilitou que os discursos se entrecruzassem e funcionassem como uma caixa de ressonância, onde a fala de um reproduzia no outro uma reflexão e este por sua vez reconstruía sua fala, trazendo uma enorme riqueza para os dados coletados.

- **Filmagem e Gravação em áudio:** estes recursos foram utilizados para a coleta dos discursos dos cuidadores, sendo que a filmagem contribuiu de forma significativa, pois pode trazer à pesquisadora dados da comunicação não-verbal dos participantes que possibilitaram simultaneamente um olhar crítico de todo o processo vivenciado. No início, muitos cuidadores fizeram brincadeiras, dizendo que ficariam famosos, outros preocuparam-se com a postura. Percebeu-se que houve também constrangimentos, mas após uns 15 minutos de grupo já haviam se esquecido da câmera, ficando à vontade. Cabe ressaltar que como as pessoas que fizeram a filmagem foram sujeitos distintos e mesmo recebendo as mesmas informações, considera-se que certamente seus olhares influenciaram na gravação, assim como seus contextos e ideologias.

- **Análise da comunicação não-verbal:** por meio da filmagem foi possível fazer a análise da comunicação não-verbal dos sujeitos enquanto produziam seus discursos. SILVA (1996) define comunicação não-verbal como sendo aquela que ocorre na interação de pessoa-a-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas, bem como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais

ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. Para Taylor (1992), o modo de comunicação não-verbal nem sempre é consciente, e descreve-o como mensagens enviadas e recebidas pelas expressões faciais, qualidade da voz, postura física e gestos, que transmitem atitudes, sentimentos e reações com maior clareza do que as palavras faladas.

Julgamos então pelos conceitos apresentados, ser a forma não-verbal de se comunicar, um rico instrumento na busca dos processos de produção de sentido. Para o estudo e observação da comunicação não-verbal emitida pelos cuidadores formais de idosos, empregamos a classificação adotada por Silva (1996):

a) Paralinguagem - é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independentemente dos fonemas que compõem as palavras, os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. Esses sinais são fornecidos pelo ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro, etc.

b) Cinésica - é a linguagem do corpo, ou seja, seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, até expressões mais sutis, como as faciais. Sabe-se que quanto mais encoberto for um sinal - um leve tremor nas mãos, por exemplo, mais difícil é ter consciência dele.

c) Proxêmica - é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles; diferença de status, preferências, simpatias e relação de poder.

d) Características físicas - são a própria forma e aparência de um corpo. Transmitem informações de faixa etária, sexo, origem étnica e social, estado de saúde, etc. Os objetos utilizados pela pessoa também são sinais de seu autoconceito (jóias, roupas, tipo de carro) e das relações mantidas (alianças, anel de graduação).

e) Fatores do meio ambiente - são a disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço, como cor, forma e tamanho.

f) Tacêsica - é tudo que envolve a comunicação tátil: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. Está relacionada ao espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento.

Quanto às funções básicas da comunicação não-verbal nas relações interpessoais, estas foram identificadas segundo SILVA (1996) as descreve:

- Complementar à comunicação verbal - significa fazer qualquer sinal não-verbal que reforce, reitere ou complete o que foi dito verbalmente.
- Substituir a comunicação verbal - significa fazer qualquer sinal não-verbal para substituir as palavras.
- Contradizer o verbal - é fazer qualquer sinal não-verbal que contradiga o que foi dito verbalmente. Demonstrar sentimentos - significa demonstrar qualquer emoção não por palavras, mas, principalmente, por expressões faciais, entre outros sinais.

### **Condições de produção *Lato Sensu***

- **Culturais:** os aspectos culturais/regionais apresentaram-se explícitos nos discursos dos cuidadores, onde foi possível observar as ideologias predominantes em cada região e as influências sobre o sentido do envelhecimento para eles.
- **Sociais:** neste item pode-se observar que as mudanças ocorridas na sociedade, principalmente na organização da estrutura familiar, oferecem impacto significativo sobre os pensamentos e atitudes dos cuidadores, pois em Blumenau observou-se uma herança em cuidar dos avós e valorização do ambiente familiar na velhice, já no Rio de Janeiro, as cuidadoras manifestam este desejo, mas ele fica explícito apenas no intradiscurso, onde nota-se que elas formulam um discurso resultante da realidade em que vivem, onde dizem que “não esperam serem cuidadas por seus filhos e não precisam de ajuda”.

Esta pesquisa está estruturada em cinco capítulos e para a construção destes foram utilizados os aportes metodológicos descritos abaixo:

- **Capítulo 1 - Revisão e Análise da literatura sobre cuidadores formais entre os anos de 2000 a 2010:**

Com o objetivo de contribuir para as discussões em torno do cuidador formal de idosos, o capítulo 1 apresenta uma revisão integrativa e análise das pesquisas realizadas nos últimos 10 anos. Os artigos selecionados para este estudo visaram fundamentar e oferecer subsídios teóricos para o desenvolvimento da pesquisa.

Para efeito da seleção dos trabalhos analisados consideraram-se todas as pesquisas, cujo objetivo principal foi abordar a temática do cuidador formal. Buscou-se compreender os anos de maior produção, metodologias aplicadas, definição do termo, cenários de pesquisa,

motivo do surgimento e da necessidade de cuidador formal, perfil dos cuidadores, objetivos, temáticas mais abordadas e suas contribuições.

Procedeu-se a busca de pesquisas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS: <http://www.saudepublica.bvs.br>), nos bancos de dados: Lilacs e Scielo. Tentou-se realizar a busca pelo descritor “cuidador formal”, no entanto notou-se que poucos são os artigos que utilizaram este descritor ou este termo em seu título; desta forma procedeu-se a busca a partir dos descritores: cuidador e idosos e então, obtendo-se um número maior de artigos, foi possível proceder a leitura de todos os resumos e chegar a um número mais expressivo de trabalhos que abordassem o tema e pudessem fundamentar esta pesquisa. Os idiomas escolhidos foram: inglês, português e espanhol e o período de busca compreendeu de julho de 2000 a julho de 2010.

Foram encontrados na base do Lilacs, 122 artigos e no Scielo, 54; obtiveram-se no entanto 14 artigos repetidos entre as duas bases de dados, sendo estes considerados na contagem de apenas uma delas (Lilacs). Excluindo os artigos que não versavam especificamente sobre o tema de cuidador formal, obtivemos um total de 22 artigos inclusos, sendo 12 no Lilacs, 7 no Scielo e 3 inclusos por meio das referências dos próprios artigos, que foram considerados importantes para o presente tema.

Foi realizada então uma revisão integrativa de literatura, que incluiu a análise de pesquisas relevantes que possibilitaram a síntese do estado do conhecimento sobre cuidador formal e apontaram lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), que permitem a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para elaborar uma revisão integrativa é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. O processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura; entretanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão de tal processo, com pequenas modificações.

No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008):

- Primeira etapa: identificou-se o tema e foi selecionada a seguinte hipótese: o que existe de produção nos últimos dez anos na base de dados Lilacs e Scielo sobre cuidadores formais de idosos?

- Segunda etapa: estabeleceram-se os critérios de inclusão, sendo escolhidos os artigos que abordassem somente o tema de cuidador formal, trabalhos que tratassem o assunto

conceitualmente e produções que tinham cuidadores informais em sua amostra mas também apresentavam cuidadores formais. Os artigos que trouxeram o enfoque somente no cuidador informal foram excluídos. A partir deste momento foi dado início à busca.

- Terceira etapa: definiram-se as informações a serem extraídas dos estudos selecionados: o período de publicação, metodologia aplicada, definição do termo cuidador formal, cenário da pesquisa, motivo do surgimento desta ocupação e necessidade do cuidador, perfil desta população, objetivos e os principais enfoques temáticos e suas contribuições.

- Quarta etapa: avaliaram-se os estudos incluídos na revisão integrativa. Deu-se início à leitura de todos os resumos encontrados e utilizou-se como critério a leitura do artigo na íntegra quando o resumo não explicitava o tipo de cuidador ao qual a pesquisa se referia.

- Quinta etapa: interpretaram-se os resultados e buscou-se discuti-los e identificar as contribuições relevantes para o conhecimento teórico sobre o tema; foram identificadas lacunas que permitiram apontar sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas ao cuidador formal de idosos.

- Sexta etapa: apresentação da revisão que visou fundamentar este trabalho.

Cabe ressaltar que para efeito da seleção dos trabalhos analisados consideraram-se os critérios e definição de “cuidador formal de idosos” classificados por Wanderley (1998), já descritos neste trabalho e apoiamo-nos no trabalho de Kawasaki e Diogo (2001) que compreendem que o cuidador formal pode ser entendido nesta classificação como cuidador remunerado, principal, leigo, profissional.

## • **Capítulo 2 - Perfil de Cuidadores Formais de Idosos:**

Para este capítulo, analisou-se o perfil dos cuidadores que participaram do estudo. A coleta de dados foi realizada de junho a agosto de 2009, após encaminhamento e obediência a todos os aparatos éticos e institucionais que envolvem a pesquisa com seres humanos.

O cenário da pesquisa foi o Projeto Piloto do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes (PNQCID), desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social. Os sujeitos da pesquisa foram cuidadores formais de idosos, que atenderam aos critérios de inclusão já descritos.

Para o mapeamento do perfil dos cuidadores utilizou-se a entrevista semiestruturada que foi aplicada anteriormente ao grupo focal. Os dados referentes à entrevista objetivaram traçar o perfil destes cuidadores por meio da coleta de dados sócio-demográficos, econômicos

e relacionados ao tipo de serviço prestado, grau de dependência do idoso em relação ao cuidador, tempo que o cuidador exerce esta ocupação, motivo de ser cuidador, tempo dedicado a cuidar do idoso, qualificação em relação ao cuidar do idoso, aprendizagem no curso, temas de maior dificuldade para lidar com o idoso, turno de trabalho, carga horária dedicada a si, atividades de autocuidado e atividades prazerosas e significativas.

A entrevista foi respondida pelos próprios cuidadores, tirando algumas dúvidas com a pesquisadora quanto às questões se necessário e teve a duração média de 20 minutos. Os dados foram analisados por frequência simples.

- **Os Capítulos: 3 - A Velhice como Acontecimento; 4 - O Apagamento da Família no Cuidado ao Idoso e 5 - A Gestão do Autocuidado do Cuidador:**

Todos os capítulos citados utilizaram abordagem qualitativa, já que o fenômeno em estudo era complexo, de natureza social e cultural.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2009 por meio da técnica do grupo focal, que segundo Krueger (1988), é um método que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços.

Foi realizado um grupo focal em cada local de pesquisa e as informações obtidas foram transcritas e arquivadas em dois bancos de dados com o apoio do software Atlas.ti 6.0 (2003-2008). Foram realizadas as codificações do material e gerados relatórios finais no período de agosto a outubro de 2010.

Para análise dos dados, utilizou-se como referencial teórico-metodológico a Análise de Discurso (AD), de matriz pècheuxtiana, para trabalhar com a compreensão e produção de sentidos dos discursos (PÊCHEUX, 1995; ORLANDI, 2009).

Para análise seguiram-se as seguintes etapas:

1ª Etapa - Passagem da superfície linguística para o texto (discurso). Ao transcrever as falas, o material discursivo sofre o tratamento dado pelo pesquisador, ou seja, as gravações foram ouvidas e cada sujeito foi identificado, prestando-se atenção em como o discurso foi falado/expressado, para que se pudesse proceder com a materialização do mesmo através dos símbolos lingüísticos (pontuação, exclamação, interrogação, parênteses, reticências, e outros);

2ª Etapa - Passagem do objeto discursivo para a formação discursiva. Nesse momento, também analisou-se a representação gráfica e a comunicação não-verbal realizada pelos cuidadores no âmbito grupal, dando materialidade e sentido ao discurso produzido.

3ª Etapa - Processo discursivo para a formação ideológica. Com base nos objetivos da pesquisa e no referencial teórico adotado, categorizam-se os dados construindo quadros de referências dos discursos, levando a pesquisadora a compreender a observação dos processos e os mecanismos constitutivos de sentidos dos discursos dos sujeitos investigados.

Foi realizada uma análise triangulada, que permitiu integrar as informações coletadas das fontes orais, das atividades expressivas e por meio da análise da filmagem possibilitando simultaneamente a construção de um olhar crítico de todo processo. Este cruzamento dos dados favorece o aumento da confiança do estudo, pois na pesquisa qualitativa estes não podem ser confirmados através de medidas, sendo de nosso interesse os significados, as crenças, as intenções, os conceitos ou valores acerca do sentido do envelhecer para os cuidadores de idosos.



## *Capitulo 1*



## REVISÃO E ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE CUIDADORES FORMAIS ENTRE OS ANOS DE 2000 A 2010

### Introdução

O envelhecimento é um processo complexo, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas. Com as mudanças na estrutura social e principalmente familiar, a mulher que exerceu o papel de cuidadora ao longo da história encontra-se no mercado de trabalho, as famílias estão menores e geralmente os filhos, na busca de emprego, acabam residindo distante dos pais, trazendo a exigência de contratação de pessoas para cuidar de seus familiares.

Frente ao aumento das doenças crônicas e do nível de dependência, o idoso necessita de auxílio para a execução de suas atividades de vida diária- AVD's , surgindo então a figura do cuidador formal para vir suprir esta demanda, encontrando nesta ocupação desafios bastante delicados.

Segundo Ribeiro et al. (2008), o cuidado dispensado ao idoso transforma-se muitas vezes em tarefa árdua e complexa gerando sentimentos de angústia, insegurança e desânimo, comprometendo desta forma a saúde do cuidador. Saliba et al. (2007) relatam que esta parcela da população requer atenção especial pois pouco se conhece sobre o perfil destes cuidadores, suas necessidades e formação. Frente ao objetivo de contribuir para as discussões em torno do cuidador formal de idosos, o presente capítulo apresenta uma revisão integrativa da literatura nos últimos 10 anos sobre esta temática.

### Resultados e Discussão

Em relação aos *anos de maior produção* sobre o tema de cuidador formal, encontraram-se os anos de 2001 e 2008. Notou-se a escassez de referencial teórico na literatura, no entanto observou-se que a partir de 2005 o número de produções teve um aumento significativo, demonstrando o interesse pelo tema e a necessidade de referencial teórico que vise contribuir para a prática do cuidador formal.

A respeito da *metodologia aplicada* nos estudos houve predominância das abordagens quantitativas. Entre os 22 artigos selecionados onze foram estudos quantitativos do tipo

transversal, estudo de caso, coorte de base populacional, observacional e exploratório. Três artigos basearam-se em revisão de literatura sobre o tema, cinco apresentaram metodologia qualitativa e utilizaram a história oral temática, análise de conteúdo, discurso do sujeito coletivo e observação participante para coleta e análise dos dados. Obtiveram-se também três estudos que trouxeram reflexão sobre a temática do cuidador e sua correlação com aspectos éticos e com o Sistema Único de Saúde - SUS, podendo ser classificados como ensaios.

No que se refere à *definição do termo* “cuidador formal”, observou-se que não foram todos os artigos que traziam uma definição, mas aqueles que trouxeram, como Nascimento et al. (2008), categorizaram anteriormente o termo “cuidador”, como indivíduo que presta cuidados para suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva e diferenciaram cuidadores informais (amigos, vizinhos, entre outros) de cuidadores formais, como sendo aqueles que compreendem todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob forma de prestação de serviços. Estas definições apoiaram-se no trabalho de Sommerhalder (2001).

Saliba et al. (2007) e Conceição (2010), trazem conceitos semelhantes aos abordados pelos autores acima e retratam o cuidador formal através da descrição de Gonçalves (2002), como pessoa que embora tenha um vínculo com o idoso, é contratada para este trabalho. Ribeiro et al. (2008), traz a definição de Houaiss (2001), que se aproxima das descritas anteriormente e ressalta o cuidador como aquele que se mostra zeloso e diligente para com outrem. Ribeiro et al. (2009) trazem a definição de cuidador formal, segundo Duarte (1996), como profissional contratado para auxiliar os idosos nas AVD's e atividades instrumentais da vida diária- AIVD's.

Maffioletti e Loyola (2003) descreveram a classificação de cuidador sugerida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (2000), que propõe a definição de cuidador informal como a prestação de cuidados em domicílio à pessoa idosa, com ou sem vínculo familiar e não remunerado. Relatam que o cuidador profissional é a pessoa que possui educação formal com diploma conferido por instituição de ensino reconhecida em organismo oficial e que presta assistência ao idoso, à família e comunidade. E define cuidador formal como a pessoa capacitada para auxiliar o idoso em suas tarefas cotidianas, fazendo elo entre o idoso, família e serviços de saúde e comunidade, sendo geralmente remunerado.

Aires e Paz (2008) resgatam de forma generalizada o termo de cuidador como a pessoa que cuida do idoso doente e dependente no exercício de suas atividades de alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento aos serviços de saúde entre outras ações requeridas no cotidiano; utilizando-se do referencial de Costa et al. (2003), e Giacomozzi

(2006). Mello et al. (2008) trazem a definição do cuidador de acordo com a classificação do cuidado em quatro níveis (autocuidado, cuidado informal, cuidado formal e cuidado profissional) e a partir deste referencial definem o cuidador informal (familiares, amigos), cuidador formal (rede de serviço pública, privada e filantrópica) e cuidador profissional (inclui formação profissional).

Kawasaki e Diogo (2001a, p. 258), definem que “cuidadores formais” são “indivíduos que não raramente assumem sozinhos a assistência ao idoso, pois possuem uma equipe para dividir as responsabilidades da tarefa”.

Santana et al. (2005), definem o cuidador formal e familiar segundo Mendes (1998), que se aproximam das definições já citadas e abordadas acima e trazem a distinção entre o conceito de cuidador principal (aquele que tem total ou a maior responsabilidade pelo idoso dependente no domicílio) e cuidador secundário (familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares).

Quanto aos *cenários* utilizados para as pesquisas, sete trabalhos tiveram a comunidade e o atendimento domiciliar como foco das reflexões sobre o trabalho do cuidador formal; a comunidade foi abordada em dois artigos, um deles por meio da Estratégia de Saúde da Família - ESF e outro pelas informações de recursos comunitários; sete artigos tiveram como cenário as Instituições de Longa Permanência para Idosos, dois abordaram os cursos de educação e formação para cuidadores, um a assistência ambulatorial e os demais abordaram aspectos conceituais gerais sobre o tema.

Alguns artigos analisados relatam o *motivo do surgimento e da necessidade de cuidador formal* na realidade brasileira, sendo que: os autores Saliba et al. (2007), Garbin et al. (2010), Maffioletti (2003), Nascimento et al. (2008), referem-se ao aumento da expectativa de vida, alterações no estilo de vida que podem levar ao comprometimento de algumas funções, surgimento de doenças crônicas e a necessidade de ajuda nas atividades cotidianas em domicílio e instituições pelo prejuízo na autonomia e dependência.

Kawasaki e Diogo (2001b) ressaltam a escassez de recursos do sistema de saúde para atender a demanda da população idosa e ressaltam o favorecimento do tratamento no domicílio citando a Portaria de nº. 73, de 10 maio de 2001, e relatam que para esta modalidade de assistência domiciliar emerge a figura do cuidador; citam que dentro deste contexto, frente às dificuldades advindas da falta de emprego, cresce a busca pelo trabalho remunerado no domicílio para muitas pessoas com baixa qualificação.

Rodrigues, Andrade e Marques (2001) relatam que a cada dia aumenta a necessidade de cuidadores formais em instituições para idosos, pois a clientela que busca este tipo de

cuidado encontra-se mais frágil, limitando sua capacidade para cuidar-se, necessitando do cuidar para ajuda nas AVD's. Mello et al. (2008), justificam a necessidade de cuidador através da falta de recebimento de ajuda da família, de serviços e organizações, colocando o cuidador formal como uma importante fonte de suporte aos idosos.

Quanto ao *perfil dos cuidadores formais*, notou-se na maioria dos estudos a prevalência de mulheres, a baixa escolaridade e a faixa-etária entre 30 e 50 anos. Kawasaki e Diogo (2001b) encontraram em sua amostra 41 sujeitos com enfoque da assistência domiciliar grande parte referiu ter vivenciado o papel de cuidador anteriormente, embora quatro afirmem ter feito curso para cuidar de idosos. Fato considerável encontrado por estes autores é a opção de cuidar do idoso em sua própria residência, propiciando a formação de clínicas e abrigos para idosos. A maioria buscou a ocupação de cuidador por estar desempregado e evidenciou-se que a qualificação não interferiu na remuneração a ser exigida, visto que muitos indivíduos sem qualificação cobram mais do que aqueles que a possuem.

Mello et al. (2008), em amostra com sete cuidadores em uma IPLI, encontraram, quanto ao estado civil, que a maioria era solteira e separada e quanto ao tempo de execução desta ocupação encontrou uma média de doze anos de trabalho como cuidador.

Ribeiro et al. (2008), analisaram uma amostra de 512 cuidadores atuantes em instituições de longa permanência para idosos – ILPI's, sendo 310 em filantrópicas e 202 em privadas e encontraram a prevalência do estado civil solteiro ou casado, de classe econômica C, segundo os critérios da ANEP (Critério de Classificação Economia Brasil), com remuneração mensal de dois salários mínimos atuando nesta ocupação há menos de dois anos. Na comparação entre o perfil dos cuidadores das ILPI's filantrópicas e privadas, observou-se que nas primeiras citadas há maior número de cuidadores com mais de 50 anos, viúvos, com menos de quatro anos de estudo e com condição econômica menos favorecida e que trabalham como cuidadores há mais tempo que os que atuam nas instituições privadas.

Saliba et al. (2007) entrevistaram 18 cuidadores em três ILPI's da cidade de Araçatuba e verificaram que em relação ao motivo de se tornar cuidador, mais da metade iniciaram o trabalho na área por necessidade e não por afinidade.

Para Garbin et al. (2010), os cuidadores entrevistados nas IPLI's demonstraram em seu perfil o motivo de estarem neste cargo por ser o único emprego que conseguiram e retrataram que as instituições não exigem seleção por qualificação e experiência profissional.

Conceição (2010) respaldado pelo protocolo de avaliação admissional multidimensional do idoso institucionalizado em Belo Horizonte, cita como requisitos para o perfil do cuidador formal: ter completado o ensino fundamental, ter mais de 21 anos de idade,

submeter-se a treinamento específico ministrado por instituição reconhecida em observância ao conteúdo oficialmente aprovado para atuar junto às pessoas idosas, gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis e possuir qualidades éticas e morais, além da necessária identificação com as atividades a serem desenvolvidas.

Trelha et al. (2006) em seus estudos verificaram as características de vinte e quatro idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores, concluindo que a maioria passa mais de oito horas por dia cuidando. Além desta atividade, vinte e um cuidadores possuem outra atividade. Neste trabalho e o de Ricci et al. (2005) a amostra foi composta por cuidadores formais e informais, no entanto os resultados não foram separados para a análise do perfil.

Quanto aos *objetivos* propostos, quatro estudos buscaram caracterizar o perfil dos cuidadores tendo como foco: perfil do indivíduo que se oferece para ser cuidador, perfil do cuidador dentro de Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI's, características de idosos e cuidadores de um ambulatório de neurogeriatria, caracterização de idosos e cuidadores restritos a domicílio.

Obtiveram-se três trabalhos com enfoque reflexivo (ensaios), que objetivaram discorrer sobre critérios éticos do cuidar e ser cuidador e a política do SUS. Notou-se que seis artigos buscaram compreender aspectos como: percepção dos cuidadores de uma IPLI sobre envelhecimento, as representações sociais acerca do cuidado prestado, percepção dos cuidadores frente às dificuldades no cuidado diário, o grau de concordância entre a percepção do cuidador e do profissional de saúde quanto ao desempenho das AVD's dos idosos, o significado do cuidado e do cuidar para cuidadores que trabalham em instituições para idosos.

Um estudo objetivou levantar a produção científica sobre a temática do cuidador. Dois artigos buscaram identificar as necessidades de cuidado e de cuidador para idosos que precisam de cuidado na comunidade e os fatores associados a esta necessidade. Outros estudos objetivaram avaliar a formação e descrição dos princípios orientadores da educação dos cuidadores.

Um dos trabalhos objetivou identificar as atividades propostas pelos cuidadores de idosos, outro avaliou a qualidade de vida do idoso por ele e por seu cuidador e um estudo analisou o conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal.

Em relação às *temáticas* focalizadas nas produções destacam-se: estudos sobre o trabalho do cuidador formal em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI's, assistência na comunidade com enfoque no domicílio; formação dos cuidadores de idosos e aspectos éticos ligados ao cuidar e ser cuidador. Serão discutidas e identificadas as contribuições relevantes, as lacunas existentes e as sugestões efetuadas pelos autores.

