

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**UNICAMP**

Faculdade de Educação

**DEPENDÊNCIA COMPORTAMENTAL NA VELHICE:  
UMA ANÁLISE DO CUIDADO PRESTADO  
AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

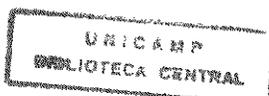
**SOFIA CRISTINA IOST PAVARINI**

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida por Sofia Cristina Iost Pavarini e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 24 de fevereiro de 1997

Assinatura: [Assinatura]

1996



UNIDADE	BC		
N.º CHAMADA	P288d		
V.	Es.		
TCMOO BC/	30123		
PROC.	281197		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00		
DATA	13-05-97		
N.º CPD			

CM-00099116-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP**

P288d

Pavarini, Sofia Cristina Iost

Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado / Sofia Cristina Iost Pavarini. -- Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientador : Anita Liberalesso Neri.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Velhice. 2. Idosos. 3. Dependência (Psicologia). I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

**Tese apresentada como exigência parcial para  
obtenção do Título de DOUTOR em EDUCAÇÃO  
na Área de Concentração: Psicologia Educacional  
à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação  
da Universidade Estadual de Campinas, sob  
orientação Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anita Liberalesso Neri.**

**Comissão Julgadora:**

~~Ulysses de~~  
Rom 11.7. Paulo  
Odinete B. N. de Lenc  
para José D'Alboux de  
Aguirre

*“A velhice bem sucedida não é uma questão de responsabilidade individual, mas sim uma responsabilidade a ser compartilhada entre indivíduo e sociedade. A sociedade deve proporcionar as condições básicas para todo um curso de vida satisfatório, para que a velhice saudável seja possível para todos os indivíduos”*

(Paul B. Baltes)

**Ao Paulinho,  
Mariana e Gabriela  
por estarem sempre comigo  
em todos os meus sonhos.**

**Agradecimento especial:**

**À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anita Liberalesso Neri,  
orientadora deste trabalho, pela dedicação,  
incentivo, apoio e confiança em todos os  
momentos.**

## AGRADECIMENTOS

A trajetória para a realização deste trabalho foi longa, sofrida, gratificante e apaixonante. Mas não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas. A todas dirijo o meu reconhecimento e, de modo especial, agradeço:

Aos meus pais Lalá e Gordo que apesar das dificuldades “estudar os filhos” sempre foi uma prioridade.

À Isa, Lu e Silmara que sem vocês não teria tranquilidade para viajar tanto.

À Universidade Estadual de Campinas pela oportunidade de realizar o curso de doutorado.

Aos professores e funcionários do Curso de Pós-Graduação em Educação pela competência.

À Universidade Federal de São Carlos, ao Departamento de Enfermagem e especialmente às Prof<sup>as</sup> Carmen, Edinete e Yara pela oportunidade e incentivos constantes.

Às Prof<sup>as</sup> Acácia, Maria José e Mirian que com sugestões relevantes e oportunas contribuíram para o aperfeiçoamento e a valorização desse trabalho, no exame de qualificação.

Aos idosos, que por algum motivo moram no asilo estudado, pelas lições de esperança de que é possível envelhecer com qualidade.

Aos funcionários do asilo, especialmente a Malu, pela sua demonstração constante de carinho e dedicação.

Aos alunos Clayton, Gilberto, Mariliz e Sirlene por terem me acompanhado nos primeiros passos deste trabalho.

À Lígia e Juninho pela competência na direção do filme.

A todos que contribuíram imensamente para a produção do vídeo: Grupo Pegando N'Arte de Matão, em especial a Meire, Paulinha, Wilson, Didi e Armando; ao Grupo da Terceira Idade de Matão em especial a Alice, Clarice, Diva, Minervino e Rosa; à Shirley, Sr Panegossi e idosos do Lar São Vicente de Paulo e a Digimagem Vídeo Produção em nome de Pedro Paulo, Célio e Eloísa.

Às grandes amigas Leonor, Lucila e Meire que estiveram presentes em todos os momentos.

A todas as colegas do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia do Envelhecimento pelo companheirismo e contribuições.

À Ivani pela cuidadosa versão do inglês.

Ao Walter pela eficiente digitação.

À Dulce pela cuidadosa revisão do texto e à Angélica pela revisão das referências bibliográficas.

À CAPES pelo apoio financeiro.

A todos o meu muito obrigado!

## RESUMO

O número de idosos tem aumentado progressivamente sem que a sociedade esteja preparada para lidar com esse novo cenário. A necessidade que desponta é a formação de recursos humanos qualificados para trabalharem com idosos que vivem na comunidade ou instituições. No que se refere às instituições, o cuidado em geral é realizado por atendentes ou auxiliares de enfermagem pouco qualificados e com pouca ou nenhuma formação em gerontologia. O objetivo deste trabalho é analisar o cuidado prestado ao idoso institucionalizado através de observações da interação entre idoso e funcionário e entrevistas com funcionários. Primeiramente procuramos caracterizar os sujeitos desta pesquisa, ligados à instituição escolhida para a análise, através de fichas de identificação de idosos e funcionários. O quadro fixo de funcionários da instituição é composto em sua totalidade por mulheres, com idade entre 30 e 63 anos, a maioria com baixo grau de instrução, pouco tempo de trabalho na instituição. O cuidado direto ao idoso é realizado por atendentes de enfermagem que fazem rodízio. A instituição conta com 27 idosos, 14 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idade entre 55 e 92 anos, a maioria alfabetizada, porém sem completar o 1º grau, solteiros ou viúvos, católicos e independentes para as atividades de vida diária. As observações da interação funcionário-idoso foram realizadas durante um mês, no período das 7 às 12 horas, em três situações específicas (banho, alimentação e medicação), definidas após um estudo-piloto. Foi realizado o registro cursivo dessa interação em um impresso próprio denominado "protocolo de observação". Em 20% das observações houve um segundo observador, treinado previamente para que pudessemos testar a fidedignidade dos dados. Foram 360 sessões de observação, sendo 240 em situação de medicação, 18 de alimentação e 102 de banho, categorizadas de acordo com o padrão de interação apresentado pelo funcionário e pelo

idoso, segundo a atividade realizada. Quatro tipos de padrão de interação foram identificados: manutenção de autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência. Foi possível verificar que o cuidado prestado ao idoso institucionalizado caracterizava-se principalmente pela manutenção de comportamentos dependentes nas três situações. O estudo observacional gerou a hipótese de que os desempenhos dos funcionários seriam mediados por suas concepções sobre dependência, competência e cuidado. Com o intuito de explorar essa questão foi planejado um estudo de levantamento que consistiu em entrevistar os funcionários. Para tanto, foi elaborado um filme e um roteiro de entrevistas. O filme, de seis minutos de duração, focalizava o cuidado prestado a idosos dependentes parciais, em situação de alimentação, em que o cuidador estimula a dependência, baseado em situações observadas anteriormente. O filme foi dirigido por dois professores de um grupo de teatro de uma cidade do interior de São Paulo. Participaram como atores idosos de um Grupo da Terceira Idade, integrantes do grupo teatral e como coadjuvantes idosos de um asilo, que serviu como cenário. A realização do filme consistiu de 10 sessões de ensaio, seis horas de gravações e 20 horas para edição final, todas efetuadas por empresa especializada. As entrevistas foram realizadas individualmente, seguindo-se um roteiro previamente estabelecido que serviu de orientação para a entrevistadora. O roteiro foi elaborado tomando-se por base as observações efetuadas e a entrevista foi desenvolvida procurando-se obter, através do discurso dos entrevistados, suas concepções sobre dependência, competência e cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O discurso dos funcionários entrevistados neste trabalho indica que eles acreditam que a dependência ocorre majoritariamente por doença e não é uma característica exclusiva dos idosos, embora muitos tenham ressaltado que ocorre mais nesta faixa etária. Não há consenso de que a dependência de um determinado comportamento possa ser generalizada para outras

situações. A concepção dos funcionários quanto ao sentimento de um idoso dependente é bastante diversificada. Para uns ser dependente significa ser triste, isolado e depressivo enquanto que para outros é uma forma de relação, apego ou recompensa. Com relação à competência do idoso, a maioria dos entrevistados acredita que é possível fazer com que um idoso mude. Acreditam que a dependência do idoso está associada ao fato de que ele busca atenção do funcionário mais do que propriamente à sua incapacidade para realizar determinadas atividades. Com respeito aos cuidadores, para os entrevistados o cuidado ao idoso pode ser realizado tanto por homens como por mulheres, porém para situações que envolvem privacidade, a maioria acha que o cuidado deve ser realizado por mulheres. Quanto às dificuldades no cuidado os mais relatados são falta de força física do cuidador, dificuldade de locomoção e precariedade de compreensão do idoso. O último aspecto analisado refere-se às qualidades do cuidador que, para o pessoal técnico, são principalmente paciência e formação especializada e para os funcionários de apoio, paciência e “amor”. Os dados obtidos fortalecem a noção de que o tipo de cuidado prestado ao idoso institucionalizado e os padrões de interação sociais que se estabelecem entre ele e os funcionários são mediados por suas concepções e influenciados por estereótipos. Além disso, os padrões de interação na situação de cuidado são influenciados por eventos situacionais associados ao contexto físico, social e profissional em que se dá o cuidado, pelas características de personalidade, pela competência comportamental e pela funcionalidade física do idoso que é alvo do cuidado e, evidentemente por variáveis do comportamento e da personalidade do cuidador. A formação de recursos humanos em gerontologia só será possível e efetiva se considerarmos todos esses elementos no contexto do cuidado. Conhecer essa realidade é uma condição básica para o trabalho profissional em instituições para idosos.

## ABSTRACT

The number of elderly people has been continuously increasing in the past years without the corresponding increase in the support from society. One of the areas with a more marked response is in the training of staff to deal with the elderly, either in the community or in specialized elderly homes. Concerning elderly homes, the present situation is that, the care is exercised by unappropriately trained staff, usually with no training in gerontology. This work is concerned with the investigation of the care delivered in a particular elderly home by monitoring the interaction elderly-staff and through staff interviews. Firstly we tried to characterize the subjects of this work by clearly identifying the elderly and the staff through an identification file. The permanent staff of this elderly home is made up of females in its totality, aged 30-60 years; the majority with a very low level of learning and a very short time as a staff at that working post. The care is delivered by shift-working staff. The elderly home houses 27 elderly people, 14 females and 13 males aged 55-92 years; the majority of them can read and write even though they had not completed primary school. They were also single or widowed, catholic, and had no difficulties with day-to-day activities. The monitoring of the interactions elderly-staff lasted for one month, from 7 to 12 a.m., during three activities (shower, meals, medication), defined after a preliminary study. A cursive registration of this interaction was executed in an appropriated form named observation protocol. Data reliability was tested through a second observer notes in 20% of the observations. There were 360 observation events; 240 during medication, 18 during meals and 102 during showers, all of them classified according to the interaction type displayed by the staff and the elderly. Four types of model behaviour were observed: keeping up with self care, stimulus to self care, stimulus to dependency and maintaining dependency. Nevertheless, the trend attitude of the

staff was reinforcing dependency in each of the 3 observed activities. The observational study created a hypothesis that the behavior of the staff would be mediated by their conceptions about dependency, competence and care. With the aim of exploring this question it was planned a study that consisted in interviewing the staff. So that, it was elaborated a film and a guide for the interviews. The video of six minutes of duration focused the care delivered to elderly people partially dependent where the staff in charge stressed the dependency behaviour. The video was directed by two lecturers from a theatre group. The actors were taken from the theatre group of an old age activity group and assistant actors taken from an elderly home which also served for the setting for the video. The making of the film took 10 rehearsal sessions, 6 hours of filming and 20 hours of editing all done by a professional enterprise. The interviews were individually made following a plan previously agreeded wich served as a guide for the interviewer. This planing was strongly based on the results of the observation events of the first phase of this work, and the interviews were conducted with the purpose of obtaining the views of interviewees about dependency, competence and the care delivered to the inmates of an elderly home. All the interviews were taped and transcribed later on. The attitude of the interviewed staff indicates that they believed dependency is illness related rather being age related, though some believed it is more often in that age group. Furthermore, it was not clear from the staff opinion, whether dependency in one activity can be generalized to others. The staff perception related to the feelings of a dependent inmate is very diversified. For some, being dependent means feeling sad, isolated and depressive, whereas for others it is a kind of relationship, attachment and reward. Regarding competence, the majority of the interviewers believe it is possible to work changes in the inmates behaviour. They also believe that dependency has more to do with attracting staff attention than with their inability of performing one activity. In the staff opinion the sex of the staff is immaterial, however for the situation where

privacy is required the female staff is more appropriate. Regarding the difficulties, the staff felt that the most important ones are the lack of physical strength of the carer and walking and understanding disabilities of the elderly. The last aspect considered in the interview concerned the positive qualities the carer must have. It was common sense that patience and specialized training for the technical staff and patience and love for the support staff are amongst those qualities. The obtained data strengthen the assumption that the kind of care given to these elders and the patterns of social interaction between them and the staff members are mediated by their conceptions and influenced by stereotypes. Moreover, the interaction patterns in care situation are influenced by situational events associated to the physical, social and professional context in which the care takes place, by characteristics of personality, by behavioural competence and by physical functionality of elderly, that is the object of care and, evidently by variables of the behaviour and personality of the carer. The training of specialized staff in gerontology will only be effective if we considerate all these elements in the context of the care. Knowledge of such reality is a cornerstone for the work of a professional in an institution for the elderly.

## RESUME

Le nombre de personnes âgées augmente progressivement sans que la société soit préparée à traiter cette nouvelle situation. Il est nécessaire de former des ressources humaines qualifiées pour travailler avec les personnes âgées qui vivent dans la communauté ou dans des institutions. En ce qui concerne les institutions, les soins sont pris en général, par des auxiliares infirmiers qui sont peu qualifiés et qui n'ont pas de formation en gérontologie. Le but de ce travail est d'analyser les soins prêtés aux personnes âgées institutionnalisées, à travers des observations de l'interaction entre la personne âgée, le fonctionnaire et créer des entretiens avec des fonctionnaires. On a d'abord cherché, à caractériser les sujets de cette recherche liés à l'institution choisie pour l'analyse, grâce aux cartes d'identité des personnes âgées et des fonctionnaires. Le cadre fixe des fonctionnaires de l'institution est composé, dans sa totalité, par des femmes âgées entre 30 et 63 ans, la plupart d'entre elles possèdent un bas niveau d'instruction et peu de temps de travail à l'institution. Ceux qui s'occupent directement des personnes âgées sont les auxiliares infirmiers qui se remplacent alternativement au travail. À l'institution il y a 27 personnes âgées, 14 du sexe féminin et 13 du sexe masculin, de l'âge de 52 à 92 ans; la plupart de ces personnes âgées savent lire et écrire sans avoir pourtant terminé le premier cycle; ils sont célibataires ou veufs, catholiques et indépendants pour les activités de la vie quotidienne. Les observations de l'interaction fonctionnaire-personne âgée ont été réalisées pendant un mois, dans la période de 7h à 12h, en trois situations spécifiques (le bain, l'alimentation et le soin). 360 séances ont été réalisées, 240 en situation de soin, 18 en situation d'alimentation et 102 en situation de bain, classifiées selon le modèle d'interaction présenté par le fonctionnaire et par la personne âgée, selon l'activité réalisée. Quatre types de

modèles d'interaction ont été identifiés: le maintien de l'autonomie, la stimulation de l'autonomie, la stimulation de la dépendance et le maintien de la dépendance. Il a été possible de vérifier que les soins prêtés aux personnes âgées institutionnalisées se caractérisaient surtout par le maintien des conduites dépendantes dans les trois situations. Beaucoup de doutes ont surgi en rapport aux attitudes des valeurs et des conceptions des employés, ce qui a nécessité de réaliser des interviews avec des employés de l'institution. Pour la motivation de ces interviews, on a élaboré une vidéo en VHS d'environ 6 minutes, mettant en évidence l'attention prise aux personnes âgées dépendantes partielles en situation d'alimentation, lors de laquelle la personne qui fait attention, estime la dépendance basée sur ces situations observées auparavant. Le film a été dirigé par deux professeurs d'un groupe de théâtre d'une ville de l'intérieur de São Paulo. Ils ont participé comme acteurs âgés d'un groupe de troisième âge, étant intégrés au groupe théâtral et comme des compagnons âgés d'un asile, qui a servi comme scénario. La réalisation du film s'est faite en 10 sessions d'essai, 6 heures d'enregistrement et 20 heures pour l'édition finale, toutes effectuées par l'entreprise spécialisée. Les interviews ont été réalisés individuellement en suivant un script préalablement établi qui a servi d'orientation par l'intervieweur. Le script a été élaboré en tenant compte de la base des observations effectuées; et l'interview a été développé en cherchant à obtenir, au travers du discours des interviewés, ses conceptions sur la dépendance, la compétence et l'attention donnée à la personne âgée institutionnalisée. Tous les interviews ont été enregistrés et après transcrits. Le discours des employés interviewés dans ce travail indique que la dépendance arrive majoritairement lors de maladies et n'est pas une caractéristique exclusive des personnes âgées, encore que plusieurs ont accentué que cela arrive le plus souvent dans cette trame d'âge. D'ailleurs il n'y a pas un sens commun que la dépendance d'un comportement déterminé puisse être généralisée par d'autres situations. La conception des employés

par rapport au sentiment d'une personne âgée dépendante est assez diversifiée. Pour les uns, être dépendant signifie être triste, isolé et dépressif tandis que par les autres, c'est une sorte de relation de proximité ou de récompense. Par rapport à la compétence de la personne âgée, la majorité des interviewés croit que la dépendance de la personne âgée est associée au fait qu'il recherche l'attention de l'employé plus spécifiquement, qu'à son incapacité à réaliser des activités déterminées. Pour ceux qui font attention au rapport des interviewés, l'attention apportée aux personnes âgées, est peut-être similaire pour les hommes que pour les femmes, mais en ce qui concerne les situations de la vie privée, la majorité considère que l'attention doit être apportée par des femmes. Quant aux difficultés lors de l'attention, les plus relatées sont le manque de force physique de celui qui fait attention, les difficultés de locomotion et la précarité de compréhension des personnes âgées. Le dernier aspect analysé se réfère aux qualités de celui qui fait attention, pour le personnel technique, il est principalement patient et a une formation spécialisée, et pour les employés auxiliaires d'appuyer, il a de la patience et de l'amour. Donc on conclut que l'attention apportée par des personnes âgées institutionnalisées est influencée par les conceptions et stéréotypes qui gèrent chaque fois plus les comportements de dépendance. La formation des ressources humaines en gérontologie sera seulement possible et effective, si on considère, le contexte réel, à savoir de qui l'attention arrive, connaître cette réalité c'est une condition de base pour un travail professionnel pour des personnes âgées.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1. A Assistência ao Idoso e o Contexto Demográfico</b> .....	9
<b>2. As Necessidades de Atendimento ao Idoso e Os Asilos</b> .....	16
<b>3. O Cuidado Prestado ao Idoso Institucionalizado</b> .....	35
<b>4. A Dependência na Gerontologia</b> .....	50
<b>5. Objetivos</b> .....	63
<b>MÉTODO</b> .....	64
<b>1. Sujeitos</b> .....	65
<b>2. Caracterização do Ambiente</b> .....	65
<b>3. Procedimento</b> .....	67
<b>3.1 Procedimento para a coleta e análise dos dados</b> .....	69
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO PRELIMINAR</b> .....	84
<b>1. Quanto à Caracterização dos Sujeitos</b> .....	85
<b>2. Quanto as Observações</b> .....	92
<b>2.1 Situação de Medicação</b> .....	94
<b>2.2 Situação de Alimentação</b> .....	102
<b>2.3 Situação de Banho</b> .....	113
<b>3. Quanto às entrevistas</b> .....	133
<b>3.1 A concepção dos funcionários quanto à dependência na gerontologia</b> .....	134
<b>3.2 A concepção dos funcionários quanto a competência do idoso</b> .....	150

<b>3.3 A concepção dos funcionários quanto ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado .....</b>	<b>166</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>191</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>198</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO I      DIAGRAMA DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>216</b>
<b>ANEXO II      OBSERVAÇÃO DA ATIVIDADE DIÁRIA DO IDOSO .....</b>	<b>217</b>
<b>ANEXO III     OBSERVAÇÃO DA ATIVIDADE DIÁRIA DO FUNCIONÁRIO .....</b>	<b>218</b>
<b>ANEXO IV     FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO .....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO V      FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO .....</b>	<b>220</b>
<b>ANEXO VI     PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXO VII    ROTEIRO DO FILME .....</b>	<b>223</b>
<b>ANEXO VIII   ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FUNCIONÁRIOS .....</b>	<b>229</b>

# INTRODUÇÃO

As políticas de saúde refletem a estrutura social, cultural, econômica e política em que estão inseridas. Atualmente, no Brasil, em virtude do aumento do número de pessoas idosas na população e de uma crescente consciência sobre os seus direitos, estamos assistindo à implementação de programas de saúde para os cidadãos dessa faixa etária. Embora sejam ainda pouco numerosos e atendam parcialmente às necessidades da maioria da população idosa, prefeituras, estados e grupos comunitários têm procurado proporcionar serviços de assistência básica de saúde a idosos. Amplia-se assim um importante campo de atuação para os enfermeiros. Segundo Burnside (1979), desde a década de 70 foram estabelecidos pela Associação Americana de Enfermeiras (A.A.E.) os padrões de prática de enfermagem geriátrica. No Brasil, entretanto, ainda não dispomos de um registro de padrão de assistência geriátrica, embora muito já se tem avançado nesta área, principalmente no que se refere à inclusão de disciplinas relacionadas a geriatria e gerontologia nos currículos de enfermagem.

A implantação de programas de saúde para idosos é o ângulo mais favorável da questão das políticas de atenção à saúde da população idosa. Um outro, menos favorável, é que efetivamente não existem políticas globais e voltadas ao atendimento das necessidades de toda a população, como seria

desejável, o que resulta numa alta probabilidade de a maioria dos idosos sobreviverem em condições precárias. Seu problema é agravado pelo fato de os mais jovens também sofrerem os prejuízos de políticas de saúde, educação e seguridade insatisfatórias, do desemprego e da pobreza.

Nesse contexto de crônica insuficiência de recursos na sociedade e na família, os idosos sofrem alto risco de abandono, segregação e maus tratos.

A questão do amparo e da proteção a idosos, que por motivos econômicos ou afetivos não têm onde ou com quem morar, torna-se cada vez mais grave no país, em parte porque há poucas instituições, em parte porque a qualidade da assistência prestada por elas é muitas vezes discutível, em virtude principalmente da falta de recursos materiais e humanos. Tradicionalmente esse papel tem sido assumido pelos asilos, geralmente de orientação filantrópica e religiosa, quando o idoso assistido é pobre, e por instituições criadas por grupos sociais bem sucedidos economicamente ou por profissionais e empresários de hospedagem, no caso de pessoas economicamente favorecidas. Em qualquer dessas circunstâncias a decisão de institucionalizar idosos é difícil e controvertida para os próprios idosos, para as famílias, para os profissionais envolvidos e ainda para instituições sociais de caráter assistencialista.

Há uma série de questões morais e éticas em jogo, dentre as quais se sobressai a crença generalizada de que o amparo e o cuidado aos idosos é obrigação da família. A própria Constituição reflete essa forte e universal crença cultural, ao dispor em seu artigo 229 que "... os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade", e em seu artigo 230 que "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas ..."

Entretanto, hoje, com o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a diminuição nas taxas de natalidade e fecundidade, a crescente urbanização e as mudanças nos padrões de nupcialidade e nos valores sociais e familiares, o cuidado e o amparo aos idosos pela família torna-se cada vez menos possível e provável (Ramos et al, 1991 e Yazaki, Melo e Ramos, 1991).

Conforme conclui Jordão Neto (1987) em seu trabalho "Asilo de velhos: uma instituição nada exemplar", as instituições sociais para idosos não são nada exemplares quando se pensa em cidadania e preservação dos direitos humanos. O autor afirma que o ideal seria a desativação paulatina das instituições existentes. Mas, conforme ele mesmo ressalta, a existência de instituições para idosos é fenômeno

universal e sua extinção a curto e médio prazos “ainda é impensável” (p.75).

Portanto, não nos parece o momento de fecharmos os olhos para a questão da institucionalização, como se não existisse, ou não devesse existir. É necessário, sim, analisar os vários ângulos da questão para propor e implementar alternativas mais favoráveis ao bem-estar do idoso. Um dos ângulos diz respeito à qualidade da assistência prestada por essas instituições.

Sem dúvida, estratégias capazes de promover um envelhecimento com qualidade nestas instituições são pertinentes, necessárias e urgentes, uma vez que instituições continuarão sendo importantes ambientes de moradia no futuro próximo, dado o aumento do número de idosos e as alterações nos arranjos familiares.

No Brasil, de um modo geral, os atendentes de enfermagem constituem a grande parcela da equipe de enfermagem responsável pelo cuidado direto ao indivíduo. Esses atendentes são, em geral, pouco qualificados, mal remunerados e têm baixa auto-estima (Capella e Gelbecke, 1988; Capella et al, 1988; Lorenzetti, 1987) . Além disso, o relatório do Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem de 82/83 indica que um grande número de atendentes e outras categorias não regulamentadas

estão inseridas em serviços para-hospitalares. A qualidade da assistência é, então, freqüentemente precária. A sobrecarga de trabalho é geralmente presente, o que tende a gerar acentuado absenteísmo e rodízio de funcionários, com prejuízo para os idosos.

O papel da enfermagem em instituições asilares é de crucial importância, uma vez que a assistência ao idoso é feita majoritariamente por atendentes ou auxiliares, geralmente com formação insuficiente. Dificilmente há supervisão e acompanhamento de enfermeiros, nem tampouco esses profissionais dispõem de oportunidades de obter informações ou atualizações em gerontologia.

Com relação aos recursos humanos em gerontologia, alguns relatos têm demonstrado a importância da interdisciplinaridade nos trabalhos com idosos. Rabello, Lima e Gonçalves (1990) relatam a experiência de trabalho em equipe interdisciplinar na área de gerontologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. As autoras enfatizam que, embora o trabalho ainda seja recente, já se percebe benefícios tanto à clientela idosa quanto ao desempenho das enfermeiras na equipe interdisciplinar.

Ainda com referência ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Rabello e Lima (1990), resumem as experiências de dois anos no trabalho com

grupo interdisciplinar de gerontologia em: indícios de melhoria do estado do bem-estar da clientela atendida, através de depoimentos, sinais de conscientização e mudança de comportamento do grupo quanto ao trato mais humanizado do idoso; manifestação dos familiares como suporte social do seu membro idoso e disposição do grupo na busca de conhecimentos.

As literaturas psicológica e gerontológica reconhecem que o ambiente institucional, mesmo quando existam boas condições materiais e os serviços prestados são de boa qualidade, geralmente é estimulador do conformismo, da dependência comportamental e do desamparo aprendido (Seligman, 1975; Baltes et al, 1987; Baltes e Wahl, 1987, Baltes e Wahl, 1992, e Baltes e Silverberg, 1994).

Observações assistemáticas realizadas em hospitais e asilos permitem sugerir que essa realidade é extensiva ao contexto brasileiro. Efetivamente predomina no contato com idosos a prática de fazer por eles, mesmo quando podem responder por si, possivelmente mediada pela crença de que isso é o melhor, o esperado e o desejável a ser feito por um ser que perdeu completamente a autonomia, em virtude da idade, das doenças, da degeneração cognitiva, da desmotivação e, com frequência, da pobreza. Tal tipo de concepção, ainda que nem sempre corresponda à realidade de casos particulares,

possivelmente excede os limites das instituições hospitalares e asilares, pois é subjacente a um modelo de declínio generalizado associado ao envelhecimento, que é predominante na sociedade.

Esse tipo de concepção, ao contrário, não seria predominante nos ambientes que prestam cuidados a crianças, como demonstram pesquisas comparativas realizadas por Baltes e Reinszenzein (1986), em que verificaram que os atendentes são mais construtivos, engajados, instigadores e aceitadores da autonomia nas crianças do que nos idosos. Provavelmente porque os atendentes de crianças têm uma formação mais voltada para a educação, enquanto que o pessoal que trabalha em asilos são mais assistencialistas. Ao que tudo indica a expectativa de desenvolvimento, e não declínio, associada à infância, é um importante mediador desses padrões comportamentais, evidentemente pautados em padrões culturais específicos.

Entretanto, as práticas de assistência geradoras de dependência nos idosos não teriam origem apenas em questões conceituais. Há que se levar em conta ainda as exigências da instituição quanto ao número, ao tipo e ao ritmo das tarefas impostas aos funcionários, que possivelmente, muitas vezes não têm outra alternativa senão interagir rapidamente com os idosos, manejando-os fisicamente sem lhes dar tempo para

opções, decisões, pedidos, recomendações, iniciativas verbais ou auto-ajuda, como seria desejável num quadro de interação em que o adulto autônomo dá e oferece ajuda se e quando o outro não pode fazer por si. Ou seja, a instituição espera que o funcionário cuide e que o idoso seja cuidado por ele. Esse padrão de interação ocorre evidentemente baseado no conceito que esses funcionários têm sobre a competência do idoso: cuidar significa fazer para e não dar assistência ao cuidado. Essa prática parece bastante incorporada principalmente no pessoal de nível menos qualificado - os atendentes e os auxiliares de enfermagem.

Considerando essas questões, parece relevante analisar sistematicamente o cuidado prestado ao idoso institucionalizado através de observações da interação funcionário-idoso e de entrevistas com os funcionários. Estudos com esse objetivo podem, por exemplo, oferecer novos argumentos e novas condições de treinamento de habilidades para o pessoal que trabalha em asilos, inclusive o de enfermagem.

## **1. A Assistência ao Idoso e o Contexto Demográfico**

Os estudos demográficos têm demonstrado que a população idosa tem aumentado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Este fato deve-se à

queda da fecundidade e da mortalidade, e ao aumento da expectativa de vida, causado pelos avanços tecnológicos e científicos, representados pela educação, pela medicina preventiva e sanitária e pelas descobertas de drogas que atuam na cura e controle de diversas doenças (Campedelli, 1989). A tendência é termos no Brasil, dentro de 30 anos, um grande contingente de idosos (15% da população) podendo ter uma vida mais longa, porém com piores condições de vida.

No Brasil, diferentemente do que ocorreu nos países mais desenvolvidos, este fenômeno está progredindo mais rapidamente. A transição demográfica dar-se-á em um período de tempo três vezes menor do que se deu na Europa (Saad, 1992; Carvalho, 1992 e Ramos et al, 1993).

Diversamente do que ocorreu na Europa, o declínio de nossa taxa de fecundidade está sendo rápido. Além disso, o aumento da longevidade dos idosos e a diminuição na população infantil está acontecendo num cenário de pobreza e de profundas desigualdades sociais.

Estudando as características regionais da população idosa no Brasil, Bercovich (1992) constatou que: a) o aumento na proporção de população idosa na década de 80 passou, para o país como um todo, de 6,1 a 7,7%; b) a proporção de mulheres idosas ao longo da década de 80 era de 84 homens para cada 100 mulheres de 60 anos ou mais; c) as maiores

proporções de idosos pertenciam aos grupos branco, preto e amarelo; d) 8% dos homens e 15% das mulheres, do total de pessoas com 65 anos ou mais, moravam sozinhas em 1990; e) mais da metade dessas pessoas recebiam renda total inferior ou igual a um salário mínimo. O autor conclui que o envelhecimento não é um fenômeno que se manifesta de forma homogênea: “ele ocorre de forma diferenciada no contexto regional, refletindo diferenças de gênero, de raça e de condições sócio-econômicas” (p.61).

Segundo Saad (1992), que investigou as características demográficas e sócio-econômicas da população idosa do Estado de São Paulo (7,8% do total), ela é constituída em sua maioria por mulheres (54,3%), principalmente nas idades mais avançadas. Segundo o mesmo autor, a maioria das mulheres é viúva. A proporção de homens casados na faixa de 60 anos e mais, em 1980, no Estado de São Paulo, era praticamente duas vezes maior que a de mulheres (aproximadamente 78% contra 40%). Segundo o autor, esta característica decorre basicamente de três fatores: a maior esperança de vida das mulheres comparativamente à dos homens; a idade ao casar relativamente mais alta entre os homens e a maior proporção de novos casamentos envolvendo viúvos.

O índice de alfabetização e escolaridade na população idosa é muito reduzido. Na faixa dos 60 a 69 anos os índices de alfabetização, em 1980, eram de aproximadamente 59% entre homens e 47% entre as mulheres. Em São Paulo esses índices eram de 74% e 58% para homens e mulheres respectivamente. Verifica-se uma pequena redução nesses índices na faixa etária de 70 anos ou mais. O analfabetismo é significativamente maior entre as mulheres e entre os idosos que moram no interior do Estado de São Paulo (Saad, 1992).

Quanto à taxa de atividade da população idosa o autor ressalta uma redução significativa nas últimas décadas. O nível de participação econômica masculina pode ser considerado baixo já a partir dos 40 anos de idade, em relação a padrões internacionais. Quanto à renda, entre os paulistas inativos maiores de 50 anos, 44% não possuíam qualquer tipo de rendimento, segundo o Censo Demográfico de São Paulo de 1980, e esse grupo era constituído majoritariamente por mulheres. Entre os que recebiam, o rendimento não alcançava um salário mínimo em aproximadamente 60% dos casos. Para os maiores de 60 anos que se mantinham em atividade, mais de 23% entre os homens e quase 50% entre as mulheres recebiam até um salário mínimo.

A caracterização socio-econômica apresentada por Saad (1992), confirma a situação de precariedade em que sobrevive a grande parcela da população idosa do Estado de São Paulo: baixos níveis de educação, baixos rendimentos e dificuldade crescente de permanência em atividades econômicas.

O lema da sociedade norte-americana de gerontologia em 1955 era “somar vida aos anos e não somente mais anos à vida”. Somar vida aos anos implica evidentemente numa melhoria das condições de saúde, melhoria do atendimento nos serviços de saúde, educação, transporte, habitação, saneamento e lazer. Na sociedade norte-americana há melhores perspectivas de abrirem-se novos horizontes culturais e sociais para a qualidade de vida nessa categoria populacional. Já para a realidade brasileira as condições de boa qualidade de vida ainda estão longe de serem alcançadas. Temos assistido à falência progressiva dos sistemas de saúde e educação. Assim, conforme Costa (1992), diversas coortes etárias nascidas entre 1900 e 1929 no país não tiveram facilidades para ingressar no sistema educacional. Um contingente entre 58% e 64% de pessoas atingiram e ultrapassou a idade madura em 1960, sem ter sido alfabetizada. Entre 20% e 23% atingiu a maioria com o primeiro grau completo; entre 4,8% e 6% concluíram o segundo grau e

somente 1,1% fez curso superior. A maioria dessas pessoas entrou para o mercado produtivo via setor agrícola. Em 1970, quando tinham entre 40 e 70 anos, um contingente que variava entre 41% e 61% dessa população ainda permanecia exercendo ocupações da mesma natureza. Ou seja, o envelhecimento populacional tem ocorrido com pouca melhoria das condições de vida de uma grande parcela da população. Nesse sentido, Kalache, Veras e Ramos (1987), Ramos, Veras e Kalache (1987) e Veras, Ramos e Kalache (1987) salientam a importância do estabelecimento de uma política de bem-estar social e de cuidados à saúde da população idosa a curto, médio e longo prazos.

Comparativamente, nos países desenvolvidos, a busca de soluções comunitárias para o atendimento dos problemas advindos com o aumento da população idosa tem aumentado progressivamente. Os sistemas de suporte comunitário, comuns no primeiro mundo, são alternativas que permitem, sem dúvida, que muitos idosos continuem vivendo em sua comunidade, ao invés de irem para instituições (Weissert et al, 1989; Cohen e Adler, 1984). Por outro lado, no âmbito da possibilidade de institucionalizar os idosos, a realidade desses países também é diversa da do Brasil. Conforme relatam Ferraro e Van (1990), o V.S. Census Bureau projeta que o número de “nursing homes” nos Estados Unidos

deverá ter um aumento de 80% no ano 2000 e 145% no ano 2020. Tal tendência é um sinal importante para o Brasil que, como vimos, está experienciando rápido envelhecimento populacional num quadro de urbanização acelerada e drástica diminuição no tamanho da família. A associação entre estes dois eventos permite prever que viveremos problemas cada vez mais severos e freqüentes de abrigar e cuidar de idosos. Ao que tudo indica, o cenário que se delineia para o Brasil a curto e a médio prazos é o da necessidade crescente de criar alternativas para o domicílio de idosos sem família e para proporcionar apoio às famílias e às comunidades, para que possam amparar e cuidar de seus idosos.

Além disso, o cenário que desponta é a necessidade urgente da formação de recursos humanos qualificados para trabalharem com idosos, estejam eles asilados ou vivendo na comunidade. A deficiência na formação de recursos humanos para a assistência gerontológica e geriática no Brasil, particularmente na equipe de enfermagem é bastante acentuada.

Há uma escassez de treinamento em serviço principalmente para os atendentes e auxiliares no que se refere aos conhecimentos específicos de enfermagem, e pouco ou quase nada se tem em relação a formação, conhecimento ou treinamento em gerontologia.

Os cursos de formação profissional em enfermagem, sejam eles para auxiliares, técnicos e enfermeiros, são bastante precários no que diz respeito aos conteúdos de assistência de Enfermagem geronto-geriátrica. Essa deficiência na formação profissional relacionada à assistência ao idoso certamente compromete a qualidade da assistência prestada (Angelo, 1994).

Evidentemente que essa deficiência pode ser amenizada não só introduzindo esses conteúdos nos currículos de formação profissional em enfermagem nos diferentes níveis, mas também no treinamento em serviço dos trabalhadores de instituições para idosos.

## **2. As Necessidades de Atendimento ao Idoso e Os Asilos**

A família e a comunidade de forma geral parecem não estar suficientemente preparadas para enfrentar os problemas decorrentes do envelhecimento populacional.

Cada sociedade lida com o processo de envelhecimento de forma particular, dependendo de seus valores culturais, históricos e sociais. No Brasil, em função das grandes desigualdades sociais, a velhice se constitui em sinônimo de marginalização. Conforme San Roman (1990), a marginalização na velhice é mais freqüente do que em qualquer

outra etapa da vida, em função principalmente da existência de deterioração física e psíquica e da proximidade da morte.

No entanto, a despeito dessa generalidade, as experiências individuais, grupais e histórico-culturais de velhice comportam grande heterogeneidade. Segundo Debert (1992) “classe social, etnicidade e arranjos de moradia dariam dimensões tão específicas ao envelhecimento que dificilmente poderíamos pensar na velhice sem especificar os grupos aos quais estamos de fato nos referindo” (p.43).

Debert (1992) faz uma análise dos estudos sobre a importância das relações familiares para o bem-estar na velhice e verifica que em alguns trabalhos a tendência é relativizar essa importância (Cohler, 1983; Horckeis, 1963; Shanas et al, 1968 apud Debert, 1992), enquanto outras pesquisas enfatizam que as relações familiares são fundamentais na assistência ao idoso e nas expectativas em relação ao processo de envelhecimento (Arber e Gilbert, 1989; Stubs, 1989 apud Debert, 1992).

San Roman (1990) ressalta que a qualidade de vida dos idosos está relacionada com as condições de atenção que recebe da instituição de suporte em que vive. Nesse sentido, a posição que o idoso assume na família possibilita sua maior integração.

As relações familiares e a integração dos idosos refletem questões culturais e sociais. E essa integração questiona mais a responsabilidade da comunidade do que da própria família.

Neri e Debert (1995) relatam que a associação entre pobreza, baixo nível educacional e modificações nos valores familiares são indicadores de abandono e maus tratos aos idosos. Segundo as autoras, no Estado de São Paulo, em 1991, os idosos residentes em domicílios multigeracionais tinham menor rendimento e nível educacional que os idosos de domicílios unigeracionais ou com uma única pessoa. Ressaltam ainda que em famílias multigeracionais os laços afetivos e de sangue bem como as relações informais são ricas e complexas e, em muitos casos, exprimem a “utilidade dos idosos”, como cuidar de crianças, da casa e até como um dos poucos recursos para a sobrevivência de toda a família quando esta é chefiada pelo idoso. A estas relações está associada a precária política de apoio de que estas famílias dispõem para garantir o bem-estar de seus membros.

A estrutura familiar, no Brasil, tem sofrido mudanças significativas: predominam hoje famílias pequenas, em lugar das tradicionais, extensas. Nelas em geral a mulher trabalha fora, não há parentes nas proximidades e predominam más condições de saúde, alimentação, moradia e educação. A

posição que o idoso assume nessas famílias pode assim estar relacionada a questões objetivas como a falta de recursos materiais, mas pode também relacionar-se a questões subjetivas como as relações interpessoais, pautadas evidentemente por aspectos culturais.

Yazaki, Melo e Ramos (1991), ao analisarem a população idosa e a família no Estado de São Paulo, discutem se a integração do idoso à família se dá por questões de ordem cultural (respeito e ajuda nas tarefas) ou por questões de ordem econômica. Os autores concluem que a situação atual dos idosos e suas carências variam de acordo com o nível sócio-econômico e são agravadas pela fragilidade característica dessa faixa etária. São comuns os problemas nos aspectos físico, emocional e principalmente econômico pelos reflexos que tem sobre os demais aspectos.

A rede de relações primárias (parentesco) deve ser considerada de acordo com a diversidade de arranjos de moradia. Prata (1993) define três tipos de família: as que não têm nenhuma pessoa idosa (correspondendo à família jovem), aquelas cujos chefes são pessoas idosas (família do tipo idosa, com menor número de pessoas por domicílio) e famílias que têm pessoas idosas, mas os chefes não o são (em geral, famílias multigeracionais).

O fato de o idoso morar com os filhos ou manter um convívio intergeracional não é garantia de uma velhice bem sucedida. Os estudos sobre as novas formas de arranjos residenciais procuram contrapor a idéia de que o bem-estar na velhice estaria ligado a esse convívio intergeracional ou a intensidade das relações familiares. De qualquer modo a qualidade das relações familiares depende das condições de vida do idoso: de suas condições biológicas, psicológicas e sócio-estruturais.

Em função da carência da rede de atendimento ao idoso no Brasil, a tarefa de amparar o idoso é na maioria das vezes desempenhada pelas famílias. Conforme relatos de idosos brasileiros, 2% não contam com qualquer ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade, 40% contam com o cônjuge, 35% contam com a filha, 11% com o filho e 10% com a família. Nos domicílios unigeracionais cresce a perspectiva de ajuda do cônjuge (60%) e nos multigeracionais da filha (56%) e do filho (13%) (Ramos et al, 1993).

Segundo Yazaki, Melo e Ramos (1991), os principais fatores de transformação nos arranjos familiares acontecem em função da morte de um dos cônjuges, casamento dos filhos, incapacidade física ou financeira dos idosos, dependência econômica dos filhos, mudança de cidade e

necessidade de um responsável pelos netos ou crianças e pela casa.

Quando o idoso apresenta algum grau de dependência, seja física ou psíquica, combinada com a insuficiência de recursos econômicos e afetivos, a assistência ao idoso torna-se, às vezes, um desafio para a família. Além disso, os serviços de suporte de que essa família dispõe são escassos e em alguns casos a institucionalização pode tornar-se uma solução.

Ao analisar o atendimento à população idosa no Estado de São Paulo (2,4 milhões de pessoas), Fleury (1993) apresenta a rede de equipamentos sociais existentes na sociedade nas áreas de saúde, abrigo, lazer, esporte e cultura. Na área de atendimento à saúde do idoso, segundo informações prestadas pelos municípios, a rede de serviços abrange 373 ambulatórios, 221 prontos-socorros, 576 postos de saúde, 273 hospitais e 223 outros locais que prestam algum tipo de atendimento de saúde. A autora afirma que não se trata de uma rede de prestação de serviços que na sua totalidade atenda especificamente ou de forma preferencial a população idosa, embora estejam sendo implantadas ações de atendimento diferenciado à terceira idade. Com relação aos serviços de abrigo, os idosos contam com uma rede de 353 asilos, 27 casas de repouso, 10 clínicas geriátricas, 14 pensionatos, 17 casas

transitórias, 30 albergues e 81 abrigos de outros tipos, tais como lugares onde os idosos passam o dia, abrigos de entidades religiosas que funcionam por turnos, entre outros.

Segundo a autora, durante os meses de março e abril de 1993, o número de atendimentos prestados a idosos em todo o Estado pela rede de serviços voltados a abrigar e acolher idosos foi de 18.819. Desse total, aproximadamente 70% estavam em instituições asilares, 17% em abrigos de entidades religiosas ou laicas, onde ficam abrigados durante o dia, 5% em casas de repouso, 4% em albergues, 2% em pensionatos, 1% em casas transitórias e 1% em clínicas geriátricas. Conforme conclui a autora, a rede de equipamentos sociais destinada ao abrigo de idosos ainda se apresenta, de forma tradicional, apoiada principalmente em entidades asilares. Conclui também que é o poder municipal que subvenciona maior número de entidades entre as que declararam receber algum tipo de subvenção. No entanto, a maioria é mantida por fontes particulares de subvenção.

A rede de equipamentos sociais voltados para as atividades de lazer, esporte e cultura da população idosa residente no Estado de São Paulo conta com 169 centros de convivência de idosos, 60 centros esportivos, 65 clubes sociais, 78 associações de idosos e 185 locais de outros tipos onde os idosos se encontram e realizam atividades diversas. A

autora ressalta que os centros esportivos e os clubes sociais não são equipamentos sociais utilizados exclusivamente por idosos.

Considerando que no Estado de São Paulo o número de idosos é de aproximadamente 2,4 milhões, estes serviços de atendimento ainda estão longe de atender essa demanda. A título de ilustração, se calcularmos o número hipotético de idosos por equipamento social, ainda que não exclusivo e por vezes inadequado, ligado ao lazer, esporte e cultura, teremos a cifra de aproximadamente 4300 idosos por equipamento, o que mostra a precariedade da rede social disponível. Além disso, a qualidade do atendimento na maioria das vezes é ainda muito precária.

Ao analisar a política social em favor das pessoas idosas em seu livro “Brasil, uma política para a velhice já”, Hôte (1988) afirma que o Brasil ainda não se dotou de um verdadeiro programa de ação destinado à população idosa através de uma política social e salienta que temos aqui uma política de assistência “em favor” das pessoas idosas ao invés de uma política de benefícios colocados à disposição desse segmento populacional.

Em trabalho publicado em 1991, Haddad discute as políticas de inserção social da velhice no Brasil e ressalta que a assistência à velhice no passado confundia-se com a

dispensada aos indigentes e produzia cada vez mais uma dependência irreversível. A partir da década de 70, sob influência do modelo francês, uma nova forma de intervenção emerge: integrar o idoso na família e na sociedade, lutar em busca da garantia do lazer e da preservação dos grupos de idosos, garantir a utilização de novos equipamentos como os centros de convivência, por exemplo. Segundo a autora, este novo panorama que busca resgatar a concepção de velhice autônoma e ativa, fundamenta os programas da LBA, SESC, Escola Aberta para a Terceira Idade, Centros de Convivência de Idosos , trabalhos com pré-aposentados, Programa Pró-Idoso, Projetos da Secretaria da Promoção Social do Estado de São Paulo, assim como as propostas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Alternativas como Centros de Convivência que apresentam resposta efetiva e imediata à questão do isolamento social; universidade aberta para idosos que visa à educação permanente e contribui para a descoberta de novos interesses e novas habilidades; serviços de ajuda domiciliar; centros de tratamento-dia que são unidades médico-sociais terapêuticas que prestam serviços à população sem retê-la em um leito hospitalar e serviços geriátricos comunitários ,entre outras, são sem dúvida alternativas eficazes para atender a crescente população idosa.

No entanto, segundo a mesma autora, esse processo é ainda privilégio de alguns segmentos da classe média e afirma que “as condições de vida (alimentação, assistência médico-hospitalar, atividades desenvolvidas no mundo do trabalho, etc.) são responsáveis pelas grandes diferenças no processo de envelhecimento, de saúde, de longevidade. Pequena porcentagem da população está, de fato, liberada para o lazer autônomo à medida em que envelhece ou que se aposenta, quando for o caso. Os idosos despossuídos lutam por trabalho até quando as forças permitem...” (p.331). E conclui que o novo modo de vida para a velhice está sendo propagado por toda a sociedade brasileira, “expressando os anseios da classe média”.

Além disso há uma disparidade entre a disponibilidade e a distribuição de recursos técnicos e humanos entre diferentes regiões brasileiras e certamente entre as áreas urbanas e rurais. Os programas atuais de atenção ao idoso não cobrem toda essa diversidade de necessidades dessa população, permitindo inclusive a afirmação de Prata e Yazaki (1991) de que são geralmente inócuos, tanto do ponto de vista da cobertura à população como da qualidade dos serviços oferecidos.

Historicamente falando, a assistência social ao idoso brasileiro expressou-se inicialmente através da criação

de asilos destinados aos sem família, economicamente carentes e física ou mentalmente comprometidos (Queiroz, 1993). Associados à tradição dos “Asilos de Mendicidade”, tinham orientação religiosa, já que eram ligados à Sociedade São Vicente de Paula, criada por Frederico Ozanan em 23 de abril de 1833 em Paris com o objetivo de prestar atendimento material e espiritual à pobreza, segundo os princípios da caridade cristã. Cerca de 20 anos mais tarde essas associações estavam espalhadas pelo mundo inteiro, inclusive no Brasil. As instituições para idosos foram criadas, portanto, com ênfase na caridade e no atendimento assistencialista e durante algumas décadas foram a forma predominante de prestar assistência aos idosos. No início deste século, com a implantação do sistema de Previdência Social, inicialmente voltado para os servidores civis e militares e gradativamente estendido a todos os trabalhadores brasileiros, normatizou-se a assistência aos idosos que eram beneficiários do sistema previdenciário. Outro avanço foi a implantação do sistema de renda mensal vitalícia a partir dos 70 anos para os não-segurados (Lei 6.179/74), que segundo Haddad (1991) foi uma estratégia utilizada pelo Estado para tentar suprir a insuficiência da previdência social e da assistência médico-hospitalar, e também como resposta às pressões externas e internas no sentido da implantação de uma política voltada à

velhice. Essas providências contribuíram para diminuir a pressão dos problemas gerados pela falta de políticas previdenciárias, principalmente para as camadas mais pobres, mas evidentemente não foram suficientes. Desse modo, a institucionalização continuou a ser o principal reflexo da pobreza individual e familiar, e o termo asilo cristalizou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres.

Hoje, as entidades de acolhimento a idosos recebem diversas denominações. As mais conhecidas são “asilo” ou “abrigo”. O abrigo distingue-se do asilo por sua orientação mais acentuadamente religiosa, embora os asilos sejam também estabelecimentos de caridade, geralmente dirigidos por religiosas. A denominação “lar” é dada a asilos de pequeno porte ou casas de retiro particular com direção leiga ou religiosa. Instituições fundadas sob as normas da espiritualidade de São Vicente de Paula — “Associações Vicentinas” ou “Damas de Caridade” — encontram-se presentes em todo o país. Existem também estabelecimentos privados com fins lucrativos, denominados mais comumente “clínica de repouso”, “clínica geriátrica” ou “instituto geriátrico” (Hôte, 1988).

Em 1990 foram aprovadas pelo legislativo as normas mínimas para funcionamento de casas destinadas ao atendimento de idosos, elaboradas por uma comissão da qual a

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia era uma das integrantes. Essas normas abrangem além da definição, as formas de organização, área física, instalações e recursos humanos, estabelecendo os critérios a serem atendidos para que instituições dessa natureza possam continuar a funcionar. Por deficiência na fiscalização do cumprimento dessas normas, no entanto, o atendimento prestado por estas instituições continua, de modo geral, não satisfazendo integralmente estes princípios básicos.

As normas definem instituições específicas para idosos como “estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõe de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional” (Boletim da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1993).

Portanto, independentemente da denominação “abrigo”, “asilo”, “lar”, “casa de repouso”, “clínica geriátrica”, entre outras, todas são consideradas instituições para idosos.

A maioria dessas instituições é mantida por fontes particulares ou filantrópicas. Segundo Haddad (1991) não há instituições mantidas sob a responsabilidade direta do Estado. O atendimento à velhice pelo Estado é feito através de auxílios e convênios.

O asilo é para Goffman (1974) um tipo “sui generis” de instituição total. É uma instituição criada para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas. Nestas instituições, em geral, os internados têm contato restrito com o mundo existente lá fora e a equipe que ali trabalha está integrada ao mundo externo. Há portanto, uma grande distância social entre esses dois grupos. O sistema custodial empregado nestas instituições e a caracterização destas como “instituições totais” são discutidos por vários autores, entre os quais se pode citar Jordão Neto (1987), Hôte (1988), Clarck e Bowling (1990), Szasz (1994) e Baltes, Neumann e Zank (1994), dentre os mais recentes.

Em “Cruel compaixão”, Szasz (1994) não se dedica especificamente aos asilos, mas faz uma revisão crítica das intervenções psiquiátricas, debatendo sobretudo a dependência do adulto. O autor faz um paralelo entre o asilo de pobres e o hospital mental, indagando: — A pobreza é um crime? O asilo de pobres não será uma prisão com nome mais suave?, e respondendo: — Não, a pobreza não é um crime, é uma

infelicidade. Acrescenta que o encarceramento em um asilo de pobres não é considerado como prisão, mas um meio de manter aqueles que não são capazes de se cuidarem e ajudá-los a tornarem-se cidadãos produtivos.

A partir de um trabalho exaustivo de visitar vinte instituições do Nordeste e do Sudeste do Brasil, o francês Hôte (1988) concluiu que os profissionais brasileiros julgam os asilos como “depósitos de velhos”. No entanto, salienta que “se considerarmos as condições de pobreza de grande parte da população idosa e das famílias e a crise atual no financiamento do Setor de Saúde da Previdência Social, parece-nos que o atendimento praticado não merece condenação total” (p.220). Além disso, ressalta que à medida que obtêm novos recursos, as instituições têm se preocupado em melhorar as condições de atendimento, como por exemplo, reduzindo o número de leitos por quarto ou criando pequenas casas anexas. Registra também um movimento de reforma dos estabelecimentos antigos, de inovação na concepção dos novos e de questionamento do acolhimento em instituição como solução única para os problemas do envelhecimento.

Evidentemente, com as alterações nos arranjos familiares e o aumento progressivo de pessoas idosas, as instituições ainda são necessárias, embora a concepção caridosa que domina ainda a política da velhice deva ser

mudada. Como ressaltam Baltes, Neumann e Zank (1994), as instituições para idosos não precisam ter necessariamente características de instituições totais da forma como define Goffman (1974), mas podem ser estruturadas para promover um envelhecimento positivo.

Mas, o que leva as pessoas a optarem por morar em um asilo ou a serem institucionalizadas pela família ou pela justiça? Hôte (1988) atribui o internamento à doença, à pobreza, a conflitos familiares ou à falta de família. Para Yazaki, Melo e Ramos (1991), a perspectiva de o idoso vir a morar em um asilo apresenta-se como opção para um grave caso de saúde, ou para situações que “não comportam outras soluções” (p.72). Além disso, para o idoso ir para um asilo seria admitir que está indo para a “fase final da vida”. Evidentemente, como ressaltam os autores, o modo como esta fase é aceita e vivenciada depende da história de vida de cada indivíduo. Segundo os idosos entrevistados nessa pesquisa, o asilo tem três significados: asilo-isolamento que resulta da concepção dada pelo senso-comum como “depósito de velhos abandonados”; asilo-saúde, principalmente para idosos de baixa renda que o associam com o hospital, onde possivelmente teriam melhor assistência médica; e o asilo-refúgio confundido como um lugar onde o idoso pode ter um espaço próprio, resguardando o seu poder de decisão.

Quando a família deve decidir pela institucionalização do idoso, em geral ela utiliza um ou mais desses três aspectos para explicar sua decisão. Dizemos decisão da família, porque pensamos que a maioria dos idosos não está no asilo por opção ou vontade própria, mas por terem sido convencidos pelos membros de sua família de que essa é a melhor solução, e em muitos casos, ainda convencidos de que é apenas uma solução temporária.

Nesse sentido, Duarte (1991), ao estudar a situação da assistência ao idoso internado em instituições geriátricas, gerontológicas e asilares no município do Rio de Janeiro em um determinado período, verificou, entre outros resultados, que a internação institucional ocorreu na maioria dos casos por desejo da família e decisão do médico.

Na análise de Zarit (1990) a decisão de institucionalizar é motivada por alguns fatores relacionados ao cuidador como as tarefas que se tornam muito difíceis tanto do ponto de vista emocional quanto físico; a doença e a dependência do idoso; os freqüentes episódios de hospitalização; a iminência da morte; os conflitos entre os papéis profissionais e familiares do cuidador e as necessidades crescentes do idoso, e problemas de relacionamento entre o cuidador e o idoso.

Em contato com familiares de idosos institucionalizados que tivemos a oportunidade de experienciar durante a vida profissional, pudemos observar, embora empiricamente, que a decisão pelo asilamento é majoritariamente relacionada à falta de recursos materiais e pessoais do cuidador e de sua família, e da absoluta escassez de serviços de apoio na comunidade. Assim, parece que, nessas circunstâncias, a família procura a instituição para desempenhar o papel que ela não consegue sozinha desempenhar.

E que papel é esse? O que a família espera da instituição? Parece-nos que, em geral, a família espera resolver o problema que a levou a decidir pela institucionalização do idoso: ou livrar-se do problema, ou garantir melhores cuidados de saúde ao idoso, ou ainda garantir-lhe um local de moradia, onde possa viver e tomar decisões sob proteção.

Gonyea (1987) ressalta que a decisão de institucionalizar o idoso passa por quatro estágios: reconhecimento, discussão, implementação e internação. O reconhecimento do potencial para institucionalizar o idoso objetivava verificar se essa decisão ocorreu por um agravamento das condições gerais do idoso. No estágio de

discussão a finalidade era identificar com quem o cuidador familiar havia discutido a possibilidade de institucionalizá-lo. A implementação buscava verificar o grau de envolvimento do cuidador na tarefa da escolha da instituição e nos procedimentos para a admissão do idoso. E finalmente o quarto estágio que é a internação propriamente dita. Em seu estudo a autora procurou investigar os fatores estruturais (características do idoso, do cuidador e da família) e dinâmicos (envolvimento do cuidador e percepção do comportamento de cuidar) envolvidos nos três primeiros estágios.

Será que as instituições executam o papel social que é esperado delas? Quem cuida do idoso na instituição? O que esse cuidador faz? Os funcionários desempenham o papel que a família espera? O papel que o próprio idoso espera? Esse papel que família e idoso esperam é o mesmo que a instituição cobra do funcionário?

Analisar as condições de atendimento destas instituições parece crucial para a implantação de intervenções que possam colaborar para um envelhecimento positivo, permitindo o direito à cidadania na velhice.