- **O trabalho do cuidador formal de idosos em ILPIs**

O estudo de Garbin et al (2010) buscou a compreensão do significado do envelhecer para os cuidadores em ILPI's, e verificou que surgiram tanto aspectos positivos como negativos do envelhecimento. Os cuidadores perceberam que a tristeza, abandono e a solidão levam o idoso a não querer mais desfrutar da vida. Evidenciou-se também que o envelhecimento acarreta tanto desgaste para o idoso quanto para o cuidador, o que requer deste paciência, habilidade e conhecimento para lidar com a situação, caso contrário poderá gerar estresse e maus-tratos. Neste trabalho a questão dos maus-tratos é relacionada apenas ao idoso demonstrando a lacuna existente neste tema em relação à figura do cuidador.

Outro aspecto relevante foi o motivo por buscarem o trabalho de cuidador em uma ILPI onde observa-se que eles estão no cargo por ser o único emprego que conseguiram e chama-se a atenção para o fato de que o preenchimento do quadro de funcionários/cuidadores geralmente não exige seleção por qualificação ou experiência profissional.

Sobre as dificuldades no cuidado aos idosos destacaram: dar atenção necessária, ter insegurança e não haver compreensão. Em relação à satisfação em cuidar do idoso, metade da amostra não respondeu e a outra metade relatou sentir-se satisfeita. Ressaltaram que o envolvimento emocional do cuidador no ato de cuidar pode proporcionar superação de suas deficiências técnicas como pode sobrecarregá-lo o que torna importante a preservação da saúde do cuidador.

Segundo Ribeiro et al. (2008), a necessidade de recursos humanos capacitados para a atenção à saúde do idoso é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI. Art. 3 da portaria interministerial 5.153 determinou a elaboração de protocolos para capacitação de diferentes modalidades de cuidador, familiar, formal e institucional e que a função do cuidador enquanto prática profissional remunerada permanece obscura, especialmente quanto aos que exercem esta função nas instituições de longa permanência. O estudo aponta uma lacuna em relação aos dados do estado civil dos cuidadores.

Na comparação entre o perfil das instituições filantrópicas em relação às privadas nota-se que na primeira citada os cuidadores são geralmente mulheres viúvas e mais idosas, com escolaridade inferior, condição econômica menos favorecida e atuam como cuidadores há mais tempo. Os autores trazem a sugestão da implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas à capacitação dos cuidadores em ILPI's de Belo Horizonte.

Estes autores ressaltam em outro artigo em 2009, que a relação de idosos por cuidador é maior nas instituições filantrópicas; notou-se que a aquisição de habilidades profissionais no

auxílio aos idosos da instituição vem da própria prática; nas instituições privadas um maior percentual de cuidadores relatou ter frequentado cursos técnicos. A formação técnica dos funcionários não é priorizada na contratação das instituições filantrópicas e estas por sua vez não apresentam o treinamento de cuidadores como uma rotina, contrariando determinações da ANVISA. Foi grande o número de pessoas satisfeitas em ser cuidador, ainda que cuidar seja uma tarefa complexa é também fonte de prazer, sendo esta uma tendência recente encontrada nas pesquisas. Muitos cuidadores identificam neles próprios o risco de institucionalização na velhice e a dificuldade mais relatada foi de relacionamento com o idoso.

Martinez e Brêtas (2004) descobriram que nem sempre a motivação para o trabalho de cuidador é o desejo de trabalhar com este segmento etário e vem muitas vezes permeada pela necessidade econômica, muitos trocam a identificação profissional pela necessidade de sobrevivência. Os cuidadores que relatam motivação identificaram ter vocação, talento e aptidão, demonstrando a heterogeneidade dos motivos que fazem alguém trabalhar com idosos. Quanto ao significado do desempenho das atividades na instituição asilar, os cuidadores relataram que a realização do ato de cuidar traz satisfação, não mencionando o retorno financeiro; para outros cuidadores o cuidar significa sofrimento psíquico e físico. Quanto aos fatores que podem causar estresse no cuidador em uma instituição asilar, nas narrativas ele pode ser identificado pelo cansaço (fruto da jornada de trabalho somada a mais de um emprego e a dupla jornada de trabalho, principalmente no sexo feminino), relação com os colegas e o comportamento dos idosos.

Os autores, frente aos resultados do estudo, propuseram para a instituição estudada a manutenção de programas de capacitação na área de gerontologia, reforçar ações de educação em serviço, estimular e promover condições para o desenvolvimento do trabalho em equipe, introdução de técnicas e exercícios de relaxamento para cuidadores durante a semana, buscando preservar a qualidade da saúde do cuidador. Defendem que as pessoas que atuam em ILPI precisam estar preparadas não só tecnicamente, mas emocionalmente.

Saliba et al. (2007), ao avaliar o conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal em três ILPIs, ressaltam que este tipo de conhecimento se configura como um cuidado diário de fundamental importância para o autocuidado. Constataram que embora 77,7% dos cuidadores já tenham participado de treinamento, a maioria nunca recebeu orientação sobre cuidados bucais na terceira idade, o que corrobora com a carência de ações deste tipo pelos cuidadores nas ILPIs, já que estes pré-requisitos não são cobrados na contratação.

Mello et al. (2008), destacam que para muitos a busca em ser cuidador é a única alternativa, enquanto que para alguns esta é uma opção. Verificam que os cuidadores



valorizam mais a experiência do que a busca por qualificação profissional, sendo os sujeitos com maior grau de escolaridade aqueles que buscam mais aperfeiçoamento. As concepções dos cuidadores em relação ao envelhecimento são constituídas por idéias de dependência, dificuldades de pensar na velhice e descrevem o cuidado como experiência de vida e não como trabalho profissional. É verificada a lacuna existente quanto aos serviços de apoio às famílias dos idosos.

Rodrigues, Andrade e Marques (2001) identificaram em estudo com quinze cuidadores de uma ILPI que há ausência de conhecimento para cuidar, sendo que os cuidadores reproduzem o conhecimento a partir da prática cotidiana com os outros. Os sentimentos positivos frente ao envelhecimento motivam o cuidar e os sentimentos negativos geram apenas uma sensação de dever cumprido. Cabe ressaltar que observaram que visões positivas da velhice levam ao desempenho de ações integrais e complexas enquanto visões negativas geram ações parciais e simples e apresentam como lacuna a ausência de uma política de preparação de recursos humanos na área de gerontologia e geriatria.

- **Assistência do cuidador em domicílio com enfoque na comunidade**

Santana et al. (2005), em estudo com idosos e cuidadores atendidos em nível ambulatorial, notaram que todos cuidadores realizavam cuidados diretos com o idoso, como preparo da alimentação e administração de medicamentos, e citaram entre as dificuldades apresentadas, aquelas relacionadas a aprender a lidar com os distúrbios de comportamento e o relacionamento interpessoal ineficaz entre indivíduo-cuidador-família.

Kawasaki e Diogo (2001a) relatam que os cuidadores formais que se habilitam a prestar assistência no domicílio nem sempre possuem uma formação adequada para o desempenho desta função. Alguns cuidadores da amostra optaram por cuidar do idoso na própria residência. Um fator importante a ser ressaltado é que a experiência da maioria dos cuidadores é familiar, porque já cuidaram de um parente idoso, levando a questionar se esta experiência enquadra-se com as necessidades do idoso a ser cuidado. A maioria dos cuidadores que anunciaram seus serviços para cuidar de idosos estavam desempregados no momento, buscando novas frentes de trabalho. Alguns se submetem a remunerações menores e a todos os tipos de atividades para manterem-se empregados e verificou-se que a qualificação não interferiu na remuneração exigida.

Estes mesmos autores, em outro artigo (2001b) investigaram as atividades propostas pelos cuidadores na assistência e identificaram que muitas competem somente aos profissionais de enfermagem, o que causa muita preocupação e alerta quanto à necessidade de orientar a família e desenvolver projetos de formação de recursos humanos para o cuidado ao idoso no domicílio.

Trelha et al. (2006) em caracterização de idosos e cuidadores no domicílio constataram que a dependência dos idosos nas AVD's estava associada à superproteção do cuidador e relaciona o fato do alto grau de dependência contribuir para que os idosos não possam participar de programas da terceira idade trazendo uma enorme lacuna que vem se formando atualmente com a criação de programas e serviços para idosos ativos e a restrição de alternativas de assistência para o idoso mais frágil.

Conceição (2010) traz contribuições teóricas no sentido de prestar orientações ao cuidador do idoso acamado no contexto domiciliar, apontando princípios orientadores para a formação deles. Este trabalho contribui para que profissionais que auxiliam na qualificação de cuidadores possam se apropriar deste referencial para sua prática. Aires e Paz (2008) verificaram em uma amostra composta de 176 sujeitos que 24,4% dos idosos identificaram a necessidade de um cuidador, no entanto 5,1% não têm nenhuma pessoa que possa assumir os cuidados e destes, 74,4% referiram ter dificuldades financeiras para pagar um cuidador formal; este resultado levanta a discussão da oferta deste tipo de serviço na rede pública, o que gera a urgência de reorganização das tecnologias assistenciais.

- **Formação dos cuidadores de idosos**

Louzada e Lopes (2004) ressaltam em sua revisão que o ensino para cuidadores deve basear-se na instrumentalização do cuidador para lidar com seus próprios sentimentos e na participação deles no processo ensino-aprendizagem, além do manejo da pessoa idosa, o que volta desta maneira o olhar para o seu autocuidado, aspecto este nem sempre valorizado na formação destes sujeitos e identifica a necessidade do desenvolvimento de protocolos adequados nos cursos da realidade brasileira.

Nesta mesma linha de raciocínio, Maffioletti, Loyola e Nigri (2006), descrevem a valorização dos cursos em transmitir um cuidado repleto de técnicas ao invés de voltar-se para o autocuidado, mantendo o foco centrado na doença e relatam que o cuidador encontra-se na

mesma situação de invisibilidade social que os idosos, sendo preciso repensar a concepção do cuidar na velhice e os conceitos que orientam a formação dos cuidadores.

Brêtas (2003) traz a importância de cuidar sem anular a autonomia do outro e coloca o idoso como seu principal cuidador, discute em qual setor público esta ocupação deve ser inserida, voltando seu olhar para a assistência social e traz o Sistema Único de Saúde -SUS como parceiro na implementação de ações para os cuidadores, tendo os profissionais de saúde responsabilidade na educação e no desenvolvimento de um sistema de apoio formal e informal para o cuidador.

- **Aspectos éticos ligados ao cuidar e ser cuidador**

Maffioletti e Loyola (2003) discutem que o bom cuidado prestado é feito por meio do compromisso ético; a qualidade da assistência não se mede pela capacitação técnica dos profissionais mas também pela pontualidade, assiduidade, vontade de resolver as situações pela ética e desejo do trabalho e situa o cuidador como nova tecnologia de cuidados. Raskin (2001) traz que ser cuidador implica na aplicação dos preceitos éticos de justiça, confidencialidade e responsabilidade. Descreve que poucos cuidadores têm acesso a cursos para qualificar-se e relata que o mais difícil critério ético talvez seja o direito de autonomia do idoso.

### **Considerações Finais**

A questão do envelhecimento tem ganho cada vez mais espaço nas produções científicas pois a assistência à saúde do idoso é permeada por graus de especificidade que precisam ser consideradas e para suprir esta demanda surge a figura do cuidador formal. Nota-se que a literatura sobre este tema apresenta-se bastante escassa se comparada às produções existentes sobre cuidador familiar; no entanto verifica-se que tem crescido o número de produções científicas nos últimos anos.

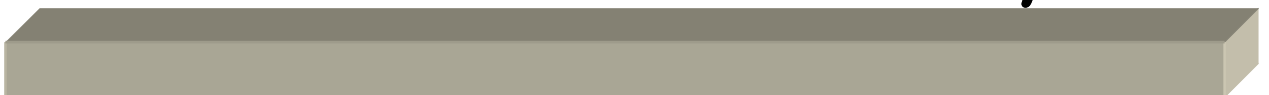
Nota-se no perfil destes cuidadores um predomínio de mulheres, uma faixa etária de 30 a 50 anos, o que demonstra que estas pessoas estão em fase produtiva da vida e em busca de inserção ou manutenção no mercado de trabalho o que justifica a busca por esta ocupação na maioria das pesquisas. Observa-se que o nível de escolaridade é baixo o que implica na qualidade da produção de cuidado ofertado ao idoso e no nível de satisfação do cuidador,

sendo que muitos não possuem formação específica e se baseiam em experiências prévias de cuidados.

As questões éticas que envolvem o cuidar foram discutidas nos estudos com base nesta ocupação representar uma nova tecnologia de cuidado. Com relação ao trabalho em instituições de longa permanência para idosos os estudos demonstraram que há diferenças significativas entre o perfil das instituições privadas e públicas, o que exige normatização para a contratação destes cuidadores.

Em relação à formação profissional vê-se que o número de oferta de cursos tem crescido, no entanto não há uma fiscalização e uso de protocolos. Ressalta-se a necessidade de explorar nestes espaços a dimensão do autocuidado do cuidador e pensar em qual setor público esta ocupação deve estar inserida, tendo o SUS como parceiro na implementação de ações e no desenvolvimento de um sistema de apoio formal e informal para o cuidador, além da criação de uma política de preparação de recursos humanos na área de geriatria e gerontologia que possam retirar o cuidador da invisibilidade social.

## *Capitulo 2*



## **PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS**

### **Introdução**

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. Até 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. E, ainda, é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social (OMS, 1999).

O envelhecimento caracteriza-se como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando a maior incidência e vulnerabilidade a enfermidades e a diminuição da capacidade funcional (NETTO, 2006).

Dessa forma, devido ao resultado destas modificações, bem como à prevalência aumentada de doenças crônicas, que são comuns nas idades mais avançadas da vida, o envelhecimento pode provocar o desenvolvimento de dependência em atividades cotidianas o que, sem dúvida, terá importante repercussão na qualidade de vida.

No entanto, cada doença e cada momento do processo do envelhecimento, impõem cuidados específicos dependendo do grau de incapacidade funcional do idoso (YUASO, 2000).

Estes cuidados eram tradicionalmente realizados pela família, mais especificamente por um membro feminino (mulher, filha e irmã) que dedicava sua vida a este trabalho, muitas vezes sem reconhecimento, e normalmente sem remuneração (RAVAGNI, 2008). Porém, paralelamente às transformações no perfil demográfico, a sociedade brasileira vem sofrendo profundas mudanças sociais, como a urbanização e alterações na estrutura familiar, que diminuem a capacidade da família de prestar o cuidado aos mais velhos, pelo menos nos moldes tradicionais: sob o mesmo teto, por membros da família, principalmente por pessoas do sexo feminino (BORN; BOECHAT, 2006a).

Em virtude do aumento expressivo da população idosa em nosso país e a mudança estrutural da família contemporânea, tornou-se fundamental o papel do cuidador da pessoa idosa. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5162, o

cuidador caracteriza-se como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa da família, da comunidade ou contratada, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, as atribuições do cuidador ultrapassam a função de auxiliar as pessoas idosas no desempenho das atividades cotidianas dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituição na qual necessite de atenção ou cuidado diário (BRASIL, 2008). Cabe ressaltar que a função do cuidador é acompanhar, auxiliar e estimular a pessoa a se cuidar, fazendo por ela somente as atividades que não consiga realizar sozinha.

Os cuidadores podem ser classificados em duas categorias: formal e informal. O cuidador informal pode ser um membro da família, esposo (a), filho (a), irmã (ão), ou mesmo amigos (as) e voluntários (as), normalmente do sexo feminino (CAOVILLA; CANINEU, 2002).

O cuidado diário e permanente ao idoso dependente pode produzir perturbações, devido à mudança no exercício de papéis, a diminuição do tempo, a sobrecarga e o desgaste físico e emocional, que por menor que sejam, afetam a vida familiar (KAWASAKI; DIOGO, 2001a). Neste contexto, a contratação de um cuidador formal passou a ser uma estratégia de força complementar urgente, necessária e indispensável na assistência a essas pessoas (DUARTE, 2010).

Define-se como cuidador formal um profissional contratado, que recebeu um treinamento específico para a função, e presta assistência profissional ao idoso e/ou família e à comunidade, mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Este profissional pode exercer suas funções na residência de uma família, em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ou acompanhar a pessoa idosa em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, entre outras) (RAVAGNI, 2008). Este presente capítulo terá como enfoque o perfil do cuidador formal, que tem crescido no mercado de trabalho e apresenta na literatura uma escassez de referencial teórico.

Em reconhecimento, a emergência de uma nova modalidade ocupacional, a de cuidar de uma pessoa nas atividades da vida diária, com remuneração, registro na carteira de trabalho e com qualificações mínimas necessárias, o Ministério do Trabalho e Emprego, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), nomeia e codifica essa ocupação de cuidador

formal desde 2002, que está descrita na categoria da família ocupacional de cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos, sendo que a ocupação de “Cuidador de Idosos”, enfoque deste presente estudo, está sob o código 5162-10 (BRASIL, 2002b).

Cabe destacar que, como a função de cuidador está reconhecida apenas como ocupação, está tramitando em nível federal o Projeto de Lei nº 6.966/2006, que dispõe sobre a criação da profissão de cuidador.

O perfil destes cuidadores é de pessoas que cursaram no mínimo até o 1º grau; maiores de idade e capacitados em cursos de, no mínimo, 160h teórico-práticas com conteúdo abrangente e específico relacionado ao envelhecimento e cuidado da pessoa idosa. Além disso, devem apresentar condições físicas e psíquicas saudáveis, possuir qualidades éticas e morais e identificar-se com as atividades desenvolvidas (BORN, 2006b).

No entanto, atualmente, é impossível precisar quantas são as pessoas idosas que necessitam de um cuidador, bem como, quantos e quem são estes cuidadores e de que forma estão desempenhando suas atividades (DUARTE, 2010).

Ainda segundo a autora supracitada, junto com estas dúvidas, existem muitos questionamentos, em especial os relacionados a quais atividades e obrigações estão inerentes à ocupação do cuidador, como e quem poderá adequadamente orientá-los e como poderá ser desenvolvida uma rede de atenção adequada e suportiva às demandas das pessoas idosas, seus familiares e os próprios cuidadores (DUARTE, 2010).

Assim, em resposta, surgiram, em diferentes âmbitos, federal, estadual e municipal, programas de orientação e capacitação desses cuidadores, com a finalidade de treinar os cuidadores em serviços de apoio às atividades de vida diária, de ajudar no processo saúde/doença, e de agir como facilitador da integração idoso/família e idoso/sociedade (RAVAGNI, 2008). Além disso, para oferecer informações aos mesmos para que possam desenvolver formas de enfrentamento das dificuldades, sobrecarga e desafios que a doença lhes impõe.

Na política nacional de atenção à saúde do idoso, recomenda-se que as pessoas que cuidam de idosos devem também receber cuidados especiais, considerando que “a tarefa de cuidar é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador” (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Nesse âmbito, a ajuda de profissionais especializados em vários níveis de atenção é crucial para a determinação do bem-estar do cuidador e da qualidade dos cuidados prestados aos idosos (NERI; CARVALHO, 2000).



Entre estes profissionais especializados está o terapeuta ocupacional que na busca da integralidade da assistência ao idoso tem se dedicado a criar alternativas e maneiras para promover a qualidade de vida do cuidador.

A atuação da terapia ocupacional com os cuidadores poderá ser realizada através de programas educativos, informativos e terapêuticos, abordando os diversos aspectos do envelhecimento, criando um espaço facilitador para trocas de experiências e investigação das possíveis situações de trabalho que podem estar provocando adoecimentos, auxiliando-os no seu autocuidado. Além disso, atua na capacitação do cuidador informando-o quanto ao quadro clínico do idoso, oferecendo a ele segurança na realização de procedimentos e melhora na satisfação do cuidado prestado.

## **Resultados e Discussão**

Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte dos cuidadores, apresenta uma baixa escolaridade, sendo que de 18 cuidadores, 15 (83,3%) estão entre o ensino fundamental e o médio. De acordo com Nakatani et al. (2003), a baixa escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados aos idosos o que, sem dúvida, acaba levando a uma queda na qualidade do serviço. Dentro desta visão, Ribeiro et al. (2008) ressaltam que a baixa escolaridade também pode prejudicar os cuidadores a auxiliarem os idosos em funções mais complexas, tais como: auxílio na medicação, receber e transmitir orientações médicas, acompanhar a consultas e ajudar com serviços bancários, recebimento de benefícios e compras.

A prevalência de cuidadores com baixa escolaridade também foi observada no estudo realizado por Chaves (2010), em que 93% dos cuidadores estavam entre o ensino fundamental e médio.

Cabe destacar que apesar de constar na última publicação do Ministério do Trabalho e Emprego que o perfil dos cuidadores formais deve ser de pessoas que cursaram até o 1º grau completo, verifica-se a partir dos autores supracitados e também desta pesquisa a importância da participação desses cuidadores formais em programas de orientação e capacitação.

No que se refere ao sexo, os resultados apresentaram um inquestionável predomínio de mulheres cuidadoras (n=18). Esse predomínio pode ser justificado pelas mulheres estarem buscando, a cada dia, mais alternativas de trabalho e satisfação fora do contexto do lar.

Todavia, as escolhas do trabalho fora do lar ainda são influenciadas pelo fato de a mulher ser considerada a “tradicional cuidadora dos dependentes idosos da família” (NASCIMENTO, 2001).

Conforme Neri e Carvalho (2002a), por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade e vista como uma função natural. Para Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) as estratégias de cuidados são aprendidas naturalmente no processo de socialização feminina, sustentadas por uma capacidade de maternagem “natural” às mulheres.

A prevalência de pessoas do sexo feminino que atuam como cuidadores de idosos também foi observada no estudo realizado por Kawasaki e Diogo (2001a) onde apenas dois dos 45 cuidadores formais eram do sexo masculino, assim como em outros trabalhos (RIBEIRO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2006), confirmando a prevalência da mulher na prestação do cuidado.

Com relação ao estado civil, houve um predomínio de cuidadores casados (n=6), seguido de solteiros (n=5). Convém destacar que existe uma lacuna na literatura em relação ao estado civil dos cuidadores formais de idosos, resultado este também encontrado por Ribeiro et al. (2008), dificultando a comparação dos resultados obtidos nesta pesquisa. Porém, como houve nesta pesquisa um predomínio inquestionável de mulheres, os resultados encontrados neste item “estado civil”, pode ser explicado devido à integração crescente da mulher no mercado de trabalho, de forma a buscar satisfação, bem como contribuir na renda familiar.

Em relação a este dado, torna-se também importante refletir que estas mulheres (participantes do estudo) podem estar mais vulneráveis a um maior estresse devido ao acúmulo de funções, pois além de trabalharem como cuidadoras de idosos, ainda agregam outras atividades no lar.

No que se refere à remuneração dos cuidadores formais, identificou-se que 11 (61,1%) recebem de 1 a 03 salários mínimos. Este resultado também foi observado no estudo realizado por Ribeiro et al. (2008), tendo a faixa salarial de até dois salários mínimos a mais comum.

Sem dúvida, a baixa remuneração pode levar os cuidadores a buscarem outra forma de complementação salarial, o que, muitas vezes, leva por si só à sobrecarga de trabalho.

Quanto ao tempo que os cuidadores cuidam de idosos, identificou-se 8 (44,4%), cuidadores de 1 a 03 meses, seguido de 5 (27,7%) cuidadores com mais de 06 meses e a mesma quantidade de 07 a 10 meses. Já em relação ao motivo pelo qual os sujeitos tornaram-se cuidadores formais de idosos, identificou-se que 12 (66,6%) referem ser cuidadores devido

à satisfação, seguido de 6(33,3%) que escolheram por dom. Garbin et al. (2010), em seus estudos encontraram como motivo da busca dos cuidadores por este trabalho em uma ILPI, a questão da necessidade, pois estão no cargo por ser o único emprego que conseguiram e os autores chamam a atenção para o preenchimento do quadro de funcionários/cuidadores nas instituições, que geralmente não exige seleção por qualificação ou experiência profissional. Martinez e Brêtas (2004) ressaltam que o que motiva ser cuidador em uma instituição asilar, nem sempre é o desejo de trabalhar com este segmento etário e sim a necessidade econômica, onde muitos trocam a identificação profissional pela necessidade de sobrevivência. Os cuidadores que relatam motivação identificaram ter vocação, talento e aptidão demonstrando a heterogeneidade dos motivos que fazem alguém trabalhar com idosos.

No entanto, a satisfação com o trabalho e o relacionamento afetivo com os idosos pode facilitar no processo do mesmo, assim como ajudar a lidar com situações desfavoráveis, como a assunção de outras funções e o baixo salário. Além disso, estes motivos destacados pelos cuidadores podem ter sido reforçados pelo fato, entre os 18 entrevistados, 10 (55,6%) terem experiência com idosos em seu domicílio, sendo eles: pais, cunhados e avós.

Dentre os cuidados prestados aos idosos em seu domicílio, a maioria afirma que os cuidados oferecidos estão relacionados com a atenção e na observação dos seus comportamentos.

A amostra de cuidadores estudada apresentou em relação aos dias dedicados para cuidar dos idosos (de segunda a sexta-feira) um predomínio de 11 (61,1%) cuidadores formais que trabalham todos os dias.

No que se refere às horas dedicadas ao cuidado durante a semana, no Rio de Janeiro encontrou-se um predomínio de 5 (41,6%) cuidadores que dedicam 08 horas por dia. Já na região de Blumenau houve 2 (33,3%) cuidadores que dedicam de 10/11 horas por dia, demonstrando maior jornada de cuidado formal que os cuidadores do Rio de Janeiro e excedendo o número, estabelecido por lei, de horas diárias de trabalho.

Nesse sentido, o excesso de horas por dia dedicadas ao cuidado durante a semana pode comprometer a conciliação entre esse trabalho com o trabalho doméstico, o que, sem dúvida, poderá repercutir negativamente na qualidade da assistência prestada ao idoso, assim como, na diminuição do rendimento do cuidador e do tempo dispensado para seu autocuidado e lazer, potencializando o cansaço e, conseqüentemente, gerando o desgaste físico e emocional.

A prevalência de uma jornada de trabalho superior a oito horas também foi encontrada no estudo realizado por Kawasaki e Diogo (2001a), como foi visto na pesquisa da região de Blumenau.

Dentre os 18 cuidadores, encontra-se 10 (55,5%) cuidadores que exercem o cuidado em período diurno, seguido 8 (44,4%) sujeitos em turnos alternados. Dessa forma, estes cuidadores possuem a oportunidade de dormir no período noturno, não alterando seu ciclo biológico o que, sem dúvida, é essencial para saúde (MEDEIROS et al., 2009).

Dentro desta visão, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), destaca o descanso e o sono como uma forma de ajudar e apoiar o engajamento saudável e a participação em outras áreas de ocupação (como, por exemplo, no trabalho) (AOTA, 2008).

Entre os 18 cuidadores, 17 (94,4%) se consideram informados em relação ao cuidar do idoso, sendo importante destacar que dois entrevistados, da região de Blumenau, relataram que sempre estão buscando por novas informações. A busca constante de informação pode facilitar na assistência integral ao idoso e, ainda, no seu cuidado efetivo.

Em relação ao que aprendeu no curso que ainda não sabia, obtivemos diferentes respostas entre os cuidadores, sendo elas: aprendeu sobre o estatuto do idoso e as leis, sobre alterações cognitivas (em especial, nas demências) e sensoriais ocasionadas pelo envelhecimento, atenção com os cuidados de higiene, dinâmicas para realizar com os idosos, assim como, a importância do trabalho em equipe e dos cuidados orais. Além disso, uma das cuidadoras ressaltou sobre a importância de se dedicar ao próprio cuidado.

Apesar da maioria dos cuidadores terem afirmado que se consideram informados em relação a cuidar do idoso, a realização de orientações e capacitações através de cursos como este torna-se essencial para que o cuidador possa compreender sobre cuidados e procedimentos específicos, conceitos e implicações das alterações ocasionadas com o processo do envelhecimento, assim como ter um suporte e poder sanar suas dúvidas e dificuldades de forma a possibilitar exercer com maior capacitação e segurança o seu trabalho, favorecendo, desta forma, a melhora da qualidade dos cuidados proporcionados à pessoa idosa.

Além disso, estes cursos também são importantes para orientar o cuidador sobre formas de facilitar ou otimizar as tarefas de cuidado, acarretando a diminuição do desgaste físico e emocional, bem como, conscientizar da necessidade e importância do autocuidado do cuidador.

No que se refere aos temas em que os cuidadores têm mais dificuldades de lidar, também obtivemos diferentes respostas, sendo elas: escovação dental, morte e finitude, teimosia, demências, esquizofrenia, perda da memória, doença de Parkinson, controlar alimentação e dificuldades no relacionamento com a família.

As dificuldades encontradas por estes cuidadores podem ser justificadas devido muitas vezes ao cuidado ser individualizado e elaborado de acordo com a particularidade de cada idoso (KAWASAKI; DIOGO, 2001a).

Além disso, tais dificuldades podem ter sido encontradas pela carência de informações em relação à determinada doença, bem como, por cada doença e cada momento do processo do envelhecimento impor cuidados específicos dependendo do grau de incapacidade funcional do idoso, manifestada nos domínios físicos e cognitivos com reflexos ainda na personalidade do doente (YUASO, 2000).

Ainda em relação a este item, torna-se importante discutir em relação às dificuldades encontradas no relacionamento com a família do idoso cuidado, uma vez que o cuidador formal poderá enfrentar situações delicadas e estressantes no exercício da sua função. De acordo com Munhoz, Ravagni e Leite (2008), tais dificuldades podem ser ocasionadas pela ausência total dos familiares no cuidado; pela superproteção da família ao idoso, interferindo no seu trabalho e pela não delimitação do seu papel e de suas obrigações.

Cabe destacar que os resultados encontrados reforçam ainda mais a importância na participação dos cuidadores formais em programas de orientação e capacitação com o intuito de qualificar o cuidado prestado.

A análise dos dados referentes à atividade de autocuidado possibilitou a construção de seis categorias. São elas: atividades físicas (como caminhada, ginástica, hidroginástica e academia); atividades de autocuidado relacionadas à imagem corporal (como frequentar salões de beleza, hidratar o corpo e fazer compras); consultas médicas periódicas; alimentação saudável; atividades de lazer e adequação do sono.

A partir das respostas deste item, identificou-se que os cuidadores não apenas utilizam seu tempo no cuidado com o outro, como é próprio da profissão, mas também cuidam de si. Conforme Gasperi e Radunz (2006), é essencial que o cuidador cuide de si para que após este momento ele esteja em condições de cuidar do outro. Ainda segundo os autores supracitados, a compreensão do cuidador em relação à importância do autocuidado é fundamental para haver um equilíbrio no cuidado do outro, evitando desgastes e proporcionando um cuidado efetivo.

Dentro desta visão, Born (2008) ressalta que o autocuidado não é importante só para o cuidador, mas também para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa.

Além disso, cabe ressaltar que é que apesar das atividades citadas terem sido diversificadas, as mesmas podem apresentar diferentes significados e importância para cada

um dos cuidadores, considerando a extensão e a natureza do envolvimento, assim como o engajamento em si na atividade e sua satisfação ao realizá-la (AOTA, 2008).

Em relação às atividades prazerosas, os cuidadores, em sua maior parte, voltaram a citar as atividades de autocuidado já mencionadas, com exceção das atividades físicas e acrescentaram outras atividades que foram divididas nas seguintes categorias: trabalho como cuidador, redes sociais, maternidade e cuidado com a casa, espiritualidade e cuidar de pessoas queridas.

O envolvimento e a participação em atividades que são significativas proporcionam felicidade são essenciais para saúde e bem-estar da pessoa possibilitando sua inserção nas áreas de ocupação humana.

### **Considerações Finais**

Em relação ao perfil dos cuidadores formais que participaram do estudo, houve prevalência do sexo feminino, baixa escolaridade e remuneração, tempo de exercício da ocupação de 1 a 3 meses, a maioria possuía experiência previa com o cuidado de idosos familiares, estes dados corroboram com os encontrados na literatura existente sobre o tema. Apresentaram como motivo de se tornarem cuidadores a satisfação e o dom e demonstraram maior dificuldade para lidar com os temas: morte, teimosia, demências, esquizofrenia, perda de memória, controle da alimentação, higiene oral e relacionamento com familiares do idoso.

Descreveram como atividades de autocuidado: atividades físicas e relacionadas a imagem corporal e estética, consultas periódicas, alimentação saudável, atividades de lazer e adequação do sono. Quanto à qualificação grande parte da amostra relatou sentir-se qualificada para trabalhar com o idoso. Em relação à realização de atividades prazerosas, foram destacados o trabalho como cuidador, a presença de redes sociais, espiritualidade e o cuidar dos filhos, da casa e de pessoas queridas.

Nota-se que as atividades significativas descritas na sua maioria relacionam-se ao ato de cuidar, sendo este colocado como referência central de uma atitude diante da vida dos cuidadores. O cuidar foi escolhido como ofício, o que significa dizer que o sentido de sua própria existência está intimamente vinculado ao destino do outro. Este fator demonstra que o cuidar no contexto do envelhecimento passa a ser pensado como meio para a manutenção e inclusão social da velhice.

## *Capitulo 3*



## **A VELHICE COMO ACONTECIMENTO**

### **A volta do idoso ao lugar comum: um espaço de (des)conforto**

#### **Introdução**

Diante do novo cenário que se apresenta, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida, e, conseqüentemente, do crescimento da população idosa, surgem grandes desafios, no que diz respeito a proporcionar qualidade de vida para os idosos e às pessoas que estão envelhecendo. É necessário pensar em uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde, buscando a preservação do espaço da velhice na atualidade.

A velhice sempre tem acompanhado a humanidade como uma etapa inevitável de decadência, declínio e antecessora da morte. A palavra velhice é carregada de significados como inquietude, fragilidade, angústia. O envelhecimento é um processo que está rodeado de muitas concepções falsas, temores, crenças e mitos. A imagem que se tem da velhice mediante diversas fontes históricas, varia de cultura em cultura, de tempo em tempo e de lugar em lugar. Esta imagem reafirma que não existe uma concepção única ou definitiva da velhice mas sim concepções incertas, opostas e variadas por meio da história.

O modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral ou valorativa, os diferentes comportamentos são produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura (LARAIA, 2009). Desta forma, a velhice é compreendida e vivenciada de diferentes maneiras de acordo com a sociedade em que o sujeito está inserido.

Foi na sociedade pós-industrial que se retirou a importância do idoso na sociedade moderna, assim o idoso não se reconhece como sendo um agente da história e também não é reconhecido por ela. Sabe-se que em determinadas culturas o idoso representa a continuidade da história, pois o velho representa o binômio memória/continuidade dos valores almejados pelo grupo social. A título de exemplo, nas sociedades indígenas o papel do idoso é de extrema importância para a manutenção e transmissão de conhecimentos da tribo. É sabido também que sociedades milenares da Ásia, como Japão, tem uma relação de extremo respeito pela população idosa.

Podemos verificar duas formas de compreensão da velhice no contexto brasileiro: em uma delas, a visão contemporânea, traz o entendimento da velhice como sendo uma fase de



realizações, negando os estereótipos acima relacionados. Esta nova visão do envelhecimento vem associada ao lazer, como aborda Debert (1999b) os signos do envelhecimento são invertidos e assumem novas designações: "nova juventude", a "idade do lazer". A aposentadoria deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividades prazerosas.

Na segunda forma, a mais presente no imaginário social, a velhice é entendida como um momento de perdas, decrepitude, inutilidade. Beauvoir (1990) discorrendo a respeito das sociedades e as imagens construídas por elas em relação aos velhos, relata que, nas sociedades ocidentais, a velhice foi (e continua sendo) ligada a uma imagem estereotipada e tende a ser vista como um período dramático, associada à pobreza e invalidez.

A sociedade capitalista fez com que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia o seu valor simbólico (VERAS, 2002).

Bosi (1994) afirma que “na sociedade industrial a velhice é maléfica, porque nela todo sentimento de continuidade é destruído”. Sabe-se que há nos dias de hoje uma crescente disfunção do sentido da velhice, o de lembrar e dar expressão às suas lembranças. Talvez seja este traço marcante da sociedade produtivista e consumista: a perda da função social da memória exercida pela velhice. Desta forma assiste-se ao envelhecimento como um *acontecimento* presente na vida dos seres humanos, que é capaz de levá-los a um lugar comum na sociedade, um lugar de desconhecimento e apagamento de tudo o que fora construído ao longo de uma vida.

## **Resultados e Discussão**

Com este estudo foi possível colocar em evidência algumas temáticas sobre o sentido do envelhecer para os cuidadores formais de idosos, dentre elas será abordada a questão da “Velhice como um Acontecimento na vida dos sujeitos”.

A velhice (fase da vida) traz uma representação para a sociedade de forma geral muitas vezes diferente do seu significado para o sujeito que a vivencia (idoso), pois a sociedade muitas vezes repete um discurso que é determinado pelos grandes aparelhos políticos e sociais que exercem poder sobre os sujeitos Este “poder” segundo Foucault

(FOUCAULT, 1979) “não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos aos quais ninguém ou nada escapa”. Para Mucida (2009) a velhice está incrustada no mais íntimo de cada sujeito, como algo que sempre esteve ali pronto para se tornar saber ou ser reconhecido, algo estranho e familiar, surgindo como um “acontecimento” para o sujeito.

Segundo a autora “o acontecimento é um fato impossível de ser negado e que surge de forma inesperada. A associação entre velhice e acontecimento indica que ninguém se prepara verdadeiramente ou totalmente para estar nela, ela nos pega sempre de surpresa. Ao mesmo tempo não fazemos outra coisa na vida que caminhar em sua direção” (MUCIDA, 2009).

Segundo Orlandi (2009), a necessidade de um mundo semanticamente normatizado começa com a relação de cada um com seu próprio corpo. Portanto, quando os anos se passam e as mudanças físicas começam a ficar evidentes o ser humano sente a necessidade de se manter nas normas aceitas pela sociedade, buscando negar a sua realidade atual. Este fato descrito pode ser observado nas sequências discursivas abaixo de alguns cuidadores que participaram do estudo:

*“as rugas? eu dou um jeito, mais aí eu vô tá passando bastante creme entendeu? Prá disfarçar as rugas, porque se eu tivesse dinheiro eu fazia várias plásticas com certeza” (SJ-2-RJ)*

*“na minha velhice (...) eu me vejo assim, fazendo esportes radicais porque eu gosto também, yoga pelo longo do tempo, pelo estresse, você vai ter que fazer alguma coisa pela mente , com um corpinho assim, (...) porque o corpo é algo que eu gosto, fazer ginástica, familiares, pra manter o peso o corpinho assim, passar bastante creme pelo corpo pra não ficar caído, aquele horror (risos) eu me vejo assim” (SJ-1-RJ)*

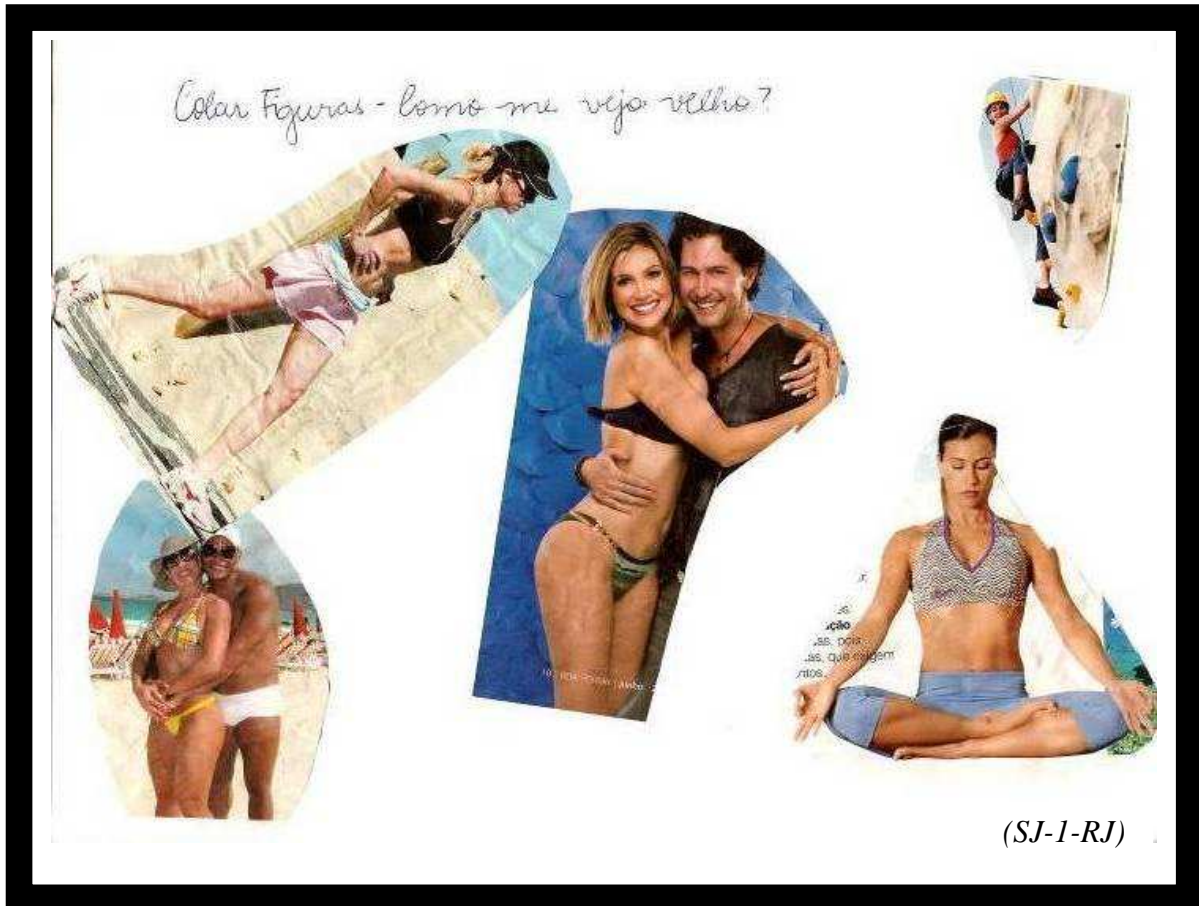


Figura 1 – Representação Gráfica realizada por SJ-1- RJ

É possível notar na figura 1 realizada por SJ-1-RJ, que a preocupação com o corpo, presente em seu discurso, também pode ser visualizada nas imagens produzidas quando lhe é pedido para simbolizar como se vê velho/a. Nota-se a dificuldade de se colocar no lugar do “idoso”, onde as figuras representam sempre pessoas jovens, com um belo vigor físico, deixando um “vazio” na imagem quanto ao envelhecimento. Este vazio é expresso na formação discursiva por duas pausas e silenciamentos, onde é possível notar pela análise das interações obtidas na filmagem que na primeira pausa há expressão pensativa no rosto do cuidador as quais decodificamos principalmente como surpresa (este sentimento foi expresso quando a cuidadora franziu a testa erguendo as sobrancelhas e aumentando a abertura dos olhos fazendo uma afirmação de modo exclamativo- cinésica), como se no primeiro instante tivesse sido pego de surpresa ao ter que pensar na velhice, sendo esta atividade um “acontecimento” provocado pela pesquisadora.

No segundo instante embora relate a importância de cuidar da mente fazendo yoga, ele rapidamente dirige seus movimentos para a questão do “corpo”, mudando sua expressão

facial, neste momento a análise do contexto nos permite decodificarmos principalmente o sentimento de atenção e interesse pela manutenção de um corpo belo, onde o cuidador movimentava bastante os braços e aponta para a figura colada e para o seu corpo, abrindo logo após um sorriso, utilizando a comunicação não-verbal como complementação do verbal com gestos ilustradores optativos que reiteram a mensagem verbal (SILVA, 1996).

Segundo Mucida (2009) a imagem, o espelho que carregamos de nós mesmos ou aquela que o outro nos devolve, porta uma miopia que se apresenta bem precocemente e com a qual temos que conviver.

O sujeito pragmático, isto é, cada um de nós, os “simples particulares” face às diversas urgências de sua vida, tem por si mesmo uma imperiosa necessidade de homogeneidade lógica e se sente ameaçado frente a tudo aquilo que arrisca a falta de felicidade, ou que seja diferente do que é reconhecido por todos (ORLANDI, 2009).

Desta forma, nos identificamos com aquilo que seja igual, pois assim permite-se a construção de laços de dependência, e se não há a identificação com o corpo envelhecido, não se cria laços de dependência, criando assim um afastamento da imagem do velho, apagando-o da história (ORLANDI, 2009).

O envelhecimento, segundo muitos autores, ocorre desde o momento em que nascemos, no entanto ele é visto pelos seres humanos a partir do momento em que anuncia limitações, mudanças que fogem aos padrões de normalidade e dependência, então, embora ele ocorra durante toda a vida, a sua marca apresenta-se evidente na fase adulta avançada fazendo com que ele represente um acontecimento na vida dos sujeitos, um equívoco, que passa a ser negado por todos como se finalmente, nada tivesse ocorrido (ORLANDI, 2009).

Nos discursos que se seguem é possível reconhecer este apagamento do sujeito na sociedade, por meio do acontecimento do envelhecimento:

*“me chama muito atenção eu fico até arrepiada, me chama muito atenção aquilo e hoje em dia tu entra num ônibus **a peãozada num dá lugar num ajuda levantar, num ajuda pegar uma sacola**”(SJ-4-BL).*

*“por exemplo na sociedade um idoso no ponto de ônibus se o motorista passar e tiver só um idoso, só ele sozinho ele dá sinal e eles não para quer dizer a sociedade já coloca ele como uma pedra no meio do caminho **ele só vai pegar o ônibus se tiver um de nós dando sinal** se ele tiver sozinho no ponto ele vai ficar lá, então já é a sociedade” (SJ-5-BL).*

*“e a realidade ali dos **velhos** nossos é **uma pedra no caminho da família** por isso que eles tão ali dentro entendeu?”(SJ-2-RJ).*

O discurso deste cuidador traz a imagem e a representação social dos idosos que cuida em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos-ILPI, pois nota-se que sua fala é baseada nas condições de produção, ou seja, nas experiências marcantes que fazem parte de sua história.

Segundo Debert (1999b):

se alguém não é ativo, não está envolvido em programas de rejuvenescimento, se vive a velhice no isolamento e na doença é porque não teve o comportamento adequado ao longo da vida, recusou a adoção de formas de consumo e estilos de vida adequados e, portanto, não merece nenhum tipo de solidariedade.

A sociedade contemporânea oferece pouca oportunidade ao idoso de ser valorizado, pois o que foi produzido no passado não tem interesse hoje e possivelmente será destruído amanhã. O ciclo permanente de produção e consumo exige incessantemente a destruição e o desaparecimento do que foi produzido no passado e a criação de novas formas de consumo e produção (MUCIDA, 2009).

Frente a esta situação muitos idosos acabam silenciando-se nesta fase da vida, consideram que estão atrapalhando a sociedade e deixam de lutar e requerer seus direitos. Ao silenciar, os idosos são capazes de trabalhar esta contradição constitutiva, pois segundo Orlandi (2007), o silêncio significa e é na materialidade da língua que a manifestação dos sentidos reflete os confrontos ideológicos.

A sociedade é regida por um grande número de técnicas materiais (que visam produzir transformações físicas ou biofísicas) e estas vêm se juntar à multiplicidade das “técnicas” de gestão social dos indivíduos, buscando marcá-los, classificá-los, compará-los, segundo critérios definidos (ORLANDI, 2009). Desta forma, a velhice apresenta-se como um equívoco, gerando sentimentos negativos para os cuidadores de idosos, como observa-se nas falas a seguir:

*“o que eu sinto é tristeza pelo fato de que você vai ter que fazer tudo, que nem o idoso que eu cuido você tem que fazer tudo, ele não faz nada” (SJ-9-BL).*

*“a minha velhice eu vejo hoje pelo que a gente tá vivendo hoje na sociedade que de acordo com o que a gente vê os jovens cada dia que passa tá cada vez pior, então eu me vejo muitas vezes como seria uma pedra no meio do caminho para eles quando eu envelhecer(...)” (SJ-7-RJ).*

Cabe ressaltar que quando este cuidador diz que enxerga a velhice pelo que está vendo na sociedade, seu discurso expressa a importância da pesquisadora compreender o lugar de onde este sujeito está falando, sendo exatamente do papel de cuidador formal que ele reproduz esta formação discursiva, pois deixa explícito a influência que cuidar de muitos idosos (pois trabalha em duas instituições) tem na percepção da própria velhice. Na Análise de Discurso as posições que os sujeitos ocupam em uma dada formação social condicionam as condições de produção discursivas, definindo o lugar por eles ocupado no discurso (Orlandi, 2009).