### **3. O Cuidado Prestado ao Idoso Institucionalizado**

A enfermagem sempre se caracterizou por cuidar de pessoas. Almeida e Rocha (1989), na introdução do livro “O saber de enfermagem e sua dimensão prática”, fazem uma retrospectiva histórica das relações sociais da enfermagem com o seu trabalho e descrevem como se deu o cuidado de enfermagem através dos tempos. Segundo os autores, do início do cristianismo até o Feudalismo da Idade Média, as ações de enfermagem não dependiam de ordens médicas. Médicos e enfermeiros tinham objetos e objetivos diferentes. O objetivo do cuidado de enfermagem não era o corpo ou a doença do paciente, mas o conforto de sua alma. Não havia necessidade nessa época de uma teoria do cuidado de enfermagem, caracterizando-se como um modelo religioso de enfermagem.

A prática de enfermagem que era independente da prática médica passa, a partir do Capitalismo, a ser uma prática subordinada à prática médica e dependente dela. O cuidado de enfermagem vai abandonando sua finalidade religiosa e passa a ter a finalidade do “controle do meio ambiente do paciente” em função da transformação dos hospitais militares e da necessidade de se criarem mecanismos disciplinares no espaço hospitalar. O Capitalismo, como ressaltam os autores, “vai necessitar do corpo como força de

trabalho e cabe à medicina a sua manutenção e restauração” (p. 39).

Com a industrialização da Inglaterra no século XVIII era necessário melhorar as condições de saúde da população e disciplinar a conduta da enfermagem com o objetivo de diminuir os efeitos negativos do hospital. É nesse momento que a enfermagem passa a cuidar do ambiente e a executar as ordens médicas dirigidas à cura do doente (Almeida e Rocha, 1989).

As técnicas e os procedimentos de enfermagem executados para a prestação dos cuidados começam a ser intensificados a partir do século XX (Almeida e Rocha, 1989; Silva, 1995 b).

Dentro de uma perspectiva histórica da enfermagem, Rossi (1991) faz um estudo da relação entre a arte de cuidar e a arte de curar. Segundo a autora, o cuidar era concebido como atividade feminina, desenvolvida pelas religiosas com dimensão filantrópica e caritativa e a arte de curar cabia à classe médica. Com o estabelecimento da hegemonia do curar, novas técnicas foram criadas, sempre na perspectiva da disciplina, da ordem e da vigilância. A arte de cuidar (ou o cuidar dominado como se refere a autora) cabia à enfermeira, ou seja, cabia a ela a vigilância do espaço e do doente.

Segundo Silva et al (1993) é na relação dicotômica entre o cuidar e o curar, no desenvolvimento da ciência médica e na constituição das sociedades capitalistas que a enfermagem se institucionaliza.

A enfermagem, enquanto saber organizado, teve início no final do século XIX, sob a liderança de Florence Nightingale (Silva, 1995b). Para Nightingale (1989) a formação do enfermeiro deveria ser formal e institucionalizada, embora ela acreditasse que sempre haveria pessoas que se encarregariam do cuidado ao doente, como amigos e parentes.

Segundo Rossi (1991), a arte de cuidar nas Casas de Misericórdia, criadas no Brasil após sua descoberta, passou a ser desenvolvida pelas irmãs de caridade que chegavam da França ao Rio de Janeiro, Minas, Bahia e Ceará. Portanto eram as religiosas que assistiam os enfermos. A autora ressalta ainda que as irmãs de caridade foram substituídas pelas enfermeiras francesas a convite do governo republicano.

Portanto, historicamente falando, a enfermagem sempre se caracterizou por “cuidar de pessoas”, é a profissionalização da capacidade humana de cuidar (Roach, 1991 e 1993 apud Waldow, 1995) ou como refere Angelo (1994) o “propósito central da enfermagem é cuidar de pessoas” (p.11).

É fundamental ressaltar, no entanto, que apesar da enfermagem caracterizar-se por “cuidar de pessoas”, ela não deve ser encarada como arte, vocação ou manifestação prática da caridade. A história da enfermagem é consequência do desenvolvimento das “forças produtivas, da constituição social e do regime político vigente” (Melo, 1986).

Mas o que é esse cuidar? O termo cuidar deriva do latim *cogitare* e significa imaginar, cogitar meditar, julgar, supor, aplicar atenção, o pensamento, a imaginação; ter cuidado; fazer os preparativos, prevenir-se, ter cuidado consigo mesmo; refletir, trabalhar pelos interesses de alguém; tratar de; preocupar-se com alguém, e cuidado significa precaução, cautela, diligência, desvelo, pessoa ou coisa que é objeto de desvelo; inquietação do espírito (Vieira, 1873; Aulete, 1986, Ferreira, 1988).

Segundo Waldow (1992), o termo cuidar pode ser considerado como “atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia”. Em geral, o termo implica na idéia de fazer, de ação.

Estudos e discussões sobre o cuidado têm sido realizados em diferentes áreas. O enfoque científico ao cuidado teve início nos Estados Unidos da América, difundindo-se

posteriormente para outros países como Escandinávia, Europa, Canadá e mais recentemente no Brasil (Waldow, 1996a).

Alguns trabalhos têm se preocupado em realizar uma revisão de literatura sobre este tema como é o caso de Morse et al (1990, 1991), de Waldow (1992, 1995) e Waidman (1996). Resumidamente nessas revisões encontramos estudos científicos sobre cuidado em diversas áreas como na filosofia, psicologia, na educação e na saúde (Leininger, 1985, 1991; Mayeroff, 1971; Erikson, 1963; Heidegger, 1972 entre outros). Teceremos a seguir comentários sobre alguns dos estudos referenciados por essas autoras, embora para uma revisão da literatura a esse respeito sugerimos a leitura na íntegra desses trabalhos.

Leininger (1991) conceituou cuidado como essência da enfermagem. Sua teoria é fundamentada num modelo transcultural de enfermagem, através do qual tem estudado as diferenças culturais na relação cuidar/cuidado. A autora já realizou estudos em 54 culturas do mundo ocidental e não ocidental, utilizando um modelo próprio de investigação com enfoque humanístico de pesquisa centrada na pessoa. Para Madeleine Leininger, a importância de sua teoria (Teoria Transcultural do Cuidado) consiste na análise de divergências e universalidades em relação a essa questão para identificar

meios de prover cuidado, de acordo com as diferenças culturais.

Além da teoria transcultural proposta por Leininger, temos também a teoria transpessoal do cuidado humano, proposta por Watson e baseada na filosofia e ciência do cuidado de enfermagem. Cuidado humano para a autora é visto como o ideal moral da enfermagem (Watson, 1985 e 1988).

Os conceitos de cuidado em enfermagem relacionados a realização e crescimento pessoal podem ser encontrados no trabalho de Mayeroff (1971). Para este filósofo o cuidado ajuda o outro a crescer e a se realizar. O cuidar/cuidado possibilita a auto-realização e é através dele que o ser humano vive o significado de sua própria vida. É um processo de desenvolvimento que assume continuidade e inclui conhecimento, ritmos alternados, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem.

Para Erikson (1963) a disponibilidade de cuidar é central ao estabelecimento da intimidade com o outro e à realização da geratividade pelo adulto maduro, mas como manifestação de amor é tema que permeia as relações humanas ao longo de todo o curso de vida.

Do ponto de vista filosófico, Heidegger (1972) apresenta dois tipos de cuidado: um que envolve fazer pelo outro, que desencadeia dependência; e outro que é o cuidado

autêntico e ocorre quando o cuidador estimula a potencialidade daquele que é cuidado, ou seja, é ajudado a cuidar dele próprio. Sua concepção é portanto análoga ao da psicologia de curso de vida, em relação à dinâmica dependência-autonomia, como analisam M. Baltes e colaboradores (1986, 1994 e 1996).

No Brasil, os estudos mais sistematizados sobre cuidado têm sido realizados por um grupo de pesquisadores da região sul do país, sob a orientação da Dr<sup>a</sup> Eloíta Neves Arruda, através do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIBC e C). O objetivo deste programa é produzir e organizar conhecimento substantivo acerca do tema cuidando-confortando. Atualmente este Programa engloba três áreas de pesquisa: desenvolvimento teórico/conceitual em relação ao processo cuidar/cuidado e confortar/conforto; desvelamento da realidade atual da prática de enfermagem no Brasil em relação ao cuidar/confortar; e implementação de formas inovadoras de cuidar/confortar em enfermagem (Neves-Arruda e Silva, 1994; Neves-Arruda, Dias e Silva, 1992; Silva, 1993; Waldow, 1992, 1993, e 1995).

As pesquisas brasileiras englobam principalmente o sistema de cuidado de enfermagem, o processo de cuidar/cuidado, o processo de formação da enfermeira através de uma aborgagem socio-histórica, as concepções de

cuidar/cuidado e confortar/conforto na perspectiva de quem é cuidado e na perspectiva de quem cuida.

Erdmann (1996), em seu livro “Sistema de Cuidados”, oferece uma contribuição relevante para a enfermagem, estudando o sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar a partir de uma abordagem filosófica.

Nesta mesma linha de investigação, Erdmann e Pinheiro (1996) procuraram identificar as estratégias de gerenciamento do processo de cuidado, utilizadas por enfermeiros-gerentes. Os resultados revelam que as estratégias utilizadas caracterizam um fazer “alicerçado em controle rígido das ações da equipe de enfermagem” durante o processo de cuidar.

As abordagens do processo de cuidar e do fenômeno do cuidado, a partir de perspectivas ontológicas e filosófico-epistemológicas, podem ser encontradas nos trabalhos de Waldow (1992, 1995) e Silva (1995 a e b).

Waldow (1992) resume as diferentes concepções de cuidado afirmando que o cuidado autêntico é dado de acordo com o estilo de cada um, levando em consideração as particularidades e necessidades de cada pessoa que necessita de cuidado e está sob a responsabilidade do cuidador. Este cuidado envolve necessariamente a idéia de

favorecer, restabelecer ou reforçar o comportamento para o autocuidado.

Silva (1995 b) ao fazer uma análise do saber nightingaliano no cuidado afirma que o processo histórico “nos mostra que a enfermagem pós-nightingaliana, ao optar pelo modelo biomédico, se distanciou de suas bases fundamentais. A partir da segunda metade do século XX, no entanto, a enfermagem recupera as suas bases e avança no processo de construção de seu corpo próprio de conhecimento. Assim, o saber nightingaleano vem sendo retomado e reconhecido por suas inegáveis contribuições” (p.58).

Ainda com relação ao processo de cuidar em enfermagem, Silva (1995a) retrata em uma linguagem metafórica que a habilidade de cuidar só se adquire cuidando e descobrindo novas formas de cuidar e ser cuidado. Também retrata que o cuidar é um processo de interação dinâmica, único e genuíno, intuitivo e criativo e que requer envolvimento.

Alguns trabalhos tratam do processo de formação da enfermeira. Meyer (1995), por exemplo, faz uma abordagem socio-histórica da formação da enfermeira na perspectiva do gênero. No seu texto, a autora demonstra “que as relações de poder de gênero e de classe , embora submetidas à transformação de forma e/ou conteúdo, têm-se mantido

praticamente intocáveis ao longo da trajetória histórica da profissão” e argumenta ainda “que a formação moral e atitudinal da enfermeira tem tido íntima relação com a manutenção e reprodução dessas relações”(p.77).

Lopes (1996 a) apresenta uma análise da divisão do trabalho e relações sociais de sexo, concluindo que as enfermeiras são o produto da construção sócio-histórica de sua profissão, da interação da definição de sua maneira de ser e suas interrelações. Em um outro artigo, apresentado no mesmo livro, Lopes (1996 b) faz uma análise do universo feminino encontrado nos hospitais, analisando a trajetória histórica da enfermagem enquanto profissão feminina sob vários aspectos: a relação tratar-cuidar, cuidado e divisão sexual do trabalho, qualificação profissional, salários, etc.

Alguns estudos têm-se preocupado em analisar as concepções de cuidar/cuidado ou confortar/conforto do ponto de vista dos profissionais de saúde (enfermeiras ou docentes) e do ponto de vista da clientela.

Waldow (1996 b) procurou identificar as definições de cuidar e cuidado por parte de enfermeiras docentes e assistenciais de uma capital da região sul do Brasil, antes e após um curso de extensão intitulado “O cuidado na enfermagem contemporânea”. Os resultados demonstraram que antes do curso a definição de cuidar/cuidado aparece centrada

nas ações das enfermeiras e no final do curso centrada no sujeito da ação (paciente/cliente) e com um componente afetivo.

Waldow et al (1996) procuraram identificar os elementos do cuidar e do cuidado na perspectiva de pacientes hospitalizados. Os dados foram obtidos através de um questionário composto por sete itens aplicados a 15 pacientes internados em uma instituição beneficente e com previsão de alta. Entre os resultados encontrados podemos destacar elementos como “atenção e carinho” como requisitos do cuidador e “atenção, gratidão e dependência” como elementos implícitos na relação entre cuidador e a pessoa que é cuidada. As autoras concluem que o cuidado implica numa relação interpessoal única, constituída de atitudes nem sempre previsíveis tendo em vista as particularidades de cada ser humano.

Souza, Gonzaga e Neves-Arruda (1996) através de um estudo de natureza quali-quantitativa, realizado com 10 crianças hospitalizadas procuraram identificar os significados e necessidades de cuidado na perspectiva da criança. Realizaram entrevistas individuais com nove perguntas e uma escala analógica contendo 10 “carinhas”, com valores de 0 a 10, que expressavam o sentimento específico de acordo com a percepção da própria criança. O “cuidar” para as crianças

entrevistadas caracterizou-se por três dimensões: o cuidar profissional relacionado à equipe médica e de enfermagem, o cuidar materno/paternal e o cuidado genérico relacionado ao cuidado realizado por pessoas que visitam e interagem com a criança.

Um outro conjunto de trabalhos tem sido desenvolvido dentro da perspectiva “gente que cuida de gente também é gente”, com preocupações centrais no cuidar/confortar o cuidador (Lunardi, 1996 ; Radunz, 1996).

Em sua conferência no I Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto em Enfermagem realizado em Itapema (Santa Catarina), Radunz (1996) enfatiza que é necessário que o cuidador realize primeiro um processo de autocuidado e fortalecimento de seu *self* para depois poder cuidar do outro. Essa conferência foi baseada na Dissertação de Mestrado “Cuidando e se cuidando: fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em 1994.

Nesse sentido Wolff (1996) enfatiza que é necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam um processo reflexivo de identificação, interpretação e integração do seu conhecimento histórico sobre o cuidado para conscientizarem-se da práxis do cuidado de enfermagem.

Neves-Arruda (1996) apresenta uma análise teórico-conceitual do processo cuidar-confortar. Para a autora cuidar é a essência da enfermagem e confortar é um de seus objetivos, embora esses termos não tenham ainda recebido a devida atenção por parte dos enfermeiros.

A maioria da pesquisas aqui relatadas, realizadas no Brasil ou no exterior, resgata e discute a ampliação da arte de cuidar, introduzida historicamente por Florence Nightingale. Estes estudos têm focado cuidado holístico como forma de promover o humanismo, saúde e qualidade de vida.

Mas, se por um lado a enfermagem busca resgatar esse cuidado integral e humanitário, por outro é preciso destacar que em muitas instituições as ações de cuidar são realizadas por auxiliares e atendentes de enfermagem, cabendo ao enfermeiro (quando a instituição conta com um em seu quadro de pessoal) as tarefas mais complexas.

Como dito em tópico precedente, o cuidado prestado ao idoso institucionalizado é realizado pelo pessoal de enfermagem, em sua grande maioria atendentes de enfermagem, com nível de escolaridade muito baixo e nenhuma formação na área de gerontologia. Nas instituições de pequeno porte a carência de pessoal normalmente é mais aguda, somando-se aos atendentes, que são em geral cuidadores leigos (Bastian, 1979).

Como, então, esses atendentes ou auxiliares de enfermagem cuidam de idosos institucionalizados? Esse cuidar de forma integral ou holística que a enfermagem busca resgatar atualmente, olhando para cada indivíduo como único e para cada relação como sendo genuína é encontrado nos asilos? Que atitudes esses funcionários apresentam? Em que concepções e crenças estas atitudes estão delineadas?

Algumas pesquisas têm focalizado a importância de atitudes positivas do pessoal de enfermagem em instituições para idosos (Goodwin e Trocchio, 1987; Chandler, Rachal e Kazelskis, 1986; Wright, 1988). Wright (1988), por exemplo, relaciona atitude e qualidade do cuidado, e diz que atitudes negativas do funcionário, baseadas em estereótipos sobre o envelhecimento, não são a única explicação pela precariedade do cuidado prestado ao idoso. Ressalta que fatores do ambiente sociocultural também devem ser considerados e enfatiza que atitudes devem ser reconceitualizadas para incluir conceitos de cuidado individual, reabilitação e escolha. Waldow (1993) discute a educação com ênfase no cuidar/cuidado apontando para alguns aspectos políticos, filosóficos, éticos e morais que devem permear um currículo direcionado para o cuidado na enfermagem. Ainda sob esta ótica, Baltes, Neumann e Zank (1994) afirmam que as atitudes

dos funcionários podem mudar com programas educacionais e treinamento.

Em geral, o cuidado prestado ao idoso institucionalizado se refere “ao fazer pelo idoso”. Raramente os funcionários arranjam situações que permitam ou promovam escolhas para os idosos. Através de entrevistas com profissionais, Moody (1988) verificou a unidirecionalidade das decisões nestas instituições (funcionário → idoso). Um dos resultados verificados por Lidz e Arnold (1990) foi que os funcionários tomam decisões para o idoso, definindo o que é bom para ele e planejando o seu cuidado. Nick (1992) observou que as atividades de vida diária, vestuário e participação em grupo geralmente são escolhidas pelos funcionários e não pelo idoso. Conforme ressaltam Baltes e Silverberg (1994) a dependência física é com muita frequência confundida com dependência para a tomada de decisão, o que leva o funcionário a tender a fazer pelo idoso e negar sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha.

As famílias atribuem certas responsabilidades à instituição, que por sua vez as repassa aos funcionários: mantê-lo limpo, alimentado, medicado, não importando muitas vezes se o funcionário faz pelo idoso ou se o funcionário assiste o idoso no seu cuidado. Parece que o que importa é o

produto final: idoso limpo, alimentado e medicado, de preferência num ambiente seguro e agradável.

O desempenho das tarefas do funcionário delinea-se, portanto, neste panorama social e cultural de atitudes, crenças e valores. Quais são as características dos desempenhos dos cuidadores profissionais de idosos institucionalizados, apresentando graus maiores e menores de dependência, em diferentes domínios? Há perspectivas de que a autonomia do idoso seja preservada ou estimulada? Os comportamentos dependentes são reforçados ou mantidos pelos funcionários ou são trabalhados de forma a promover um envelhecimento com maior autonomia e bem-estar para o idoso? Essas questões permeiam a discussão apresentada a seguir.

#### **4. A Dependência na Gerontologia**

A proporção de idosos na população continua aumentando e conseqüentemente o número de pessoas idosas que buscam ajuda em instituições asilares também tende a crescer.

A qualidade de vida nestas instituições parece depender diretamente da qualidade do cuidado prestado pelo pessoal de enfermagem aos idosos. Este cuidado por sua vez

parece estar relacionado às atitudes que os profissionais têm a respeito da velhice.

Dentre os aspectos da velhice que influenciam no cuidado ao idoso nas instituições estão as concepções e as atitudes a respeito da dependência na gerontologia.

Segundo Baltes e Silverberg (1995) na literatura gerontológica a dependência é definida como desamparo ou impotência. Dependência significa estado em que a pessoa é incapaz de funcionar de forma satisfatória sem a ajuda de outra pessoa e em sentido mais atenuado conota relação, apego ou solidariedade; e a independência é associada a termos tais como agência, autonomia, autoconfiança, individuação e autocontrole.

Do ponto de vista semântico, a palavra autonomia recobre a palavra independência. Autonomia refere-se à capacidade do indivíduo para tomar decisão, enquanto a independência é o antônimo de dependência, ou seja, o indivíduo é independente quando é capaz de executar alguma tarefa sozinho. No dicionário temos que autonomia é a capacidade de governar por si mesmo e independência significa livre de qualquer dependência ou sujeição, que tem meios próprios de subsistência.(Aulete, 1986 e Ferreira, 1988).

Pellegrino (1990) define autonomia como auto-governo. Para o autor a autonomia emana da capacidade dos

seres humanos para pensar, sentir e emitir juízos sobre o que consideram bom.

Para Hogstel e Gaul (1991) “a autonomia entendida como um princípio ético é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Para ser autônomo o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogovernar, caso contrário a capacidade para tomar decisão deve ser realizada por outra pessoa” (p.8).

Schneider et al (1995) apresentam algumas considerações sobre a questão da autonomia do paciente e a prática de enfermagem. Os autores referem que o conceito de autonomia trouxe alterações na relação médico-paciente e, por extensão, na relação enfermagem-paciente. O paciente passa a ser considerado como o centro de tomada de decisões a partir de informações que recebe de seus cuidadores profissionais. Mas ressaltam que este é um aspecto que não ocorre de forma homogênea e tranqüila, pois nem sempre as opiniões são coincidentes. Para estes autores, a introdução do conceito de autonomia, considerando tanto o paciente quanto o profissional como sujeitos que compartilham decisões, impõe à profissão de enfermagem o desafio de uma nova postura na tomada de decisões.

Concordamos com Schneider et al (1995) que “quando tomamos decisões pelo paciente, sem sequer levar em conta sua vontade, estamos desconsiderando alguns de seus direitos. Isto pode ser atribuído aos preceitos de beneficência, arraigados à profissão desde sua origem, a partir dos quais caberia ao profissional saber o que é melhor para o paciente e tomar decisões por ele” (p.173).

Em instituições para idosos essas questões relacionadas à autonomia e tomada de decisões parecem sofrer forte influência das condições de dependência e independência apresentadas pelos idosos.

Alguns autores analisam a influência da autonomia na qualidade de vida de idosos institucionalizados e ressaltam a importância desses idosos terem controle sobre suas vidas e poderem tomar suas próprias decisões, apesar de seu grau de fragilidade ou dependência (Wetle, 1991; Kane, 1991).

Segundo Baltes e Silverberg (1994), a dependência e a autonomia são geralmente focalizadas como pólos opostos de uma mesma dimensão, porém são melhor descritos em termos de uma relação dinâmica que se exprime de formas diferentes nas diversas fases do desenvolvimento e nos vários domínios do comportamento. Assim, as mudanças no equilíbrio dessa dinâmica dependem da fase da vida em que a pessoa se encontra. Ou seja, “o equilíbrio entre dependência e autonomia

muda com o desenvolvimento pessoal e com o contexto ambiental; muda ao longo do tempo, de acordo com os valores, expectativas e exigências culturais e sociais”.

Em seu mais recente livro, Baltes (1996) apresenta os diferentes aspectos da dependência na velhice. Segundo a autora, a dependência tem muitas faces, diferentes etiologias, funções e conseqüências e o ambiente social tem um importante papel na sua emergência e manutenção.

Com relação aos determinantes da dependência na velhice, Baltes e Silverberg (1994) consideram três aspectos gerais: 1- Há um aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade biológica, a saúde tende a ser um problema crescente; 2- As pressões e as perdas sociais, como a aposentadoria, por exemplo, tendem a se acumular ; 3- Os idosos se defrontam com o ajustamento à idéia do tempo que está se tornando cada vez mais curto para eles.

Segundo Baltes e Silverberg (1994) comumente são feitas diferenças entre a dependência física, a econômica, a social e a mental, mas que provavelmente elas refletem o declínio generalizado associado com o envelhecimento. Realmente, o envelhecimento pode provocar aumento de enfermidades e perdas, que podem levar à dependência. Contudo, o conjunto de condições relacionadas ao envelhecimento parece variar bastante, assim como os padrões

de autonomia e dependência. Na velhice, o desenvolvimento da dependência nas atividades de vida diária é freqüentemente considerado como resultado de declínio biológico e doença, denotando a influência nítida do modelo de declínio biológico do envelhecimento. A associação de velhice com doença, perdas e incompetência tem o defeito de atribuir apenas ao indivíduo a responsabilidade de uma má qualidade de vida. No entanto, conforme enfatiza Neri (1993), o envelhecimento bem sucedido não é mero atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas é o resultado da qualidade da interação entre indivíduos em mudança, vivendo em sociedades em mudança. Depende evidentemente do contexto histórico-cultural e de fatores biológicos durante todo o curso de vida do indivíduo.

Existem numerosas pesquisas investigando as relações entre dependência e doença e entre dependência e institucionalização, as quais, de modo geral, apontam para uma alta probabilidade de associação entre essas variáveis (Mosley e Grujot, 1987; Retsinas e Garrity, 1988; Thompson, 1989; Sandman et al, 1990; Kay et al, 1991; Nygaard, 1991 e Gould, 1992).

Outras análises focalizam a dependência relacionada a aspectos do indivíduo (competência) e a aspectos do ambiente (contingências), em contextos determinados.

Nesse sentido, conforme ressaltam Baltes e Reizenzein (1986), algumas pessoas já estão dependentes aos 50 anos, enquanto outras são completamente independentes aos 80. A época exata em que deixamos de lidar com este ou aquele aspecto de nossas vidas parece depender das diferenças nos aspectos biológicos, bem como das diferenças em eventos sociais e físicos da vida e dos efeitos que foram acumulados através da nossa história pessoal. Segundo as autoras, a dependência na velhice deve ser considerada como resultado da interação da pessoa com o ambiente e do acúmulo de vários eventos da vida. É necessário, portanto, considerar e analisar as condições sob as quais a dependência surge e o modo como se mantém. Essas condições podem facilitar ou inibir os comportamentos dependentes na velhice.

Baltes e Reizenzein (1986) investigaram as influências das condições do ambiente social sobre comportamentos dependentes e independentes de idosos e crianças que vivem em instituições. Verificaram que nas instituições para idosos, os comportamentos dependentes de autocuidado são seguidos de um alto grau de ação social, ao passo que os comportamentos independentes de autocuidado não são. Ainda, como o contato social nessas instituições é raro, o comportamento dependente do idoso pode até ser bastante conveniente como uma forma de “buscar atenção”.

As crianças, ao contrário dos idosos, mostram comportamentos mais construtivamente engajados. Segundo observações das autoras, o que faz a diferença nesses dois contextos é o comportamento dos parceiros sociais. Nas instituições para crianças eles se mostram mais ativos e engajados, com mais comportamentos de suporte à independência do que os das instituições para idosos. Esses dados servem como fundamento para a conclusão de que o equilíbrio entre dependência e autonomia varia de acordo com o indivíduo e o seu contexto ambiental, muda ao longo do tempo e depende de valores culturais.

Várias classificações podem ser encontradas para a dependência. Por exemplo, Catanach e Tebes (1991) dividem as dependências do idoso em duas categorias: limitações físico-funcionais e limitações cognitivas. As limitações funcionais estão relacionadas com o grau de incapacidade em realizar atividades de vida diária e as limitações cognitivas com a incapacidade para realizar tarefas intelectuais.

Baltes e Silverberg (1994) classificam as principais dependências da velhice em três categorias: dependência estruturada, dependência física e dependência comportamental. A dependência estruturada está relacionada com a participação do indivíduo no processo produtivo. A perda do trabalho e/ou aposentadoria, por exemplo, geram dependência estruturada. A

dependência física é também identificada na literatura como incapacidade funcional, desamparo prático e incapacidade individual para realizar atividades de vida diária. A dependência física torna-se mais pronunciada quando o idoso apresenta doenças cerebrais degenerativas, como o Mal de Alzheimer ou um acidente cerebral vascular. A dependência comportamental é uma das mais temidas pelo idoso, e, com frequência, a dependência física é um precursor da dependência comportamental. Ao contrário da dependência física que é biologicamente induzida, a dependência comportamental é socialmente induzida e é comumente explicada por paradigmas: dependência como resultado do desamparo aprendido e dependência como instrumento de controle passivo. O primeiro, desenvolvido por Seligman (1975), caracteriza o ambiente não responsivo e negligente como não contingente e, por isso, determinante de desamparo e dependência; ao contrário, um ambiente de baixa exigência é um ambiente contingente, caracterizado por superproteção, que também resulta em dependência. O segundo considera os comportamentos dependentes mais como resultado de contingências específicas do que da não contingência e da incompetência. Assim sendo, a dependência é instrumental para a manutenção do controle pessoal. Porém a falta ou a perda de controle resulta ou em não-expectativa de ter

ambiente contingente e responsivo, ou em não-expectativa de competência ou habilidades que permitem lidar com a situação. A dependência, então, é considerada como produto de experiências envolvendo ou a falta de competência ou a falta de contingência (Baltes, 1988 e Baltes e Silverberg, 1994, Baltes, 1996).

A pesquisa de Baltes (1988) procurou investigar a relação das condições ambientais com a manutenção e desenvolvimento de comportamentos dependentes no idoso. Os resultados obtidos foram: 1- Através de experimentos planejados, em que um comportamento dependente específico foi selecionado para modificação através de estímulos discriminativos ou reforçadores, verificou-se grande plasticidade e reversibilidade do comportamento. Com isso, a autora discute que nem sempre a incompetência dá origem à dependência comportamental, ou seja, há fatores ambientais que são, no mínimo, co-responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da dependência; 2- Através de observações seqüenciais, ficou demonstrado que o sistema social das instituições para idosos tende a ignorar a independência deles, ou seja, os comportamentos dependentes dos idosos são esperados e, mais, são seguidos por reações imediatas e positivas ao ambiente social. O sistema comportamental que ocorre nestas instituições pode ser descrito como um “script”

de apoio à dependência; 3- Utilizando este programa em situação de intervenção, foi observado um aumento dos padrões de interação relacionados à independência. As condições naturais podem ser modificadas para produzir mudanças no comportamento dependente do idoso, ou seja, o idoso é em princípio competente e é possível mudar as condições ambientais para encorajar as suas competências e não estimular incompetência e gerar dependência. Os ambientes podem ser estruturados para serem estimuladores e exigentes quanto às forças e competências do idoso.