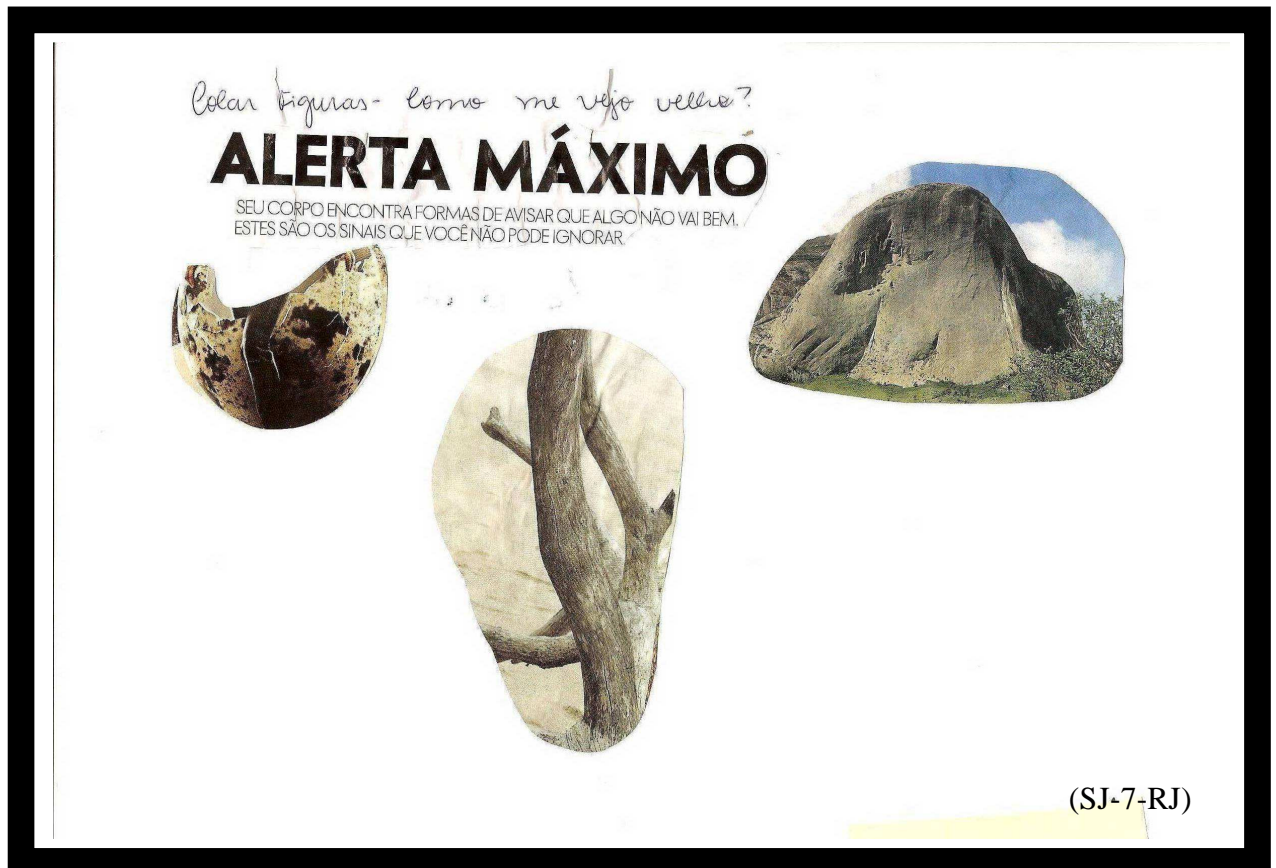


Figura 2 – Representação Gráfica realizada por SJ-7-RJ

Na figura 2, é possível notar que SJ-7-RJ expressa-se por meio dos seguintes símbolos: uma casca de ovo, demonstrando *“a fragilidade presente na velhice”*; uma galho seco que segundo relato da própria cuidadora *“representa algo que foi perdendo a vida, onde*

*as folhas verdes já secaram, caíram e foram levadas com o tempo*”; e uma pedra que segundo ela demonstra o papel do idoso na sociedade atual, como *“uma pedra no meio do caminho”*.

Os significados trazidos sobre os símbolos utilizados podem ser compreendidos como resultantes da sua interação e vivência como cuidadora de idosos, pois segundo Blumer (1969), o significado que algo tem para uma pessoa cresce da forma pela qual as outras pessoas agem em relação a ela. O significado é formado dentro e através de atividades definidoras das pessoas quando interagem, desta forma os significados emitidos pela imagem acima fazem parte das interações vivenciadas na produção do cuidado ao idoso e na relação estabelecida como cuidadora.

Quanto à análise da comunicação não-verbal, a postura do cuidador foi de esperar todo o grupo apresentar suas percepções para que ela ficasse por último, durante todo o processo de comunicação do grupo, notamos a presença de gestos adaptadores no cuidador, que segundo Silva (1996), são aqueles que não apresentam uma relação direta com a fala e com o que está sendo dito, em que usamos partes do nosso corpo para compensar sentimentos como insegurança, ansiedade e tensão. Os gestos mais marcantes foram mexer no cabelo e no crachá que estava usando.

Quando chegou sua vez de falar SJ-7-RJ, demonstrou tranquilidade colocando sua opinião para todo o grupo com bastante segurança, no entanto seu pensamento foi recebido com estranheza pela maioria, por trazer uma visão negativa da velhice, neste momento notou-se substituição do verbal por momentos de silêncio no grupo, acompanhados de sinais paraverbais como *“hum, hum ...”*, sendo que uma dos cuidadores mostrou-se inquieto durante a interação mantendo os pés cruzados e fazendo movimentos rápidos e suas mãos batiam constantemente na mesa, até que ela verbalizou: *“-gente, eu preciso falar, não to aguentando mais, eu não concordo com nada disto que ela tá dizendo”* (SJ-9-RJ) e outro cuidador então diz: *“-para falar a verdade, sabe (...) a verdade mesmo, eu concordo com ela, a velhice é mesmo uma pedra no caminho, vamos deixar de ser hipócritas”*.

Até este momento o grupo havia demonstrado apenas percepções positivas do envelhecimento e a fala do cuidador trazendo aspectos contraditórios possibilitou que muitos sujeitos repensassem seus discursos demonstrando que a ruptura, emergência do diferente e da multiplicidade de sentidos no discurso (polissemia), resultaram em movimentos que afetaram os cuidadores e os sentidos na sua relação com a história e a língua. Este contexto nos permitiu observar a importância do uso da triangulação dos dados para análise metodológica da compreensão do nosso objeto de estudo e a relevância do conteúdo ter sido trabalhado no grupo focal (condição de produção), possibilitando que vários deslizamentos ocorressem e

novos discursos fossem revelados possibilitando que muitas coisas “não ditas” pudessem emergir.

Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) relatam que indivíduos que, pelas contingências vivem uma velhice acompanhada de doenças que lhes impõem uma condição de maior dependência continuam condenados à invisibilidade.

Stuart-Hamilton (2002) enfatiza que os processos de envelhecimento social, biológico e psicológico não ocorrem independentemente um do outro. As mudanças no estado físico do corpo, e particularmente do cérebro, podem ter profundos efeitos sobre o funcionamento psicológico.

Ferrari (1996) relata que uma das causas que prejudicam o cotidiano do idoso é a falta de preparação para esta fase da vida. Aliada geralmente à perda do status e à conseqüente desvalorização social, ela faz com que o direito à aposentadoria e ao uso do tempo livre se torne, para muitos, não um benefício, mas um período indesejável, carregado de tédio, de marginalização e de preocupação econômica.

Constata-se que o idoso era acostumado a outro ritmo, o da produção, que ocupava a maior parte do seu tempo. Agora, liberto das obrigações profissionais e de outras ocupações, possui um tempo livre em que não sabe o que fazer, não sabe como utilizá-lo (FERRARI, 1996).

A geração dos idosos de hoje tem apresentado dificuldades em entender a nova linguagem e em lidar com os avanços tecnológicos, até mesmo nas questões mais básicas, como o uso de eletrodomésticos, celulares e caixas eletrônicos. Todas essas mudanças podem tornar o idoso um elemento de exclusão social (KACHAR, 2002). Este lugar de (des)conforto ocupado pelo idoso na sociedade encontra ressonância na prática remunerada do cuidador formal que, segundo Ribeiro et al. (2008), permanece obscura, principalmente quanto aos que exercem esta função nas instituições de longa permanência.

O cuidador encontra dificuldades para lidar com a falta de reconhecimento e valorização dos seus direitos e exerce uma ocupação na qual tem desgastes constantes e vive frente ao medo de envelhecer, ao vislumbrar no sujeito que cuida muitas vezes o encontro inevitável com um corpo adoecido, uma vida inativa e dependente dos outros.

O medo de mudanças e novos acontecimentos pode abalar o que chamamos de “zona de conforto” em que o sujeito se encontrava até o momento e causar rupturas. Segundo Silva, Tomazini e Maximino (2008) a zona de conforto “é o lugar onde estamos confortáveis, onde a maioria de nós vive no cotidiano, ela representa para o indivíduo um lugar de segurança, conhecido, familiar, confortável e previsível”.



Na velhice, muitos idosos deparam-se com este espaço de (des)conforto pois o fato de perderem muitos papéis ocupacionais como o de trabalhador, filho, esposa, dentre outros, perda da relação com a imagem corporal, perda do status social, adquirido até o momento, faz com que o indivíduo viva tentando voltar a zona de conforto, abandonando os eventos de ruptura (acontecimentos) e evitando as oportunidades de crescimento (RICHARDSON, 2002) como observado nas falas de alguns cuidadores, demonstrando desta forma a ideologia predominante e a influência que cuidar de um idoso dependente possui sobre a percepção do cuidador sobre a velhice:

*“então eu vou lutar pra ter uma vida como um girassol que ele tá sempre virado pro lugar iluminado, eu vou tá sempre assim, mas eu sei que vai existir escuro que é o que tá acontecendo na velhice, eu vou fazer isso porque eu não vou ter a força que eu tenho hoje, eu tô lutando para que não seja assim, eu tô lutando para que eu não seja a pedra no caminho de ninguém e que nenhum de nós seja e que os idosos que estão lá hoje (ILPI) e nós trabalhamos com eles, deixam de ser a pedra” (SJ-11-RJ).*

Observa-se que esta formação discursiva é resultante das condições de produção deste discurso, pois este cuidador trabalha diariamente com muitos idosos, vivenciando diversas realidades que demonstram que a ele vê a possibilidade de aspectos bons na velhice quando cita o girassol, mas tem a noção de que “vai existir escuro” e que nem tudo será como pode vir a desejar, mesclando desta maneira suas crenças com a visão da velhice que enxerga no local de trabalho.

Frente à dependência que pode surgir como um acontecimento no envelhecimento nota-se no relato do cuidador abaixo a angustiante dificuldade de lidar com esta ruptura e a ocupação do espaço de (des)conforto:

*“eu já cuidei de um outro mais debilitado e a gente sente uma grande impotência porque você não tem muito o que fazer, você tem que dar aquele bem-estar deixar tranqüilo e dentro do teu limite ali você não tem mais o que fazer porque não tem, é só dá o conforto pra dar uma qualidade de vida um pouco melhor mas não tem muito o que fazer devido a doença a debilidade daquele idoso né e aí dá uma impotência muito grande” (SJ-1-BL).*

A dependência destitui muitas vezes o sujeito de desejos, e segundo Mucida (2009), esta se apresenta sob a forma de angústia. Estar angustiado diante de perdas e mudanças

oferece provas de que alguma coisa não pode ser apagada. Angustiar-se é uma forma de se debater contra o apagamento do desejo, contra o real bruto que surge sem aviso prévio na velhice.

No entanto, a velhice compõe um emaranhado de continuidades e descontinuidades, assim como os discursos que produzimos ao longo dos tempos. Desta forma, é necessário, segundo Gregolin (2007) que possamos compreender as condições que possibilitaram a sua emergência em um certo contexto histórico.

É na compreensão do sentido do envelhecimento para cada sujeito que se pode observar que muitos idosos ficam durante esta fase da vida restritos a um lugar de (des)conforto, enquanto outros retornam a um lugar comum na sociedade e conseguem fazer deste lugar um espaço de conforto, onde conseguem aprender, crescer e viver.

Para Erikson (1998), para o alcance do estágio de integridade do ego, isto é, da assimilação dos valores de uma vida inteira, o indivíduo precisa ter, dentro de si, os aspectos significativos e valiosos de sua própria vida. Estes incluem memórias conscientes e inconscientes de ter sido amado e valorizado e tem influência poderosa sobre o sentimento de integridade na velhice e sua consequente resiliência. Nesta pesquisa foi possível notar que ao prestar cuidados a idosos que se encontram satisfeitos com o lugar que ocupam na velhice esta atitude influencia na visão positiva do cuidador.

A faixa etária escolhida de 25 a 45 anos, justifica-se, pois se tem observado que estas pessoas têm procurado pelo emprego de cuidador e encontram-se em fase produtiva da vida, podendo retirar das experiências profissionais aprendizagem para cuidar da própria saúde e promover um envelhecimento saudável, pois o cuidar pode ser visto como instrumento de inclusão social, para isto torna-se necessário que a preparação de cuidadores de idosos possa se inscrever no eixo do “cuidado com a saúde”, que traz a ênfase na dependência e doença como eixo reflexivo, mas principalmente centra-se no “cuidado social”, que insere-se em um movimento mais amplo que toma a velhice como uma questão social, acolhendo-a (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006).

É possível notar que a ideia de que o envelhecimento corresponde ao enfraquecimento de todos os aspectos da vida vem sendo questionada e descartada diante do aumento de evidências contrárias (NYGREN et al., 2005).

Uma contribuição relevante é sem dúvida a de Ryff (1989a; 1989b), que analisou a literatura sobre envelhecimento bem-sucedido e apresentou uma crítica ao negativismo implícito nas concepções de bem-estar e à negligência quanto às possibilidades de crescimento e desenvolvimento na idade avançada. A autora propôs uma abordagem

diferenciada, na linha da “Psicologia Positiva”, da qual surgiu um modelo que se baseia em seis critérios: 1) autoaceitação; 2) relações positivas com os outros; 3) autonomia; 4) domínio do ambiente; 5) propósito na vida; e 6) crescimento pessoal. O modelo de Ryff (1989a; 1989b), que propõe o envelhecimento bem-sucedido como uma construção humana e enfatiza os ganhos e o bom funcionamento da velhice, tem tido considerável repercussão no campo da gerontologia.

Diante dessa visão, o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso.

Percebe-se no indivíduo que envelhece uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar (LEITE, 1995). Diante deste fato pode-se perceber que muitos sujeitos conseguem encontrar na velhice um espaço de conforto.

O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende tanto da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram. Muitos sujeitos ativos no envelhecimento conseguem aproveitar o seu tempo livre para desempenhar papéis sociais que antes não tiveram oportunidade, o que faz com que retornem a um espaço comum na sociedade, podendo manter-se incluídos.

A experiência acumulada ao longo da vida contribui para que os idosos possam contribuir com a sociedade, sendo desta forma valorizado e reconhecido seu papel, como na fala da cuidadora abaixo:

*“engraçado que as vezes a gente tá com algum problema se sentindo impotente diante daquele problema e você vai conversar com uma pessoa de mais idade e coisa de minuto e momento e ela resolve aquilo ali pra você com uma simples palavra né, porque ela já vivenciou aquilo ali” (S8-RJ).*

A imagem da velhice bem-sucedida, atualmente apresentada pela mídia e pela mudança de paradigmas sobre a gestão do envelhecimento na atualidade, demonstram a perspectiva do idoso como fonte de recursos, apoio e sabedoria. Isto pode ser observado no

discurso da cuidadora, onde torna-se possível observar que os idosos tiveram um papel fundamental para sua vida.

*“eu trabalho como cuidadora de idosos e eu tava num momento da minha vida que eu tava meio depressiva e foram os idosos que me tiraram dessa depressão e então eu pensei porque não fazer esse curso pra aprender algo novo pra passar pra eles eu queria fazer por eles o mesmo que eles fizeram por mim e eu gostei de me dedicar a esta profissão, é algo que eu gosto me faz bem” (SJ-11-RJ).*

Cabe a reflexão trazida por Foucault (1969), onde “a história tradicional era sempre descrita por uma linearidade, por uma continuidade, de acordo com os conceitos da nova história, esta é compreendida como descontínua, provocadora de transformações, onde o sujeito ganha espaço”, pode-se notar que a descontinuidade presente na história torna-se um fator que favorece a redefinição do espaço social, do tempo e do curso da vida e demonstram que a velhice atualmente ocupa novos espaços criados para envelhecer.

Na representação da figura abaixo o cuidador busca expressar aspectos positivos da sua percepção sobre a velhice, demonstrando que voltar ao lugar de (des)conforto, não necessariamente precisa ter um impacto negativo:

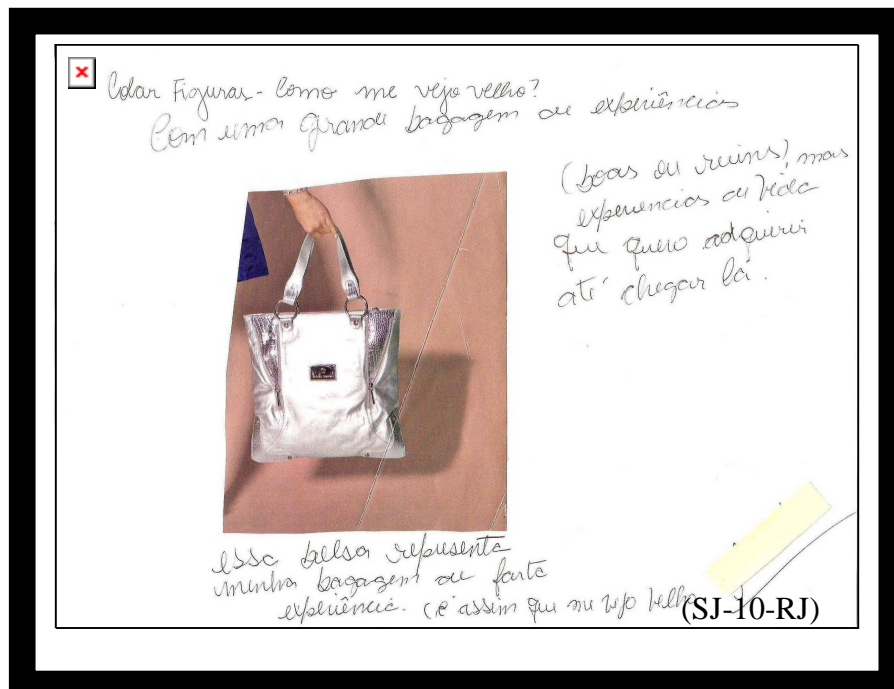


Figura 3 – Representação Gráfica realizada por SJ-10-RJ

Na figura 3 apresentada nota-se que o cuidador buscou expressar-se de todas as formas, ficando preocupada que o grupo não compreendesse o significado trazido pela

imagem, que segundo ela representa “*uma mala... uma grande bagagem*”, ele frisou por várias vezes em seu discurso que esta “*mala*” trazia o sentido de acúmulo de sabedoria e aprendizagem, não querendo que emergissem interpretações contrárias. Para Blumer (1969), o processo interpretativo é derivado do contexto de interação social. O que ocorre é que a pessoa escolhe, checa, suspende, reagrupa e transforma o significado à luz da situação como um processo formativo, no qual os significados são usados e revisados como um instrumento para as diretrizes da ação.

Na sua explanação sobre a percepção da velhice, o cuidador se mostra indignada por não ter encontrado uma “*mala*” maior, pois segundo ela a bagagem que se acumula durante a vida pode conter tanto coisas boas como ruins, mas o importante é adquiri-la, dando a sensação de que não se pode existir “vazio” quando se chegar à velhice, pois é preciso, como relata Mucida (2009), saber extrair do vivido alguma coisa nova que estabeleça futuramente sua ação no mundo.

Ao se posicionar para o grupo, o cuidador levanta-se para explicar sua atividade (colagem), demonstrando grande sentimento de interesse em comunicar sua percepção e podemos decodificar principalmente atitudes descontraídas onde revela com bom-humor o que pensa, e como forma de complementação do verbal finaliza com uma risada alta, olhando para algumas pessoas do grupo buscando a aprovação destas.

### **Considerações Finais**

O processo de envelhecimento é algo singular, que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente, pois cada sujeito o vivencia de acordo com sua história de vida e reconhece a velhice como uma experiência heterogênea que é manifestada neste estudo por meio da fala dos cuidadores onde se verifica que ela pode ser vista como um acontecimento que gera um “desconforto” enquanto para outros esta é positiva e torna-se um espaço onde o desejo pode continuar existindo mesmo em conformidade com as mudanças inevitáveis.

Verificou-se que muitos cuidadores nunca haviam parado para pensar na velhice e sempre quando se referiam a ela, utilizavam as palavras “sociedade”, “juventude” para justificar seu discurso, nas imagens usadas sempre apareciam figuras de pessoas jovens e com vigor físico. O que demonstra que a velhice é vista como um “acontecimento” inesperado, onde o sujeito não se vê como responsável pelos destinos de sua própria história, sendo surpreendido por ela.

Frente a esta reflexão notou-se que o papel de cuidar de idosos exerce forte influência sobre os cuidadores na forma de gestão da própria velhice, sendo de fundamental importância o trabalho com estes sujeitos a fim de traçar estratégias promotoras de saúde para o seu próprio envelhecimento.

## *Capitulo 4*



## **O APAGAMENTO DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO IDOSO**

### **Introdução**

A população de idosos está crescendo, em 1980 existiam aproximadamente 16 idosos para cada 100 crianças. Em 2000, essa relação aumentou para 30 idosos por 100 crianças, praticamente dobrando em 20 anos. Isso ocorre devido ao planejamento familiar e consequente queda da taxa de fecundidade, e também pela longevidade dos idosos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) mostram que as pessoas estão vivendo mais, sendo que, o grupo com 75 anos ou mais teve o maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa.

Diferentemente dos países europeus, o envelhecimento populacional no Brasil não ocorreu simultaneamente a grandes melhorias médico-sanitárias, permitindo que grande parcela da população idosa vivencie esta fase da vida em condições adversas (IBGE, 2004).

Torna-se então um “desafio necessário” a reflexão sobre os cuidados aos idosos nos mais diferentes âmbitos de sua vida, uma vez que se trata de uma população crescente, em grande parte com baixos níveis socioeconômicos e educacionais, altas prevalências de doenças crônicas e incapacidades, constituindo um grupo de risco dentro das prioridades na área de saúde pública.

Esse crescimento traz a consciência da existência da velhice como uma questão social e revela que para a realidade brasileira existe um grande desafio para lidar com essa mudança demográfica e epidemiológica, pois embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução.

No que diz respeito ao papel da família, a Constituição brasileira assinala o dever dos pais de assistir, criar e educar os filhos menores; e de outro lado, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Ressalta também a responsabilidade da sociedade e do Estado, juntamente com a família de amparar as pessoas idosas e que isto deve ser feito preferencialmente nos lares (BRASIL, 1988).

Assim, na sociedade brasileira, tanto do ponto de vista da organização social, como do legal, recai sobre a família a responsabilidade pelo cuidado para com as pessoas idosas, sem ser dado à mesma um preparo para tal função. Cremos que se tivéssemos um maior conhecimento sobre o processo de envelhecimento, as diferenças e alguns problemas ou dificuldades que esse acarreta ao ser que envelhece, seria mais fácil compreender as



necessidades apresentadas pelos idosos e com isso o cuidado para com os mesmos seria agilizado e melhorado na qualidade (SOUZA, 2007).

Ao se falar em família temos diversas definições, sendo importante destacar que esta faz parte de uma construção social influenciada pela cultura e contexto histórico em que foi concebida, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade.

Levi-Strauss (1956, p. 57), na tentativa de estruturar um modelo daquilo que nos vem à mente quanto usamos a palavra família, a define como um grupo social possuidor de algumas características: com origem no casamento, formado por membros (marido, esposa e filhos), sendo que demais parentes possam encontrar-se próximo ao núcleo familiar, com união entre os membros através de: *“laços legais, direitos e obrigações econômicas, religiosas ou de outra espécie, um entrelaçamento definido de direitos e proibições sexuais, e uma variada e diversificada quantidade de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito, medo, etc.”*.

Uma colocação de Sarti (2001) complementa, dando ênfase à significação para os membros da família, descrevendo que a união de indivíduos se dá por elementos significantes capazes de criar elos de sentidos nas relações familiares, não correspondendo à simples soma de indivíduos unidos por laços biológicos.

A família é importante instituição na construção de valores morais, éticos e espirituais, sendo responsável pela formação de padrões de comportamento. As outras instituições possuem o caráter de complementaridade na construção do indivíduo (FERNANDES, 2008).