Wahl (1991) procurou analisar a questão da dependência dos idosos, partindo de dados de observação (interação entre idoso-funcionário) e entrevista (com idosos e funcionários). Sua amostra constituiu-se de 14 idosos que recebiam cuidados em casa e 16 idosos que recebiam cuidados em “nursing homes”. Resumidamente seus resultados mostraram que: 1- As ações dos idosos são fortemente dominadas por valores e metas que estimulam comportamentos dependentes. Os funcionários apresentam como meta a ajuda ao idoso; 2- Os idosos que recebem autocuidado em casa apresentaram mais autocontrole na entrevista do que os idosos institucionalizados; 3- Os idosos com mais senso de auto-eficácia são os mais independentes; 4- O idoso tende a atribuir mais a si mesmo a causa da competência do que o funcionário

acredita que ele é capaz. O funcionário atribui o não-uso da competência do idoso mais às características do idoso do que o idoso. O idoso atribui ao funcionário o não uso de sua competência. O autor conclui que para estimular e manter comportamentos independentes são necessários programas de intervenção que levem em consideração esses dados.

Hersch (1988) salienta a importância de programas de treinamento para funcionários, para promover o cuidado ao idoso, procurando transmitir informação sobre o idoso institucionalizado.

Agbayema, Ong e Wilden (1990) observaram que o desenvolvimento de programas que utilizam trabalhos de grupo com encontros regulares entre funcionários e idosos proporciona, entre outros resultados, um aumento de autonomia do idoso.

Baltes, Neumann e Zank (1994) realizaram um programa de treinamento para funcionários em três instituições diferentes para verificar se os comportamentos de apoio à dependência apresentados pelo funcionário e os comportamentos dependentes de autocuidado dos idosos poderiam ser modificados. O programa de treinamento foi constituído por uma parte teórica e uma parte prática, focalizando temas como habilidades de comunicação,

conhecimentos sobre velhice e princípios básicos sobre o comportamento. Os dados foram coletados antes e após o programa de intervenção para o grupo controle e o grupo experimental. Os resultados demonstraram que, após um programa de treinamento, aumentaram os comportamentos de apoio à independência dos funcionários que compuseram o grupo experimental. Aumentaram também os comportamentos de autocuidado independente dos idosos. Os autores afirmam que, embora não pudessem saber qual parte do programa foi responsável pela mudança, os resultados sugerem que as instituições podem promover ambientes que estimulem e protejam ao mesmo tempo.

Os dados gerados pela linha de pesquisa coordenada por M. Baltes sugerem importantes direções para a pesquisa no contexto brasileiro. Em primeiro lugar cumpre saber se os resultados se repetem e se são válidos para qualquer tipo de instituição e para diferentes tipos de profissionais de atendimento básico. Em segundo lugar, seria importante investigar quais são as concepções sobre dependência, competência e cuidado que vigoram entre esse pessoal, e de que forma se relacionam com os seus desempenhos de cuidar.

Nesse sentido, pretendemos, através de observações da interação entre idoso e funcionário e entrevistas com funcionários, analisar a prática do pessoal de enfermagem no atendimento ao idoso institucionalizado.

## 5. Objetivos

Podemos destacar como objetivos deste trabalho:

- ⊖ Caracterizar os idosos e os funcionários de uma instituição para idosos, segundo critérios sociodemográficos e de funcionalidade dos idosos;
- ⊖ Identificar e analisar o padrão de atendimento e suas relações com padrões comportamentais de autonomia ou dependência em idosos institucionalizados, em situações específicas (banho, alimentação e medicação);
- ⊖ Analisar as concepções dos funcionários quanto à dependência, à competência e ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado.

# MÉTODOS

## **1. Sujeitos**

Os sujeitos desta pesquisa são funcionários que prestam assistência aos idosos residentes em um abrigo de velhos situado em uma cidade do interior do Estado de São Paulo e os idosos cuidados por eles.

## **2. Caracterização do Ambiente**

A investigação foi realizada em um Abrigo de Velhos, mantido por religiosos, localizado em um bairro do município de São Carlos-SP, com capacidade para atender 33 idosos, sendo 15 vagas para homens e 18 para mulheres. No momento a instituição abriga em regime aberto de internato 27 idosos, sendo 13 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, entre 55 e 92 anos. Os requisitos para admissão na instituição são: ter no mínimo 60 anos, embora atualmente a instituição conte com um idoso de 55 anos; não ser portador de doenças contagiosas e não ser dependente físico e/ou mental; contribuir com 90% de seus recebimentos e/ou contribuições familiares. Todos são entrevistados por uma assistente social e as admissões são submetidas à direção.

Com relação aos recursos humanos, a instituição conta com uma diretora administrativa, residente na instituição; uma assistente social contratada por 20 horas

semanais; uma terapeuta ocupacional (20 horas semanais); quatro atendentes de enfermagem (duas contratadas em sistema de rodízio para plantão noturno e duas para o plantão diurno com 40 horas semanais de trabalho); três faxineiras (40 horas semanais); uma lavadeira (40 horas semanais); duas cozinheiras (40 horas semanais). Além disso, a instituição conta com o auxílio de um médico geriatra cedido pela prefeitura, que visita a instituição semanalmente, prescreve medicação e encaminha para exames e hospitalizações; uma professora de corte e costura e matelassê que oferece cursos à comunidade; dois presidiários, que cumprem parte de sua pena com prestação de serviços, cuidando da horta e realizando pequenos consertos no asilo.

Quanto à rotina da instituição, os idosos podem sair para passear, visitar amigos e parentes, assistir à televisão e ouvir música sem restrição de horário. A alimentação é servida em horários fixos para o café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite. A medicação é administrada pela atendente de enfermagem, segundo prescrição médica.

A instituição mantém horários fixos no período da manhã, tarde e noite para que familiares e amigos visitem os idosos diariamente, embora o horário não seja rígido.

Quanto ao ambiente físico (ANEXO I), a instituição tem formato de “U”. Na parte frontal há um refeitório, a recepção, a sala de cursos e a de televisão. Na lateral esquerda

ficam a cozinha e a dispensa, quatro banheiros e cinco quartos femininos e na lateral direita ficam a secretaria, o banheiro dos funcionários e a enfermaria, a suite da diretora administrativa, três banheiros e quatro quartos masculinos. Há no fundo do terreno uma área de despejo e uma lavanderia. No terreno lateral direito fica uma grande horta. Entre as alas masculina e feminina há um pátio com árvores e bancos. A instituição possui boa iluminação natural e é bem arejada e ventilada. A iluminação artificial dos quartos é bastante deficiente. Segundo informação dos funcionários, são utilizadas lâmpadas com 40 watts, para não atrapalhar os outros idosos do quarto, quando algum deles se levanta à noite. Os móveis são antigos e na sua grande maioria de cor escura.

Cada quarto abriga em média três idosos. Há um quarto na ala masculina com seis leitos. Em geral, a distribuição dos idosos por quarto é feita procurando manter idosos dependentes com idosos independentes, embora este critério não seja rígido.

### **3. Procedimento**

Após termos realizado contato com a instituição com a finalidade de solicitar permissão para o desenvolvimento desta pesquisa, iniciamos um estudo piloto para podermos definir o que, quando, como e quem observar. Realizamos

observações sistemáticas dos idosos e dos funcionários que prestam assistência direta a eles. Quanto aos idosos foram descritas as atividades diárias por eles desenvolvidas, registradas em um impresso próprio (ANEXO II). Esse impresso era composto por dados de identificação do idoso, grau de dependência e período e data da observação assim como horário e descrição da atividade. Foram sorteados um idoso dependente total, um idoso dependente parcial e um idoso independente para serem observados. Foi realizada apenas uma observação para cada idoso sorteado durante o período das 7 às 20 horas. Quanto aos funcionários foram descritas as atividades diárias que realizam na instituição, registradas também em um impresso próprio (ANEXO III) contendo nome do funcionário, período e data da observação, assim como horário e descrição da atividade. Foram observados os dois atendentes de enfermagem que trabalham na instituição no período diurno, e os dois plantonistas que trabalham no período noturno. A observação foi realizada das 7 às 17h 30m para os que trabalham no período diurno e das 17h 30m às 20 horas para as que trabalham no período noturno (Após esse horário, os idosos dormem e o plantonista presta cuidado apenas se solicitado, o que ocorre com pouca frequência.). Foi realizada uma sessão de observação para cada funcionário. O objetivo desta etapa foi identificar a rotina de atividades que são desenvolvidas tanto pelos idosos quanto

pelos funcionários. Houve nesse momento uma preocupação com o que faziam e não com o como faziam.

Pudemos verificar através dessas observações iniciais que as atividades desenvolvidas pelos funcionários estão concentradas no período da manhã (das 7 às 12 horas) quando ocorrem café da manhã, banho, medicação, corte de unhas e almoço. Portanto o foco central de observação deveria ser o funcionário que trabalha no período diurno pois é ele quem desempenha o maior número de cuidados prestados aos idosos. No período da manhã, o banho, a medicação e o almoço são as atividades de rotina desempenhadas diariamente pelo funcionário.

Com base neste estudo piloto, pudemos então caracterizar com maior clareza o procedimento a ser adotado neste trabalho, conforme descrição a seguir.

### **3.1 Procedimento para coleta e análise dos dados**

#### **a) Quanto à caracterização dos sujeitos**

Foram preenchidas a “FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO” (ANEXO IV), através de entrevistas previamente marcadas e a “FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO” (ANEXO V), através dos dados do prontuário existente na instituição e de entrevista com o mesmo quando os dados do

prontuário não estavam claros ou completos. A ficha de identificação do funcionário continha dados como nome, idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho na instituição, horário de trabalho, formação e atividade que executa. A ficha de identificação do idoso continha dados como nome, idade, sexo, etnia, grau de instrução, estado civil, religião, tempo de moradia na instituição e grau de dependência. Quanto ao grau de dependência foi considerado dependente total o idoso que desempenhava apenas 3 atividades de vida diária, dependente parcial aquele que desempenhava entre 4 e 7 atividades e independente os idosos que desempenhavam 8 ou mais atividades de vida diária. A ficha de caracterização dos idosos no que diz respeito ao grau de dependência foi adaptada da literatura sobre atividades de vida diária e das observações preliminares que indicavam atividades específicas do grupo a ser estudado.

#### **b) Quanto às observações**

O período anterior às sessões de observação propriamente ditas, em que realizamos o estudo piloto, facilitou o relacionamento do observador com o funcionário. Foi explicado aos funcionários que iríamos realizar observações da interação entre ele e o idoso. Porém o objetivo central da pesquisa não foi explicitado para não haver interferência nos dados.

As observações não foram realizadas em um único local, pois dependiam do tipo de atividade e do local onde o funcionário prestava assistência ao idoso, variando entre o refeitório, o dormitório, o banheiro, o pátio e a sala, principalmente.

Foram observadas, pela própria autora deste trabalho, todas as atividades realizadas pelo funcionário, no período das 7 às 12 horas, marcando-se o tempo de início e término de cada atividade e registrando-se os diálogos mantidos por ele. Foi realizado o registro cursivo do comportamento do funcionário e do idoso em um impresso denominado “PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO”. Esse protocolo continha nome do observador, data da observação, nome do sujeito observado, horário, descrição do ambiente físico e social do idoso e a descrição detalhada da observação, assim como a situação observada (banho, alimentação e medicação) (ANEXO VI).

O número de observações realizadas não foi definido a priori. Procuramos obter o maior número de interações entre funcionários e idosos. Interrompemos as observações quando os dados já se repetiam e quando os dados já eram significativos para a análise pretendida.

Em 20% das sessões houve um segundo observador, treinado previamente, para que pudéssemos testar posteriormente a fidedignidade dos dados. Esse observador era uma estudante

do Curso de Graduação em Enfermagem, que já havia estagiado nesta instituição durante a realização prática da disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso e realizava um projeto de iniciação científica caracterizado como projeto piloto deste trabalho. Após orientação verbal sobre o procedimento, ela realizou algumas observações anteriores para que pudéssemos verificar as dúvidas e corrigi-las antes das observações propriamente ditas.

Após a coleta de dados de observação, os registros de ocorrência foram categorizados de acordo com padrões de interação.

Os comportamentos do funcionário foram categorizados em dois padrões:

**Padrão A:** Através de comunicação verbal ou não verbal, o funcionário permite, reforça ou instiga comportamentos de independência do idoso, definidos em termos de iniciar ação de autocuidado, obstar ações de proteção ou cuidado desnecessário por parte do atendente e responder a instigações de autonomia.

**Padrão D:** Através de comunicação verbal ou não verbal, o funcionário permite, reforça ou instiga comportamento de dependência do idoso, definida em termos de responder a instigações de dependência e obstar ações do funcionário instigadoras de autonomia compatível com sua funcionalidade física.

Os comportamentos do idoso foram agrupados também em dois padrões :

**Padrão A:** Autonomia.

**Padrão D:** Dependência.

A continuação desses padrões permitiu gerar quatro categorias de interação, onde a primeira letra corresponde ao idoso e a segunda letra ao funcionário:

**AA- MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA:** O idoso emite um comportamento de autonomia e o funcionário através de comunicação verbal ou não verbal permite, reforça ou instiga o comportamento de independência do idoso. Exemplos:

“Funcionário dá o remédio na mão de idoso. Idoso diz que vai tomar depois. Funcionário diz: Olha lá, cuidado para não perder o remédio e vê se toma mesmo, hein! ”

“Idoso enxuga-se”

“Idoso enxágua-se”

“Idoso pede para funcionário não lavar o cabelo. Funcionário não lava”

“Idosa come sozinha”

**DA- ESTÍMULO À AUTONOMIA:** O idoso emite um comportamento de dependência ou não está emitindo nenhum

comportamento relevante a esta análise e o funcionário através de comunicação verbal ou não verbal permite, solicita ou instiga um comportamento de independência do idoso. Exemplos:

“Funcionário pede para idoso que está deitado sentar, idoso senta”

“Funcionário apresenta o sabonete para o idoso, ele pega e se ensaboia sem ajuda”

“Funcionário pede para idoso erguer o braço, idoso ergue”

“Funcionário apresenta a calcinha para idoso, idoso pega-a e veste-a”

“Funcionário coloca a colher na mão de idoso, pede que coma sozinho. Idoso o faz”

“Funcionário pede para idoso comer sozinho. Idoso o faz”

**AD- ESTÍMULO À DEPENDÊNCIA:** O idoso emite um comportamento de autonomia e o funcionário através de comunicação verbal ou não verbal interrompe, permite ou instiga um comportamento dependente do idoso. Exemplos:

“Idoso está comendo sozinho, funcionário se aproxima dele e diz: Olha só que sujeira! Funcionário pega a colher da mão do idoso e começa a dar comida em sua”

“Idoso está comendo, funcionário pega a colher de sua mão e dá comida em sua boca”

“Idoso coloca a mão na face, procurando abrir as pálpebras para funcionário pingar colírio. Funcionário tira a mão do idoso”

“Funcionário põe o remédio na boca do idoso. Idoso diz: O doutor não deu esse remédio! Funcionário coloca a água na boca do idoso. Idoso engole o remédio”

“Idoso está se ensaboando. Funcionário pede o sabonete para idoso e o ensaboa”

“Idoso começa a enxugar-se. Funcionário pega a toalha do idoso e diz: Deixa que eu faço isso!”

**DD- MANUTENÇÃO DA DEPENDÊNCIA:** O idoso emite um comportamento de dependência e o funcionário através de comunicação verbal ou não verbal permite, reforça ou instiga um comportamento de dependência do idoso, em situação em que o idoso poderia atuar sozinho ou com pequena ajuda. Exemplos:

“Idoso está sentado à mesa, funcionário serve o prato pronto para o idoso”

“Funcionário dá comida na boca do idoso”

“Funcionário coloca o sapato no idoso”

“Funcionário penteia o cabelo do idoso”

“Funcionário pega a roupa para o idoso”

“Funcionário dá a medicação para o idoso”

O quadro abaixo apresenta essas quatro possibilidades de padrão de interação entre o funcionário e o idoso.

Quadro 1 - Padrão de interação entre funcionário e idoso.

I \ F	F	A	D
A		$\vec{AA}$	<del><math>\vec{AD}</math></del>
D		<del><math>\vec{DA}</math></del>	$\vec{DD}$

onde A= Autonomia, D= Dependência,  $\vec{\phantom{A}}$  Manutenção  $\swarrow$  Estímulo  
 F= Funcionário I= Idoso

Os dados foram analisados e categorizados em separado por atividade, ou seja, banho, medicação e alimentação.

Essas categorias foram submetidas à apreciação de um profissional da área de Psicologia. Feitas as devidas correções, partimos para a análise estatística dos dados.

Para o tratamento estatístico utilizamos a distribuição de frequência e porcentagem de todas as categorias.

### c) Quanto às entrevistas

Durante a fase precedente às entrevistas, foram realizadas observações da interação funcionário-idoso em três situações específicas banho, alimentação e medicação. Os resultados encontrados durante a fase de observações nos levaram a refletir que os comportamentos apresentados pelos funcionários, no cuidado aos idosos, eram permeados por crenças e concepções que tinham sobre a dependência na gerontologia. Sentimos necessidade de entender melhor o contexto social dessa interação, identificando a concepção do

funcionário sobre a dependência, a competência e o cuidado prestado ao idoso institucionalizado.

Procuramos então resgatar o contexto real da interação funcionário-idoso, gravando em vídeo uma situação de cuidado ao idoso institucionalizado, dentre as observadas durante a coleta de dados de observação. O enfoque principal foi o cuidado prestado a idosos dependentes parcialmente, em interação com atendentes de instituição.

#### - A elaboração do filme

Diante dos dados de observação, o primeiro passo foi a escolha da situação que subsidiaria o roteiro do filme. Escolhemos a situação de alimentação porque, primeiro, os comportamentos envolvidos na situação de medicação eram muito reduzidos e, segundo, porque na situação de banho, embora houvesse um rol extenso de comportamentos, a situação de filmagem poderia trazer constrangimento para os protagonistas. A alimentação era pois uma situação adequada para servir de base para a elaboração do filme. Partimos, então, para a elaboração do roteiro tomando por base as situações observadas anteriormente (ANEXO VII) e que, resumidamente, foram as seguintes: “os idosos recebem pratos já prontos durante a refeição”; “funcionária pede para idosa comer senão ela terá que tomar injeção”; “idoso deixa cair alimento na roupa e no chão e funcionária salienta a sujeira que idoso faz e pega a colher da mão do idoso e começa a dar comida na boca do mesmo”; “Diretora intervém pedindo que a

funcionária deixe o idoso comer sozinho, e a funcionária diz que idoso não consegue e que faz muita sujeira”; “Idosa come lentamente quando a funcionária se aproxima e diz que idosa come muito devagar e pega o talher da mão da idosa e começa a dar comida para ela”; “Quando a diretora pede para a funcionária não dar comida na boca da idosa, funcionária responde que idosa come muito devagar e que se deixar ela não come nada e não nunca”; “Uma funcionária diz para outra funcionária que a diretora não quer que dê comida para eles, mas que eles demoram muito e fazem muita sujeira”; “Idosa se levanta e diz que vai ao banheiro, e funcionária diz que vai levá-la”; “Idosa termina de almoçar, levanta-se e diz que vai levar o prato na cozinha, porque quer ajudar, e funcionária pede para idosa ir assistir televisão bem quietinha e deixar que a funcionária leve o prato na cozinha” . Procuramos selecionar algumas situações que caracterizavam estímulo e/ou manutenção de comportamentos dependentes.

O segundo passo foi a escolha dos atores. Num primeiro momento pensamos em utilizar os idosos que fazem parte do Grupo da Terceira Idade de uma cidade do interior e filmar em uma situação teatral a encenação do grupo. Definimos posteriormente que essa seria uma situação de certa forma distante de um contexto real. Foi então que decidimos trabalhar em termos teatrais, com alguns dos idosos desse grupo. Eles foram indicados pela sua presidência e já haviam participado de algumas oficinas de teatro anteriormente. Realizamos a filmagem em ambiente natural, ou seja , em um

asilo de velhos e não num cenário adaptado. Esse asilo serviu como cenário para a filmagem e os idosos moradores deste asilo serviram como atores coadjuvantes. O papel das funcionárias do asilo foi representado por duas integrantes de um grupo de teatro (Pegando N'Arte) de Matão, cidade do interior de São Paulo.

Solicitamos a colaboração de dois professores de teatro, integrantes do Grupo Pegando N'Arte, para dirigirem a peça. Depois de discutirmos o objetivo do trabalho e o roteiro do filme, partimos para os ensaios.

Os ensaios foram realizados aos sábados das 14:30 às 17 horas, dia e horário disponíveis para os integrantes do grupo. Nos dois primeiros dias de ensaio foram feitas sessões de "laboratório", em que os idosos realizavam exercícios de memória, voz, posicionamento no palco, interação com os personagens, memorização, expressão e postura. No final dos laboratórios, os idosos deveriam criar uma cena de como imaginavam que seria a peça. Só depois, foi apresentado o roteiro, e os ensaios subsequentes se fixaram no roteiro estabelecido.

Foram realizadas 10 sessões de ensaio, sendo que nas últimas sessões os ensaios foram gravados em vídeo. Essas gravações foram feitas com dois objetivos: um se referia à utilização do vídeo como recurso didático, onde eles pudessem perceber as dificuldades, os erros e os acertos de cena, e o outro objetivo foi acostumá-los a representar diante das câmeras.

No término dessa etapa, partimos para a filmagem propriamente dita que como já dissemos, foi realizada em um asilo, junto com os idosos, em horário de almoço. O filme foi produzido por uma empresa especialmente contratada (Digimagem Vídeo Produções Ltda), totalizando aproximadamente seis horas de gravações e vinte horas para edição final.

A trilha sonora do filme também foi escolhida com cautela. Procuramos escolher peças que tivessem relação com a questão do envelhecimento. Para a abertura escolhemos a música Carolina de Chico Buarque de Holanda, no trecho “A vida passou na janela e só Carolina não viu.” e para o encerramento a música orquestrada “A Banda”, do mesmo compositor, com ritmo mais alegre objetivando evocar a conhecida mensagem dessa obra, segundo a qual a velhice é uma questão (também) subjetiva, pois esquecendo a idade de lado é possível agir como moço (“o velho fraco se esqueceu do cansaço e pensou que ainda era moço para sair no terraço e falou...”).

Este procedimento levou à elaboração de um vídeo em VHS de aproximadamente seis minutos, tendo como enfoque principal o cuidado prestado a idosos dependentes parciais, em situação de alimentação, em que o cuidador estimula a dependência. A partir da produção do filme, partimos então para as entrevistas.

- As entrevistas propriamente ditas

A escolha dos itens do roteiro de entrevista foi realizada a partir da literatura e de questões levantadas durante

a fase das observações de campo. O roteiro de entrevista foi testado previamente com uma atendente de enfermagem de um Hospital Geral de uma cidade do interior de São Paulo, com uma jovem de 20 anos que cuida de um idoso dependente em casa, e com um professor universitário da área de exatas. Objetivou-se dessa forma efetuar as correções necessárias para que tivesse uma relação clara e precisa com o filme que seria apresentado previamente às entrevistas e uma adequação quanto aos objetivos propostos para esta etapa do trabalho. A partir das correções, o roteiro ficou composto de 20 questões. A primeira questão solicitava a opinião dos entrevistados quanto ao filme , as questões 2, 3 e 4 referiam-se à dependência do idoso (se todos os idosos são dependentes, em que faixa etária mais ocorre a dependência e em que outras épocas da vida a pessoa pode ser dependente, ou seja, verificar a opinião dos funcionários quanto à dependência e o curso de vida) e a questão 16 ao sentimento do idoso dependente. As questões 9, 10, 11, 12,13,14 e 15 diziam respeito à competência do idoso, e as questões 5, 6, 7, 8, 17, 18 e 19 relacionavam-se ao cuidado prestado pelo funcionário. As questões 6 e 7 referiam-se ao sexo do cuidador, as de número 5 e 19 à forma como os funcionários cuidam, a questão 8 às dificuldades que encontram para cuidar de idosos dependentes e as questões 17 e 18 relacionavam-se às qualidades dos cuidadores . Finalmente a questão 20 deixava em aberto outros comentários que o entrevistado gostaria de tecer. (ANEXO VIII)

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade e preferência dos entrevistados.

Foram realizadas no quarto da diretora administrativa do Asilo, onde foram instalados os recursos audiovisuais necessários. A escolha do local foi sugerida pela própria diretora em função de termos solicitado um local onde não houvesse interferência de outras pessoas durante as entrevistas e que não atrapalhasse a rotina de trabalho dos funcionários. Apenas a entrevista com o médico geriatra foi realizada no laboratório do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, por ter sido feita posteriormente e os equipamentos do Abrigo não estarem mais disponíveis.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora. Antes do início de cada uma era explicitado o objetivo da mesma, o objetivo do filme, assim como o sigilo na identificação do funcionário entrevistado.

Após o funcionário assistir ao filme, as entrevistas eram iniciadas, marcando-se ocorrência o início e o término de cada uma, assim como o nome do funcionário. Pretendíamos inicialmente realizar entrevistas com todos os funcionários da instituição, porém, em função de alguns funcionários que ali trabalhavam no período em que realizamos as observações não pertencerem mais ao quadro funcional da instituição, decidimos também entrevistar as atendentes de enfermagem que, embora não sendo mais funcionárias, tinham sido observadas no início deste trabalho. Além disso, entrevistamos também um professor de fisioterapia que tem prestado atendimento semanalmente na instituição, e o médico geriatra

do Centro de Saúde local que atende os idosos do Abrigo, pelo fato de o Geriatra anterior, que era cedido pela prefeitura e prestava atendimento aos idosos, não estar atendendo ao Abrigo. De todos os funcionários atuais, apenas uma funcionária não pôde ser entrevistada, por se encontrar afastada por problemas de saúde.

Portanto foram realizadas 15 entrevistas com funcionários, sendo 11 funcionários fixos da instituição (uma pedagoga que é diretora administrativa da instituição, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, três atendentes de enfermagem, uma cozinheira, uma auxiliar de cozinha e três faxineiras), um fisioterapeuta que presta atendimento ocasional aos idosos do Abrigo, um geriatra que atende os idosos no Centro de Saúde e duas ex-atendentes de enfermagem da instituição.

O tempo de duração das entrevistas variou entre 20 minutos a uma hora, sendo em média 34 minutos cada.

O material utilizado para as entrevistas constou de um roteiro que serviu de orientação para a entrevistadora, um gravador, nove fitas cassetes de 60 minutos, o filme gravado em vídeo, um aparelho de televisão e um de vídeo cassete.

A análise das entrevistas foram feitas a partir de três grandes tópicos que serviram de orientação geral para os entrevistados: a dependência, a competência e o cuidado prestado ao idoso. Após termos transcrito em protocolos de respostas cada entrevista, procuramos agrupar esses protocolos em temas gerais. A partir disso procuramos desenvolver a análise do discurso dos funcionários para cada tema.

# **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 1. Quanto à Caracterização dos Sujeitos

### — Os Funcionários

A instituição conta com 13 funcionários fixos e um médico geriatra cedido pela Prefeitura Municipal que visita a instituição semanalmente. O corpo técnico da instituição é composto por uma diretora administrativa, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, todas com 3º grau completo e idade entre 30 e 40 anos. Com exceção da assistente social que trabalha na instituição há mais de 7 anos, as outras trabalham neste local há menos de um ano, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos funcionários da instituição

	FORMAÇÃO	ATIVIDADE	IDADE	SEXO	INSTRUÇÃO	TEMPO DE TRABALHO
1	atendente	atendente	36	fem.	1º grau inc.	-1 ano
2	professora	diretora	38	fem.	3º grau	-1 ano
3	T.O.	T.O.	32	fem.	3º grau	-1 ano
4	atendente	atendente N	42	fem.	1º grau inc.	6 anos
5	assist. social	assist. social	34	fem.	3º grau	7 anos
6		faxineira	39	fem.	1º grau inc.	2 anos
7		cozinheira	34	fem.	1º grau inc.	1 ano 9 meses
8		lavadeira	63	fem.	analfabeta	-1 ano
9		aux. cozinha	30	fem.	1º grau inc.	-1 ano
10		faxineira	34	fem.	1º grau inc.	-1 ano
11	atendente	atendente	40	fem.	1º grau comp.	-1 ano
12	atendente	atendente N	30	fem.	1º grau comp.	-1 ano
13		faxineira	47	fem.	1º grau inc.	-1 ano

Os serviços de apoio são realizados por uma lavadeira, duas plantonistas, duas cozinheiras, três faxineiras e duas atendentes de enfermagem. A idade dessas funcionárias varia entre 30 e 63 anos, sendo que a maioria apresenta baixo grau de instrução (primeiro grau incompleto). O quadro de funcionários parece ser bastante variável, pois a maioria dos funcionários trabalha na instituição há menos de um ano. Conversando com alguns funcionários pudemos verificar que, segundo eles, o pouco tempo de permanência no serviço ocorre principalmente pelo baixo salário, muito trabalho e dificuldades em se adaptar com os problemas trazidos pelo processo de envelhecimento dos idosos. Em depoimento, uma funcionária disse: “Para trabalhar com velhos tem que gostar e ter dom”.

Todos os funcionários fixos da instituição são mulheres. De acordo com Meyer (1993) o cuidado sempre foi uma atribuição predominantemente feminina. Prata e Yazaki (1991) ressaltam que o cuidado ao idoso é uma tarefa majoritariamente desempenhada por mulheres. Nesta instituição, o cuidado aos idosos é desempenhado basicamente pelas atendentes de enfermagem e pelas plantonistas. As funcionárias da faxina, quando solicitadas pelas atendentes, auxiliam no cuidado ao idoso.