A família é um elemento que está em frequente mudança dentro da sociedade. Nunca permanece imóvel, inalterada, mas tem a capacidade de passar de uma forma mais simples a uma forma mais complexa, ou seja, pode evoluir da família tradicional, composta pelo homem e mulher, unidos através do casamento, e seus filhos, e chegar às formas mais variadas de união familiar, dependendo do grau de evolução da sociedade. A relação de parentesco, no entanto, permanece inalterada, somente após um espaço de tempo é possível registrar os progressos pelas quais a família passa, sem, no entanto acarretar em alteração radical (FERNANDES, 2008).

Observam-se mudanças na própria constelação familiar, ligadas à modernização, dentre elas a maior participação da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de componentes da família, o surgimento de novos papéis de gênero, a maior longevidade de seus membros, na qual a intergeracionalidade surge como uma das características do processo de envelhecimento não só individual, mas familiar, em que famílias envelhecem junto com os seus membros, se reorganizando para fazer face às demandas do envelhecimento. Vale

mencionar que em 2000, 24,1% das famílias brasileiras tinham pelo menos uma pessoa com 60 anos ou mais de idade co-habitando a mesma casa, reforçando o seu importante papel de apoio informal na nossa sociedade (CAMARANO; EL GHAOURI, 2002), pois muitos idosos são atualmente responsáveis por manter financeiramente as famílias.

Outra questão que emerge é o aumento do número de idosos que residem sozinhos, pois atualmente as famílias são menores e em função da busca de emprego em diversas localidades, muitos filhos residem longe da cidade natal de seus pais. Nota-se também que a entrada da mulher no mercado de trabalho, tira de cena um dos principais papéis femininos, o de cuidadora, o que reforça a contratação de cuidadores formais ou o encaminhamento de idosos para instituições de longa permanência.

A família é uma instituição social, está sujeita às influências que a realidade cultural e histórica determina e por isso, freqüentemente, passa por crises durante o seu processo histórico. No entanto ela tem se mostrado uma instituição muito resistente, capaz de adaptar-se e sobreviver a esses diferentes momentos. Porém novos valores e paradigmas se colocam para a família (FERNANDES, 2008).

Segundo Neri (1993), o aumento da longevidade do brasileiro associado aos multifatores que condicionam o idoso à dependência tem imposto sobrecargas à considerável parte das famílias que sobrevivem em situações socioeconômicas precárias. Dificulta-se, assim, um suporte afetivo aos seus membros idosos, levando a riscos de estabelecimento de situações de negligência, omissão de cuidados, abandono, abuso financeiro e maus-tratos físicos.

Dentre as questões que cercam o envelhecimento com preconceitos e estigmas reproduzidos socialmente, a família ainda predomina como alternativa de suporte ao idoso frágil e dependente, ocupando um lugar estratégico no impacto sobre a qualidade de vida desses idosos (ELSEN; MARCON; SILVA, 2002).

Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Este assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Outro fator determinante para o membro familiar se tornar cuidador é a obrigação e/ou dever que ele mesmo tem para com o idoso. Isto pode ser entendido como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso constituído ao longo da convivência familiar (FREITAS et al., 2002).

A assistência ao idoso é geralmente prestada por filhos, irmãos, cônjuges e até netos que, na maioria das vezes, não têm a menor capacitação para cuidar daquela pessoa que,

muitas vezes, encontra-se acamada e totalmente dependente. A insegurança com relação ao cuidado e a inquietação decorrente da expectativa de como o idoso evoluirá, aliadas ao cansaço físico e mental, produz um clima de tensão entre os componentes familiares, podendo vir a prejudicar a convivência do grupo (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008)

Desta forma, as ações da família, comunidade, e do Estado devem buscar oferecer ao idoso o suporte adequado a fim de favorecer o processo de envelhecimento saudável e digno. Mecanismos têm sido elaborados com esta finalidade, destacando-se Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003a), a Política Nacional do Idoso, PNI, a Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994) e as mudanças de modelos de assistência à saúde, incluindo, como por exemplo, os programas que visam o atendimento no domicílio focalizado na família, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Internação Domiciliária, Home Care, entre outros.

Segundo Camarano e El Ghaouri (2002), as famílias que possuem idosos em sua composição podem ser divididas em dois grupos: *famílias de idosos*, em que o idoso é o próprio chefe ou cônjuge e *famílias com idosos*, em que os idosos residem na mesma casa na posição de parentes do chefe.

Em relação ao desafio do cuidado no cotidiano dos familiares, pergunta-se: “- As mudanças ocorridas na estrutura familiar atual contribuem para a forma como os cuidadores formais enxergam o papel da família no seu envelhecimento? Qual a importância da presença da família no envelhecimento deles? Como a sociedade enxerga o idoso por meio das atitudes da família?”.

Diante do exposto se faz necessário uma maior compreensão de como tem se dado a participação da família no processo de envelhecimento segundo o olhar dos cuidadores formais de idosos, sendo que a temática do “apagamento” da família no cuidado ao idoso está presente de forma marcante nos discursos dos cuidadores trazendo a reflexão sobre o significado do cuidar e ser cuidado como uma experiência muitas vezes penosa e, portanto, evitada no cotidiano da família contemporânea.

Segundo Gregolin (2007), o “discurso é o universo do acontecimento, ligado à história e ao poder”, percebe-se então que o discurso dos cuidadores relata as mudanças ocorridas no âmbito familiar e o impacto destas para o envelhecimento, resgatando desta forma este acontecimento como um marco importante da história e das relações de poder da sociedade.

De acordo com as similaridades e convergências dos significados trazidos nos discursos dos cuidadores sobre o papel da família no cuidado ao idoso, foi possível agrupar três formações discursivas predominantes: o apagamento da família no cuidado ao idoso;

apagamento do idoso na sociedade contemporânea e o desejo da presença da família na velhice.

## **Resultados e Discussão**

O apagamento da família no cuidado ao idoso pode ser observado na sociedade atual onde a realidade das famílias faz com que cada uma assuma as dificuldades do cuidado ao idoso e formas diferentes de lidar com ele; isto reflete o que Foucault (1969, p. 48) relata sobre a história: “ela se produz em um emaranhado de descontinuidades superpostas, pressupõe tipos diferentes de duração a partir das quais irrompem os acontecimentos”. Cada família traz em sua história atitudes e hábitos relativos ao cuidar que são decorrentes do impacto vivido pelas mudanças culturais e sociais que influenciaram suas significações.

Há, no entanto, múltiplas temporalidades vividas por cada sujeito dentro da história familiar e formas diferenciadas de conviver com o envelhecimento o que faz com que muitas vezes situações antigas emirjam como se fossem novos acontecimentos. No discurso dos cuidadores observa-se a tentativa de um deles justificar o apagamento da responsabilidade da família no cuidado e em contraposição o discurso de outra resgata que antigamente este cuidado era prestado por netos, o que reforça que anteriormente as famílias eram maiores, mas observa-se no sentido do discurso que “cada palavra, cada texto por mais que se aproxime de outras palavras nunca são idênticos aos que os precedem” (Gregolin, 2007, p. 92); desta forma a sua fala ressalta que a falta de cuidado não se restringe somente à diminuição do núcleo familiar, mas à responsabilidade em relação ao cuidado:

*“Outro caso era que antigamente as famílias eram maiores e hoje em dia a família tá diminuindo né, quer dizer quem vai cuidar desse idoso?, muitas das vezes não tem quem cuide dele não é? Às vezes ele tem um filho só, ou às vezes nem tem filhos, não tem netos, quem vai cuidar desse idoso?” (SJ-2-BL)*

*“os filhos cuidavam dos avós, não é como agora” ( SJ-10-RJ)*

Segundo a percepção dos cuidadores as mudanças ocorridas na estrutura familiar atual trazem à realidade a dificuldade da família em responsabilizar-se pelo cuidado ao idoso. Segundo Caldas (2004), o sentimento de responsabilidade encontra-se assim totalmente de

acordo com a precariedade da vida. Além disso, não é surpreendente que a responsabilidade seja primeiro passivamente sentida, isso na medida em que se sentir responsável é sentir-se encarregado de uma tarefa, depositário de uma missão. No caso, sentir-se responsável pelo idoso que tem dependência é assumir o compromisso pelo outro no cuidado em geral.

O referencial teórico-metodológico da análise de discurso utilizado nesta pesquisa permitiu a compreensão dos vestígios que se inscreveram no interdiscurso dos cuidadores, onde nota-se que a “memória discursiva tornou possível a articulação de formulações anteriores já enunciadas, presentes na ideologia destas pessoas. Não se trata de uma memória psicológica, mas de uma memória que supõe o enunciado inscrito na história de cada uma” (BRANDÃO, 2004). Esse interdiscurso assume a posição de uma sociedade familiar cuidadora, não mais presente na atualidade. Essa posição traz para o discurso a necessidade insistente da confirmação da concordância da pesquisadora, também não menos importante, apresenta forte veemência e se traduz pela sua indagação a respeito de que irá se responsabilizar pelo cuidado ao idoso.

A sequência discursiva “não é como agora” evidencia a ausência da família no processo de cuidar do idoso, corroborando com a ideia veiculada que não é o tamanho da família que definirá obter mais, ou melhor, responsabilidade por esse cuidado, já que essa família parece não mais participar efetivamente desse processo. A experiência desses cuidadores no processo de cuidar de idosos possibilita uma reflexão sobre o envelhecimento, na medida em que a insistente indagação sobre quem vai assumir essa responsabilidade parece ser processo de um futuro do qual não farão parte, dado que o idoso sempre será o outro: *quem vai cuidar desse idoso?*

Essa sobrecarga de trabalho que o cuidar do idoso oferece é reforçada pela busca incessante do sujeito que irá se responsabilizar por esse cuidado, por meio da expressão “*quem*”.

Corroborando nessa linha, mas aprofundando a visão dos idosos, autores evidenciam que também o sentimento por parte dos idosos de ser um “peso” para a família é um destes efeitos negativos e especialmente verificado em nossa sociedade que visa a produtividade e a capacidade de retribuir. O indivíduo idoso reconhece sua dependência, percebendo a falta de autonomia e incapacidade para retribuir as ajudas recebidas, levando-o a um efeito negativo importante: a falta de autoestima (RAMOS, 2002).

Este autor evidencia que para os cuidadores, a importância de envelhecer ao lado da família é grande, no entanto, muitos preferem aceitar em não ter a família para não atrapalhar,

demonstrando desta forma em seu discurso a ideologia da sociedade que enxerga o idoso como um sujeito que trará muito trabalho para a família.

Na sequência discursiva seguinte de um dos cuidadores, demonstra-se que cuidar de um idoso que possui o sentimento de “peso” para a família traz a possibilidade de deslocamento deste sentimento para a sua realidade, o que influencia a forma de pensar seu cuidado na velhice, ou seja, revela o medo do desamparo e a necessidade de se ver em uma “instituição asilar” quando envelhecer:

*“eu quero continuar ajudando e ter o meu lugarzinho reservado, tipo assim, é que nem diz a dona Ester que eu cuido, ela olha assim pra mim e me abraça e diz “Deus vai lhe pagar o que a senhora tá fazendo por mim” ai eu disse assim “D Ester a senhora esqueceu só um detalhe a senhora tem três filhos e fica dependendo de uma outra pessoa pra cuidar da senhora, eu tenho três filhos homens também, um de vinte um , um de dezoito e um de dezesseis então eu tô vendo o meu futuro né na situação dela, ... esses dias meu marido perguntou na mesa assim, os três filhos assim “gente o pai vai ficá velho quem que vai cuida do pai quando o pai ficá velho?” **um baixou a cabeça, continuou comendo, outro olhou pro lado, assim .... ninguém disse “pai eu vou cuidar de você” (SJ-1-BL)***

Observa-se que as condições do discurso deste cuidador foram determinadas pela condições conjunturais vivenciadas na experiência do cuidar. Como diz Brandão (2004) as formulações pertencentes a essas sequências discursivas pré-existentes constituem as formulações de referência, efeitos na memória de enunciação do processo discurso que leva esta cuidadora a pensar sua velhice sob o amparo de uma instituição de longa permanência, na medida em que presencia a negatividade do processo de cuidado, expressado no silenciamento (negatividade) dos filhos frente à indagação do pai.

Outros cuidadores também trouxeram a situação de não esperarem cuidados da família e dos filhos no envelhecimento, como se esta conduta fosse naturalmente aceita, ficando “o não dito” implícito nas entrelinhas de suas falas pois nota-se que a memória discursiva separou e elegeu dentre os elementos constituídos na história de cada uma aquilo que pôde emergir, rejeitando o que não devia ser trazido à tona (BRANDÃO, 2004), então como pode ser observado na fala abaixo é mais fácil apagar a responsabilidade da família no cuidado como uma ação normal e esperada, do que assumir a possibilidade de abandono pela mesma:

*“(...)eu cuido dos meus filhos não achando que amanhã, (...) assim eu dô o maior*

*carinho pra eles tudo que eu posso dar, mas não que amanhã eles possam vir dar por retribuição, porque ele vai ter o trabalho dele a família dele entendeu?(...) no máximo um telefone “oi mãe como que você tá?” e aí eu vou ficar triste dentro de casa por isso? ..não, vou sair vou me divertir (...), ah eu pensei de tá com meus netos, meus bisnetos, mas às vezes isso não vai acontecer” (SJ-7-RJ).*



Figura 4 – Representação Gráfica realizada por SJ-7- RJ

Na formação discursiva acima o cuidador busca justificativa para o “não cuidado” do filho quando ele estiver idoso/a, pois o mínimo de retribuição é esperado, de atenção por meio de uma ligação relacional. Embora o discurso ressalte a possibilidade de uma velhice divertida, apresenta um desejo de envelhecer sendo cuidada pela família “*Ahh eu pensei de tá com meus netos, meus bisnetos...*”.

A figura 4, no entanto, mostra a contradição existente no discurso, nota-se a vontade de envelhecer ao lado da família por meio dos símbolos expressos (a presença de crianças pode estar representando os filhos e/ou netos). Na análise do contexto das interações notamos que quase sempre este cuidador fazia gestos com as mãos acompanhando o que estava sendo dito, confirmando uma idéia afirmativa ou não.

Segundo Mattos e Luz (2009), os significados e sentidos incorporados pelos sujeitos ao longo da história vivida representam um acervo de possibilidades para a vida futura, a construção de sentidos pelos agentes é capaz de produzir identidades individuais e coletivas, relações sociais e vínculos que ultrapassam a lógica consciente do discurso.

*“No meu ponto de vista, eu tenho dois filhos né, um de 8 e uma de 15 e eu acho que **a partir desse momento**, já que **eu venho me preparando** até pela questão da experiência que eu tive fazendo estágio **então eu venho um pouco me preparando** para que mais tarde, **se os meus filhos não puderem cuidar de mim**, eu também não ficá assim...fica com depressão **pois as pessoas ficam né?**, os pais acham que **apesar** deles terem cuidado dos filhos um longo tempo **então espera essa retribuição entendeu?** E nem sempre há essa retribuição **então eu acho que a gente tem que tá convivendo com isso agora pois lá na frente possa ser que seu filho possa fazer alguma coisa por você mas também possa ser que ele não possa fazer nada e aí?(...)”** (SJ-4-RJ).*

Quando o cuidador usa as expressões: “*a partir desse momento*” e “*a experiência que eu tive fazendo estágio*”, ele demonstra que a tomada de consciência a partir do grupo esta associada às experiências anteriores do processo de cuidar e aquelas vivenciadas no curso que revelam a possibilidade de não ser cuidado pelos filhos portanto, mesmo se preparando para o não cuidado, deixa na condicional o cuidado dos filhos por meio da expressão “*se*”. Também mostra na sequência discursiva que não é uma contrapartida esperada por parte dos pais, “*apesar*” do longo tempo que esses dispensam aos filhos, estabelecendo uma contradição na fala.

As sequências discursivas são pensadas pela negociação e pela não aceitação dos filhos em assumir as responsabilidades pelo cuidado para com os pais idosos.

Segundo Caldas (2002), o cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado; frente a esta insegurança os discursos demonstram uma contradição quanto a estar ou não ao lado da família.

Pode-se compreender o apagamento do idoso na sociedade contemporânea através da influência que a ideologia apresenta sobre os indivíduos. Segundo Althusser (1975, p. 148) a “ideologia interpela os indivíduos como sujeitos”. Há para Pêcheux (1995) uma profunda relação entre ideologia e o inconsciente, pois “tanto a ideologia quanto o inconsciente operam ocultando sua própria existência, produzindo uma rede de verdades subjetivas evidentes”.



Nos resultados desta pesquisa foi possível observar que a ideologia que prevaleceu nas sequências discursivas dos cuidadores retratava inconscientemente a ideologia dominante na sociedade sobre o idoso, como um indivíduo improdutivo e dependente que muitas vezes, nas cenas cotidianas, é apagado da memória e do respeito da sociedade, como pode ser observado na fala dos sujeitos abaixo:

*“na minha opinião eu acho assim que é um lado muito cruel do ser humano e assim ignorar o que tá vindo do lado não é nem, assim...ignora, realmente ignora o que tá acontecendo do lado”* (SJ- 1-BL). Nesse discurso há uma negação do processo de envelhecimento na medida em que a cuidadora evita falar do idoso, pois ela fala a todo momento do “ignorar” o que ocorre ao lado, que é justamente o processo de envelhecer da nossa sociedade. Essa negação se apresenta muito mais como um sofrimento pelo não respeito ao idoso do que negar o envelhecimento.

*“por exemplo na sociedade de hoje as pessoas não respeitam os mais velhos na fila, eles veem um idoso entrar no banco e logo pensam que vai atrapalhar, pois se o caixa que atende ele tivesse livre, todos podiam ser atendidos mais rápido e ele tem tempo né? pra voltar a hora que precisar, então a sociedade já coloca ele como uma pedra no meio do caminho”* (SJ-5-RJ). Essa sequência discursiva traz a ideia de uma sociedade, na qual a cuidadora não se inclui, pois para ela a sociedade é externa a ela.

*“Um idoso recebe um salário mínimo, e foi colocado na mão dele apenas duzentos reais pra onde foi esse dinheiro? Então na velhice você vai ter que ignorar e correr atrás não tem jeito. A gente aqui hoje, fez esse curso, que independente dessas rugas de preocupação que nós vamos ter, porque eu já tô tendo essa ruga de preocupação com minha mãe, eu deixo um recado ...um alerta máximo, seu corpo encontra formas de avisar que algo não vai bem e esses são sinais que você não pode ignorar independente dos seus sonhos”*(SJ-9-RJ)

*“e o que passa na cabeça da gente assim jovem é que o idoso não tem muito valor e o idoso tem que morrer”* (SJ-7-RJ)

Nota-se na linguagem externada pelos cuidadores a contradição de dois mundos em um só, o que evidencia a pluralidade dos aparelhos ideológicos da sociedade e o da família na

percepção sobre o envelhecimento. Há nas falas uma crítica contra algumas posturas existentes na sociedade, mas ao denunciar estas posturas estes sujeitos não se incluem na sociedade, como se não fosse responsabilidade deles mudar a situação de assujeitamento pela qual o idoso é visto no cotidiano, há uma fala através do outro.

Esses cuidadores, no entanto precisam ressignificar o cuidado prestado, pois a forma como veem o idoso e a velhice influencia na assistência prestada, porque para cuidar devidamente do outro é necessário vê-lo num todo; é essencial conhecer o outro, mas para isso é vital conhecer a si próprio, o que não se desenvolve em treinamentos ou reciclagens técnicas, mas sim por meio de uma relação de emoção e razão entre o cuidador e a pessoa cuidada (SOUZA et al., 2006). É essa relação de cuidado que deve ressignificar o processo de envelhecimento para o cuidador.

Os resultados observados nos discursos dos cuidadores demonstram que o processo de envelhecimento e a velhice em nossa sociedade precisam ser objetos de novas propostas profissionais, de novos investimentos sociais e de uma nova postura da nossa sociedade, e traçam o perfil de uma realidade que precisa ser estudada e divulgada cada dia mais.

Embora muitos cuidadores trouxeram em seu relato o “apagamento” da família e da sociedade no cuidado ao idoso, nota-se também um outro lado do discurso, onde a família é situada como uma importante instituição na construção de valores morais, éticos e espirituais, contribuindo na construção do sujeito, representando desta forma o desejo da presença da família na velhice.

Sabe-se que todo ser humano sente necessidade de manter seus vínculos sociais e a presença da família na velhice, tanto para o idoso que apresenta um envelhecimento ativo como para aquele que necessita de cuidados diferenciados, torna-se um dos fatores significativos de equilíbrio e bem-estar. O vínculo emocional entre o idoso e seu cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade, e os laços afetivos envolvidos podem favorecer uma maior confiança (PAVARINI et al., 2006) pois este suporte social auxilia no enfrentamento das adversidades que podem emergir nesta etapa da vida.

Na sequência discursiva do cuidador abaixo, nota-se a questão intergeracional na família onde várias gerações vivem juntas, o que facilita a troca de experiências e possibilita a aprendizagem e o gosto pela convivência com os idosos:

*“nossa meu filho adora, ele fala: “eu tenho duas avós, dois avôs e um bisavô , cara muito avô”...ele adora, eu falo assim você quer ficar comigo ou com ele: “ não, eu quero ficar com meu avô”, entre mim e as tias, ele prefere ficar com o avô, com a avó e com o*

bisa”(SJ-4-RJ).

Nota-se também o desejo na fala de alguns cuidadores de estar ao lado da família no envelhecimento, valorizando este espaço social:

*“eu quero tá sempre com a família e ser essa mulher maravilhosa aqui, que eu acho ela maravilhosa (se refere a apresentadora Hebe Camargo na Figura 5), tá sempre assim sorrindo, é isso aí. Eu queria envelhecer assim”(SJ-12-RJ).*



Figura 5 – Representação Gráfica realizada por SJ-12- RJ

Na figura 5, observa-se que SJ-12-RJ, busca a imagem da velhice em pessoas mais idosas, conseguindo se colocar neste lugar e pensar seu envelhecimento sobre este prisma. Demonstra, no entanto, a vontade de envelhecer bem, como uma celebridade, que veicula na mídia uma imagem de envelhecimento bem-sucedido o que é adotado pelo cuidador como algo desejável. Na outra figura ele retrata a questão familiar por meio da representação dos significados das gerações e do acolhimento da longevidade.

Durante a filmagem observa-se que o cuidador, ao se referir a sua velhice, consegue se colocar como sujeito deste processo o que transparece uma comunicação clara e objetiva para com o grupo onde identificamos a demonstração de sentimentos de tranquilidade / satisfação,

apresentando um sorriso no final que complementou o verbal.

Segundo Csordas (1990), a construção de significados parte da percepção, a qual o sujeito desenvolve na prática. A percepção, nesse sentido, não começa nos objetos, nem está totalmente “dada” a priori: os objetos são o final do processo de percepção, o resultado de um processo de construção interno. Um processo em que se reconhece um objeto, que nem sempre ocorre de modo consciente, em que cada um é capaz de conhecer os elementos da prática de modo pessoal e íntimo. No entanto, nesse modo íntimo reproduz as vivências pessoais do que foi construído em sociedade.

*“eu quero poder curtir a minha casa que ao longo do tempo eu trabalhei tanto pra isso então nada mais justo do que eu estar curtindo a minha casa **com saúde ao lado da minha família**” (SJ-5-BL).* Neste discurso nota-se uma negociação da cuidadora, de estar com a família caso esteja com saúde, como se esta fosse a condição para que a família possa acolhê-la na velhice.

*“o que eu quero é ser feliz e o meu conceito de felicidade é o que, é a família então acho que todos nós ao longo do tempo, **a gente trabalha pra constitui ter alguma coisa quando envelhecer**” (SJ-6-RJ).*

É uma interpretação de que envelhecer, mais que inevitável, pode ser um momento da vida extremamente produtivo, dadas a experiência e sabedoria do indivíduo. Também pode vir a ser um dos momentos de maior flexibilidade do mesmo, já que visualizou durante toda a sua existência a complexidade e mutabilidade das coisas e dos fatos. Poder compartilhar com a família da sabedoria adquirida pela experiência de vida é algo significativo para os cuidadores e sobre essa sabedoria, advinda do tempo vivido, nos escreve Alves (2001) que “o erudito soma saberes. O sábio diminui saberes. Ele escolhe o que é essencial. Os saberes essenciais são aqueles que nos ajudam a viver”.

### **Considerações Finais**

A família assume grande importância frente ao cuidado para com o idoso, o que é fato há muito tempo, no entanto, atualmente, o envelhecimento é um fenômeno que tem crescido bastante, fazendo com que essa importância aumente ainda mais e tornando necessário o

entendimento de como as famílias vêm conseguindo ou não responder às necessidades dessa população que cresce a cada dia.

Cada cultura tem sua visão sobre a velhice, sendo que o idoso vai ser bem ou maltratado de acordo com as características da civilização em que ele vive. Em algumas sociedades os idosos são respeitados e venerados, e em outras são muitas vezes abandonados e sofrem negligências.

No imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica seja para família, seja para sociedade – e como uma ameaça às mudanças. Essa noção tem levado as sociedades a subtraírem dos velhos seu papel de pensar seu próprio destino.

Nota-se que os cuidadores trazem a questão do “apagamento da família no cuidado ao idoso” como um aspecto que tem emergido nas relações de cuidado nos últimos tempos. Apresentam o desejo de serem cuidadas pelos filhos e familiares, deixando claro que esperam esta retribuição, no entanto demonstram medo de que isto não ocorra.

Entende-se que o modo como podemos ajudar na diminuição do estigma social da velhice e na maior responsabilização da família no cuidado ao idoso depende do desenvolvimento de ações de participação social dos idosos, onde possam marcar presença na sociedade, serem valorizados, respeitados e deixem de sofrer as negligências atuais.

## *Capitulo 5*



## A GESTÃO DO AUTOCUIDADO DO CUIDADOR

### Introdução

A preocupação da sociedade contemporânea com o processo de envelhecimento deve-se principalmente, sem dúvida, às mudanças ocorridas na estrutura etária da população, que conta com um número absoluto e relativo cada vez maior de idosos na sua composição (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; KALACHE, 1996; PNAD, 1999). Este aumento do número de idosos e da longevidade junto às mudanças culturais nas formas de pensar e gerir as etapas da vida trouxeram novas maneiras de gestão do processo de envelhecimento individual e coletivo.

Uma categoria profissional que surge para atender esta demanda decorrente do aumento da longevidade são os cuidadores formais de idosos. Esta ocupação insere-se em uma mudança na perspectiva atual da assistência à saúde. Até o final da década de 80 prevaleceu o reconhecimento da velhice como problema social; neste contexto a gestão da velhice foi durante muito tempo considerada como própria da vida privada e familiar. A partir deste período ela adquiriu visibilidade social, ganhando expressão no campo das preocupações sociais e transformou-se em uma questão da esfera pública.

Mas que impacto estas mudanças causam na forma da população cuidar da sua saúde? Ao perceberem que podem viver por mais tempo, como as pessoas adultas que são cuidadores formais fazem a gestão do seu autocuidado?

Para compreender as indagações acima, torna-se necessário esclarecer que essas transformações que ocorreram na mudança do papel da velhice ao longo dos tempos foram fruto de modificações nas formas de atenção e prática assistencial .

Antes de nos referirmos à compreensão do conceito de autocuidado, é preciso destacar o sentido do “cuidar” adotado neste trabalho com base no referencial de Ayres (2002) que conclui que “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo”.

Segundo este autor, é preciso que o cuidado não seja visto apenas como uma pequena e subordinada tarefa das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo

para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde, levando-nos a rever uma série de pressupostos e conceitos cristalizados nesse longo período de hegemonia acrítica do tratar (AYRES, 2002). A questão principal não é tanto “o que fazer”, mas “como” efetivar novos espaços e tecnologias onde os sujeitos e seus saberes possam expressar-se e não simplesmente reproduzir discursos e cuidados veiculados pela ideologia dominante.

A construção destes espaços se tornam de suma importância, visto que atualmente tem crescido o número de cuidadores formais de idosos e também os cursos para qualificação, no entanto não existe uma fiscalização destas formas de produção de atenção e cuidado o que possibilita muitas vezes que as subjetividades estejam socialmente conformadas e o que se entende por saúde esteja moralmente aceito, justificando a necessidade de identificação destes aspectos para que possamos ser capazes de reconstruí-los.

Desta forma, Merhy (1998), aponta para o “cuidado” como dimensão redentora da presença propriamente humana nos modelos assistenciais, o que é essencial para a resistência ao seu controle economicista e a permanência e valorização do poder de juízo dos cuidadores sobre suas necessidades.

Este autor relata que é do “outro-do-cuidador”, esse objeto-sujeito que inexoravelmente participa do momento assistencial que pode surgir a demanda por arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (AYRES, 2000).

É necessário identificar, descrever e analisar as diferentes formas e saberes que sujeitos e conjuntos sociais manejam em relação aos seus adoecimentos reais e imaginários e as formas de cuidar da saúde. Isso não pressupõe reduzir a identificação dos adoecimentos e as formas de saberes meramente ao que reconhecem os sujeitos, mas este é o ponto de partida para estabelecer a existência de diferentes saberes e formas de atenção e cuidado que os grupos não apenas reconhecem, mas também e sobretudo empregam (MENÉNDEZ, 2009).

Frente a estas reflexões iremos neste capítulo buscar a compreensão de como os cuidadores formais de idosos fazem a gestão do seu autocuidado com base na análise dos discursos (escrita) e da comunicação não-verbal (colagem de figuras e expressão corporal) produzidas por eles.

O enfoque relacional das práticas de saúde sofreram mudanças históricas a partir da década de 50, onde tendências da psicologia, sociologia, antropologia e principalmente da biomedicina apontaram a importância da relação médico-paciente no diagnóstico e tratamento e a necessidade de que essa relação se tornasse mais simétrica, incluindo não só a palavra do paciente mas suas referências socioculturais (MENÉNDEZ, 2009).



Nota-se que com o aumento da prevalência das doenças crônicas que acompanharam a elevação da expectativa de vida, os indicadores epidemiológicos trouxeram a exigência de modificações na reorientação das políticas de saúde para aplicação de ações eficazes a nível individual e comunitário (MENÉNDEZ, 2009).

Não obstante, apareceram propostas que reforçaram o enfoque individualista, como a epidemiologia clínica, os estudos genéticos ou o enfoque dos estilos de vida que tendem a concentrar nos indivíduos as causas, intervenções e responsabilidades dos adoecimentos. O que observamos é o desenvolvimento de uma maneira de pensar hegemônica que vai deixando cada vez mais de lado a descrição e inclusão do meio ambiente e do contexto, vai colocando cada vez mais seus interesses em estabelecer os riscos e fatores de risco, e tende a colocar a responsabilidade de resolvê-los centradas nas ações dos indivíduos, de tal modo que o enfoque de risco reduz frequentemente o risco pensado em termos de estilo de vida individual.

De todos os conceitos que recuperam a importância das condições de vida como causa dos adoecimentos e como instância para atuar positivamente em relação a eles, o conceito de estilo de vida é um dos que tiveram maior visibilidade e aplicação nas últimas décadas por sanitaristas e clínicos. Pensava-se que cada cultura podia chegar a gerar não só estilos diferentes de adoecer, mas estilos diferentes de atender a doença (MENÉNDEZ, 2009).

Este autor relata que o uso deste conceito visava abordar a inclusão das dimensões materiais e simbólicas possibilitando a articulação entre a estrutura social e cultural pela qual o sujeito faz parte. No entanto o setor saúde e a biomedicina utilizaram este conceito eliminando a perspectiva holística e grupal, reduzindo-o a condutas de risco pessoal e eliminando ou reduzindo a um traço específico as condições materiais e simbólicas do estilo de vida.

Desta forma passaram a ensinar aos que não querem se sentir velhos, a maneira adequada de envelhecer e conduzir a vida por meio da participação em atividades preventivas. É como se esta perspectiva buscasse confirmar que para quem tem uma atitude positiva perante a vida, a velhice não traz nenhum tipo de problema, ficando na dependência de cada um seguir menos ou mais as prescrições autopreservacionistas. Trata-se de encorajar os indivíduos a adotarem por si mesmos, instrumentos capazes de combater a deterioração e a decadência, enquanto envelhecem e a assumirem a responsabilidade pelo fracasso ou êxito alcançado (LIMA, 2003). Porém, recentemente, observa-se um processo de reprivatização, que recoloca o envelhecer e seus destinos sobre a responsabilidade individual, abrindo espaço,

então, para que a velhice seja relativizada no leque das preocupações sociais (DEBERT, 1999a).

No entanto, segundo Neri (1999), “[...] a promoção da boa qualidade de vida na idade madura excede, entretanto, os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter cultural”.

No que se refere à promoção de saúde no envelhecimento, operou-se desde então, uma ampliação da noção de autocuidado, que adquiriu uma conotação educacional que considera o potencial do idoso de não apenas aprender, mas também de transmitir aos outros as técnicas de autocuidado (LIMA, 2003).

Pensando o estilo de vida e o autocuidado dos cuidadores, no entanto cabe trazer a reflexão deste conceito de forma ampla; Menéndez (2009) busca compreendê-lo como equivalente ao conceito de autoatenção:

Esta é definida como “representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de profissionais, embora eles possam ser referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma, e abarca representações e práticas geridas pelos sujeitos e grupos, em face de seus padecimentos, inclusive as induzidas, prescritas ou propostas por profissionais das diferentes formas de atenção, mas que em função de cada processo específico, das condições sociais ou da situação dos sujeitos, resulta que uma parte desse processo de prescrição ganhe autonomia, pelo menos em termos relativos” (MENÉNDEZ, 2009).

O termo autocuidado é desenvolvido a partir da biomedicina e do sanitarismo, especialmente a partir do conceito de estilo de vida, de tal maneira que por autocuidado costuma-se entender as ações efetuadas pelos indivíduos para prevenir o desenvolvimento de certos adoecimentos e para favorecer certos aspectos de saúde positiva. O uso deste conceito pelo setor saúde é marcadamente individualista e diferencia-se do de autoatenção, que ainda que inclua a experiência e trajetória dos sujeitos, tem um caráter grupal e social, ao menos em termos referenciais (MENÉNDEZ, 2009).

Para Coppard (1985) o autocuidado compreende: “todas as ações que o indivíduo toma para prevenir, diagnosticar ou tratar suas doenças, ou para manter e melhorar sua saúde e as decisões de utilizar tanto cuidados de saúde formais como os informais”.

Orem (1998) define autocuidado, “como a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar”.

Já segundo as recomendações da Carta de Ottawa de 1986, a adoção do autocuidado como estratégia de intervenção para o envelhecimento seria uma proposta de desenvolvimento de atitudes pessoais para efetivar a promoção de saúde (LIMA, 2003).

Há, no entanto, uma série de processos sociais, econômicos e ideológicos que impulsionaram determinadas formas de autocuidado nas sociedades atuais. O desenvolvimento de determinadas ideologias em busca de uma saúde e juventude mais ou menos permanente, impulsionaram determinadas formas de autoatenção no cuidado prestado ao idoso pelo cuidador e nas ações de cuidado deste com a própria saúde no envelhecimento.

Neste trabalho nosso olhar volta-se para o sentido de autocuidado que pretende não apenas responsabilizar o sujeito sobre sua saúde, fazendo com que ele siga orientações rotineiras de como se cuidar para viver mais e melhor, mas que ao receber estas informações ele possa pensá-las dentro do seu contexto, conseguindo pensar a autoatenção não apenas como a possibilidade de consequências negativas ou positivas para a sua saúde. Mas que os sujeitos e grupos possam destacar sua capacidade de ação, de criatividade, de encontrar soluções e dar validade aos seus próprios saberes.

Para Garbin (2010), os cuidadores conseguem obter satisfação e enxergam recompensas no trabalho efetuado, apresentando a possibilidade de ter o próprio processo de envelhecimento de forma mais saudável e tranquilo, no entanto, para outros, o “envelhecer” ainda é muito difícil, humilhante e principalmente por causar dependência física e financeira, estes muitas vezes negligenciam a possibilidade de um dia tornar-se idosos e não se preocupam em cuidar da sua saúde na fase adulta da vida.

Conhecer mais profundamente as características dos mais velhos, de seus cuidadores e dos cuidados que adotam é uma necessidade premente também para que programas e políticas públicas, no Brasil, instruam-se nas nossas próprias experiências para desenvolver suas ações (DERNTL, 1998).

A hipótese que se pretende desenvolver neste trabalho é a de que o autocuidado para a promoção de saúde no envelhecimento não pode ser compreendido como simples adoção de um conjunto de saberes técnicos, mas como uma atitude prática diante da experiência concreta do envelhecer, intimamente relacionada às condições de vida e às experiências de interação familiar e comunitária. Busca-se sustentar a posição de que essa contextualização poderá fazer do autocuidado não um procedimento de reprivatização do cuidado com a

velhice, mas um efetivo instrumento de promoção de saúde (LIMA, 2003) para os idosos e seus cuidadores.

## **Resultados e Discussão**

O processo de “envelhecer é uma experiência única para cada indivíduo, diversificada entre pessoas de um mesmo grupo social e heterogênea tanto entre indivíduos como em diferentes grupos sociais [...] o processo de envelhecimento, em função de sua múltipla determinação, implica diversidade, individualidade e variabilidade entre os indivíduos (BASSIT, 2004).

Porém, os sujeitos e grupos sociais constituem o agente que não só usa os diferentes saberes e formas de atendimento, sintetiza-os, articula-os, mistura-os ou os justapõe, mas é também o agente que reconstitui e organiza essas formas e saberes em termos de autocuidado, dado que este constitui não só a forma de atendimento mais constante e frequente sendo o principal núcleo de articulação prática dos diversos saberes e formas de atendimento, a maioria dos quais não pode funcionar completamente se não é articulada com o processo de autocuidado (SMITH, 1982).

É levando em conta os processos e fatores culturais que podemos observar a existência de outras formas de atenção da doença, cujas principais diferenças residem não só no tipo de técnicas utilizadas, mas no sentido e significado cultural com que são utilizadas, residindo aí grande parte de sua função cultural além de sua eficácia específica (MENÉNDEZ, 2009).

Nesta pesquisa, verificou-se diferenças culturais entre os cuidadores do Rio de Janeiro e de Blumenau. Na busca de compreender as ações realizadas, buscaremos nos discursos destes sujeitos responder a algumas questões que permearam a pesquisa, dentre elas: “quais foram as ações de autocuidado dos cuidadores?”.

Observa-se que foi possível conhecer algumas atividades que os cuidadores realizam no seu cotidiano e que compreendem como significativas para o seu bem-estar:

*“o que eu gosto é assistir filme, come pipoca e com a “Omã” junto”(SJ-1- BL).*

Quando a análise cultural está em jogo, o interesse é compreender os pressupostos que organizam as representações sobre a velhice nesses discursos, como no caso do cuidador acima que em sua formação discursiva apresenta aspectos culturais implícitos, como por exemplo, a denominação de avó “Omã” e a questão do significado da figura que um idoso de

sua família representa para uma atividade de autocuidado. Geertz (1973) considera que a cultura é um universo de significados que permite ao indivíduo interpretar a própria existência e guiar suas ações como fora observado nos cuidadores de Blumenau que ressaltaram a todo tempo a valorização da pessoa idosa nos seus discursos.

Outras atividades também foram descritas e identificadas como possibilitadoras do ato de cuidar-se:

*“eu gosto de **rádio, música e dormir**, quando eu posso dormir, eu durmo” (SJ-5-BL).*

*“eu **gosto de caminhar** só que como meu tempo é curto eu tento fazer isso pela manhã mas de manhã eu **gosto de dormir** ate mais tarde e daí não tenho feito muito eu saio oito horas para caminhar sozinha de preferência só eu e Deus assim ohhh” (SJ-6-BL)*

*“assim na velhice eu quero um tempinho pra praticar isso aqui que é um **exercício físico, karatê, eu faço muito exercício e me cuido**, na velhice quero continuar” (SJ-10-RJ)*

Nas falas acima, observa-se que todo indivíduo tem um motivo que o leva a buscar formas para suprir as suas necessidades dentro de uma realidade e poder desenvolver suas atividades de autocuidado com satisfação.

Nos discursos nota-se que a interação social, a manutenção entre sono e descanso e a prevenção de risco de vida por meio de caminhadas e exercícios, respectivamente apresentados nas falas, caracterizam as ações relacionadas com as condições internas e externas da manutenção do desenvolvimento humano dos cuidadores.

Observa-se que os cuidadores relatam abaixo algumas mudanças em seus hábitos após aprenderem a se autocuidar no curso em que participaram, no entanto é possível verificar nos discursos que o conceito de autocuidado remete à realização de comportamentos específicos, busca-se eliminar o problema retirando o “sazon” e comprando um “grill” e o conceito de estilo de vida não é empregado de forma holística (MENÉNDEZ, 2009):

*“eu **tirei o sal lá em casa**, daí tá uma briga, mãe dá o sazon, digo “não” hoje é pra fazer assim, ... ahhh mas tá sem sal, e a gente tem cuidar agora, se você não cuidar agora quando vir uma pressão alta não adianta mais, então é muito cuidado, **fritura assim, comprei um grill pra mim eliminar tanta fritura** é bolinho de carne, é quibe, coisas que eu mesmo*

*faço, então é tudo ingrediente que não tem gordura, então eu já tô cuidando assim, tentando cuidar deles também” (SJ-4-BL).*

Na busca de aprofundar o entendimento dos sentidos produzidos na fala do cuidador acima, Brandão (2004, p. 42) relata que os processos discursivos constituem a fonte da produção dos efeitos de sentido do discurso. É possível notar que o cuidador tenta enunciar uma mudança de postura em relação ao seu cuidado alimentar e de sua família, sendo possível então compreender as influências das condições históricas da produção deste discurso na atualidade, pois ele vem junto com a ideologia do modelo médico hegemônico (dominante na sociedade atual), na busca de instaurar a responsabilidade nos sujeitos por sua condição de saúde.

Outro questionamento seria: como a questão do autocuidado se constrói no cotidiano do cuidador?

Segundo Menéndez, (2009) a inclusão das diferentes formas de atenção dentro das relações de hegemonia/subalternidade que operam em um contexto determinado possibilita descrever e analisar dinamicamente as transações que se desenvolvem entre os diferentes atores sociais e em consequência encontrar em seus saberes o uso real dado as diferentes formas de atenção.

Na prática acredita-se que na responsabilização do cuidado pelo próprio sujeito se está oferecendo a ele autonomia, no entanto esta é feita de forma relativa pois estimulam determinados comportamentos que começam a ser reproduzidos e vistos como saudáveis e a solução para os problemas; um exemplo é pensar que para se atingir qualidade de vida na velhice é necessário apenas se alimentar bem e praticar exercícios como veicula a mídia nos programas atuais e os discursos dos cuidadores abaixo:

*“Esse ano devido ao próprio curso que nos estávamos falando eu procurei me policiar mais então agora a partir de agosto agora que é no outro mês a gente vai começar a fazer uma ou duas vezes por semana alguma atividade física pra nós mesmos, porque a gente cuida, mas (...) é que nem eu sempre digo, mas agora eu comecei a ouvir o que eu tô falando “que quem cuida tem que se cuidar também” então eu vou começar a fazer uma atividade física também agora durante o período do dia que a gente vai conseguir fazer” (SJ-6-BL).*



Figura 6 – Representação Gráfica realizada por SJ-6-BJ

Em relação à Figura 6, ela vem reafirmar a atitude presente na formação discursiva do cuidador SJ-6-BL, que relaciona se cuidar à prática de uma atividade física. Nesta imagem podemos identificar também pessoas mais jovens, demonstrando que a cuidadora apresenta dificuldade de pensar o autocuidado e correlacioná-lo ao seu envelhecimento. Cabe ressaltar que eea relaciona esta atitude à aprendizagem que obteve no curso de formação para cuidadores do Ministério da Saúde o que demonstra que a constante diversidade de saberes e formas de atenção ainda baseiam seu eixo na doença e não na saúde, com base em prescrições de hábitos saudáveis, nota-se que o discurso traz a atividade física como a única ação de autocuidado necessária.

Menéndez (2009) relata que embora quase todas as formas e saberes se preocupem com a saúde, e inclusive a biomedicina fale em produzir saúde, e se fale em saúde positiva ou em estilos de vida saudáveis, o certo é que quase a totalidade das atividades dos vários saberes e formas de atenção atua basicamente sobre os adoecimentos e as doenças, não sobre a produção de saúde.

A análise do contexto da interação do cuidador na filmagem nos permitiu observar um sinal de substituição do verbal, no momento em que faz uma pausa e fica em silêncio desviando o olhar para a direita, demonstrando estar refletindo sobre o que está dizendo: “-... é que nem eu sempre digo, mas agora eu comecei a ouvir o que eu to falando”. Nota-se logo após um sentimento de cansaço que pôde ser identificado quando em uma das interações ele coloca as duas mãos entrelaçadas na nuca e faz um gesto de alongamento, como se estivesse se espreguiçando (cinésica). Esta comunicação demonstra que o cansaço e a sobrecarga não

possibilitaram que ele se cuidasse até o momento, embora saiba que isto seja necessário: “-... *que quem cuida tem que se cuidar também...*”.

*“é que a gente também não sabia como faz, como cuida, como levanta, muitos não tem mas no meu caso é raro assim muitas vezes tem que ajudar ela a levantar do vaso tem que ajudar ela sentar, então quando eu vou dar o banho nela já sei como me abaixar e daí as vezes eu esqueço e volto e vou abaixando com a postura certa” (SJ-4-BL).*

*“acho que mudou assim o meu jeito de pensar, pensar em nós mesmos e esquecer do próximo, isso é duro demais, às vezes a gente passa pela rua e as pessoas não dão nem um bom dia, pode parecer que não mas um sorriso, isso mudou demais pra mim”(SJ-2-RJ).*

Os discursos demonstraram as diferenças culturais na construção do autocuidado. Cabe ressaltar que algumas falas trazem a reprodução de comportamentos padronizados como a prática da atividade física, mas nota-se também que as formas de realização de autocuidado impulsionam uma diversidade de saberes que ganham uma dinâmica específica em cada contexto, como a valorização de pequenos gestos cotidianos e o olhar para si durante o cuidado, o que torna de extrema importância para a epidemiologia reconhecer os comportamentos culturais e as ações imprimidas no dia a dia dos sujeitos baseados em suas condições de produção de cuidado, fator este geralmente desconsiderado na atualidade.

Segundo Foucault (1979) “Os intelectuais descobriram que as massas não necessitam deles para saber, elas sabem perfeitamente e o dizem muito bem”. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber, que aparece em algumas falas dos cuidadores demonstrando o verdadeiro sentido do autocuidado para eles.

Segundo Brêtas (2003), “o ser humano precisa se autoconhecer, necessita saber avaliar as transformações que o seu corpo sofre e identificar os sinais expressos por ele”. Cabe ressaltar que o autocuidado se constrói no cotidiano por meio das experiências marcantes, verificou-se que a sua construção e gestão pode ser resultado também da necessidade de ter uma velhice diferente daquela observada no idoso cuidado, demonstrando que o ato de cuidar pode tanto influenciar o cuidador a um pensamento negativo sobre a velhice como pode levá-lo ao autocuidado:

*“enquanto eu fazia aquele curativo eu pensei, meus Deus eu não quero chegar aos noventa anos nessa situação, há mais de dez anos acamada, menos de quarenta quilos,*



*atrofiada, com úlcera, e aí eu fazendo aquele curativo assim, meu Deus (...), daí as demais tão no quarto, daí sempre observam que ela não é lúcida, não abre a boca, você tem que insistir, às vezes as outras dizem, meu Deus eu não quero chegar a isso e hoje eu fazendo aquele curativo as cinco horas da tarde pensei meus Deus (...) eu também não quero chegar nesta fase, não, eu quero envelhecer mas eu quero ficar lúcida, eu preciso me cuidar” (SJ-2-BL)*



Figura 7 – Representação Gráfica realizada por SJ-2-BL

Refletindo sobre o referencial teórico da análise de discurso, observa-se que a interpelação ideológica faz com que este cuidador em seu discurso acima, sem tomar consciência, expõe que, o que realmente a incomoda e aparece de forma implícita em sua fala não é simplesmente a falta de lucidez na velhice, mas o impacto da perda de autonomia e

condução da própria vida observada por ele e pelas idosas que dormem no mesmo quarto da senhora que ele está descrevendo.

Observamos na fala do sujeito SJ-2-BL, grande indignação onde a expressão: “*meu Deus*” aparece constantemente e após verifica-se dois momentos de silêncio que segundo Orlandi (2007) abrem espaço para o movimento do sujeito e indicam que o sentido sempre pode ser outro, pois aquilo que é mais importante nunca se diz. Desta forma o silêncio possibilita ao sujeito trabalhar a sua contradição constitutiva.

Na figura 7, ele traz na imagem a reprodução simbólica do desejo de um envelhecimento saudável, algo diferente do que ele observa como cuidador todos os dias, e reitera dizendo “... *eu preciso me cuidar...*”. Nota-se que este “acontecimento” rompe com a estrutura vigente, instaurando um novo processo discursivo. O acontecimento inaugura uma nova forma de dizer, estabelecendo um marco inicial de onde uma nova rede de dizeres possíveis irá emergir (Orlandi, 2007).