## — Os Idosos

A instituição abriga, em regime semi-aberto de internação, 27 idosos sendo 14 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idade que varia de 55 a 92 anos. A maior concentração encontra-se na faixa etária entre 65 e 75 anos. A maioria dos idosos é alfabetizada, porém não chegou a completar o primeiro grau. Do total, 4 idosos são analfabetos. O baixo nível de escolaridade entre idosos também foi observado por Yazaki, Melo e Ramos (1991), no trabalho “Perspectivas do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso”.

Quanto ao estado civil a maioria das mulheres é solteira (57,1%), sendo as restantes viúvas. Os homens são solteiros (38,4%), viúvos (30,8%) e separados (30,8%). Neste grupo não houve nenhuma mulher separada. Zarit (1990) assim como Yazaki, Melo e Ramos (1991) apontam que a decisão da institucionalização está relacionada com as dificuldades encontradas nos arranjos familiares: morte do cônjuge, dificuldades em desempenhar as tarefas de cuidar, incapacidade física e/ou financeira do idoso, problemas de relacionamento entre cuidador e idoso, entre outros. A alta porcentagem de pessoas solteiras e viúvas na instituição estudada, talvez possa explicar, embora não tenhamos

analisado essa relação, uma das causas da institucionalização desses idosos.

Quanto à religião a maioria é católica, tanto os homens quanto as mulheres, embora a proporção de católicos seja maior para homens (quatro ou 28,6% das mulheres são protestantes). Os resultados obtidos por Goldstein e Neri (1993) mostraram uma percepção de aumento de religiosidade com a idade e enfatizam que “atitudes e atividades religiosas podem vir a ser percebidas como ocupando um lugar mais central na vida de uma pessoa mais velha, quando outras atividades e envolvimento são diminuídos por causa da aposentadoria, viuvez ou término de responsabilidade e papéis ligados à parentalidade” (p. 102).

O grau de dependência dos idosos foi medido neste estudo através do desempenho nas atividades de vida diária. Foram consideradas doze atividades de vida diária: comer, tomar banho, pentear-se, cortar as unhas, vestir-se, deitar/levantar da cama, andar no plano, subir escada, ir ao banheiro, pegar ônibus, ir andando a um lugar perto do abrigo e tomar medicação. Procuramos identificar se o idoso realiza sem ajuda ou com ajuda tais atividades. Além disso, procuramos identificar se ele, apesar da ajuda do funcionário, consegue ou não desempenhá-las sozinho.

Consideramos idoso independente aquele que consegue desempenhar mais do que oito dessas atividades, idoso dependente parcial aquele que consegue desempenhar entre quatro e sete AVDs, e dependente total aquele que consegue desempenhar até três AVDs sem ajuda.

O Quadro 3 apresenta as atividades realizadas pelos idosos sem ajuda. Podemos verificar que para os idosos do sexo masculino (N=13), temos 11 (84,6%) independentes, 1 (7,7%) dependente total. Para as mulheres idosas (N=14) temos 9 (64,3%) independentes, 4 (28,6%) dependentes parciais e 1 (7,1%) dependente total. Podemos verificar que a maioria dos idosos desempenha mais do que oito AVDs sem ajuda. É interessante notar, porém, que o total de atividades que os idosos desempenham sem ajuda é maior para homens do que para mulheres. Nesta amostra, portanto, a dependência é mais acentuada nas mulheres do que nos homens. Fu, Hinkle e Hanna (1986) encontraram resultado similar: demonstraram que a dependência tende a ser uma característica feminina. Segundo os autores, talvez essa tendência seja devida ao encorajamento social à passividade culturalmente mais forte para as mulheres do que para os homens, o que como consequência leva provavelmente a uma maior dificuldade para os homens em aceitar a dependência do que para as mulheres.



As atividades que a maioria dos idosos mais realizam sem ajuda são: comer, andar no plano, deitar/levantar e tomar medicação. Cabe ressaltar que tomar medicação sem ajuda foi considerada, neste trabalho, como a capacidade do idoso em pegar a medicação da mão do funcionário e colocá-la na boca, e com ajuda quando o funcionário coloca a medicação na boca do idoso uma vez que as medicações são administradas pelos funcionários e não ficam sob controle dos idosos.

As atividades que os idosos mais realizam com ajuda são cortar as unhas, pegar ônibus e ir andando a um lugar perto do abrigo, tanto para homens quanto para mulheres.

Através de entrevistas com funcionários e idosos procuramos verificar se o idoso, apesar de realizar atividades com ajuda do funcionário, ainda consegue desempenhá-las sozinho. Verificamos que, em algumas atividades, apesar de o idoso receber ajuda do funcionário, ele consegue desempenhar sozinho. Isso foi verificado principalmente nas atividades: tomar banho, pentear o cabelo e vestir-se. Já para as atividades pegar ônibus, ir a um lugar perto do abrigo e cortar as unhas os idosos relataram não conseguir realizá-las sem ajuda do funcionário.

Parece que a competência do idoso para desempenhar determinadas tarefas é subestimada e em geral se

ele não consegue desempenhar uma delas, é rotulado de dependente, e o atendente de enfermagem tende a ajudá-lo em todas as outras atividades. Seria preciso considerar o comportamento específico de dependência em uma dada situação e trabalhar no sentido de estimular a autonomia do idoso. Acreditamos que essa tendência em generalizar a dependência do idoso poderia, assim, diminuir. É preciso, conforme propõem Gewirtz, 1972 e Cairns, 1972, apud Baltes e Reinzeisen (1986), olhar para os comportamentos concretos e suas interrelações.

## **2. Quanto às Observações**

As observações foram realizadas durante um mês, no período das 7 às 12 horas. Ao chegarmos à instituição, acompanhávamos o funcionário em suas atividades. Realizamos o registro cursivo da interação funcionário-idoso, assim como o início e término de cada atividade.

Foram observados três tipos de atividades: medicação, alimentação e banho.

O Quadro 4 apresenta o número de observações realizadas para cada atividade e a duração média das observações. Foram realizadas 360 sessões de observação,

sendo 240 (66,7%) em situação de medicação, 18 (5%) em situação de alimentação e 102 (28,3%) de banho. No total foram 3.219 minutos de observação obtidos ao longo de um mês. Em 20% das sessões de observação tínhamos um segundo observador, treinado previamente. A concordância entre os dois observadores foi demonstrada como sendo satisfatória (90,6%).

Quadro 4 - Número de observações realizadas e a duração média para os três tipos de atividades observadas: medicação, banho e alimentação.

Tipo de Atividade	Número de observações realizadas	Duração média das observações (minutos)
Medicação	240	1,14
Alimentação	18	35
Banho	102	16,85

Estas observações foram categorizadas de acordo com o padrão de interação apresentado pelo funcionário e pelo idoso, segundo a atividade realizada. Foram identificados quatro tipos de padrão de interação: manutenção da autonomia (AA); estímulo à autonomia (DA); estímulo à dependência (AD) e manutenção da dependência (DD).

A seguir serão apresentados os resultados obtidos em cada atividade observada.

## 2.1 Situação de Medicação

Foram observadas 240 situações de medicação, variando entre 1 a 7 minutos de duração (em média 1,14 minutos) cada. Essas situações foram categorizadas em manutenção da autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência, totalizando 284 ocorrências.

A Figura 1 apresenta o número de ocorrências para cada padrão de interação na situação de medicação.

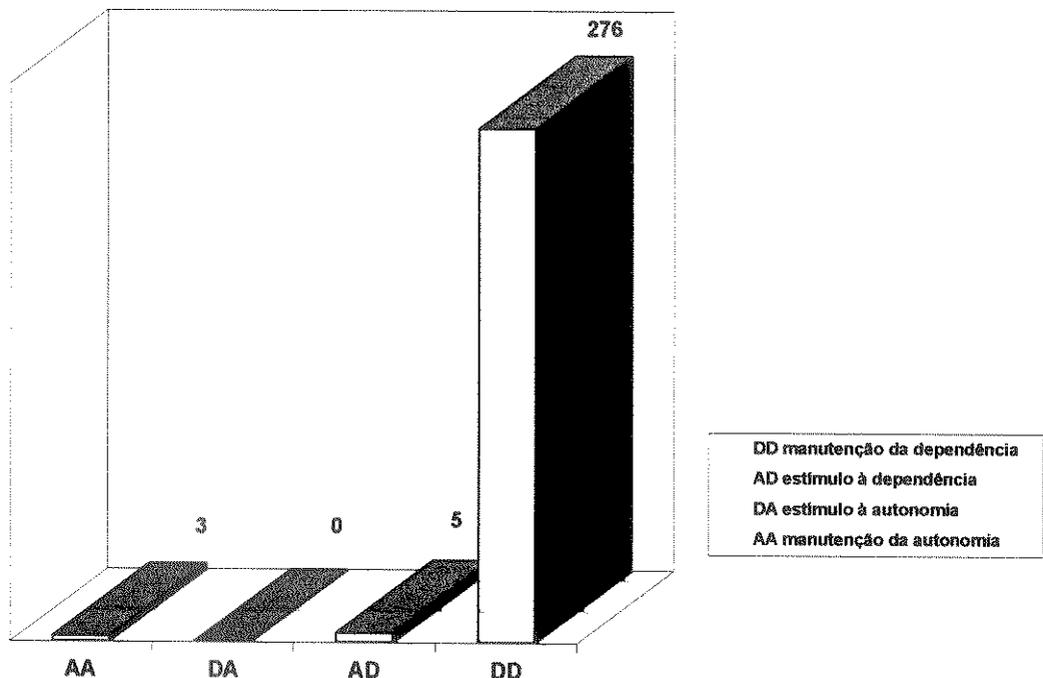


Figura 1 - Número de ocorrências para cada padrão de interação na situação de medicação.

Podemos observar que na situação de medicação, o número de ocorrências de manutenção da dependência é muito maior do que para as outras três ocorrências. Cabe ressaltar, no entanto, que a administração da medicação é feita pela instituição. Segundo as normas e rotinas institucionais, o idoso depende do funcionário para tomar a medicação. Portanto, o fato de o idoso receber a medicação do funcionário foi considerado um padrão de dependência, não importando se é o idoso quem coloca a medicação na boca ou se é o funcionário quem coloca a medicação na boca do idoso.

Se analisarmos os dados apresentados no quadro 3 sobre o grau de dependência dos idosos, podemos notar que a maioria dos idosos consegue, sem ajuda, tomar a medicação, embora a instituição padronize este comportamento como uma norma comum a todos: a medicação é administrada pelo funcionário.

O Quadro 5 apresenta o número de ocorrências e a descrição dos padrões de interação de manutenção da autonomia. Esses padrões são:

“I ajuda F a pingar o colírio, segurando as pálpebras com as mãos. Funcionária diz: *Aí!*”;

“F dá o remédio na mão de I. I diz: *Vou tomar depois do leite.* F diz: *Olha lá, cuidado para não perder o remédio e vê se toma mesmo, hein?*”;

“F diz: Olha o remédio! Vou deixar aqui, depois você toma. F põe o remédio sobre a mesa, ao lado do copo de leite e sai”.

Quadro 5 - Número de ocorrências e descrição do padrão de interação de manutenção da autonomia observados na situação de medicação.

Descrição	Nº de Ocorrências
I ajuda F a pingar o colírio, segurando as pálpebras com a mão. F diz: Aí!	1
F dá o remédio na mão de I. I diz: Vou tomar depois do leite. F diz: Olha lá!, I, cuidado para não perder o remédio e vê se toma mesmo, hein? I diz: Pode deixar!	1
F diz: Olha o remédio! Vou deixar aqui, depois você toma. F põe o remédio sobre a mesa, ao lado do copo de leite e sai.	1
<b>T O T A L</b>	<b>3</b>

Neste caso, independentemente da adequação ou não do comportamento do funcionário, o fato é que o funcionário permitiu que o idoso escolhesse o horário que considerava mais apropriado para tomar a medicação. Além disso, quando o idoso emitiu um comportamento de participação na interação, procurando ajudar o funcionário a pingar o colírio, o funcionário reforçou com a expressão “Aí!”. Em resumo, quando o idoso emitiu um comportamento de autonomia, o funcionário permitiu ou reforçou o comportamento de independência do idoso.

Na atividade de medicação não houve nenhum padrão de estímulo à autonomia, ou seja, não foi observado nenhum comportamento de dependência emitido pelo idoso em

que o funcionário solicitasse ou instigasse um comportamento de independência do idoso.

O Quadro 6 apresenta o número de ocorrências e a descrição dos padrões de interação de estímulo à dependência na situação de medicação.

Quadro 6 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de estímulo à dependência observados na situação de medicação.

Descrição	Nº de Ocorrências
. F segura a cabeça de I. I coloca a mão na face, procurando abrir as pálpebras. F tira a mão de I. Abre suas pálpebras e pinga o colírio.	1
. F põe o remédio na boca de I. I diz: Eu não sei que remédio é esse. O doutor não deu esse remédio! F coloca água na boca de I. I toma.	1
. I coloca a mão na face, procurando abrir as pálpebras para F pingar colírio. F tira a mão de I.	1
. F vai dar o remédio para I. I diz: Depois eu tomo! Agora quero tomar banho. F diz: Nada disso! Toma agora senão você me atrasa. Eu preciso ir dar banho nos outros. Deixa de onda e toma já!	1
. F diz que quer tomar o remédio depois. F diz que não, que é para tomar antes do banho, assim ele pode fazer xixi no banheiro, porque é lasix.	1
<b>T O T A L</b>	<b>5</b>

Foram observadas situações como: “Idoso segura a pálpebra com a mão para funcionária pingar o colírio, funcionária tira a mão de idoso” (2); “Idoso diz que quer tomar o remédio depois, funcionária diz que não” (2); “Idoso diz que o seu remédio é maior, funcionária diz que não e dá o remédio para idoso” (1).

O Quadro 7 apresenta o número de ocorrências e a descrição dos padrões de interação de manutenção da dependência, ou seja, quando o idoso emite um comportamento de dependência e o funcionário, através de comunicação verbal ou não verbal, permite, reforça ou instiga um comportamento de dependência do idoso. Esses padrões de interação são:

“Funcionário põe o remédio na mão do idoso e o idoso o coloca na boca. Funcionário dá água na mão do idoso. Idoso toma o remédio e devolve o copo para o funcionário”;

“F coloca o remédio na boca de I e dá água na boca de I”;

“F pinga o colírio no olho de I”.

“F pega um algodão e molha com água boricada e passa no olho de I”.

Quadro 7 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de manutenção da dependência observados na situação de medicação.

Descrição	Nº de Ocorrências
. F coloca o remédio na mão de I e em seguida coloca um copo de água na mão de I. I coloca o remédio na boca, toma a água e devolve o copo para F.	180
. F dá o remédio na mão de I. I toma.	6
. F diz: Tem mais umas gotinhas. F pinga o remédio no copo e põe água. I fala: De novo! Tomei remédio agora mesmo! F fala: Eu sei! Esse é outro! I pega o copo e toma o remédio.	1
. F pega o copo com remédio em líquido e dá na mão de I. I toma.	6
. I pede mais água. F põe água no copo e dá para I. I toma.	6
. F pede para I abrir a boca. I abre. F vê o remédio na boca de I. F dá o copo com água para I. I toma. F olha e diz: Engoliu!	1

continua ...

... continuação do Quadro 7

. F coloca o remédio na mão de I. I diz: Esse remédio é menor. F: Não é! Sempre foi assim e pode tratar de tomar que eu não vou sair daqui enquanto você não puser na boca.	1
. F põe remédio dissolvido na boca de I.	2
. F coloca o remédio na boca de I. I não abre a boca. F aperta o remédio com o dedo contra os lábios de I. F põe água na boca de I.	1
. F põe o remédio na boca de I. I espirra! F pega o remédio e põe de novo na boca de I. F põe água na boca de I. F diz: Engole! Deixa eu ver! Abre a boca. F dá mais água para I. I engole. F pede para I abrir a boca. I abre. F olha e diz: Engoliu!	1
. F põe o remédio na mão de I. I diz: Esse remédio é menor. F: Não é! Sempre foi assim e pode tratar de tomar que eu não vou sair daqui enquanto você não puser na boca. Vamos! F dá água para I.	1
. F dá água na boca de I. F diz: Ela não engole mesmo! Vou dissolver o remédio. F coloca a mão na boca de I e retira o medicamento. Coloca o remédio num copo com água para dissolver.	1
. F coloca o remédio na boca de I e dá água na boca de I.	42
. F pega o colírio de I e pede que se deite. I deita. F segura suas pálpebras e pinga o colírio.	11
. F dá água na boca de I.	11
. F pede para I abrir a boca. I abre. F coloca o dedo na boca de I e amassa o remédio. F põe água na boca de I. I toma. F diz: Você não me engana! Depois joga o remédio fora. Você é muito safada.	1
. F pega o algodão com água boricada e passa no olho de I.	3
. F diz: Hoje vou dar 5 gotas de Haldol para ele senão eu não consigo dar banho. F pinga 5 gotas de Haldol no copo e põe na boca de I. I toma.	1
<b>T O T A L</b>	<b>276</b>

Analisando os resultados, podemos verificar que às vezes a funcionária dá o remédio na mão e o idoso o toma sozinho. Em outra situação, para o mesmo idoso, a funcionária dá o remédio na boca. É o caso, por exemplo, de Dona L.M.M., de 73 anos, dependente parcial, que necessita de

ajuda para tomar banho, pentear o cabelo, cortar as unhas, pegar ônibus e ir andando a um lugar perto do Abrigo. A idosa consegue sem ajuda: comer, vestir-se, deitar/levantar, andar no plano, subir escada, ir ao banheiro e tomar medicação. Em algumas sessões de observação verificamos que a funcionária colocava o remédio na mão de Dona L. e ela o colocava na boca. Em seguida, a funcionária oferecia um copo com água e a idosa tomava sozinha. Em outras sessões de observação, no entanto, a mesma funcionária colocava o remédio na boca de Dona L. e lhe dava água na boca.

Observamos também algumas situações em que a funcionária apresenta comportamentos inadequados com os idosos. Veja-se, por exemplo, esta situação:

“Funcionária coloca o remédio na boca de idosa. Funcionária dá água na boca para idosa. Funcionária diz: Ela não engoliu! Vou dissolver o remédio. Funcionária coloca o dedo na boca da idosa e retira o remédio”.

Será que se a funcionária tivesse solicitado que a idosa lhe desse o remédio, ela não seria capaz disso? Veja este outro exemplo:

“Funcionária coloca o remédio na boca de idosa. Idosa não abre a boca, mantém os lábios fechados. Funcionária aperta o remédio com o dedo contra os lábios da idosa e põe água na boca dela. Funcionária diz: Hoje você está ruim, não ajuda mesmo, não é?”.

Em outra situação, observamos a funcionária administrando uma medicação para conter o idoso. É o caso do Sr. F.H.S., de 63 anos, dependente total, com diagnóstico provável de Alzheimer. A funcionária chega ao quarto, vê o idoso deitado, com a mão na calça plástica, fazendo movimentos para tirá-la. O Sr. F. estava todo molhado de urina, inclusive deitado sobre um lençol molhado. A funcionária diz: “Hoje vou dar 5 gotas de Haldol para ele, senão eu não consigo dar banho nele, porque está muito agitado”. A funcionária pinga 5 gotas do medicamento e as põe na boca do idoso.

Parece que o idoso não vê, não ouve, não sente, não se incomoda, não opina, não toma decisão. “Idoso diz que prefere tomar a medicação depois do banho, funcionária diz que não”; “Idoso diz que remédio que funcionária está lhe dando é menor. Funcionária responde: Não é não! Sempre foi assim e pode tratar de tomar que eu não vou sair daqui enquanto você não puser na boca! Vamos!”.

Não poderia o idoso ter razão? E se não fosse realmente o seu remédio? A concepção, a atitude e a crença do funcionário sobre a competência do idoso e sua capacidade para tomar decisão, discutir, refletir, contrastar e opinar, parecem definir a direcionalidade do comportamento na

instituição: funcionário determina o que idoso deve fazer. Baltes e Silverberg (1994) enfatizam que o ambiente social do idoso, talvez influenciado por estereótipos sobre a velhice, está “preparado para fazer as coisas pelo idoso”. E, citando Collopy (1988) ressalta que as incapacidades físicas são facilmente generalizadas para o âmbito psicológico. O que temos observado é que quando um idoso é dependente, por exemplo, para tomar medicação, banho ou se alimentar parece que ele é caracterizado também como “dependente” para tomar decisão, opinar e discutir.

Provavelmente a falta de conhecimento e formação dos profissionais que trabalham em instituições para idosos sobre as causas e as conseqüências da dependência geram cada vez mais situações de paternalismo (Baltes, 1996).

## **2.2 Situação de Alimentação**

Foram realizadas dezoito sessões de observações, com duração média de 35 minutos cada. Essas observações foram padronizadas em manutenção da autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência, totalizando 1.075 ocorrências.

A Figura 2 apresenta o número de ocorrências para cada padrão de interação na situação de alimentação.

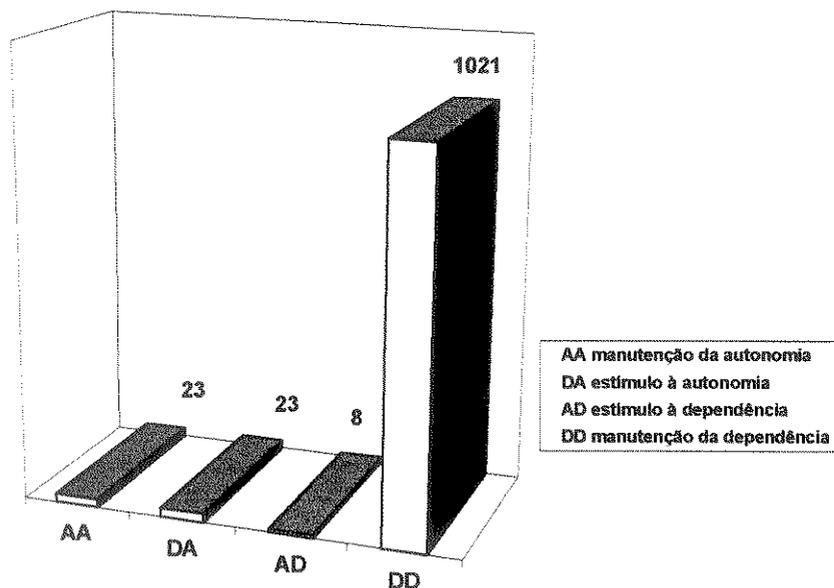


Figura 2 - Número de ocorrências para cada padrão de interação na situação de alimentação.

Podemos observar que na situação de alimentação, o número de padrões de interação de manutenção da dependência é maior do que para as outras ocorrências. O padrão de estímulo à dependência foi o que apresentou menor número de ocorrência.

Os Quadros 8, 9, 10 e 11 apresentam a descrição e o número de ocorrências em cada um desses quatro padrões.

O número de ocorrências e a descrição dos padrões de interação de manutenção da autonomia são apresentados no Quadro 8. Esses comportamentos se referem ao comportamento

do idoso “comer sozinho”, “tomar chá, suco ou água sozinho”, assim como comportamentos apresentados pelo funcionário no sentido de manter o comportamento de autonomia apresentado pelo idoso como, por exemplo:

“Diretora se aproxima de I que está comendo sozinho e diz: Muito bem! Você está comendo sozinho! Que bom!”

“F diz: É para comer sozinho, viu!”

“F diz para I que está comendo sozinho: Você gostou da comida hoje, né? Então come! Como tudo!”

Quadro 8 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de manutenção da autonomia na situação de alimentação.

Descrição	Nº de Ocorrências
. Diretora se aproxima de I que está comendo sozinho e diz: “Muito bem! Você está comendo sozinho. Que bom!”	1
. F diz: “É para comer sozinho, viu!”	1
. F diz para I que está comendo sozinho: “Você gostou da comida hoje, né? Então come! Come tudo!”	1
. I come sozinha. F diz: “Muito bem! Você come mesmo sozinha, não é?”	1
. I come sozinha.	12
. I toma suco, água ou chá sozinha.	6
. F se aproxima de I e diz: “Olha que comida gostosa. Come tudo!”	1
<b>T O T A L</b>	<b>23</b>

O comportamento de manutenção da autonomia que mais ocorre é “I come sozinha” e “I toma suco, chá ou água sozinha”.

Podemos observar através da descrição dos comportamentos que os funcionários algumas vezes utilizam estímulos verbais e/ou mecânicos para manter o comportamento de autonomia apresentado pelo idoso:

“I come sozinha. F diz: Muito bem!”

“F diz: Que bom que você está comendo sozinha!”

O Quadro 9 apresenta o número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de estímulo à autonomia.

Quadro 9 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de estímulo à autonomia, na situação de alimentação.

Descrição	Nº de Ocorrências
Diretora do abrigo pede que F deixe idosa comer sozinha, mesmo que a mesma demore.	1
Diretora diz para F não dar comida na boca do idoso.	3
Diretora entra no refeitório e F pára de dar comida na boca de I.	1
F pede para I comer sozinho. I come.	3
F está dando comida para I e diretora pede para F parar e reforça que I pode comer sozinha e que não é para acostumá-la. F pára.	1
F diz: “Vê se come, senão vai ter que tomar injeção!” Diretora diz: “Ela não vai tomar injeção não!” e F responde: “Se ela não comer vai ter que tomar soro”.	1
Diretora pede para bater a comida de I no liquidificador e deixar I comer no seu ritmo.	1
F bate a comida de I. I come sozinha.	2
F se aproxima de I e diretora diz para F não ficar perto senão I quer que dê comida na boca e não come sozinha.	1

... continuação do Quadro 9

F diz: “Olha como I come bonitinho! Vê se come assim também!” F pára de dar comida para I. I come.	1
Diretora pede para F colocar uma almofada na cadeira para que I fique mais perto da mesa e não deixe cair comida.	1
F dá a colher na mão de I e diz: “Come!”	2
Diretora pede para I comer sozinho. I come.	1
F orienta I mostrando onde está a comida no prato.	1
F diz após dar remédio para I: “Agora come! Você consegue comer sozinho. A cabeça vai passar já”.	
F diz: “O que foi? Não quer comer?” Diretora pergunta se I tem dor de cabeça. I responde que sim. Diretora pede para F dar remédio para I. F dá. I come sozinha.	1
<b>T O T A L</b>	<b>22</b>

Podemos observar que o funcionário, às vezes, procura criar condições no ambiente que facilitam a autonomia do idoso.

“F dá o copo na mão do idoso e o idoso toma suco”.

Ou ainda,

“Diretora pede para F providenciar uma almofada para que I fique mais próximo da mesa e possa comer sozinho”.

Algumas situações de dependência do idoso exigem que o funcionário identifique a causa e tome providências para que o idoso possa desempenhar sozinho determinada atividade. Vejamos:

“Dona L.C., uma idosa de 75 anos, dependente total, não consegue se alimentar sozinha. Apresenta anorexia em função de uma intensa cefaléia. Diretora solicita que F providencie um analgésico para I. I toma a medicação e, em seguida, passa a comer sozinha”.

Ou quando esta mesma idosa, apresentando dificuldades para comer sem ajuda, a funcionária bate sua comida no liquidificador, para facilitar sua deglutição.

“F bate a comida de I no liquidificador, I come sozinha. F diz: Viu, batida ela come sozinha!”

Às vezes até utiliza expressões infantis, solicitando que copie um modelo:

“F dá comida para I e diz: Olha como a outra idosa come bonitinho! Vê se come assim também!”

Esses comportamentos exigem uma percepção do funcionário para identificar e propiciar condições para facilitar o comportamento do idoso. Promover assistência ao cuidado exige determinadas atitudes do funcionário. Fazer pelo idoso muitas vezes exige mais tempo e mais esforço do funcionário. Será que fazer é mesmo mais fácil do que ensinar a fazer?

Às vezes uma simples orientação como, por exemplo, mostrar onde está comida no prato possibilita que o

idoso coma sozinho e não precise que o funcionário lhe dê na boca.

Observamos muitas vezes que o comportamento do funcionário é afetado pelo comportamento da diretora que parece ter como objetivo estimular a autonomia do idoso. Certamente a interferência da diretora faz com que o funcionário mude o seu comportamento. Vejamos os seguintes exemplos:

“I come sozinho. F se aproxima. Diretora pede para que F se afaste e deixe I comer sem ajuda”.

“F está dando comida para I. Diretora intervém e pede para que F deixe-o comer sozinho. F se afasta. I come sem ajuda”.

“F dá comida para I. Diretora pede para que F deixe I comer sozinha. E diretora ressalta: Não importa se demora ou faz sujeira. Deixe-a comer no ritmo dela”.

Em uma situação a funcionária tentou um comportamento ameaçador para fazer o idoso comer.

“F diz para I: Vê se come, senão vai ter que tomar injeção. E a diretora interveio: Ela não vai tomar injeção não!”

Às vezes a funcionária se comporta de diferentes maneiras, dependendo da presença ou não da diretora.

“F está dando comida para I. Diretora entra no refeitório, F pára”.

O número de ocorrências e a descrição dos padrões de interação de estímulo à dependência são apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de estímulo à dependência na situação alimentação.