Cabe ressaltar que ser cuidador de um idoso pode funcionar como um fator condicionante básico, que pode afetar ou não a capacidade de autocuidado, pois cuidar de um idoso tem grande influência no sentido do envelhecer e na saúde do cuidador.

Na análise da comunicação não-verbal decodificamos o sentimento de medo, e angústia, onde durante a interação o cuidador manteve as pernas cruzadas e as mãos entre elas, numa postura corporal contraída e balançando a cabeça demonstrou-se indignado com a realidade que vivencia no cuidado ao idoso.

A maneira como cada ser na sua especificidade “gasta” a vida será delimitador da qualidade do envelhecimento, vivemos porque consumimos vida e quanto mais cuidarmos dela mais poderemos usufruir na velhice. Nota-se que o medo de envelhecer sempre está associado à perda da autonomia, este conceito na literatura muitas vezes se restringe à dimensão física ou à capacidade funcional, mas ela precisa ser compreendida por meio do interdiscurso como expressão de liberdade a ser compartilhada, inclusive no que se refere ao poder de escolha, decisão e deliberação do cuidado em saúde.

Segundo Brêtas (2003), a qualidade de vida e conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento relacionam-se com a capacidade do indivíduo se cuidar, com a visão de mundo (mentalidade) que ele possui e com a sociedade em que está inserido e é nesse contexto que notamos o sentido de “imediatismo” presente nas falas abaixo, onde se pensa em algo que pode ser feito no aqui e agora sem muita reflexão a longo prazo das ações, este aspecto demonstra a forma de pensar que os cuidadores apresentam para cuidar-se:

“*eu agora tô cuidando de mim, então toda vez que tem uma viagem eu vou, um passeio eu vou, então eu acho que agora eu tenho tempo pra mim*”(SJ-3-BL).

“*o segredo da vida é você viver o momento*”(SJ-9-RJ).

Ao pensar a promoção de saúde no envelhecimento pode-se voltar o olhar para dois aspectos: o primeiro para os sujeitos que já se encontram idosos e o segundo para os adultos que conseguindo fazer uma boa gestão do seu envelhecimento podem contribuir para a manutenção de uma boa vida na velhice. Como o foco desta pesquisa é pensar a promoção de saúde no envelhecimento dos cuidadores formais de idosos, cabe problematizar a seguinte hipótese: “O que conduziria um indivíduo adulto a se cuidar para além da óbvia necessidade de evitar o sofrimento e buscar viver mais tempo?”.

Uma das respostas encontradas seria a necessidade de manutenção da beleza e da felicidade ao longo dos anos:

“*na minha velhice eu me vejo assim, linda, com bom-humor e feliz como ela*”(aqui a cuidadora se refere a imagem de Ana Maria Braga) SJ-2-BL.



Figura 8 – Representação Gráfica realizada por SJ-2-BL

Na figura 8 nota-se que a busca pela felicidade na velhice está associada a uma imagem de sucesso e superação. Percebe-se que para o sujeito SJ-2-BL, envelhecer é saber jogar com o tempo, acolhendo tudo que a vida tem a oferecer, pois os traços ficam guardados na memória. Ao falar da velhice e associá-la à felicidade nota-se que ela vê a sua saúde não como um fim em si mesmo, mas um meio para continuar tendo desejos e sendo feliz. Ao se comunicar ele demonstrou tranquilidade e descontração, apresentando gestos ilustrados optativos com as mãos dando ênfase a idéia afirmativa, apontando para a figura e em seguida para si própria, reiterando desta forma a comunicação verbal.

*“eu quero **se puder** cuidar mais de mim, **ter mais tempo** para caminhar e **preservar o corpo** pra me sentir sempre bonita” (SJ-7-RJ).*



Figura 9 – Representação Gráfica realizada por SJ-7-RJ

No discurso verifica-se que o cuidador ao utilizar a expressão “*se puder*”, coloca-se na condição de espera para que a sua situação mude e ele possa ter mais tempo para se cuidar na velhice, deixando transparecer os efeitos de sentido que um mesmo enunciado pode assumir de acordo com a formação discursiva na qual é (re) produzido, onde nota-se que no momento atual as condições de produção do seu discurso não permitem esta postura para que o autocuidado ocorra. Os sentidos produzidos também refletem o efeito ideológico da

manutenção da beleza por meio do cuidado com o corpo.

Os aspectos descritos acima são complementados por meio da figura 9, onde SJ-7-RJ, ressalta bastante os aspectos relativos à manutenção da beleza e do charme na velhice como sendo o sentido para se cuidar. As formas estabelecidas de cuidado por este cuidador puderam ser observadas desde o início do grupo focal quando ao perceber que seria filmado, este sujeito passa maquiagem, arruma a roupa e a postura na cadeira (uso da cinésica e proxêmica), buscando a preocupação com sua imagem.

Na sociedade atual cresce cada vez mais o desejo de manter-se jovem por mais tempo, o que tem levado muitas pessoas a entender o autocuidado como algo estritamente relacionado com a imagem corporal buscando evitar o preconceito social e o estigma da velhice.

Tavares (2003) descreve que a imagem corporal é a forma de como o indivíduo se percebe e se sente em relação ao seu próprio corpo. Essa imagem remete de algum modo, ao sentido das imagens corporais que se constroem a partir de diversos relacionamentos estabelecidos em sua comunidade. Isto significa que em qualquer grupo sempre existe uma imagem social ideal de corpo. Portanto, este aspecto pode ser verificado por meio da influencia cultural, onde se notou que esta preocupação com a manutenção do corpo e da estética prevaleceu nas falas dos cuidadores do Rio de Janeiro, onde já observamos também que a busca por atividades físicas é mais frequente no cotidiano, expressando desta forma a ideologia local, onde o culto ao corpo é valorizado o que justifica a conduta de autocuidado na busca de sentimentos de identificação ou rejeição dos sujeitos em relação a determinadas imagens.

Apoiando-se no referencial teórico de Orlandi (2007, p. 30), podemos compreender que as formações imaginárias dos cuidadores do Rio de Janeiro são constituídas a partir das relações sociais que são estabelecidas em seus discursos, resultante da ideologia do contexto em que vivem.

Nota-se nos discursos a necessidade de se manter esteticamente jovem por mais tempo, sendo possível verificar, segundo Brandão (2004, p. 46), o assujeitamento dos cuidadores como sujeito ideológico, onde elas têm a impressão de que são donos de sua própria vontade, no entanto seus discursos nos levam à compreensão de que eles são produzidos como resultante de uma ideologia determinada pela formação social a qual pertencem.

Segundo Orlandi (2007, p. 39), sempre houve algo que foi dito e isto fornece a cada sujeito “a sua realidade enquanto sistema de evidências e de significações percebidas-aceitas-experimentadas”, então para que nossas palavras façam sentido é preciso que já signifiquem.

Nas formações discursivas acima, a crença de envelhecer realizando atividade física e exercícios nos remete à compreensão do poder que o discurso médico hegemônico possui, poder este que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos- o seu corpo- e que se situa ao nível do próprio corpo social, penetrando na vida cotidiana dos sujeitos (FOUCAULT, 1979).

Outro motivo demonstrado na pesquisa que conduziria o indivíduo a se cuidar seria a persuasão verbal, onde por meio da escuta do que os outros lhe dizem, ele se convence da necessidade de autocuidado.

*“esta questão do autocuidado no curso foi abordado desde o começo até o fim do curso (...) foi abordado que como você vai cuidar de uma pessoa se você também não se cuida? isso foi abordado no curso do começo ao fim, isso foi uma coisa que eu gostei muito porque sempre alguém focava ali dizendo, **deu tempo de você pensar e você analisar (...)** pô, todo mundo fala, todo mundo diz. então tá na hora da gente fazer alguma coisa.” (SJ-6-BL).*

Por meio da leitura da fala acima, Orlandi (2007) em seu livro “as formas do silêncio” nos auxilia na compreensão do silêncio na fala do cuidador, onde se nota dois momentos de pausa, que vêm significar que quanto mais falta, mais silêncio se instala, possibilitando que os sentidos se apresentem. No primeiro momento de silêncio a cuidadora busca o resgate das condições de produção deste discurso, é como se ele voltasse no tempo para recordar o contexto vivenciado e no segundo momento de silêncio após ter repetido por duas vezes que a questão do autocuidado foi abordada de forma contínua (onde ela usa a expressão “do começo ao fim”), o silêncio coloca o cuidador no pensamento solitário de sua história, repensando suas condutas face aos sentidos emergidos pelos outros discursos apreendidos durante o curso.

Nota-se na maioria das falas dos cuidadores que o autocuidado não é visto e abordado dentro de seu contexto holístico, pois existe a reprodução nos discursos de padronização dos comportamentos, demonstrando o poder do modelo médico hegemônico na prática de saúde ao disciplinar ações dos sujeitos. Segundo Foucault (1979), disciplinar as práticas de atenção à saúde, é uma forma técnica de poder que implica uma vigilância constante dos indivíduos, a

inserção dos corpos em um espaço individualizado e classificatório”, como são as práticas de autocuidado executadas dentro do ideal de estilo de vida atual.

Segundo Habermas (1988; 2004) os discursos sobre autocuidado vão se plasmando e buscando produzir entendimento público acerca do que seja correto, verdadeiro e autêntico fazer em relação à saúde dos indivíduos e comunidades.

Esses discursos tornam-se verdades absolutas no imaginário social, pois segundo Foucault (1979) “a verdade é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem, é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo mas dominante, de alguns aparelhos políticos ou econômicos”.

Neste trabalho também verificou-se como os cuidadores visualizam o cuidado nesta fase adulta da vida, momento este que pode beneficiá-los na velhice.

Segundo Heidegger (1989) o cuidado faz parte da existência humana, uma demanda existente é que ao cuidar dos outros o cuidador sente-se vivo e pensa no seu próprio autocuidado como podemos observar na fala abaixo:

*“a satisfação, a alegria de você ter conseguido ajudar porque daí eu penso assim pô se um dia eu chegar na velhice se alguém fizer isso por mim” (SJ-3-BL).*

Nesta formação discursiva podemos observar que o cuidador por meio do seu gesto espera ser retribuído de alguma forma quando envelhecer.

Segundo Néri & Sommerhalder (2002b), a existência de dependência e falta de autonomia determina a necessidade de um cuidador. No entanto, nota-se que ao cuidar de um idoso mais dependente gera-se uma demanda por maiores cuidados consigo mesmo, pois o ato de cuidar pode significar sofrimento psíquico e físico do cuidador:

*“eu já cuidei de um outro mais debilitado e a gente sente uma grande impotência porque você não tem muito o que fazer, você tem que dar aquele bem-estar e dentro do teu limite ali você não tem mais o que fazer porque não tem, é só dá o conforto pra dar uma qualidade de vida um pouco melhor, mas não tem muito o que fazer devido a doença e a debilidade daquele idoso e aí dá uma impotência muito grande” (SJ-2-BL).*

Nesse sentido, acredita-se que o processo de construção da identidade do cuidador dá-se a partir do enfrentamento da rotina de cuidados e da reflexão desencadeada por esse enfrentamento. O dia a dia é o espaço do imediato, no qual os cuidadores devem funcionar por meio do saber prático. A todo momento, essa relação coloca em xeque a competência dos

cuidadores para lidar com as mudanças na clínica do idoso e no comportamento, dentre outras alterações (CALDAS, 2004).

A demanda por autocuidado também aparece na escolha da ocupação de cuidador, onde nota-se que a troca de cuidados possibilita um sentimento de satisfação.

*“eu aprendi que **eu não sabia que carinho e calor humano era tão importante na vida de uma pessoa**, eu vim a saber isso agora. A gente teve experiência disso. Tinha uma idosa lá que não saía do quarto por nada, nada há anos, a gente com um pouco de carinho conseguimos tirar, ela ia tomar banho de sol, coisa que os funcionários diziam, como vocês conseguiram tirar ela do quarto?, a gente pensou assim... pô o que a gente fez de tão importante, **bastou dar aquele carinho, aquela atenção**, de ficar conversando longo tempo e dando aquela atenção e **ela criou confiança em nós não foi?** E passou a tomar banho de sol como todo mundo fazia, ela ria pra gente, eles falavam que ela não ria” (SJ-9-RJ).*

*“eu trabalho como cuidadora de idosos e **eu tava num momento da minha vida que eu tava meio depressiva e foram os idosos que me tiraram dessa depressão** e então eu pensei porque não fazer esse curso pra aprender algo novo pra passar pra eles eu queria fazer por eles o mesmo que eles fizeram por mim e **eu gostei de me dedicar a esta profissão, é algo que eu gosto me faz bem**” (SJ-3-RJ).*

Observa-se em algumas falas que os cuidadores identificavam como benefícios para si o crescimento pessoal e o senso de autorrealização ao prestar o cuidado. O sentir-se gratificado, mudado, tem sido usado como referência e avaliação positiva da experiência de cuidador. Relaciona-se a sentimentos positivos ou de um retorno prático para a vida do cuidador e à percepção de que a tarefa tem significado existencial (PACHECO, 2004).

Outro questionamento realizado foi em relação ao déficit de autocuidado identificado pelos discursos dos cuidadores. Frente à formação profissional da pesquisadora não há como não imprimir o referencial teórico utilizado pela terapia ocupacional, uma profissão que visa estimular as pessoas no desenvolvimento de atividades cotidianas que podem ter sofrido rupturas ao longo da vida. A terapia ocupacional acompanha a noção de saúde como produção de vida, centrada no fazer humano e no estabelecimento de um contínuo agir sobre o mundo (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001). A busca deste referencial justifica-se por poder apresentar as áreas de desempenhos ocupacionais e fazer uma correlação em qual delas os cuidadores participantes da pesquisa apresentam déficit de autocuidado.



A profissão de terapia ocupacional utiliza o termo ocupação para captar a dimensão e o significado da atividade no cotidiano. É fundamentada na compreensão de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida e contribui para a saúde e para o bem-estar. Os profissionais de terapia ocupacional acreditam que as ocupações são multidimensionais e complexas. O envolvimento na ocupação tem como foco aspectos do desempenho: subjetivos (emocionais e psicológicos) e os objetivos (fisicamente observáveis) (AOTA, 2008).

As ocupações são centrais para a identidade e para o senso de competência do sujeito (pessoa, organização ou população), e têm um significado particular e de valor para ele. Ocupação é tudo o que as pessoas fazem para se ocupar, incluindo cuidar de si mesmas, aproveitar a vida e contribuir para a estrutura econômica e social de suas comunidades (AOTA, 2008).

Ocupações são frequentemente compartilhadas. Aquelas que envolvem implicitamente dois ou mais indivíduos podem ser chamadas de co-ocupações (CARLETO et al., 2010). Cuidar é uma co-ocupação que envolve participação ativa da parte do cuidador e de quem recebe o cuidado.

A ampla variedade de ocupações ou atividades são classificadas em categorias chamadas – “áreas de ocupação” – atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social”.

Sendo terapeuta ocupacional meu olhar sobre o déficit de autocuidado que os cuidadores apresentaram na pesquisa perpassa as áreas de ocupação citadas acima e então tentaremos analisar os resultados obtidos nos baseando na interlocução entre estes referenciais teóricos.

De acordo com o discurso dos cuidadores podemos observar que a sobrecarga de trabalho relatada abaixo afetou principalmente as seguintes áreas de ocupação: descanso e sono, lazer e participação social, trazendo prejuízos no seu autocuidado:

*“tem lá uns setenta idosos que a gente cuida na própria instituição que eu trabalho de segunda a sexta que já não é pouco é bastante responsabilidade, bastante complicação pra ti resolver então cansa bastante, então tu pensa meu eu vou prá casa e já não tenho nem forças pra ler nem fazer nada quanto menos olhar uma televisão ao mesmo tempo no final de semana eu passo alternado com uma menina que também cuida dessa mesma pessoa, não dá para passear, estou muito cansada” (SJ6-BL).*

*“o cuidador tem uma sobrecarga, ainda mais quando você se apega àquela pessoa*

*que você cuida, sua atenção vai toda para ela, a gente acaba se esquecendo da gente mesmo, até de dormir” (SJ-12-RJ).*

A prestação do cuidado é permeada por graus de especificidade, que necessitam ser considerados. A forma como o cuidador dispensará cuidados depende do lugar ocupado por este indivíduo na sociedade pois interfere na maneira como obtém condições para manejar o cuidado que dispensa a si (BRÊTAS, 2003).

Caldas (2000) revela que os cuidadores de idosos experimentam um fardo considerável e estão em maior risco de morbidade psiquiátrica e física quando comparados à população em geral e a grupos.

A sobrecarga do cuidador está geralmente associada ao elevado grau de dependência decorrente das incapacidades funcionais do idoso, mas há muitos trabalhos, dentre eles cabe ressaltar o estudo de Trelha et al., (2006), na qual levantam a hipótese de que a restrição dos idosos ao domicílio é resultado de uma superproteção dos seus cuidadores e geralmente a não realização da tarefa pelo idoso é suprida pelo cuidador, gerando nele uma sobrecarga e dificultando seu autocuidado.

A possibilidade da manutenção do autocuidado durante todo o processo de vida é condição básica para um envelhecimento bem sucedido, visto que a integridade física e psíquica do corpo, representada pela capacidade de autonomia do ser humano no desenvolvimento de habilidades cognitivas, controle fisiológico do organismo e controles emocionais, é o marco delimitador entre o processo de envelhecimento saudável e patológico (FEATHERSTONE, 1994).

### **Considerações Finais**

Concluiu-se que a maioria dos cuidadores consegue fazer uma boa gestão do seu autocuidado, através da manutenção de ações significativas no seu dia a dia, sendo os principais requisitos de autocuidado citados: a interação social, a necessidade de sono e descanso e a prevenção de risco por meio de caminhadas e exercícios para saúde.

Diferenças culturais foram observadas e notou-se que a visão de mundo presente nos discursos dos cuidadores interfere na forma destes se cuidarem, onde se verificou que no Rio de Janeiro o autocuidado volta-se mais para a manutenção da imagem corporal jovem ao longo dos anos e já em Blumenau os cuidadores remetem a noção de autocuidado a possibilidade de realizarem atividades prazerosas.

A demanda terapêutica por cuidados vem da troca relacional com o outro e na satisfação possibilitada na atitude de ser cuidador e também por meio do sentimento de impotência ao cuidar que pode ou não gerar mudanças no próprio autocuidado do cuidador.

Em relação ao déficit de autocuidado ele se instala principalmente nas áreas de ocupação de lazer, participação social, sono e descanso, sendo resultado da sobrecarga de trabalho na maioria das vezes, segundo os discursos dos cuidadores.

Foi observado que a construção do autocuidado foi feita através das experiências marcantes e cabe ressaltar que muitas atitudes foram criadas, repensadas e reconstruídas a partir da possibilidade de autoconhecimento proporcionado pelo curso de formação de cuidadores de idosos dependentes promovido pelo Ministério da Saúde. É importante assinalar que o número de cursos para cuidadores está crescendo a cada dia, no entanto vê-se a necessidade de que o autocuidado do cuidador seja priorizado também nos conteúdos ofertados e que seja construída uma rede de apoio formal e informal para o cuidador com engajamento ético, político e fiscalização principalmente das ações realizadas e inclusão do cuidador de idosos na dinâmica do sistema público.

É preciso que o trabalho do cuidador ganhe maior visibilidade diante da estrutura assistencial, pois o alto custo desta função para a saúde deste sujeito que cuida e também envelhece compromete a leitura do cuidar e necessita sair da invisibilidade.

Sendo o cuidado o que define essencialmente a profissão do cuidador desde a sua nomeação, este tem seu significado definido e predicado por uma ética de cuidar. No entanto uma relação de cuidado traz várias implicações, pois no encontro com o cliente entra-se em contato com um universo povoado de recordações, temores, fragilidade, desesperança (MAFFIOLETTI et al., 2003). A ocupação de cuidador de idosos e suas implicações éticas por sua vez podem causar sofrimento e ter influências na percepção que este cuidador terá da própria velhice, podendo funcionar como um fator condicionante básico, que pode afetar ou não a capacidade de autocuidado, e ter grande influência sobre a saúde do cuidador como observado nesta pesquisa.

*Considerações Finais*



O treinamento de pessoas para cuidar do idoso é necessário, em face da situação de desamparo em que eles se encontram, no sentido de facilitar o atendimento imediato das suas necessidades básicas quando estão doentes e/ou fragilizados. Desta forma, o aumento expressivo e progressivo da população idosa junto às mudanças na estrutura familiar trazem o resgate do papel do “cuidador formal de idosos”. A necessidade de preparo e aprendizado específicos para exercer esse papel demonstra que o cuidador ainda vive na invisibilidade social no Brasil, demonstrando a lacuna existente no planejamento de políticas públicas de saúde para idosos.

A compreensão dos sentidos do envelhecer pelos cuidadores formais possibilita entender quem são esses sujeitos, onde atuam sua qualificação e como a influência de cuidar de idosos pode contribuir ou não para ações promotoras de saúde no seu próprio envelhecimento.

Nessa pesquisa, observou-se que a velhice é uma experiência heterogênea onde se verifica que ela pode ser vista por alguns como um acontecimento que gera um “desconforto” enquanto que, para outros, ela é positiva e torna-se um espaço onde o desejo pode continuar existindo mesmo em conformidade com as mudanças inevitáveis. Verificou-se que muitos cuidadores nunca haviam parado para pensar na velhice, o que demonstra que ela é vista como um “acontecimento” inesperado, onde o sujeito não se vê como responsável pelos destinos de sua própria história, sendo surpreendido por ela.

Sabe-se que a família assume grande importância frente ao cuidado para com o idoso. Notou-se que os cuidadores trouxeram a questão do “apagamento da família no cuidado ao idoso” como um aspecto que tem emergido nas relações de cuidado nos últimos tempos. Apresentaram o desejo de serem cuidadas pelos filhos e familiares, deixando claro que esperam essa retribuição. No entanto, demonstraram medo de que isso não ocorra.

Em relação à gestão do seu autocuidado, notou-se que os cuidadores apresentaram ações significativas no seu dia a dia, sendo os principais requisitos de autocuidado citados: a interação social, a necessidade de sono e descanso e a prevenção de risco por meio de caminhadas e exercícios para saúde.

Diferenças culturais foram observadas e notou-se que a visão de mundo presente nos discursos dos cuidadores interfere na forma deles se cuidarem. Dessa forma, constatou-se que, no Rio de Janeiro, a noção de autocuidado está intimamente relacionada com a manutenção da imagem corporal jovem ao longo dos anos enquanto que em Blumenau essa noção está associada à possibilidade de realizarem atividades prazerosas.

A demanda terapêutica por cuidados vem da troca relacional com o outro e na

satisfação possibilitada na atitude de ser cuidador e também por meio do sentimento de impotência ao cuidar – que pode ou não gerar mudanças no próprio autocuidado do cuidador. Em relação ao déficit de autocuidado, ele se verifica principalmente nas áreas de ocupação de lazer, participação social e sono e descanso, sendo resultado da sobrecarga de trabalho na maioria das vezes, segundo os discursos dos cuidadores.

Foi observado que a construção do autocuidado foi feita através das experiências marcantes e cabe ressaltar que muitas atitudes foram criadas, repensadas e reconstruídas a partir da possibilidade de autoconhecimento proporcionado pelo Programa Nacional de Qualificação de Idosos Dependentes promovido pelo Ministério da Saúde. É importante assinalar que o autocuidado muitas vezes foi visto também como o segmento de comportamentos prescritivos para atingir-se um estilo de vida saudável, demonstrando que não é feita a reflexão do cuidador sobre aquela ação no seu cotidiano, demonstrando que a ideologia do modelo médico hegemônico ainda persiste nas práticas de saúde.

No entanto, vê-se necessidade de que o autocuidado do cuidador seja priorizado nos conteúdos ofertados e que seja construída uma rede de apoio formal e informal para o cuidador com engajamento ético, político e fiscalização principalmente das ações realizadas e inclusão do cuidador de idosos na dinâmica do sistema público, possibilitando, dessa maneira, que o trabalho do cuidador formal ganhe maior visibilidade diante da estrutura assistencial, pois o alto custo desta função para a saúde deste sujeito que cuida e também envelhece compromete a leitura do cuidar.

***Referências***



## REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 1, p. 83-89, mar. 2008.

ALTHUSSER, L. **Filosofia e filosofia espontânea dos cientistas**. Lisboa: Presença, 1975.

ALVES, R. **As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer**. 3. ed. São Paulo: Papirus, 2001.

AMENDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência em domicílio pelo programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo. 2007.