Descrição	Nº de Ocorrências
I está comendo sozinho quando F se aproxima e diz “Olha só que sujeira!” F pega a colher da mão de I e começa a dar-lhe comida na boca.	1
Diretora do abrigo sai do refeitório e F começa a dar comida na boca de I.	1
Funcionária da cozinha diz para I: Vamos! Você está comendo muito devagar hoje! F começa a dar comida na boca de I. Chega! Hoje você não quer nada..	1
I está tomando coca-cola sozinho, F se aproxima e lhe dá na boca.	1
Diretora pede para F deixar idoso tomar coca-cola sozinho. F sorri e continua dando na boca de I.	1
F diz para diretora quando esta pede para não dar comida na boca de I: Ele não está comendo! Olha a sujeira que ele faz!	1
F dá comida na boca de I, pegando a colher da sua mão (ele estava comendo sozinho)	1
F diz para outra F: “A diretora não quer que dê comida para eles, mas eles demoram tanto. Eu, por mim dava comida na boca deles. Se a gente não dá, eles não comem nada ! Olha a D.L.! Se deixar ela comer sozinha, ela fica aqui até a janta. Não é L.? Vamos, come! ( e põe uma colher de comida na boca de I).	1
<b>T O T A L</b>	<b>8</b>

O que acontece quando o idoso emite padrões de interação de independência? Os nossos resultados revelam que

os comportamentos independentes são raramente seguidos de respostas de apoio do ambiente social, em concordância com os resultados encontrados por Baltes e Reinzein (1986). A maioria dos idosos na situação de alimentação comem sozinhos, ou seja, dos 27 idosos que residem na instituição poucos precisam de ajuda para comer. No entanto, durante todo o tempo de observação não houve interação entre o funcionário e esses idosos independentes, talvez por ser considerado um comportamento social esperado — os idosos são adultos e adultos comem sozinhos...

Observamos também que quando um idoso considerado dependente emite um comportamento de autonomia como, por exemplo, comer sozinho ou tomar suco sem ajuda, a tendência é o funcionário interromper esse comportamento de autonomia e fazer pelo idoso. A interrupção, por parte do funcionário, do comportamento do idoso em curso pode ser pelo fato de que quando o idoso se alimenta sozinho, ele deixa cair alimento no chão, como ilustrado na descrição a seguir.

“O Sr. F.H.S., de 63 anos, está sentado no refeitório em uma cadeira de rodas. O idoso está comendo sozinho e como apresenta dificuldades motoras para desempenhar com perfeição essa atividade, deixa cair um pouco de alimento em sua roupa e no chão. A funcionária se aproxima e diz: Olha só que sujeira! Então a funcionária pega a colher da mão do idoso e começa a dar-lhe comida na boca”.

O tempo que o idoso leva para comer também pode levar o funcionário a interromper os comportamentos de autonomia do idoso:

“F da cozinha diz para I: Vamos, você está comendo muito devagar hoje! F pega a colher da mão de I e lhe dá a comida”.

A ansiedade gerada pela espera do funcionário para que o idoso se alimente sem demorar é típica nesta fala:

“F diz para outra funcionária que está no refeitório: A diretora não quer que dê comida na boca deles, mas eles demoram tanto! Eu, por mim, dava comida para eles. Se a gente não dá, eles não comem nada!”

O Quadro 11 apresenta o número de ocorrências e a descrição dos padrões de interação de manutenção da dependência na situação de alimentação. O grande número das ocorrências “F distribui prato pronto para I” (486) e “F serve suco, chá ou água para I” (486) se deve ao fato de que é uma rotina da instituição o idoso receber o “prato pronto” e o “copo com chá ou suco”. É o funcionário que define o quanto e o que o idoso deve comer. Não observamos qualquer problema durante as sessões de observação quando o idoso deixa resto de alimento no prato ou solicita mais comida. O que nos chamou a atenção foi a falta de escolha do idoso desencadeada

pelo fato de “receber um prato pronto”. Os alimentos não poderiam ficar disponíveis e os idosos mesmos se servirem?

Outras situações foram observadas: “F dá comida na boca de I” (39) ou “F dá suco, água ou chá na boca de I” (9).

Quadro 11 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de manutenção da dependência na situação alimentação.

Descrição	Nº de Ocorrências
. F dá comida na boca de I.	39
. F distribui prato pronto para I.	486
. F serve suco, chá ou água para I.	486
. F dá água ou suco para I.	9
. F coloca figo na boca de I. I joga o figo fora e F diz: Não gostou? I olha para F.	1
<b>T O T A L</b>	<b>1021</b>

Como deve se sentir um idoso dependente? O fato de o funcionário colocar a comida em sua boca e ele obrigatoriamente ter que engolir, goste ou não, demonstra uma orientação favorável ao comportamento passivo do idoso. Será que sempre o idoso gosta daquilo que lhe dão para comer? Alguns poucos, aparentemente menos submissos conseguem mostrar que as vezes não: “F coloca um pedaço de figo na boca de I. I faz uma 'careta' e joga o figo da boca sobre a mesa”(1).

### 2.3 Situação de Banho

Foram realizadas 102 sessões de observação na situação de banho, com duração média de 16,85 minutos cada. Essas observações foram categorizadas em manutenção da autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência, totalizando 1.890 ocorrências.

O número de ocorrências na situação de banho foi maior do que nas situações de alimentação e medicação, porque a atividade de “tomar banho” envolve uma cadeia bastante extensa de comportamentos intermediários (ensaboar, enxaguar, enxugar, pentear o cabelo, tirar a roupa, colocar a roupa, etc.).

A Figura 3 apresenta o número de ocorrências para cada padrão de interação na situação de banho, ou seja, manutenção da autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência.

O número de padrões de interação de manutenção da dependência é maior do que o número dos outros padrões.

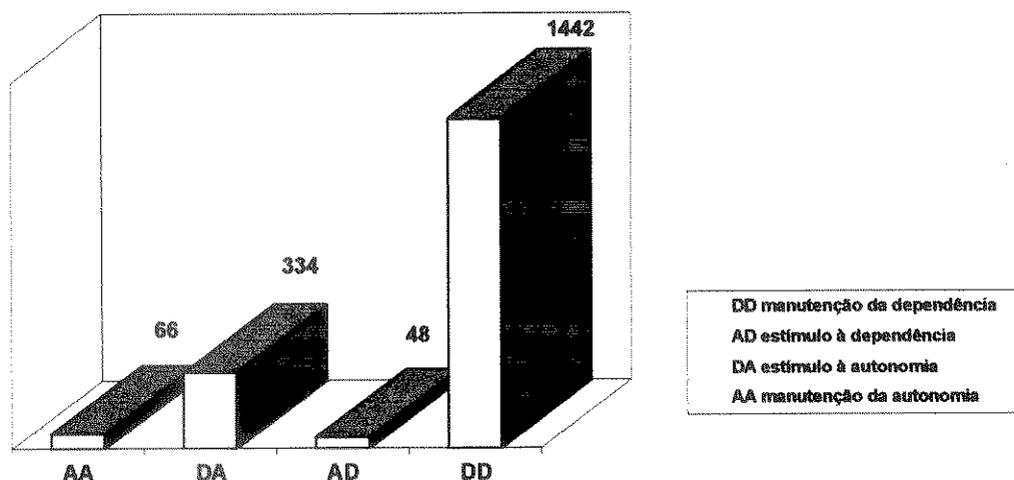


Figura 3 - Número de padrões de interação para cada categoria na situação de banho.

Os Quadros 12, 13, 14 e 15 apresentam a descrição e o número de ocorrências dos comportamentos em cada categoria.

Os padrões de manutenção da autonomia referem-se ao reforçamento pelo funcionário da instituição de padrões de autonomia apresentados pelos idosos (Quadro 12). Esses comportamentos incluem: “I tira a roupa”, “I ensaboa-se”, “I enxágua-se”, “I enxuga-se”, “I coloca a roupa”, “I escova dos dentes”, entre outros. As ocorrências “ensaboar”, “enxaguar” e “enxugar” são as que aparecem em maior número.

Quadro 12 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de manutenção da autonomia na situação banho.

Descrição	Nº de Ocorrências
. I passa a mão no tórax. F diz: “Isso, me ajuda, vai se ensaboando!” I continua passando a mão no tórax.	1
. I tira a roupa.	1
. I tira o chinelo e põe outro.	1
. I ensaboa-se.	4
. I enxágua-se.	6
. I enxuga-se.	7
. I coloca a roupa com a ajuda de F.	1
. I põe o sapato.	1
. I escova os dentes	1
. F dá o sabonete para I. I se ensaboa.	1
. I esfrega o cabelo.	2
. I ensaboa região perineal.	3
. I enxágua região perineal.	1
. I enxuga o rosto.	6
. I urina no vaso. F diz: “Isso, é para fazer xixi no vaso!”	1
. I diz que a água está fria. F põe no quente.	2
. I pede para não lavar o cabelo. F lava.	3
. I põe a dentadura.	2
. I lava o rosto.	1
. I tira a fralda	1
. I pede papel para F. F dá. I se limpa.	3
. I pergunta para F onde está o lixo. F mostra. I joga papel no lixo.	1
. I põe a roupa.	1
. I senta-se no vaso sanitário.	2
. I levanta-se e senta-se na cadeira de banho.	1
. I levanta-se.	2
. I enxuga a cabeça.	1

continua ...

... continuação do Quadro 12

. I enxuga o cabelo.	5
. I está indo sem cadeira de rodas apoiando-se em F para a sala. No caminho, D.L. se aproxima. F diz: “Deixe, ele está andando. Ele consegue ir sozinho”. D.L. se afasta.	1
. I passa a mão na região perineal. F fala: “Toma o sabonete. Limpa direto. Só com água não adianta”. I passa o sabonete na região perineal.	2
. I pega a ponta da toalha. F espera I enxugar o resto.	1
. I diz: “Quero lavar minha boca na torneira. Minha boca está amarga”. F diz: “Vem!” I levanta. F abre a torneira. I joga água na boca.	1
. I está enxugando as pernas. F diz: “Olha que bom. Viu como ela se enxuga, né L.?”	1
. F diz para I: “Vai tomar banho andando?” I responde: “Vou, por que não?” F responde: “Isso mesmo! Você não é aleijado”.	1
<b>T O T A L</b>	<b>66</b>

É interessante notar que nenhum idoso se penteou sozinho, embora na relação das atividades de vida diária, apenas 2 idosos não conseguiram realizar sozinhos esse comportamento. “Escovar os dentes sozinhos” foi realizado uma única vez pelo próprio idoso durante todas as sessões de observação.

O número de ocorrências do padrão de estímulo à autonomia é maior do que o de estímulo à dependência e de manutenção da autonomia, e bem menor do que o de manutenção da dependência na situação de banho.

O Quadro 13 apresenta a descrição do padrão de estímulo à autonomia. Essa categoria caracteriza-se pelo fato

de o idoso apresentar um padrão de dependência ou neutralidade, e o funcionário instigar ou permitir um padrão de autonomia.

Quadro 13 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de estímulo à autonomia na situação banho.

Descrição	Nº de Ocorrências
. F diz para I: "Você pode se vestir sozinha!" I veste-se.	1
. Diretora pede para F deixar I fazer sozinha.	3
. F pede para I ir para a cadeira de rodas. I vai.	2
. F pede para I ficar em pé. I fica.	61
. F pede para I lavar região perineal. I lava.	23
. F pede para I erguer o braço. I ergue.	4
. F pede para I pentear o cabelo. I penteia.	1
. F pede para I escovar os dentes. I escova	9
. F pede para I tirar a roupa. I tira.	7
. F pede para I ensaboar-se. I ensaboa-se.	11
. F pede para I pôr o sapato. I põe.	2
. F pede para I fechar a mão. I fecha.	1
. F pede para I abrir a mão. I abre.	1
. F dá escova para I escovar os dentes. I escova.	8
. F pede para I jogar água na pia. I joga.	23
. F pede para I sentar-se. I senta-se.	90
. F pede para I enxugar-se. I enxuga-se.	3
. F dá a mangueira para I molhar-se. I molha-se.	2
. F dá o sabonete para I. I ensaboa-se.	21
. F pede para I ficar embaixo do chuveiro. I fica.	1
. F coloca shampoo no cabelo de I. I esfrega o cabelo.	1
. F dá a toalha para I. I enxágua-se.	11

continua ...

... continuação do Quadro 13

. F diz para I que precisa da ajuda dele. I diz que está bem.	4
. F pede para I tirar o chinelo. I tira.	7
. F pede para I esfregar-se. I esfrega-se.	1
. F pede para I urinar no chão. I urina.	1
. F pede para I olhar para cima para erguer a cabeça. I olha.	2
. F pede para I lavar o rosto. I lava.	1
. F dá a roupa para I. I coloca.	1
. F dá o chinelo para I. I coloca.	1
. F dá a dentadura para I. I coloca.	1
. F dá o pente para I. I penteia o cabelo.	1
. F pergunta se I quer trocar de chinelo. I diz que sim. F dá o chinelo. I troca.	1
. F diz para I que o chinelo está trocado. I destroca.	1
. F começa a pôr a blusa em I e deixa que I termine.	1
. F dá a roupa para I. I põe.	1
. F pede para I erguer a mama. I ergue.	1
. F diz para I que é hora do banho. I olha para F e puxa o lençol. F diz: "Aí, já está tirando a roupa! Isso mesmo!"	1
. F diz para I que é hora do banho. I coloca as pernas para fora da cama.	1
. F pergunta para I se precisa de cadeira para ir para o banho. I diz que não.	1
. F fala com I, estimulando-o a andar e tomar banho sem cadeira de rodas.	1
. F pede para I erguer o pé. I ergue.	1
. F pede para I ir andando até a sala. I vai.	1
. F pede para S que deixe I segurar na barra de proteção. I segura.	1
. F entra e chama I para o banho. I diz que não quer e segura firme na calça. F não consegue tirar a calça de I. F sai e traz 5 gotas de Haldol e coloca na boca de I. F diz: "Se ele não quer tomar banho, fica sujo!" 8 minutos mais tarde F entra no quarto e fala: "Vamos tirar a calça!" I diz: "Não!" F diz: "Você quer ir para a Santa Casa? Vamos tomar banho?" I segura na calça e diz: "Não!" F resolve dar banho nele mais tarde.	1

continua ...

continuação do Quadro 13

. F dá a toalha para I e pede que vá tomar banho.	3
. F pede para I pôr o chinelo. I põe.	2
. F pede para I tirar a dentadura. I tira.	3
. F pede para I tomar banho. I vai.	1
. F entra no banheiro e S.V. está tomando banho sozinho. F diz: “É né, hoje a C não está e você toma banho sozinho”. I sorri e diz: “Eu não consigo pôr o sapato e a cinta”. F diz: “Só isso? E a C faz tudo para você? Pode deixar que o que você não conseguir eu faço”.	1
. F pede para I enxaguar-se. I enxágua-se.	2
. F dá papel para I. I limpa-se.	1
. F pede para I lavar o pé. I lava.	1
. F pede para I desencostar-se da cadeira. I desencosta-se com ajuda de F.	1
<b>T O T A L</b>	<b>334</b>

A maioria dos padrões descritos neste Quadro é acompanhada de solicitação do funcionário. Veja estes exemplos:

“F pede para I ficar em pé. I fica”.

“F pede para I ensaboar-se. I ensaboa-se”.

“F pede para I pôr o sapato. I põe”.

“F pede para I tirar o chinelo. I tira”.

“F pede para I enxugar-se. I enxuga-se”.

Em outras situações o funcionário providencia material para que o idoso possa fazer sozinho:

“F dá o sabonete para I. I ensaboa-se”.

“F dá a toalha para I. I enxuga-se”.

“F dá o chinelo para I. I põe o chinelo”.

“F dá o pente para I. I penteia o cabelo”.

O funcionário, às vezes, é influenciado ou recebe ordens de um outro funcionário com o objetivo de estimular a autonomia do idoso. Em algumas situações a diretora da instituição interveio no comportamento da funcionária, solicitando que a mesma permitisse que o idoso realizasse determinada atividade sozinho. Veja:

“F começa a tirar a blusa de I. Diretora do Abrigo entra no banheiro e diz para F que Dona L. pode fazer sozinha. F diz: D.L., tira a sua roupa! Diretora se aproxima e repete: Vamos! Tire a roupa! Diretora olha para F e diz: Precisa falar com calma com ela, senão ela se apavora e não consegue! I começa a tirar a roupa sozinha”.

É interessante ressaltar, entretanto, a ambigüidade de papéis que a diretora parece desempenhar, de acordo com a ótica do funcionário. No exemplo que acabamos de citar, podemos observar a adequação do papel da diretora na interação com o idoso. Mas, observamos também que a funcionária utiliza a figura da diretora para ameaçar o idoso:

“F pede para I ir para a cadeira de rodas. I apóia-se em F e fica em pé. I amolece as pernas. F diz em voz alta: Fica em pé senão eu chamo a Diretora. Vamos, não judia de nós não! I firma as pernas e senta na cadeira. F diz: Não faz assim não. A gente não aguenta você”.

Situações de ameaça foram observadas também, não apenas relacionadas à diretora, mas à situação de atendimento, das quais provavelmente o idoso não deveria gostar:

“F entra e chama o idoso para o banho. I diz que não quer e segura firme na calça. F tenta mas não consegue tirar a calça do idoso. A funcionária sai do quarto e volta minutos depois com 5 gotas de Haldol e coloca na boca do idoso. F diz: Se não quer tomar banho, fica sujo! Minutos depois a funcionária entra e tenta novamente tirar a calça do idoso. Idoso não deixa e diz que não. F ameaça: Você quer ir para a Santa Casa? Então, vamos tomar banho! I segura na calça e diz: Não! F resolve dar banho nele mais tarde”.

O Quadro 14 apresenta o número de ocorrências e a descrição do padrão de interação de estímulo à dependência na situação de banho.

Quadro 14 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de estímulo à dependência na situação de banho.

Descrição	Nº de Ocorrências
. I está ensaboando. F pede o sabonete para I e a ensaboa.	3
. I está se enxugando. F pega a toalha de I e a enxuga.	8
. F ensaboa o pênis e as pernas de I. I põe a mão. F diz: “Tira a mão!” I tira.	1

... continuação do Quadro 14

. I levanta a mão para pegar o sabonete. F continua ensaboando I e não lhe dá o sabonete.	1
. Ao colocar a camisa em I, F pede para I levantar o braço. I olha para F. F ergue o braço de I e diz: “Você é muito lento!”	2
. F pede para I tirar a meia, mas F abaixa e tira.	1
. I tenta ajudar F a enxugá-la, segurando na toalha. F continua enxugando I.	1
. I queria pegar um pedaço da toalha para se enxugar. F diz: “Solta a toalha! Eu te enxugo”.	1
. F pega a roupa de I. I olha e aponta outro vestido. F diz: Outro? Qual? I aponta o guarda-roupa. F diz: “Não entendi. Eu que vou escolher, eu que mando aqui. Este vestido é lindo! Fica lindo não fica?” I responde que sim.	1
. F pede para I tirar a roupa. I começa a tirar. F termina dizendo: “Vamos! Vamos!”	3
. F lava o rosto de I. I diz: “Já lavei”. F lava o rosto de I.	1
. F diz: “Vamos tomar banho”. I responde: “Eu não quero. Estou com frio”. F: “Está com frio porque está molhada. Olha aí, está de xixi até a cabeça”. I: “Não precisa gritar comigo. Eu não sou surda”. F: “Vamos D.E., não me atrasa. A diretora fica brava comigo!” I: “Mas eu estou com frio. Só troca a minha roupa”. F: “Nada disso! Vamos”.	1
. I diz para F que não quer lavar o cabelo. F lava.	4
. I pede papel para F para se limpar. F não responde. I pede novamente. F fala: “Não precisa. Eu lavo. Eu limpo pra você”. F começa a ensaboar I. I pede o papel novamente. F não responde.	1
. F segura nas costas de I, pelo vestido e a põe sentada no vaso. F fala: “Vamos, vamos! Não enrola não! Senta logo. Vamos!”	1
. I queria pegar a mangueira do chuveiro para se enxaguar. F diz: “Não, não me atrasa não, senão hoje vamos ficar sem almoço. Você não está com fome?” I responde: “Tô com fome”. “Então vamos logo que eu também quero comer”.	1
. I começa a desabotoar a blusa. F diz: “Deixe que eu tiro”. I pára de desabotoar a blusa. F tira a blusa de I.	1
. F põe o chuveiro no frio. I diz que a água está muito fria. F diz que está muito calor para pôr água quente.	1
. I diz que não quer tomar banho. F leva I para o banho.	6

... continuação do Quadro 14

. F dá a escova de dente para I. I começa a escovar os dentes. F pega a escova da mão de I e diz: “Dá aqui, deixa que eu escovo. Vou mais rápido!” F escova o dente de I.	2
. F tira o chinelo de I e enxuga seu pé (que I já havia enxugado).	1
. F diz: “Tire a dentadura!” I não responde. F “puxa” a dentadura da boca de I.	2
. I evacua e pede papel. No banheiro não havia papel. F entra. Observadora pergunta sobre o papel. F diz: “Não precisa eu vou lavar”.	1
. I diz: “Está molhado meu braço”. F diz: “Não está, já enxuguei”. I pede a toalha. F não responde.	1
. I pede para sentar-se. F diz: “Chega de sentar!” I não se senta.	1
. I senta-se. F diz: “Eu não mandei você sentar. Vamos!” I levanta-se.	1
<b>T O T A L</b>	<b>48</b>

Nesta categoria temos a interrupção de um comportamento de autonomia apresentado pelo idoso, através de gestos ou palavras:

“I está enxugando-se. F pega a toalha de I e a enxuga”.

“I está ensaboando-se. F pede o sabonete para I e a ensaboa”.

“I queria pegar um pedaço de toalha para se enxugar. F diz: Solta a toalha! Eu te enxugo!”

“I diz para F que não quer lavar o cabelo. F lava o cabelo de I”.

O comportamento de dependência no banho pode trazer constrangimento ao idoso, principalmente quando o

cuidado é realizado por um funcionário do sexo oposto. Veja este exemplo:

“F ensaboa o pênis e as pernas de I. I põe a mão. F diz: Tire a mão! I tira”.

O comportamento do funcionário é muitas vezes mecânico e não leva em consideração o sentimento de constrangimento que a atividade causa ao idoso, o que evidencia talvez autoritarismo, insensibilidade às necessidades e desejos do idoso e uma concepção dessa pessoa como alguém passivo, dependente e sem opções.

Outra questão importante a destacar é o não respeito ao ritmo do idoso, muitas vezes apresentado pelo funcionário, que parece ter pressa em realizar suas atividades:

“Ao colocar a camisa em I, F pede para I levantar o braço. I olha para F. F ergue o braço de I e diz: Você é muito lento!”

“F pede para I tirar a roupa. I começa a tirar. F termina e diz: Vamos, vamos!”

“F segura nas costas de I pelo vestido e a põe sentada no vaso. F fala: Vamos, vamos! Não enrola não! Senta logo. Vamos!”

“F diz: Tire a dentadura! I não responde. F 'puxa' a dentadura da boca de I”.

“I queria pegar a mangueira do chuveiro para se molhar. F diz: Não me atrasa não, senão vamos ficar sem almoço ...”

Muitas vezes ainda essa pressa em realizar as tarefas que deve desempenhar faz com que a funcionária ignore a ajuda do idoso:

“I levanta a mão para pegar o sabonete. F continua ensaboando I e não lhe dá o sabonete”.

“I pede papel para F para se limpar. F não responde ...”

“F pega a roupa de I. I olha para outro vestido. F diz: Outro? Qual? I aponta para o guarda-roupa. F diz: Não entendi. Eu que vou escolher, eu que mando aqui ...”

O Quadro 15 apresenta o número de ocorrências e a descrição do padrão de manutenção da dependência na situação de banho.

Quadro 15 - Número de ocorrências e descrição dos padrões de interação de manutenção da dependência na situação de banho.

Descrição	Nº de Ocorrências
. F coloca o sapato em I.	90
. F escolhe a roupa de I.	5
. F ensaboa I.	120
. F enxágua I.	134
. F lava o rosto de I, apesar de I dizer que já lavou.	1
. F enxuga I.	147
. F veste I.	9
. F penteia o cabelo de I.	101
. F passa talco em I.	68

continua ...

... continuação do Quadro 15

. F pega a roupa de I.	61
. F tira a roupa de I.	92
. F pega a escova de dente, coloca pasta e dá para I escovar os dentes.	1
. F lava a região perineal de I.	1
. F tira a fralda de I.	5
. F ergue o braço de I.	1
. F escova o dente de I.	12
. F põe pasta na escova de I.	5
. F abre o guarda-roupa e pega a roupa de I.	4
. F coloca meia em I.	10
. F penteia o cabelo de I. F diz: "Está linda!"	1
. F lava o pé de I.	1
. F abotoa o vestido de I.	1
. F desabotoa o vestido de I.	1
. F lava a região perineal e as nádegas de I.	1
. F coloca pasta na escova de I.	5
. F passa pomada em I.	1
. Diretora tira a roupa de I.	1
. Diretora tira o lençol de I.	1
Diretora enxágua I.	1
. F lava as nádegas de I.	1
. F pega a escova e escova o dente de I.	1
. F põe a roupa em I.	122
. F põe o chinelo em I.	62
. F ensaboia as pernas e os pés de I.	1
. F entra no quarto de I e pega sua roupa.	2
. F tira o lençol de I.	24
. F põe uma toalha no tórax de I.	8
. F coloca pasta e escova os dentes de I.	1

continua ...

... continuação do Quadro 15

. F coloca calça plástica em I.	27
. F arruma a roupa de I.	9
. F tira o sapato de I.	35
. F pega a toalha e enxuga I.	1
. F tira a calça plástica de I.	28
. F tira a meia de I.	2
. F enrola I com um lençol.	1
. F limpa I após I ter evacuado e ter solicitado para F limpá-la.	1
. F pega a toalha de I e enxuga suas pernas e costas.	1
. F entra no banheiro com I e diz: "Vou pôr o mesmo vestido. Está limpo".	1
. F tira o chinelo de I.	49
. F pega o vestido e diz: "Olha! Tá cheirando ruim". Deixa a toalha nas costas de I e vai buscar outro.	1
. F coloca água na boca de I, com a mão em concha.	1
. F tira a cobertura de I.	1
. F dá descarga no banheiro que I usou.	1
. F lava o cabelo de I.	23
. F pega a toalha de I e enxuga I.	1
. F joga talco pela gola da blusa de I.	1
. F cobre as pernas de I com um lençol.	3
. F põe água na boca de I com a mão em concha.	1
. F põe água na boca de I.	19
. F tira a cobertura de I.	2
. F joga talco pelo decote do vestido de I.	1
. F molha I.	5
. F passa creme de barbear em I.	4
. F faz barba de I.	5
. F enxágua o rosto de I.	4

... continuação do Quadro 15

. F põe a toalha no peito de I.	2
. F joga água na boca de I.	1
. F enxuga o rosto de I.	10
. F lava o rosto de I.	5
. D.M.J. dá a roupa de I para F.	9
. F enxuga o chinelo de I, após I ter solicitado.	1
. D.M.J. diz para F que não é para trocar o vestido de I. F diz está bem e leva I para o banheiro.	1
. F enxuga o chinelo de I.	1
. F cobre I com um lençol.	1
. F passa desodorante em I.	9
. F esfrega I.	1
. F segura na cabeça de I e a põe embaixo do chuveiro.	1
. F enxuga os pés de I.	3
. F pega a toalha para I.	3
. F lava a dentadura de I.	7
. F pega a escova e escova os dentes de I.	6
. F limpa as nádegas de I com um lençol (I tinha evacuado) e dobra a calça plástica.	1
. F enxuga as costas e os pés de I.	1
. F diz para I tirar a roupa. I não tira. F então tira a roupa de I.	1
. F enxágua o cabelo de I.	4
. F puxa a descarga onde I havia evacuado.	1
. F pega a toalha e termina de enxugar I.	1
. F pede o sabonete para I. I lhe dá. F lava as costas de I.	1
. F põe a dentadura em I.	3
. I diz: “enxuga o meu pescoço!” F diz: “Eu, E.! Eu já enxuguei. Onde mais você quer?” I não responde. F enxuga o pescoço e as costas de I (que estavam mesmo molhadas!)	1
. F põe o lençol em I e o leva para o banheiro na cadeira de rodas.	1

continua ...

... continuação do Quadro 15

. F ergue o braço de I e o ensaboa.	1
. F põe fralda em I.	1
. F pega um pano e ensaboa I.	2
. F pega outra toalha e enxuga I.	1
. F tira o relógio de I.	2
. F empurra o chinelo de I com o pé, tirando-o do pé de I.	1
. F lava a mão de I.	1
. F lava a outra mão de I.	1
. F põe o sapato em I.	2
. F põe o lençol em I.	1
. F abotoa a camisa de I.	1
. F tira o relógio de I.	1
. F enxuga a boca de I.	1
. F pega uma ponta da toalha com que I está se enxugando e enxuga um lado da perna de I.	1
. F entra no banheiro e diz: Está passando talco e está molhada! F pega a toalha e enxuga I.	1
. F tira o sapato de I.	1
. F põe o chinelo em I.	1
. F pega um sapato para I.	1
. F diz: “Vamos tirar a roupa. Vamos! Banho!” F tira a blusa de I.	1
. F passa creme com a mão no cabelo de I.	4
. F tira a dentadura de I.	1
. F enxuga o braço de I após I ter dito que estava molhado.	1
. F tira a meia de lã de I.	1
. F enxágua a mão de I.	1
. F abotoa a calça plástica de I.	1
. F põe a meia e o sapato em I.	1
. F passa creme hidratante em I.	2
. F dá a toalha para I. Pede para I ajudá-la. Pede para I se enxugar. Mas F enxuga I.	1
<b>T O T A L</b>	<b>1.442</b>

A orientação filantrópica ou caritativa das instituições para idosos parece refletir-se nas relações de poder e de autoritarismo que predominam na instituição. O número reduzido de pessoal no cuidado direto ao idoso, sem formação ou treinamento, torna a assistência um desafio para o funcionário, e as relações de autoritarismo se reproduzem nas suas relações com o idoso.

Podemos verificar que o funcionário realiza grande parte dos comportamentos envolvidos na situação de banho dos idosos: ensaboa, enxágua, enxuga, penteia o cabelo, tira a roupa, veste o idoso, tira o sapato, põe o sapato, etc.

Cabe ressaltar que em todas as situações observadas é o funcionário quem escolhe a roupa que o idoso deve usar. Novamente aqui emerge a questão da dependência relacionada à tomada de decisão. Parece que o idoso não tem competência para escolher o que deve ou não usar.