AOTA. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. **The American Journal Occupational Therapy**, v. 63, n. 6. p. 625-683, nov./dec. 2008.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? (debate). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, fev. 2000.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2011.

AYRES, J. R. de C. M. **Tão longe tão perto: o cuidado com desafio para o pensar e fazer nas práticas de saúde**. VII Encontro de pesquisadores em saúde mental; VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, Comunicação oral, Datilo Ribeirão Preto, 2002.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2011.



BALTES, P. B; BALTES, M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization and compensation. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). **Successful aging**: perspective from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BASSIT, A. Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. In: PY, L. et al. (Orgs.). **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau 2004. p. 137-57.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECK, C. L. C; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 223-244.

BERQUÓ, E. S. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília, 1996. p. 16-34.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method**. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.

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

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**: an introduction for theory and methods. 3. ed. Boston, Allyn & Bacon, 1998.

BORN, T. **Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI**. Considerações sobre os asilos no Brasil. 2004. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/consideracoes.htm>>. Acesso em: 7 jan. 2009.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade do idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. de (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a. p. 1131-1141.

BORN, T. A formação de cuidadores formais e informais: acompanhamento e avaliação. **Portal do envelhecimento**, Caldas, nov. de 2006b.

BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. **Seminário Velhice Fragilizada**, SESCSP, nov. 2006c. Disponível em:

<[http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias\\_new/subindex.cfm?Referencia=4554&ParamEn d=4](http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias_new/subindex.cfm?Referencia=4554&ParamEn d=4)>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BORN, T. Cuidando de quem cuida. In: BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência**: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 91-109.

BOSI, E. **Memórias e sociedade**: lembrança de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2004. 117 p.

BRASIL. **Constituição**, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 jan. 1994. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. **A classificação do cuidador**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupação. Cuidadores de Criança, Jovem e Adulto**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupação. Cuidador de Idosos**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Lei Ordinária 10.741/2003, de 01 outubro de 2003. **Estatuto do idoso e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, 2008.

BRÊTAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun. 2003.

CACHIONI, M.; NERI A. L. Velhice bem-sucedida e educação. In: **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999. p. 113-140.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, jul. 2000.

CALDAS, C. P. O idoso em seu processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA Jr., C. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

CALDAS, C. P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2004. p. 41-47.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idoso: ninhos vazios?** Brasília: IPEA, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L.; PASINATO, M. T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CARAMANO, A. A. (Org.). **Os Novos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-167.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1995. 307 p.

CAOVILLA, V. P.; CANINEU, P. R. **Você não está sozinho**. São Paulo: ABRAZ, 2002.

CASTRO, E.; LIMA, E.; BRUNELLO, M.I. Atividades Humanas e Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. R.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de. Programa de Apoio a Cuidadores: uma ação terapêutica preventiva na atenção a saúde de idosos. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

CHARON, M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. Califórnia: Prentice-Hall, 1989.

CHAVES, L. J. Perfil do cuidador domiciliário de idosos. **Portal do Envelhecimento [online]**, 2010.

COLLIÉRE, M. **Promover a vida**. Lisboa: Printipo-Damaia, 1989.

CONCEIÇÃO, L. F. S. da. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.

COPPARD, L. C. La autoatención de la salud y los ancianos. In: Organización Panamericana de la Salud. **Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington, DC: 1985.

CARLETO, D. G. de S.; SOUZA, A. C. A.; SILVA, M.; CRUZ, D. M. C.; SOUSA, V. A. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo. 2. ed. **Revista Triângulo: ensino, pesquisa e extensão**, Uberaba-MG, v. 3, n. 2, p. 57-147, jul./dez. 2010.

CSORDAS, T. Embodiment as a paradigm for anthropology. **Ethos Journal of the Society for Psychological Anthropology**, v. 18, n. 1, p. 5-47, 1990.

DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Orgs.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999a.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999b.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for Internacional Development, 1994.

DERNTL, A. As muitas autonomias e o autocuidado. **Gerontologia**, v. 6, n. 4, p. 197-199, 1998.

DUARTE, Y. A. de O. Cuidadores: quem são e qual sua importância para as pessoas idosas? **Portal do envelhecimento**, 2010.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ERIKSON, E. H. **O ciclo da vida completo**. Versão ampliada com novos capítulos sobre o novo estágio do desenvolvimento, por Joan M. Erikson. Porto Alegre: Artmed, 1998. 111 p.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, G. G. (Org.). **Antropologia e velhice: textos didáticos**. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1994. p. 49-71

FERNANDES, P. M. O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. **Revista Eletrônica Novo Enfoque- Universidade Castelo Branco**, v. 7, n. 7, set. 2008. ISSN: 1808-3501.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: NETTO, M. P. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979. 295 p.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1993a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993b. p. 79-112.

FREITAS, M. C.; MARUYAMA, S. A. T.; FERREIRA, T. de F.; MOTA, A. M. de A. Perspectivas da pesquisa em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 221-228, 2002.

GADAMER, H.-G. Mistério da saúde. In: GADAMER, H.-G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa, 1997. p. 101-111.

GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; MOIMAZ, S. A. S.; PRADO, R. L. do; SILVA, M. M. da. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.

GARCIA, H. D. **A terceira idade e a Internet: uma questão para o novo milênio**. 2001. 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Estadual Paulista, Marília. 2001.

GASPERI, P.; RADÜNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 82-87, jan./mar. 2006.

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. New York: Basic Books Inc. Publishers, Minayo, 1973.

GIACOMIN, K. C.; UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan./fev. 2005.

GREGOLIN, M. do R. **Foucault e Pêcheux na Análise do Discurso: diálogos e duelos**. 3. ed. São Carlos: Editora Claraluz, 2007. 210 p.

GRUNDY, E. The epidemiology of aging. In: TALLIS, R; FILLIT, H. (Eds.). **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003. p. 3-20.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madri: Taurus, 1988.

HABERMAS, J. **Verdade e justificação**. São Paulo: Loyola, 2004.

HEIDEGGER, M. **El ser y el tiempo**. 7. ed. México/Madrid/Buenos Aires: F. Cultura Economica, 1989.

INDURSKY, F.; CAMPOS, M. do C. **Discurso, memória, identidade**. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2000. 612 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**, 2000. Rio de Janeiro: 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Sócio-econômica: síntese de indicadores Sociais**, 2003. Comunicação Social, 13 abr. 2004.

KACHAR, V. A terceira idade e a inclusão digital. **Revista O mundo da saúde**, v. 26, n. 3, p. 376-381, 2002.

KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Ed. EDUC, 1998. 246 p.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D.E. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 257-264, 2001a.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D.E. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte II. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, p. 320-327, 2001b.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: I Seminário Internacional Sobre Envelhecimento Populacional, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: MPAS, 1996.

KRUEGER, R. A. **Focus group**: a practical guide for applied research. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

LAGAZZI, S. **O desafio de dizer não**. Campinas: Editora Pontes, 1988. 101 p.

LARAIA, R. de B. **Cultura**: um conceito antropológico. 20. ed. Editora Zahar, 2005.

LEHNINGER, M. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare, N.Y: John Wiley, 1984.

LEITE, R. de C. B. O. **O idoso dependente em domicílio**. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1995.

LEVI-STRAUSS, C. A família. In: SHAPIRO, H. L. (Org.). **Homem cultura e sociedade**. Ed. Fundo de Cultura, 1956.

LIMA, Â. M. M. de. **Saúde e envelhecimento**: o autocuidado como questão. 2003. 159 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento**: prevenção e promoção de saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOUZADA, B. A.; LOPES, M. H. I. Educação para cuidadores de idosos com demência. **Scientia Medica**, Porto Alegre-RS, v. 14, n. 1, jan./mar. 2004.

LUPTON, D. The imperative of health: public health and the regulated body. London (UK): SAGE, 1995.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D. A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações éticas. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 283-292, ago. 2003.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 11, n. 4, p. 1085-1092, 2006. ISSN 1413-8123.

MARTINEZ, S. H. L.; BRÊTAS, A. C. P. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 181-8, 2004.

MATSUU, K.; WASHIO, M.; ARAI, Y. Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciense**, v. 54, p. 553-557, 2000.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

MEDEIROS, S. M. de; MACÊDO, M. L. A. F. de; OLIVEIRA, J. S. A. de; RIBEIRO, L. M. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 92-98, mar. 2009.

MELLO, P. B.; PICCININI, A. M.; ROSA, P. V.; ROSA, L. H. T.; GARCÊS, S. B. Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre (RS), v. 13, n. 2, p. 259-274, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 437 p.



MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. Disponível em <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 10.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 10, n. 2, p. 395-404, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

MUCIDA, Â. **Escrita de uma memória que não se apaga: envelhecimento e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 149.

MUNHOZ, C. M. D.; RAVAGNI, L. A. C.; LEITE, M. L. C. B. de. Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa. In: BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 70-78.

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M. Perfil dos cuidadores informas de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1.

NASCIMENTO, M. R. do. **Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Ciências Econômica, Universidade Federal Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte. 2001.

NASCIMENTO, L. C.; MORAES, E. R. de; SILVA, J. C.; VELOSO, L. C.; VALE, A. R. M. da C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. do C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S. de; SOUZA, M. M. de. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 15-20, 2003.

NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NERI, A. L. et al. **Velhice e sociedade**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1999.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. de L. e. O bem-estar do cuidador – aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 778-789.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002a. p. 778-790.

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2002b. p. 9-63

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.

NYGREN, B. et al. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among oldest old. **Aging and Mental Health**, v. 9, n. 4, p. 354-362, July 2005.

OLIVEIRA, S. K. et al. Perfil dos Cuidadores de Idosos Atendidos pelo Projeto de Assistência Interdisciplinar a Idosos em Nível Primário - PAINP. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 184-192, maio/ago. 2006.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde**, Banco de Dados. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1999.

OREM, D. E. Self-care deficit theory of nursing. In: TOMEY A. M.; ALIGGOOD, M. R. **Nursing theoristis their work** . 4. ed. St. Louis: Top Graphics, 1998.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2007. 181 p.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100 p.

PACHECO, J. L. O cuidador: sua instância e sua experiência. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2004. p. 48-58.

PAVARINI, S. C. L. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 326-335, 2006.

PÊCHEUX, M. (1975). **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995. 317 p.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2001.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefa de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idoso no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea Editora, 2006. p. 135-163.

PNAD (1996) apud Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA). Como vai? **População Brasileira**, Brasília, v. 4, n. 1, 1999.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre (RS), v. 4, n. 7, p. 156-175, jan./jun. 2002.

RASKIN, L. S. D. Controversias en los criterios éticos de los cuidados en geriatría. **Acta Bioethica**, v. 7, n. 1, p. 121-127, 2001.

RAVAGNI, L. A. C. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência**: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 53-58.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008.

RIBEIRO, M. T. de F. et al. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1285-1292, 2008.

RIBEIRO, M. T. de F. et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 870-875, nov./dez. 2009.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

RICHARDSON, G. E. The metatheory of resilience and resiliency. **Journal of Clinical Psychology**, v. 58, n. 3, p. 307-321, mar. 2002.

ROCHA, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-790.

ROSA, T. E. C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. de (Orgs.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 203-218.

RODRIGUES, R. P.; ANDRADE, O. G.; MARQUES, S. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, jan. 2001.

RYFF, C. D. Beyond ponce de leon and life satisfaction: new directions in quest of successful ageing. **International Journal of Behavioral Development**, v. 12, n. 35, 1989a.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989b.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferência de apoio informal. In: LEBRÃO M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs.). **O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 203-224.

SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 39-50, jan./abr. 2007.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I. dos; CALDAS, C. P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 44-48, jan./fev. 2005.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 4, n. 2, p. 114-126, 2007.

SARTI, C. A. A velhice na família atual. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 14, n. 2, maio/ago. 2001.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

SILVA, I. P. **As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher-cuidadora**. 1995. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - PUC-São Paulo, São Paulo. 1995.

SILVA, J. de F.; TOMAZINI, T. B.; MAXIMINO, V. S. O método de aprendizagem da pedagogia experimental como recurso em Terapia Ocupacional no desenvolvimento humano. In: X Encontro latinoamericano de iniciação científica e VI Encontro latino americano de pós-graduação. **Anais...** Universidade do Vale do Paraíba, 2008.

SMITH, R. T. Incapacidad y proceso de recuperación: el papel de las redes sociales. In: JACO, G. E. **Pacientes, médicos y enfermedades**. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982. p. 361-375.

SOUZA, W. G. A. et al. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 56-63, 2006.

SOUZA, R. F. de; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-267, maio/jun. 2007.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento**: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAVARES, M. da C. F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRELHA, C. S. et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 20-27, dez. 2006.

TRENTINI, C. M. et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 191-197, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

VIEIRA, S. P. Envelhescência, impasses clínicos e mudanças: o papel da idealização na dupla terapêutica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, p. 157-165, 2005.

WANDERLEY, M. B. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília, Secretaria de Assistência Social – MPAS, 1998.

YUASO, D. R. **Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas. 2000.

*Apêndices*



*Apêndice A*





UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**ENTREVISTA COM CUIDADOR**

Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

1. Sexo: Feminino (  )    Masculino (  )

2. Escolaridade:

(  ) ensino fundamental (incompleto)

(  ) ensino fundamental (completo)

(  ) ensino médio (incompleto)

(  ) ensino médio (completo)

(  ) ensino superior (incompleto)

(  ) ensino superior (completo)

3. Qual foi a última série escolar que você cursou?

\_\_\_\_\_

4. Estado Civil:

(  ) solteiro

(  ) casado

(  ) separado/divorciado

(  ) viúvo

(  ) outro (\_\_\_\_\_)

5. Qual a sua renda financeira como cuidador? (Salário mínimo - R\$ 465,00)

(  ) Até 1 salário mínimo (SM)

(  ) >1 e até 3 SM

(  ) >3 e até 5 SM

(  ) > 5 SM

6. Há quanto tempo você cuida de idosos?

(  ) < 6 meses

(  ) 1 a 3 anos

(  ) 4 a 6 anos

(  ) 7 a 10 anos

(  ) > 10 anos

7. Por que você escolheu ser cuidador?

- ( ) Você considera que ser um “dom” que você tem
- ( ) Por ser a melhor opção no mercado de trabalho no momento
- ( ) Porque cuidar sempre fez parte da sua vida e te traz satisfação
- ( ) Porque é uma habilidade que você possui
- ( ) Por uma questão de necessidade

8. Existem idosos em seu domicílio? Quem? Eles necessitam de seus cuidados também? Como?

---



---



---

9. Quantos dias da semana são dedicados para cuidar do idoso? (2<sup>af</sup> à 6<sup>af</sup>)

---

10. Sábados e/ou domingos e/ou feriados são também dedicados para cuidar do idoso?

---

11. Quantas horas por dia são dedicadas ao idoso que você cuida durante a semana?

---

12. Quantas horas por dia são dedicadas a si próprio durante a semana?

---

13. Quais atividades você realiza para o seu autocuidado?

---



---

14. O que você faz que o(a) deixa feliz?

---

15. Você se considera informado em relação a como cuidar do idoso?

- ( ) Sim      ( ) Não

16. No curso que você fez para cuidadores de idosos, o que você aprendeu que ainda não sabia?

17. Quais temas relacionados ao idoso você sente maior dificuldade de lidar?

18. Qual turno de trabalho é predominante?

- ( ) Diurno
- ( ) Noturno
- ( ) Alternante

19. O idoso que você cuida é: (pode ser assinalado mais de uma alternativa)  
Independente em todas as atividades que realiza ( )

Dependente de você para realizar as atividades:

- ( ) Banho

- Controle de esfíncteres
- Vestir-se
- Alimentar
- Higiene pessoal
- Mover-se ou mudar-se de posição
- Uso do vaso sanitário
- Usar o telephone, luzes e aparelhos da casa
- Andar de ônibus, carro, etc.
- Cuidar de animais de estimação
- Gerenciar aposentadoria e o lar
- Fazer compras
- Cuidar e Manter a Saúde
- Preparar refeição
- Participação na comunidade e eventos familiares
- Lazer (passeios, visitas, etc.)

20. Qual tipo de dificuldade (quadro clínico, comportamento) é mais comum para lidar com o idoso que você cuida?

---

---

21. Qual a faixa etária dos idosos que você cuida?

- 60 a 69 anos
- 70 a 79 anos
- 80 a 89 anos
- 90 anos ou mais

22. O “cuidar” de idosos dependentes lhe traz na maioria das vezes sentimentos de:

- Tristeza
- Satisfação
- Impotência
- Alegria

Outros : \_\_\_\_\_

*Apêndice B*



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Resolução nº 196/96)

### **ESCLARECIMENTOS**

Está sendo realizada uma pesquisa intitulada “Os Sentidos do Envelhecer na Formação de cuidadores de Idosos: uma Estratégia de Promoção de Saúde”, pela Terapeuta Ocupacional Grasielle Silveira Tavares Paulin, aluna do curso de pós-graduação, nível doutorado, do Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

Esta pesquisa tem o objetivo principal de verificar a percepção de cuidadores formais de idosos, na faixa etária de 25 a 45 anos, sobre o seu processo de envelhecimento (autocuidado) e o cuidar na relação com o outro. Cabe ressaltar que estes cuidadores terão participado do Projeto Piloto do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social. Serão realizados grupos focais com os cuidadores formais e a análise dos dados será feita através da metodologia qualitativa de análise de conteúdo.

O nome dos cuidadores que participarem deste estudo, jamais será divulgado, sendo mantido em total sigilo, apenas sendo conhecido pela pesquisadora e pelo docente responsável pela pesquisa. Os participantes da pesquisa não receberão qualquer benefício direto por sua participação. No entanto a presente pesquisa poderá auxiliar questões futuras na formação de políticas e estratégias de capacitação para cuidadores formais de idosos. As pessoas que se recusarem a participar da pesquisa não sofrerão qualquer tipo de prejuízo quanto a sua participação em outros cursos do Programa de Qualificação de Idosos. O mesmo acontecerá para aqueles que desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento. Os cuidadores terão direito a não responder a qualquer questão, sem sofrer prejuízos por esta decisão. Será solicitado às pessoas que participarem da pesquisa que assinem um certificado de consentimento, para documentar sua decisão.

### Certificado de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter recebido todas as informações acima, especialmente ao que diz respeito aos objetivos da pesquisa e o procedimento do qual serei submetido e que pude fazer perguntas e esclarecer todas as minhas dúvidas acerca do assunto. Declaro ter conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e aceito participar da referida pesquisa, conforme esclarecimentos e condições acima descritas.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador (\* Grasielle S. T. Paulin): \_\_\_\_\_

\*Para assuntos relacionados a este estudo entrar em contato com Grasielle Silveira Tavares Paulin ou Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, fone: 3602-3949, Depto. de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da USP.

\*Dados do Pesquisador:

Nome: Grasielle Silveira Tavares Paulin

e-mail: [grasielle@usp.br](mailto:grasielle@usp.br)

Telefone: 61- 34358032

Endereço: R: Arnaldo Vitaliano, 150, Ap. 91/ Bairro: Iguatemi

Ribeirão Preto - CEP: 14910-220.

*Apêndice C*





Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
 o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem  
 Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
 FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 197/2008

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2008

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 18 de agosto de 2008.

**Protocolo:** nº 0945/2008

**Projeto:** O SENTIDO DO ENVELHECER NA PREPARAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.

**Pesquisadores:** Pedro Fredemir Palha  
 Grasielle Silveira Tavares Paulin

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.  
**Prof Dr Pedro Fredemir Palha**  
 Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A pesquisa de doutorado intitulada "O Sentido do Envelhecer na Preparação de Cuidadores de Idosos: Uma Estratégia de Promoção de Saúde" vêm sendo desenvolvida pela pesquisadora Gracielle Silveira Tavares Paulin sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Frederic Palha, na Universidade de São Paulo- USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

O objetivo do presente trabalho é analisar, a percepção de cuidadores formais de idosos sobre o seu próprio envelhecimento e a relação de "cuidado" no trabalho com o outro. Os cuidadores a serem selecionados terão participado do Projeto Piloto do Programa Nacional de Preparação de Cuidadores de Idosos do Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde, realizado pelas Escolas Técnicas do SUS e se enquadrarão na faixa-etária entre 25 e 45 anos. A pesquisa será desenvolvida em duas etapas:

- Primeira etapa: realização de um mapeamento sobre a execução do curso nos estados por meio do preenchimento do roteiro encaminhado e respondido pelos coordenadores/organizadores/multiplicadores do curso de cuidadores de idosos.
- Segunda etapa: serão realizados grupos focais com os cuidadores que já finalizaram o curso e estão atuando com idosos. Este grupo será coordenado pela pesquisadora e abordará as variáveis da pesquisa (dados qualitativos sobre o processo de envelhecimento). Neste segundo momento a pesquisadora entrará em contato novamente com as escolas técnicas e entregará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante, após ter recebido a autorização do Diretor e/ou responsável pela coordenação do curso de cuidadores para a execução da pesquisa.

Gostaria de solicitar por meio deste documento a Autorização da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio para a realização da pesquisa com os cuidadores formais de idosos e a contribuição no recrutamento destes cuidadores para a realização de Grupos Focais que serão realizados pela pesquisadora.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos através do contato: [graciellel@yahoo.com.br](mailto:graciellel@yahoo.com.br) e 61- 91751138/ 61-34358032. Os dados e informações oferecidas ficarão em sigilo e serão de extrema importância para a criação de estratégias e propostas de formação para cuidadores de idosos. Os dados obtidos no final da pesquisa serão disponibilizados para a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde e certamente poderão contribuir para o Programa de Formação de Cuidadores de Idosos (MS/MDS).

De Acordo,

Nome do responsável: André Malhão  
 RG: 05389771-87 Telefone: 21 3865-9700  
 Endereço Profissional: Av. Brasil 4365 - Manguinhos

Assinatura: \_\_\_\_\_

*André Malhão*  
 Diretor  
 EPSJV / FIOCRUZ  
 Matrícula: 4637048

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A pesquisa de doutorado intitulada “O Sentido do Envelhecer na Preparação de Cuidadores de Idosos: Uma Estratégia de Promoção de Saúde” vêm sendo desenvolvida pela pesquisadora Grasielle Silveira Tavares Paulin sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- USP.

O objetivo do presente trabalho é analisar, a percepção de cuidadores formais de idosos sobre o seu próprio envelhecimento e a relação de “cuidado” no trabalho com o outro. Os cuidadores a serem selecionados terão participado do Projeto Piloto do Programa Nacional de Preparação de Cuidadores de Idosos do Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde, realizado pelas Escolas Técnicas do SUS e se enquadrarão na faixa-etária entre 25 e 45 anos.

A pesquisa será desenvolvida em duas etapas:

- Primeira etapa: realização de um mapeamento sobre a execução do curso nos estados por meio do preenchimento do roteiro encaminhado e respondido pelos coordenadores/organizadores/multiplicadores do curso de cuidadores de idosos.
- Segunda etapa: serão realizados grupos focais, de no máximo 120 minutos, com os cuidadores que já finalizaram o curso e estão atuando com idosos. Este grupo será coordenado pela pesquisadora e abordará questões norteadoras sobre o processo de envelhecimento. Neste segundo momento a pesquisadora entrará em contato novamente com as escolas técnicas e entregará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante, após ter recebido a autorização do Diretor e/ou responsável pela coordenação do curso de cuidadores para a execução da pesquisa.

Gostaria de solicitar por meio deste documento a Autorização da Escola Técnica do SUS Prof.ª Ena de Araújo Galvão, para a realização da pesquisa com os cuidadores formais de idosos e a contribuição no recrutamento destes cuidadores, de acordo com os critérios de inclusão, para a realização de Grupos Focais. Informo que os critérios de inclusão, nos grupos, será discutido posteriormente com o responsável pelo recrutamento da Escola Técnica.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos através do contato: [grasiellet@yahoo.com.br](mailto:grasiellet@yahoo.com.br) e 61- 91751138/ 61-34358032. Os dados e informações

oferecidas ficaram em sigilo e serão de extrema importância para a criação de estratégias e propostas de formação para cuidadores de idosos. Os dados obtidos no relatório final da pesquisa serão disponibilizados tanto para a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde quanto para as Escolas Técnicas, e espera-se que os mesmos possam vir contribuir para o Programa de Formação de Cuidadores de Idosos (MS/MDS).

**De Acordo**

**Autorizo a realização da pesquisa**

Nome do responsável: SILVIA HELENA M. DE MORAES  
RG: 559829 SSP/MS  
CPF: 559.004.101/53  
Telefone: (67) 3345.3054/8058  
Endereço Profissional: AV. SENADOR FILIBERTO MULLER, 1180  
Assinatura: Silvia Helena M. Moraes