Na relação das atividades diárias dos idosos, apresentadas anteriormente, no Quadro 3, podemos observar que alguns idosos, embora tomem banho com ajuda, não precisariam ser ajudados, ou seja, conseguem desempenhar esta atividade. Apenas quatro deles precisam de ajuda e, mesmo assim, não significa que sejam totalmente dependentes. No entanto os funcionários realizam pelo idoso toda a cadeia comportamental envolvida na situação de banho.

É importante salientar também que, com exceção de um idoso, todos conseguem pentear-se, embora grande parte desse comportamento tenha sido realizada pelos funcionários.

Os resultados aqui apresentados nos levam a concluir que o cuidado prestado ao idoso institucionalizado se caracteriza predominantemente pela manutenção e estímulo de comportamentos dependentes. A associação da incompetência do idoso como causa da sua dependência comportamental parece comum. O ambiente social do idoso, talvez influenciado por estereótipos sobre a velhice, parece ser co-responsável pela dependência comportamental dos idosos que residem em instituições.

Reichert (1990) apud Baltes e Silverberg (1994) comparou enfermeiras e educadoras em interação com idosos em situações de solução de problema. Verificou que as enfermeiras tenderam a oferecer mais ajuda verbal e mais ajuda direta que as educadoras. O autor ressalta que a percepção da incompetência associada ao idoso, mais dominante entre enfermeiras, pode ser considerada como uma consequência do seu modelo de ajuda.

Wahl (1991) verificou que os funcionários de instituições para idosos consideram a dependência como uma característica de personalidade, ou seja, o idoso é responsável

por sua dependência. No entanto, esses funcionários atribuem a independência do idoso aos comportamentos de suporte apresentados pela equipe técnica. Quanto aos idosos, a autora verificou que eles atribuem a independência a eles mesmos, à sua própria personalidade, enquanto a dependência é atribuída pelos idosos à doença, à incapacidade e à equipe.

Os serviços de assistência ao idoso assumem um certo grau de poder e controle sobre os idosos. Segundo Baltes e Silverberg (1994), os idosos em geral são tratados como crianças e o controle exercido sobre a vida do idoso em asilos é comparável ao controle que os pais têm sobre os filhos. Nestes casos, parte-se do princípio de que o interesse do idoso é o interesse do cuidador. Estas autoras concluem que na velhice a dependência física é muitas vezes confundida com a dependência para a tomada de decisão, gerando um paternalismo social com conseqüências perigosas — negar a liberdade, autonomia e capacidade de escolha do idoso. Os idosos são freqüentemente capazes de desempenhar os comportamentos necessários, mas é preciso uma adequação das contingências ambientais (Baltes, 1988).

A análise da interação entre funcionário e idoso deve levar em conta o contexto institucional, isto é, é preciso resgatar o contexto real em que o cuidado prestado ao idoso se

insere. Entender o contexto social das instituições que atendem idosos, identificando a concepção, a crença e a atitude do funcionário sobre a dependência na velhice parece crucial para a análise desta questão. Tal concepção nos conduz, pois, a realizar entrevistas para tentar identificar elementos considerados teoricamente como mediadores das ações, e suas relações com as ações efetivas de cuidado.

### **3. Quanto às entrevistas**

A partir dos dados obtidos através das observações foi possível organizar entrevistas com o pessoal que trabalha com idosos e analisar através do seu discurso as concepções sobre dependência, competência e cuidado prestado ao idoso institucionalizado.

Parece-nos importante ressaltar dois aspectos que nortearam a realização das entrevistas propriamente ditas. Primeiro, o fato de terem sido realizadas pela própria pesquisadora, facilitou o processo de interação com os entrevistados, pois muitas situações do cotidiano dos funcionários emergiram no seu discurso e pudemos, em razão da familiaridade com a instituição, obtida principalmente ao longo do período de observação, entender os exemplos

apresentados pelos entrevistados. Segundo, o fato de termos elaborado um filme, com situações anteriormente observadas facilitou o entendimento e a análise crítica do entrevistado, pois eram ao mesmo tempo situações próximas de sua realidade e distantes de certa forma do seu envolvimento e comprometimento pessoais e diretos com as mesmas. Eles estariam analisando, discutindo ou falando do que aquela funcionária do filme faz e não do que eles propriamente fazem.

O desenvolvimento da entrevista foi centrado nas questões relativas ao filme previamente apresentado, sendo enfatizado com frequência, que não havia respostas corretas ou incorretas, mas que o fundamental era registrar o que ele, entrevistado, pensava sobre a dependência, a competência e o cuidado ao idoso institucionalizado.

Analisaremos então a concepção dos funcionários quanto à dependência, à competência e ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado.

### **3.1 A concepção dos funcionários quanto à dependência na gerontologia**

A Psicologia foi influenciada pela concepção de que velhice e desenvolvimento são eventos opostos e esta

concepção permanece de certa forma até hoje, apesar das críticas que tem recebido desde a sua formulação inicial. Tradicionalmente o desenvolvimento humano sempre foi considerado em termos de ganhos e na história da psicologia do envelhecimento predominou a associação entre velhice e perdas, velhice e doença e velhice e disfuncionalidade.

Neri (1995) no capítulo introdutório do livro *Psicologia do Envelhecimento* que organizou, conclui que nos últimos 30 anos a psicologia do envelhecimento vem se desenvolvendo enormemente e que “está acontecendo uma lenta e gradual mudança de mentalidade em relação à velhice, no sentido de ser considerada como fase de desenvolvimento e não exclusivamente de perdas e incapacidade” (p.35). A autora enfatiza também que no Brasil, até meados dos anos 80, houve um predomínio do modelo médico e do discurso tradicional de que velhice é sinônimo de doença, perdas e disfuncionalidade.

A concepção dos funcionários entrevistados neste trabalho quanto à dependência na gerontologia parece ainda permeada dessa associação entre velhice e doença, velhice e disfuncionalidade e dependência e doença. A maioria dos funcionários entrevistados relata que a principal causa da dependência é a ocorrência de uma patologia, ou seja, uma

pessoa se torna dependente porque ela adocece. Veja-se, por exemplo, nas suas manifestações:

“... eu estou falando aqui do abrigo que é a minha experiência. Todos os idosos dependentes são dependentes por causa de uma patologia.”

“... eu acho que o idoso do filme precisa do funcionário para comer porque ele teve uma doença, um derrame.”

“... acho que é porque ele vai perdendo os movimentos, fica doente.”

“... é em função de uma patologia envolvida, patologia orgânica, física ou patologia emocional como depressão, demência...”

A associação entre dependência e doença foi apresentada por todos os funcionários técnicos da instituição, ou seja: diretora, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e geriatra. No entanto, para alguns desses funcionários, a dependência ocorre também por situações de ordem social e ambiental, incluindo aqui o comportamento dos funcionários quando interagem com os idosos.

“Tem várias coisas que levam uma pessoa a ser dependente: uma é uma alteração, distúrbio, problema neurológico, demência, degeneração... outra é a própria instituição. Se o idoso já tem uma característica para ser dependente e a instituição permite, com certeza ele caminhará para essa área. E os funcionários, por quererem, por exemplo, que o idoso seja mais rápido ou porque ele está sujando o chão, acabam fazendo pelo idoso...”

“Eu acho que tem vários fatores. Às vezes tem inclusive um fator social, o estímulo de quem cuida. Às vezes o idoso apresenta uma iniciativa e o cuidador corta o estímulo do idoso...”

Essas verbalizações apresentadas pelos funcionários técnicos indicam um certo padrão de atendimento na instituição determinado pelo comportamento dos funcionários na interação com o idoso - os funcionários são responsáveis pelo comportamento dependente do idoso.

Outro aspecto interessante apresentado apenas pelos funcionários técnicos é a relação entre dependência e ambiente físico.

“...as vezes é um problema do ambiente físico do idoso. Quando voce mexe no ambiente dele, ele pode apresentar dificuldade.”

Os funcionários dos serviços de apoio, ou seja, faxineira, cozinheira e auxiliar de cozinha relacionam a dependência com doença, com o processo de envelhecimento e uma delas afirma que é uma questão de destino:

“...ele fica assim porque é o destino dele. Cada um tem um destino. O destino dele é ficar dependente. É o que está escrito para cada um que acontece”

Esta afirmação sugere uma concepção de que doença, destino humano, inevitabilidade da dependência na velhice são fatores naturais e esperados. Novamente aqui a tradicional associação entre velhice e doença e velhice e disfuncionalidade.

Essa concepção estereotipada também foi encontrada no discurso das atendedoras de enfermagem que relacionam a dependência com doença e com idade. Para as atendedoras de enfermagem que prestam ou já prestaram cuidado direto aos idosos, a dependência está relacionada à doença, e para a maioria delas está relacionada também à idade.

“...um idoso fica dependente porque ele pode ter sofrido um derrame, ele fica mutilado. E devido à idade também. Como falam, ele fica esclerosado com a idade. Vai ficando velho e as pessoas falam que é velho, então não serve mais para nada.”

“...acho que é por causa da idade e da doença também.”

“...acho que é por causa da idade”

Os preconceitos sociais em relação ao idoso principalmente aqueles relativos às perdas cognitivas e à produtividade ainda são comuns. Evidentemente que muitos desses preconceitos foram ratificados tanto pela ciência (através, por exemplo, da clássica pesquisa sobre inteligência

de Yerkes em 1921 cujo resultado propiciou o estabelecimento de um modelo deficitário do desenvolvimento mental na vida adulta, ou seja, a inteligência declina com a idade; Neri, 1995) quanto pelo próprio modelo econômico capitalista, onde os mais jovens são capazes de produzir mais. O próprio significado atribuído à palavra velho como “muito idoso, antigo, gasto pelo uso...” e à palavra idoso como “aquele de muita idade” (Ferreira, 1988) reflete a concepção apresentada pela funcionária “... é velho, então não serve mais para nada”.

Uma outra associação apresentada pelas atendentes de enfermagem e comum na sociedade de forma geral é a associação entre velho e criança, naturalmente determinada por questões relativas à dependência. As duas ex-atendentes de enfermagem da instituição são unânimes em falar que o idoso volta a ser criança. Veja:

“Ele se torna criança. Eu acho que depois que eles viveram tudo o que tinha para viver eles voltam a ser criança de novo. Uma pessoa idosa requer mais atenção, como uma criança...”

“Eu acho que é porque ele volta a ser criança. Volta tudo atrás do que ele era. Volta à infância. Os cuidados de ter que dar comida na boca...”

Essa maneira de associar idoso com criança pode gerar nos funcionários comportamentos de fazer pelo idoso.

Em pesquisa realizada por Baltes e Reizenzein (1986) o autores verificaram que nas instituições para crianças os funcionários apresentavam mais comportamentos de suporte à independência do que os das instituições para idosos. Esse dado nos leva a pensar que possivelmente “cuidar da criança” tem expectativa de ganho ao passo que para o idoso a expectativa é de perda e de incapacidade. Pesquisas apontam que é comum os funcionários de instituições para idosos tomarem decisões para o idoso e, em geral, realizam parte das atividade que os idosos podem executar sozinhos (Lidz e Arnold, 1990; Baltes e Silverberg, 1994). Evidentemente que essa forma de prestar cuidado, fazendo pelo idoso, pode gerar cada vez mais dependência.

Embora muitos dos entrevistados associem dependência com a idade, quando questionamos se a dependência é uma característica exclusiva dos idosos, a maioria afirma que não. Apenas uma funcionária do serviço de apoio afirmou ser a dependência uma característica exclusiva dos idosos.

“Gente nova não faz isso aí, de ter que dar comida na boca. Criança e jovem vão aprendendo. Não dependem de outra pessoa.”

Para a grande maioria, no entanto, a dependência pode ocorrer em qualquer etapa da vida.

“A dependência pode ocorrer com qualquer um, com criança, com adulto, não tem idade.”

“Pode acontecer com adulto, com criança. Depende se é doente.”

“Eu tive uma cunhada com 23 anos que ficou com trombose na perna e não podia andar. Pode acontecer com qualquer um.”

“A dependência pode ocorrer em qualquer etapa da vida. Ela não é ligada somente à velhice.”

“A dependência pode acontecer em qualquer fase da vida. Eu já trabalhei com outras faixas etárias e isso também acontece. Mas a gente sempre associa dependência com idoso ou com bebezinho. Mas ela pode ocorrer em outras faixas etárias também.”

Para alguns funcionários a dependência, embora ocorra em qualquer etapa da vida, é mais comum no idoso. Essa associação foi feita pela maioria das atendentes de enfermagem e dois outros funcionários.

“Não sei se estatisticamente é mais comum em idoso. O que a gente observa, não sei se por mexer nesta área e portanto a amostra fica viciada, parece mais comum na idade avançada em função de patologias debilitantes.”

“Acho que é em qualquer etapa da vida, mas é mais comum no idoso mesmo.”

“A gente mesmo, adulto, pode depender de outra pessoa. Mas no idoso isso acentua mais.”

“... depende se é doente. Mas acontece mais com velho.”

Parece comum a prática de rotular um idoso de dependente. Temos vivenciado situações - já descritas inclusive nos resultados de nossas observações - que quando um idoso apresenta um comportamento dependente, para comer, por exemplo, os funcionários das instituições tendem a generalizar essa dependência para outras atividades como, por exemplo, para tomar banho ou medicação, escolher sua roupa, etc.

Quando durante as entrevistas procuramos saber se um idoso que é dependente para uma determinada atividade é também para outra, as respostas dividiram-se. Das 15 pessoas entrevistadas, oito acham que sim, ou seja, se uma pessoa tem dificuldade para comer ela também tem dificuldade para andar, para tomar banho, sendo que a maioria desses funcionários era do serviço de apoio e atendentes ou ex-atendentes de enfermagem.

“Acho que sim. Eu acho que eles têm dificuldade para comer, para andar, acho que atrofiou mesmo. Acho que a partir do momento que ele tem uma dificuldade tudo vai ficando difícil.”

“Acho que sim. O Seu C., por exemplo, que morava aqui, ele não conseguia tomar banho, não conseguia comer, ...”

“Acho que sim. Porque isso está associado aos reflexos. Se ele não tem coordenação para comer, isso também estará associado aos outros movimentos”.

“... aqui no Abrigo que é a minha experiência isso bate, ou seja as pessoas que tem dificuldade para comer também tem dificuldade para outras coisas como é o caso do Seu F., da Dona L., da Dona E., do L., do F. São dependentes para tudo. Às vezes, o Seu L. toma banho sozinho e a gente deixa ele tomar, mas uma vez por semana a gente pega ele para dar banho direito, porque ele não toma banho direito, e ele depende da gente para um monte de coisa...”

Na literatura mais recente os conceitos de dependência e autonomia são considerados como referentes a uma relação dinâmica que se exprime de forma diferente tanto nas diversas fases do desenvolvimento quanto nos vários domínios do comportamento. Diferenças nas concepções que os cuidadores de idosos apresentam quanto à generalização dos comportamentos dependentes certamente têm influência sobre a forma de intervir com o idoso. O fato de não se considerar as variações entre a incapacidade para realizar determinada atividade de vida diária e a denominação de dependência provavelmente aumentará cada vez mais o controle exercido pelos cuidadores sobre a vida do idoso em instituições asilares prevalecendo um paternalismo social gerador cada vez mais de comportamentos dependentes nos idosos. (Baltes e Silverberg, 1994, Baltes, 1996).

As nossas entrevistas revelaram diferentes concepções a respeito da generalização de um comportamento dependente. Alguns funcionários, principalmente os com

nível de instrução mais alto, os que denominamos de técnicos, são contrários à afirmação de que a dependência é generalizável.

“Eu acho que não. Acho que existem diferentes graus de dependência. A Dona L., por exemplo, tem dificuldade para tomar banho, mas não tem dificuldade para se alimentar. Uma coisa não está junto com outra.”

“Acho que não. Porque às vezes ele tem uma deficiência na mão e isso não dificulta ele andar. Pode dificultar no banho, mas eu acho que não.”

“Acho que não, mas se o idoso é, por exemplo, um parkisoniano, em grau avançado, ele provavelmente vai ter dificuldade para comer, para higiene e para outras coisas também. Se a dificuldade de comer está relacionada à mastigação, por exemplo, ele não come, mas pode fazer outras atividades. Depende da patologia.”

Podemos concluir, portanto, que no discurso dos funcionários entrevistados, a dependência ocorre majoritariamente por doença e que não é uma característica exclusiva dos idosos, embora muitos ressaltem que ocorre mais nesta faixa etária populacional. Além disso, não há um consenso de que a dependência de um determinado comportamento não possa ser generalizada para outras situações, principalmente entre os funcionários com grau de instrução mais alto e os funcionários dos serviços de apoio. Muitos funcionários, inclusive, fazem relação com o que ocorre

na sua prática, saindo da situação do filme para dar exemplos de idosos que residem na instituição em que trabalham.

Ainda com relação à dependência, procuramos verificar o que os entrevistados pensam a respeito do sentimento de um idoso dependente.

Os entrevistados revelam que, para eles, um idoso dependente deve sentir-se triste, deprimido, abandonado, acabado, rejeitado, além de sofrer muito com isso.

“O homem que pensa sofre muito. Eles acham que estão ali dando trabalho.”

“Eles se sentem tristes, abandonados.”

“Ele se sente acabado , rejeitado.”

“O idoso dependente se torna triste, depressivo pelo fato de ter que depender das outras pessoas. ”

Esses sentimentos de tristeza, abandono e depressão apontados pelos funcionários provavelmente são mais encontrados entre idosos institucionalizados. De qualquer forma é possível encontrar formas de adaptar-se lidando emocionalmente com a situação de dependência. Segundo Heckhausen e Schulz, 1995, o conceito de controle tem sido aplicado a diversas áreas de investigação como saúde e comportamento social e, ainda, tem explorado o valor

adaptativo ou funcional dos fenômenos do controle. Para esses autores o controle pode ser primário ou secundário. O controle primário permite ao indivíduo modelar seu ambiente para atender à sua necessidade particular e ao seu potencial de desenvolvimento enquanto que o controle secundário minimiza as perdas e mantém e amplia os níveis de controle primário. As estratégias de controle primário e secundário devem ser adequadamente dosadas para manter o equilíbrio funcional. Segundo os autores, a depressão ocorre quando os indivíduos experienciam declínios absolutos em controle. Todavia, conforme ressaltam, as estratégias de controle primário e secundário são calibradas para o enfrentamento da tarefa de lidar com os desafios de cada período do curso de vida e estão relacionadas ao potencial de desenvolvimento do indivíduo em cada período. Além disso, os fatores biológicos e sociais determinam também os potenciais e os limites para o controle.

Bastante recente na literatura, a teoria do controle no curso de vida nos permite entender os processos adaptativos e compensatórios utilizados pelos indivíduos ao longo do curso de vida e, neste caso, por pessoas idosas dependentes, contribuindo certamente para o planejamento de trabalhos de intervenção.

Uma funcionária relata o constrangimento que o idoso sente quando precisa ser cuidado por outra pessoa. Veja:

“É uma sensação ruim ser dependente. Mesmo para aquele que está perdendo a noção, como nos casos de Alzheimer. Principalmente quando invadimos a privacidade do idoso. Imagine você tirar a roupa do idoso para o banho, por exemplo, como deve causar constrangimento a ele. Não é bom ser dependente.”

Apenas três funcionários relatam que em alguns casos o idoso pode ter sentimentos de bem-estar:

“Não sei explicar, mas acho que o idoso se sente mais bem quando alguém dá comida na boca dele.”

“Tem uns que não gostam de depender de outra pessoa, mas tem uns que gostam sim, se sentem bem...”

Neste sentido Carstensen (1995), ao estudar a motivação para contato social ao longo do curso de vida, ressalta que algumas dependências observadas em idosos são produto de *scripts* sociais que exigem comportamento dependente para a obtenção do contato social.

Os dados experimentais e observacionais das pesquisas desenvolvidas por Baltes e seus colaboradores também sugerem que os comportamentos dependentes nos idosos internados em instituições parecem ser um instrumento

através do qual se aprimora uma contingência desejada - o contato social.

Um dos entrevistados relaciona o bem-estar com sentimento de recompensa:

“Tem pessoas que sentem que é uma recompensa. Que ele tem todo o direito de ser servido, como se fosse um direito adquirido pela idade...”

No entanto, este mesmo entrevistado acrescenta:

“...mas tem outros que se sentem muito mal, porque precisam de alguém até para tomar um copo d'água.”

Essa questão da falta de competência também é relatada por uma outra funcionária:

“Na minha cabeça, eles devem se sentir mal por não serem capazes. Eles devem pensar: Puxa vida, eu não sou capaz nem de comer sozinho, não sou capaz nem de beber água sozinho.”

A concepção dos funcionários quanto ao sentimento de um idoso dependente é bastante diversificada. Para uns ser dependente significa ser triste, isolado e depressivo, enquanto que para outros é uma forma de relação, apego ou recompensa.

Evidentemente que a percepção da velhice e da dependência depende de uma complexa interrelação entre a história pessoal e o contexto sociocultural do indivíduo que envelhece.

Para alguns autores a dependência está relacionada a dois principais aspectos: a falta de competência ou a falta de contingência (Baltes, 1988; Baltes e Silverberg, 1994), isto é, a dependência associada à incapacidade do idoso em realizar determinadas atividades em função de problemas de saúde ou a dependência associada a questões institucionais, ambientais e sociais. As condições ambientais são, para estes autores, co-responsáveis pela manutenção e desenvolvimento de comportamentos dependentes. Nossos dados revelam que poucos são os funcionários que associam a dependência a questões ambientais.

E a competência? O que os funcionários pensam sobre a capacidade do idoso em realizar algumas atividades, apesar de seu comportamento dependente? Apresentaremos a seguir a análise do discurso dos funcionários entrevistados quanto à competência do idoso.

### 3.2 A concepção dos funcionários quanto a competência do idoso

Para identificarmos a concepção dos funcionários quanto à competência do idoso, utilizamos duas situações apresentadas no filme: a primeira situação é a cena em que um idoso, sentado em uma cadeira de rodas, com a mão trêmula, segura a colher e deixa cair alimento na roupa e no chão e a segunda situação é a cena em que uma idosa, sentada em uma cadeira de rodas, não come, fica parada, olhando o prato e quando a funcionária lhe dá comida, a diretora intervém dizendo que a idosa não come porque a funcionária fica ao lado dela.

Para a primeira situação, perguntamos aos entrevistados por que eles acham que o idoso derruba a comida. Todos foram unânimes em atribuir uma patologia ao idoso, associando sua dificuldade a um problema de saúde:

“Ele derruba a comida porque a mão treme, perde a coordenação motora”

“Porque não tem movimento com a mão, a colher vira, a comida cai”

“Porque tem problema, a mão não ajuda”

“Porque ele tem um problema de saúde”

Alguns inclusive arriscando um diagnóstico:

“Acho que é envelhecimento nos ossos. Uma coisa precoce nos ossos”

“Porque ele está sem as coordenações, Parkinson, sei lá...”

“Porque tem dificuldade na mão. Teve um derrame”

Uma funcionária do serviço de apoio justifica dizendo que o idoso pode ter derrubado a comida acidentalmente:

“Ele deve ter um problema de saúde, não por ser idoso. Até a gente deixa cair. Ele pode ter deixado cair por acidente...”

É interessante ressaltar que nas verbalizações dos funcionários do serviço de apoio e das atendedoras de enfermagem as respostas são afirmativas “É porque isso ou porque aquilo...”, no entanto, para os funcionários técnicos, há uma cautela em não afirmar mas em condicionar a algum problema de saúde, mas com um diagnóstico expresso em termos mais técnicos e específicos:

“Provavelmente por falta de um controle motor...”

“Pode ter um problema patológico, Parkinson, bradicinesia, dificuldade de deglutir, ansiedade para acompanhar o conjunto de idosos, prótese mal ajustada... Pode ter vários fatores.”

“Parece um tipo parkinsoniano. Pode ser por um problema patológico, porque parece que ele não consegue...”

Apenas uma atendente de enfermagem expressou-se no condicional, mas ainda em termos de um diagnóstico:

“Eu não sei. Pode ser neurológico, sistema nervoso ou uma doença que a mão treme.”

Quando procuramos identificar a origem da dependência, no início das entrevistas, verificamos que a maioria dos entrevistados associam dependência com doença, o que vem novamente, nesta situação prática, confirmar a concepção dos funcionários. Entretanto, alguns funcionários, naquele momento, ressaltam outros fatores que possam estar associados à dependência, como fatores sociais e ambientais. Para a cena ora em análise apenas uma funcionária fala novamente sobre esta questão:

“Acho que ele derruba a comida talvez porque o prato estava distante, a cadeira não estava próxima da mesa e também porque ele estava sem controle, com uma dificuldade motora... A colher balança até chegar na boca e cai mesmo.”

Na segunda situação apresentada para análise dos entrevistados, as respostas são mais parcimoniosas. Todos os

funcionários técnicos afirmam não saber dizer qual seria o problema da idosa por não estar comendo, como, por exemplo:

“Eu não sei. É difícil falar, precisamos conhecer melhor a idosa. Analisar, fazer teste para ver se ela consegue comer sozinha...”

“Depende. Dependendo da funcionária, a idosa não come. Pode ser por inibição, por falta de carinho, por algum problema....Depende.....Eu não sei.”

“Não sei responder. Ela pode não estar com fome, pode estar com fome mas não sabe o que fazer com o prato em função do seu grau de demenciação...”

Nesta última verbalização, apesar de a funcionária referir não saber identificar o problema da idosa, podemos perceber uma clara menção a uma doença (demência/grau de demenciação), inclusive sugerindo uma concepção estereotipada da funcionária, pois não há no filme nenhuma evidência de que essa idosa apresente qualquer comprometimento neurológico ou psiquiátrico.

Para a maioria dos funcionários de apoio e atendentes de enfermagem a idosa apresentada no filme consegue comer sozinha, porém ela quer que a funcionária lhe dê comida na boca.

“Ela consegue comer sozinha. Ela quer que a funcionária dá para ela. Se a gente, funcionária, fica no pé, ela se sente mais segura.”

“Acho que ela queria que a funcionária 'dava' comida na boca dela porque pelo que pareceu no filme ela não tinha nada nos braços. 'Tava' com preguiça de comer.”

“Acho que ela quer carinho. Ela consegue.”

Esses dados vêm ao encontro dos resultados de Baltes e Reizenzein (1986), que ao estudarem a influência do ambiente social sobre o comportamento de idosos, verificaram que os comportamentos dependentes podem produzir um aumento no contato social entre funcionários e idosos, ou seja, esse comportamento dependente seria uma forma de “buscar a atenção” do funcionário.

Procuramos entender melhor a análise dos entrevistados diante das duas cenas apresentadas para discussão, perguntando como eles, se fossem funcionários da instituição do filme, cuidariam desses dois idosos.

Para os funcionários técnicos, os dois casos precisariam ser melhor esclarecidos. Ou seja, para eles é necessário primeiro verificar melhor o contexto e entender melhor o comportamento dos idosos, para então intervir. Essa análise talvez seja fruto de maior preparo conceitual, ou pelo menos de sofisticação de linguagem:

“Eu procuraria conhecer a situação”

“Eu preciso me certificar da rotina e do contexto da situação desses dois idosos. Não é possível fazer um pré-julgamento”

Para a situação “do idoso que derruba a comida”, os técnicos relatam que deixariam o idoso comer e alguns enfatizam também que além de verificar o que ocorre, procurariam reorganizar o ambiente para facilitar a independência do idoso.

“Eu mudaria algumas situações do ambiente para que ele possa comer sozinho. Faria talvez uma adaptação na colher”

“Para o que derrubou a comida, eu deixaria ele comer. Não me incomoda ele derrubar. Poderia por um pano ou depois trocar sua roupa. Derrubar, não vejo problema...”

“Se o problema é a sujeira, eu deixaria ele comer. Acho que o idoso, quanto mais você faz para ele, mais você tira aquela coisa dele ser independente. Claro que se você vê que tem mais comida no chão, você pode ajudar, adaptando a colher, colocando ele mais perto da mesa, do prato. Mas deixá-lo comer sozinho.”

“Para o que derruba, ele ia derrubar a vida inteira e eu nem ia me incomodar. Eu faço um trabalho aqui no Abrigo em que os idosos se ajudam. Atualmente a janta aqui eu não sirvo mais. Eles se servem e aquele que consegue ajuda o outro. E eles também já iam estar preparados se o idoso estivesse fazendo sujeira. Colocaria um babador, embora eu não goste muito, mas entre sujar a roupa e colocar um babador, acho melhor o babador.”

É interessante notar, no entanto, que para os funcionários de apoio e para os atendentes de enfermagem,

esse idoso seria cuidado de outra forma: a maioria lhe daria comida na boca. Essas funcionárias relatam também que não é por causa da sujeira, mas porque ele é doente, não consegue ou tem dificuldade. Parece que para estas funcionárias o cuidado deve ser centrado no idoso e não no atendimento a uma necessidade do funcionário ou do ambiente, não é a sujeira, e sim a doença e a dificuldade, o que evidencia uma ideologia do cuidado como forma de proteger e “fazer em lugar de”. O comportamento dessas funcionárias parece ser permeado por sentimento de compaixão como representado na fala:

“Se ele tem problema, coitado, eu dou para ele...”

Para a segunda situação, onde a diretora diz para a funcionária que a idosa espera que ela dê comida na boca, todos os funcionários técnicos relatam que precisariam primeiro entender o contexto e conhecer melhor o problema da idosa. Para a maioria do pessoal de apoio e atendentes de enfermagem, elas dariam comida como mostra a seguinte verbalização:

“Eu daria comida na boca dela. Eu falava para ela comer, mas se ela não come eu daria. Vai ficar sem comer?”

É interessante ressaltar também que uma funcionária da cozinha, fala que daria para o idoso que derruba a comida “porque ele tem dificuldade”, mas para a outra idosa não, “porque o que ela tem é preguiça”.

Neste caso, a funcionária parece discriminar entre dependência motivada por incompetência e dependência como forma de controle, cuidando apenas quando se evidencia a incompetência e não permitindo o controle.

Procuramos concluir a análise dessas duas situações perguntando para os entrevistados “se de um modo geral um idoso dependente consegue comer sozinho ou ele espera que a funcionária dê para ele”. Todos responderam que depende do caso, mas de um modo geral, para a maioria, um idoso consegue comer sozinho, mas ele quer atenção, quer que a funcionária dê para ele.

“Acho que ele consegue, mas ele quer atenção da gente.”

“Acho que depende. Tem uns que têm dificuldade e tem uns que não querem. Um dia tinha uma idosa aqui que queria ir no refeitório de cadeira de rodas. A diretora falou que não era para levar ela na cadeira que ela ia acostumar. Então eu falei para ela: Vamos, que lá tem forró! E ela foi andando... Acho que a maioria consegue, mas não quer.”

“Eu acho que depende. Existe o que não quer e o que tem dificuldade. Aqui no Abrigo tem mais o que não quer.”

“O idoso é carente. Ele consegue, mas no nível da carência ele se torna dependente.”

“Depende. Eu não sei. Um idoso com preguiça é igual a uma criança, principalmente quando vê uma pessoa do lado dele, que tá ali... Você tem que fazer para eles e acabou, né?! É uma coisa da gente analisar, quando eles não conseguem e quando eles estão com preguiça. Quando a gente vê que ele consegue a gente tem que deixar ele fazer sim. Acho que a maioria das vezes ele não quer fazer. É mais fácil a gente botar na boca dele do que a gente ter aquele trabalho, né?!”

Nesta última verbalização é interessante destacar a questão de como o funcionário lida com o uso que o idoso faz da dependência real e da dependência criada pelo idoso para controlar os sentimentos e comportamentos dos funcionários.

Para os funcionários técnicos, a independência deve ser estimulada e novamente nos seus discursos aparece a relação entre dependência e ambiente social do idoso.

Vejamos:

“Eu acho que depende. Tem aqueles que têm limitação, não conseguem e estão incapacitados. E tem aqueles que não querem e se você começar a fazer tudo, ele acaba se incapacitando. Você tem que criar a independência. Fazer ele fazer tudo sozinho...”

“... a dependência pode ser quebrada. Houve um caso aqui que o idoso criou essa dependência, estimulado pelas funcionárias. Foi feito um trabalho, proibindo-se de dar banho nele e ele se virou sozinho. Quebrou-se a dependência dele...”

“O problema todo é assim. Quando eu cheguei aqui os funcionários faziam tudo. - Você ficou velho, perde o direito de fazer

as coisas - Eu tenho trabalhado preparando o idoso para se virar. O café da manhã, por exemplo, hoje , depois de ter trabalhado bastante com eles, eu deixo o café lá e eles se servem. Eu fiquei pensando: 'Se a gente dá tudo na mão, depois eles vão estar bem piores'. O que me levou a fazer isso foi pensando em torná-los mais independentes. Os velhos da minha casa, com 80 anos, se servem sozinhos. Por que os daqui não podem fazer o mesmo? Só porque estão na instituição? A gente vai criando uma dependência neles de tudo levar na mão... Eles vão se tornando dependentes por culpa de quem cuida. Nós que cuidamos dos idosos somos culpados por eles irem ficando assim..."

Penso que a fala desta funcionária é fundamental e retrata com exatidão a concepção sobre o papel dos cuidadores de idosos. No âmbito educacional, esta emissão traz importante contribuição para refletirmos sobre a formação de recursos humanos na área de gerontologia.

Parece que programas de treinamento para funcionários que trabalham em instituições, principalmente para o pessoal de enfermagem que é quem presta o cuidado direto aos idosos, são necessários. Baltes, Neumann e Zank (1994) verificaram que programas de treinamento podem aumentar os comportamentos de apoio à independência dos idosos pelos funcionários.

Na cena final do filme apresentamos a seguinte situação "A idosa levanta-se com o prato na mão. A funcionária olha a idosa e pergunta aonde ela vai. A idosa responde que vai levar o prato à cozinha. A funcionária diz

que não, que ela derruba tudo e pede para a idosa ir assistir à televisão que ela leva o prato na cozinha”. Durante a entrevista, perguntamos o que acharam da situação e, se eles fossem o funcionário daquela instituição, como eles agiriam.

Quase todos os funcionários, independentemente do tipo de trabalho que realizam, acham que a idosa deveria ajudar e que a funcionária deveria deixa-lá levar o prato à cozinha. Justificam dizendo dos benefícios que esse comportamento traria para o idoso:

“...a idosa iria se sentir útil”

“...ela iria se movimentar e distrair”

“... assim a idosa faria exercício”

E também do benefício para os funcionários:

“...porque quanto mais independente a pessoa for, menos sobrecarga para os funcionários”

É interessante notar o que disse uma funcionária que administra a instituição:

“Se fosse eu, eu deixaria ela levar. Também penso, por outro lado, e se amanhã não tiver funcionário? Eu penso que o Abrigo é a casa deles e quem cuida da casa são os donos, não são? As

funcionárias vêm nos ajudar, mas a casa é nossa. Nós é que temos que cuidar dela.”

Esta concepção da diretora nos leva a acreditar que a maior participação dos idosos nas atividades das instituições poderia certamente diminuir o número e o grau de comportamentos de dependência apresentados pelos idosos.

Uma funcionária do serviço de apoio, apesar de concordar com a maioria dos funcionários quanto a que o idoso deve ajudar, apresenta uma análise diferente dos outros. Diz ela:

“A idosa deve estar com fome, querendo pegar alguma coisa na cozinha. Eu deixaria ela levar o prato, mas eu ficava olhando se ela põe o prato na cozinha. Ficava vigiando por trás, sem ela perceber...”

Na análise da funcionária, ela não está avaliando a competência do idoso, mas a conduta moral dele, e sua preocupação seria vigiá-lo para que não pegasse nada na cozinha. É interessante observar que a avaliação desta funcionária é frontalmente contrária à apresentada pela outra funcionária que diz que o asilo é a casa do idoso.

Apenas uma funcionária afirma que não deixaria a idosa levar o prato na cozinha e justifica:

“Está certo não deixar ela levar, porque se ela cai e se machuca a culpa é da funcionária. Eu mandava ela ir descansar mesmo...”

Provavelmente esta verbalização sugere uma concepção de que para a funcionária a instituição impõe um padrão de proteção ao idoso, e que qualquer acidente seria de responsabilidade do funcionário, levando-o a fazer pelo idoso como forma também de se autoprotger.

Além das situações apresentadas no filme, elaboramos mais duas questões, ainda relacionadas à competência do idoso para discutir com os funcionários. Uma delas é: Você acha que o idoso tem noção do que ele é capaz de fazer?

Neste caso, praticamente a metade dos entrevistados acha que o idoso tem noção do que ele é capaz de fazer, como, por exemplo, expressam as seguintes verbalizações:

“Ele sabe do que ele é capaz. Claro! Depende da gente que cuida. Se trouxermos a refeição do Seu V. aqui, por exemplo, ele vai querer que traga sempre. Mas ele sabe que ele é capaz de ir comer no refeitório.”

“Claro! Acho que a gente cria uma imagem de idoso como aquele coitadinho, acabado, como uma criança. Pode ter comportamento parecido, mas ele tem uma razão para se comportar de um jeito e não de outro. E não é porque é idoso.”

No entanto, deste total, quatro entrevistados fazem alguma ressalva quanto a essa competência, relatando que depende de condições específicas de saúde do idoso:

“Se ele não estiver demenciado, ele tem noção. Depende.”

“Eles têm noção. Depende do dia e da lucidez”

“Depende do caso”

“Se não estiver esclerosado, ele tem...”

Cinco funcionários são taxativos em afirmar que o idoso não tem noção do que ele é capaz de fazer e, finalmente, dois entrevistados - nível técnico - afirmam que não é possível responder à questão sem ter conhecimento prévio do idoso, ressaltando que “varia de pessoa para pessoa.”

Finalmente, um dos funcionários explicita a possibilidade de indução do idoso à dependência, mediada por um crescente senso de incompetência associada à idade:

“Eu não sei. Acho que depende do idoso. Eu acho que a gente vai tirando do idoso até essa noção. A gente vai dando para ele a noção de que ele está velho, que ele é dependente, que está aqui agora só para dizer sim, então eles vão perdendo a noção do que são capazes...”

A segunda questão que aborda a competência é: Você acha possível fazer com que um idoso dependente mude? De que maneira? A maioria dos entrevistados responderam que sim. Eles acreditam que é possível fazer com que um idoso dependente mude, conversando, estimulando, conhecendo o idoso e ensinando:

“Acho que sim. Ensinando ele.”

“Acho que sim. Acho que depende da pessoa querer. E quem vai cuidar precisa conhecer o idoso para ver o que ele pode mudar.”

“Claro! Nós já tivemos muitos casos aqui. Acho que temos que ficar perto e ir conversando e estimulando.”

“Sim, a gente começa conversando com ele e ele começa a se ajudar...”

Há uma funcionária, ex-atendente de enfermagem da instituição, que relata um outro aspecto importante, que é da manutenção uniforme das contingências ambientais indutoras de autonomia, por todo o corpo de funcionários.

“Depende da ajuda das outras funcionárias. Se todas ajudam, ele consegue...”

A mesma funcionária ilustrou sua opinião com a descrição do caso de um idoso que precisava de ajuda. Ela conversava muito com ele, o motivava a andar e a sair da

cadeira de rodas, mas não pôde contar com a colaboração de outras funcionárias, o que tornou o trabalho muito difícil.

“...eu levava um tempo para ele andar sozinho. Treinava, andava com ele pelo corredor. No outro dia, quando eu estava de folga, ele não saía da cama ou da cadeira de rodas. Acho que todas têm que ajudar...”

O relato desta funcionária aponta para a necessidade de um trabalho conjunto na instituição. A formação de recursos humanos que tenham princípios e objetivos comuns, sem dúvida, facilita o trabalho e o cuidado ao idoso institucionalizado no sentido de propiciar um envelhecimento saudável, promovendo e estimulando cada vez mais a independência dos idosos. Afinal, como retrata o geriatra em um dos momentos de sua entrevista:

“... a dependência é o que se procura evitar no envelhecimento. A Geriatria caminha na perspectiva de criar condições para dar uma qualidade de vida e independência aos idosos. Aliás, a independência, seja ela em qual esfera for, física, econômica, é o que há de bom, não é?!”

Podemos concluir que, com relação à competência do idoso, a maioria dos entrevistados acredita que é possível fazer com que um idoso mude. Acreditam que o comportamento de dependência deste idoso está associado ao fato de que ele

busca atenção do funcionário mais do que propriamente a sua incapacidade para realizar determinadas atividades, embora muitos ressaltem que depende do caso.

Se esses funcionários acreditam na competência do idoso e na possibilidade de construí-la, como eles avaliam o cuidado que é prestado ao idoso institucionalizado?

Apresentamos a seguir os resultados das entrevistas quanto à concepção dos funcionários em relação ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado.

### **3.3 A concepção dos funcionários quanto ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado**

Os resultados das entrevistas quanto ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado podem ser agrupados em quatro aspectos: 1- quem é o cuidador; 2- a forma como os funcionários cuidam; 3- as dificuldades que encontram para cuidar de idosos dependentes e 4- as qualidades que as pessoas que cuidam de idosos devem ter.

Com relação ao primeiro aspecto, procuramos identificar através do discurso dos funcionários se há diferença no cuidado quanto ao sexo do funcionário.

Os resultados de nossa entrevista apontam para uma heterogeneidade nas opiniões, inclusive pelas três categorias profissionais, ou seja, para os técnicos, funcionários de apoio e atendentes de enfermagem não há um consenso quanto a esta questão.

Dos 15 entrevistados, sete acham que não há diferença no cuidado, para eles tanto faz, homens e mulheres podem trabalhar em asilos e cuidar de idosos; cinco afirmam que há diferença enfatizando que o cuidado deve ser realizado por mulheres, dois não sabem, mas pensam que talvez a mulher fosse melhor e um acha que deveria ser homem para cuidar de homens e mulher para cuidar de mulheres.

Vejamos agora as justificativas que os entrevistados apontam para as respostas que apresentam. Os que afirmam que não há diferença, falam que:

“Não vejo diferença. Acho até útil ter homem na instituição...”

“Não. É um absurdo! É um preconceito! Tanto homem como mulher podem cuidar. Um homem inclusive tem mais força. Sou totalmente contra não querer que homem cuida.”

“Para mim eu não acho nada de anormal um homem trabalhar na enfermagem”

“Não. Qualquer um pode cuidar. Depende da dedicação do funcionário.”

“Não. Acho que tem homens e mulheres que têm dom para cuidar.”

“Não. Acho que tanto faz, não vejo diferença.”

“Acho que tanto faz”

É interessante observar que os três primeiros relatos partem do pressuposto de que o atendimento a idosos é feito por mulheres, e tentam justificar a presença de um homem efetuando o cuidado.

Os que afirmam que o cuidado deve ser realizado por mulheres dizem que:

“Eu penso que sim. Mulher tem jeito maternal, aquela coisa de ser mãe, de cuidar. É um pouco da mulher fazer isso. O homem por outro lado não tem paciência.”

“Sim, mulher tem mais paciência e cuida melhor.”

“Sim. Acho que a mulher cuida melhor. Homem não tem paciência.”

“A mulher tem mais paciência, entende melhor...”

“Acho que se fosse homem seria diferente. Para creche, asilo, orfanato precisa ser mulher. Homem é para ser porteiro, motorista... Homem não dá. A mulher, por pior que seja, ela é mais maternal. O homem não vê aqueles detalhezinhos que a gente acaba vendo. As mulheres são mais detalhistas. Quando eu trabalhava na creche, eu coloquei homens, e a experiência não deu certo. Homens parece que carregam o idoso e jogam ele na cama! As mulheres abraçam, dão beijinho, são mais carinhosas. Não sei se isso é geral, mas na minha experiência homem para ser enfermeiro não dá.”

A predominância feminina no cuidado certamente tem origem na assistência à saúde de cunho caritativo e posteriormente com Florence Nightingale na profissionalização que vai consolidar essa feminilização. Segundo Lopes (1996b), Florence “queria preservar para as mulheres as possibilidades de integrar um espaço de trabalho, ao mesmo tempo aceito socialmente por sua utilidade e pelas qualidades morais requeridas”(p. 98).

Na concepção dos funcionários, o cuidado necessita de “qualidades femininas” como a paciência, por exemplo, que segundo eles é uma característica feminina, conseqüente provavelmente do seu papel de mãe, cuja função denota cuidado. Neste sentido, Lopes (1996b) enfatiza que no hospital os homens ocupam espaços masculinos clássicos como carpintaria, serviços de manutenção, serviços de segurança, de compras, etc., enquanto que o setor assistencial é tradicionalmente ocupado por mulheres.

Para os que relatam não saber, há uma tendência em achar que o cuidado deva ser realizado por mulheres:

“As pessoas são extremamente carentes. É preciso aflorar para eles e para os outros que eles ainda estão vivos. Diferentes profissionais cuidam de idosos. Para aspectos mais pessoais, parece que a mulher tem mais jeito...”

“Eu não sei. Não tenho experiência com homem no asilo. Não sei se homem tem tanta experiência. Aqui, por exemplo, nós só contratamos mulheres, porque as idosas não aceitam ou têm dificuldades de serem cuidadas por um homem. O que é diferente do homem que já aceita ser cuidado pela mulher. Eu acho que devemos respeitar as idosas.”

Nesta verbalização podemos perceber um outro aspecto: a restrição à exposição do corpo e à expressão da sexualidade é muito maior para a mulher. Para a funcionária a idosa prefere ser cuidada por mulher, e segundo ela, o constrangimento ocorre mais para a idosa do que para o idoso.

No âmbito da sexualidade uma ex-atendente de enfermagem ressalta:

“Eu sempre achei que tinha que ter uma mulher para cuidar de mulher e homem para cuidar de homem. Muitos idosos têm vergonha quando a gente quer dar banho neles, por isso querem tomar banho sozinhos e não tomam aquele banho adequado. Assim, não, homem dá banho em homem e mulher em mulher.”

Ainda com relação a esta questão, procuramos verificar se os funcionários que afirmam não haver diferença no sexo do cuidador, mantêm essa posição para atividades que possam envolver constrangimento como o banho, por exemplo. Dos sete entrevistados que respondem que não, três avaliam que para a situação de banho seria melhor mulher, mudando

então sua posição inicial, argumentando que “no banho é melhor mulher”.

Três mantêm sua posição inalterada, justificando:

“Se for um banho, por exemplo, eu acho que tem que ter bom preparo. O que conta mesmo é o dom, o afeto da pessoa. Tanto faz, homem ou mulher é a mesma coisa.”

“Acho que mesmo que é banho, tanto faz.”

“No banho depende da psicologia de quem cuida. Se a gente conversar, mostrar que é uma coisa normal, tanto faz se é homem ou mulher. Conversar, tratar a cabecinha dela. Às vezes a pessoa pode não aceitar ou às vezes aceita. Você pode atingir a intimidade da pessoa.”

E um dos entrevistados, com a posição inicial de que não há diferença, reavalia dizendo que deveria ser homem para cuidar de homem e mulher de mulher.

Os cinco entrevistados que afirmam ser melhor a mulher para cuidar de idosos, relatam que no filme não viram diferença no cuidado que a funcionária prestou ao idoso e a idosa. Cabe ressaltar aqui que o filme envolvia uma situação de alimentação e não de banho, ficando, portanto, essa análise bastante prejudicada, visto haver um consenso entre os entrevistados de que um dos problemas que envolve a questão do sexo do cuidador está relacionada com situações como o banho.

É interessante ressaltar que a literatura que investiga gênero e saúde, gênero e ocupação, divisão do trabalho e relações sociais de sexo apontam para uma relação direta do cuidado de enfermagem como atribuição feminina (Lopes, 1993, 1996 a e b; Meyer, 1996; Fonseca, 1996; Kergoat, 1996). Os resultados de nossas entrevistas apontam que há uma heterogeneidade nas opiniões iniciais de que o cuidado deva ser realizado por mulheres, porém, na prática, quando olhamos para o contexto da instituição, temos que todos os funcionários que fazem parte do quadro fixo de trabalhadores da instituição são mulheres.

Além disso, para as situações que envolvem privacidade do idoso, ou situações relacionadas à sexualidade, como o banho, por exemplo, a maioria dos entrevistados avalia que é melhor um cuidador do sexo feminino, provavelmente em função da relação com qualidades maternas (amor de mãe é assexuado, puro e dedicado).

Com relação ao segundo aspecto sobre o cuidado prestado ao idoso institucionalizado, procuramos identificar a opinião dos entrevistados quanto à forma como os funcionários cuidam.

As situações apresentadas no filme eram relacionadas a comportamentos de estímulo e manutenção da

dependência. Para a maioria dos entrevistados, as funcionárias do filme cuidavam de maneira inadequada dos idosos. São ressaltados principalmente aspectos relacionados à falta de paciência dos funcionários, à pressa para realizar as atividades, à falta de compreensão a respeito da sujeira que o idoso faz ao comer. Vejam-se as declarações dos entrevistados:

“Achei que tava errado. A funcionária tava com pressa, apavorada. Acho que a gente tem que cuidar sem trazer os problemas de casa aqui...”

“Não está certo chegar na hora do almoço gritando...”

“Não é assim que se trata um idoso. É com paciência.”

“Achei que elas até têm um certo carinho, mas tem aquela coisa assim de ajudar para acabar logo, limpar o chão. Mais preocupado com si próprio do que com o idoso, de respeitar o ritmo do idoso. Não tem preocupação com o bem-estar dele e sim com o bem-estar delas.”

“Achei que uma não queria que ele sujasse, a outra achava que ele estava demorando. Sei lá, acho que tá errado. Porque eles comem devagar mesmo, derrubam...”

“Achei elas um pouco grosseira. Podia ter falado com mais carinho, mais cuidado.”

“É difícil julgar. Criou-me uma sensação de raiva delas. A atitude delas foi muito inadequada.”

“É inadequada. Parece não haver uma rotina, um padrão de atendimento no filme. Não há uma linha a ser seguida.”

“Uma delas falou da sujeira. Eu acho que a gente não tem que contar com a sujeira. A gente tá ali para trabalhar. Sujou, a gente pega e dá banho, troca e acabou...”

É interessante analisar o que disse uma ex-atendente de enfermagem ao referir-se ao cuidado:

“Eu acho que não foram adequadas. Tem sujeira. Mas deve fazer a coordenação motora neles. Eu gostava também de dar comida na boca deles, mas é errado. Só se ele não consegue comer mesmo. A gente tem que ter certeza que eles estão alimentados mesmo...”

Durante o período em que realizamos as observações da interação funcionário-idoso na instituição, pudemos verificar um alto índice de comportamentos de estímulo e manutenção da dependência emitidos pelos funcionários. Naquele momento pensamos que não só a concepção dos funcionários sobre a dependência, a competência e os cuidados ao idoso tinham uma relação forte e direta com os padrões de interação que apresentavam, mas também seus motivos pessoais para atuar de forma protetora.. Nossa hipótese vem a ser confirmada com a verbalização desta ex-atendente de enfermagem: “Eu acho que está errado, mas eu gostava de dar comida na boca deles” e quando justifica sua preocupação em cumprir literalmente a sua tarefa “a gente tem que ter certeza de que eles estão alimentados mesmo...”.

Dizer que gostava e que fazia para ter certeza de que estavam alimentados expressa uma razão afetiva. A funcionária necessita de um *feed back* para sentir que cumpriu o dever e isso parece prazeroso.

Este dado demonstra que os comportamentos apresentados pelos funcionários parecem permeados por concepções, atitudes e crenças relacionadas à dependência na velhice.

Dos 15 entrevistados, apenas três funcionárias, do serviço de apoio, relatam ser adequada a atitude das funcionárias:

“Achei certo. Elas cuidaram direitinho..”

“Achei que elas deram muita atenção.”

“Achei que tá certo. Tem que ajudar, senão não comem...”

Ainda com relação à forma como as funcionárias cuidam dos idosos, procuramos verificar se, na opinião dos entrevistados, é adequado falar com o idoso na forma diminutiva, como, por exemplo “Olha que bonitinho! Comeu tudo!”, “Vamos, abra a boquinha.”

A maioria dos funcionários técnicos acha inadequado:

“Falam de um jeito bem infantil, como se tratasse de criança. As pessoas falam que idoso torna-se criança. Eu já não penso assim, não”

“Ele é idoso mas não é criança. Esse “tinho , bonitinho, tudinho...” não é adequado. “

“É muito inadequado, porém muito freqüente...”

Outra funcionária técnica também relata que é comum as pessoas infantilizarem o idoso, e afirma que ela mesma, muitas vezes fala com eles dessa forma, embora ela tenha consciência de que seja errado. Vejamos:

“É um defeito que a gente tem de infantilizar o idoso. Eu tento trabalhar comigo mesma. Está erradíssimo. Eles não são crianças, eles não devem ser tratados como crianças. Eu já vi, inclusive, darem mamadeira para o idoso. Achei isso terrível. Está errado falarmos que bonitinho, abra a boquinha, ponha o pezinho aqui... Totalmente errado. Mas a gente se pega falando assim várias vezes...”

Parece comum as pessoas tratarem os idosos como crianças. É difícil precisar quais são os fatores que concorrem para que se adote este tipo de tratamento, mas é possível que haja alguma relação com a questão da dependência. No início da análise de nossas entrevistas pudemos observar a fala de duas ex-atendentes de enfermagem que foram unânimes em dizer que o “idoso volta a ser criança”.

A concepção que se tem de “cuidar” é em geral “fazer por”. Essa associação de que o idoso se torna incapaz

de realizar determinada atividade e então é preciso fazer por ele, como se faz com um bebe, parece comum principalmente em se tratando de idosos institucionalizados nos quais o nível de fragilidade parece ser maior.

Um dado bastante interessante e que nos chamou a atenção foi que, para todos os entrevistados do serviço de apoio, ou seja, para as faxineiras, cozinheira e auxiliar de cozinha, é correto falar com o idoso usando o diminutivo. Veja-se, por exemplo, como a expressão se repete:

“Está certo sim. Se ela comer tudo vai ficar fortinha, vai passear...”

“Tá certo. Tá elogiando ela porque ela comeu toda a comidinha...”

Quanto às atendedoras de enfermagem, três acham inadequado e duas acham adequado. Novamente aqui, os dados obtidos durante as observações se confirmam. Uma ex-atendente de enfermagem relata que é correto falar assim e diz:

“Não está errado não. É um jeito carinhoso. Eu falo assim com eles...”

A esse respeito, Lopes (1995) afirma que os diminutivos são freqüentes no vocabulário do pessoal de

enfermagem “relembrando e reforçando a dependência dos doentes na relação do cuidado” (p.172). Segundo a autora, alguns pacientes não gostam desse tratamento “infantilizante” e nesse sentido ela refere que “a vida emocional do adulto não é central nas preocupações e que geralmente a vida emocional para a criança é mais importante e, por isso, o paciente passa a ser tratado como criança, através às vezes de um vocabulário pejorativo. Lopes (1995) também ressalta que existem aqueles que vêem no diminutivo das palavras usadas pela equipe de enfermagem uma expressão de carinho usada como forma de proteção e apoio, provavelmente na tentativa de recolocar as emoções no centro da relação. Definir a melhor forma de relação entre cuidador-cuidado parece ser uma questão que varia de pessoa para pessoa. Falar usando expressões no diminutivo pode ser um gesto carinhoso, de compaixão, que para uns pode ser confortável e agradável, e para outros não. Seria necessário mesmo associar a dependência, a fragilidade e a doença com a infantilização do homem? Esse sentimento de compaixão beneficia mais aquele que é cuidado ou aquele que cuida?

O terceiro aspecto a ser analisado quanto ao cuidado prestado ao idoso institucionalizado refere-se às

dificuldades que eles, entrevistados, encontram para cuidar de idosos dependentes.

Todas as funcionárias de apoio relatam que não apresentam nenhuma dificuldade. Este resultado pode estar associado ao tipo de serviço que prestam na instituição, ou seja, são funcionárias que não trabalham no cuidado direto ao idoso. Dizem que, esporadicamente, quando solicitadas pelas atendedoras de enfermagem, elas até “ajudam a cuidar deles” e que, quando isso acontece, não sentem qualquer dificuldade.

Os funcionários técnicos, cujo trabalho não é o cuidado direto, relatam algumas dificuldades para realizar determinadas atividades com o idoso. As dificuldades que estes profissionais apontam referem-se basicamente à força física para mudança de decúbito do idoso, à dificuldade do idoso em compreender determinada atividade que lhe é proposta, em função principalmente de um estado demencial, e à locomoção do idoso. Vejamos:

“A única dificuldade que eu acho é ter força física, esforço físico para erguer o idoso. Às vezes a gente não consegue fazer sozinha e precisa da ajuda de outra pessoa para erguer o idoso.”

Para as pessoas encarregadas de transportar um idoso com dificuldade de locomoção essa tarefa é considerada bastante difícil. A pessoa entrevistada que relata essa

dificuldade, destaca a atividade realizada pela família dos idosos ao levá-los para consultas no Centro de Saúde.

“Eu acho que a maior dificuldade está relacionada à locomoção do idoso. As famílias reclamam da dificuldade de levar o idoso até o Centro de Saúde, de colocá-lo no carro, de sentá-lo na maca...”

Cuidar de uma pessoa com algum distúrbio cognitivo não é uma tarefa fácil. Principalmente se o seu grau de comprometimento interfere em sua compreensão da realidade. Esta é uma dificuldade apontada por uma das entrevistadas:

“Eu acho que a maior dificuldade é a compreensão. Se a gente propõe uma atividade, por mais simples que seja, eu tenho dificuldade em fazer com que o idoso compreenda. Isso ocorre é claro com idosos dependentes demenciados. Se o dependente não tem distúrbio nessa área, não há problema. Não é a dependência física que impede, É o grau de compreensão, de lucidez...”

Para as atendedoras de enfermagem a maior dificuldade que relatam está relacionada à força física. E elas falam:

“Eu não tenho dificuldade em fazer o meu trabalho. A única coisa é que às vezes a gente precisa de alguém para ajudar a gente a carregar. As vezes carregar o idoso sozinho não dá certo...”

“Eu acho que o mais difícil é mudar de cadeira, na hora do banho. Eles não ficam em pé e são pesados.”

“A única coisa é que a gente não tem força.”

Uma das atendentes associa a dificuldade de mudar o idoso de cadeira com questões também de problemas de compreensão do idoso, empatia ou confiança, muito comum e erroneamente negligenciadas na instituição, que tende a uniformizar as pessoas, tanto idosos quanto funcionários:

“Eu não posso negar que quando eu trabalhava aqui eu tinha dificuldade com o F. Ele tinha problema, ele tinha sistema nervoso e por causa do sistema nervoso dele, ele não ajudava. Só quando ele queria. Parece que ele não se adaptou comigo. A outra enfermeira, ela não tinha dificuldade. O problema era comigo. Se ele ajudasse ir para a cadeira de rodas certinho, aí não é difícil. Mas ele não colaborava comigo. Ele não confiava em mim. Não tinha problema por ele ser homem. Eu cuidava numa boa de homem e mulher. Mas o F. , por causa do problema dele, eu não conseguia.”

Podemos concluir que quanto às dificuldades no cuidado, o pessoal de apoio, talvez por não cuidar diretamente do idoso, não relata quaisquer problemas. O pessoal técnico é o que relata a existência de maiores dificuldades como insuficiente força física do cuidador, locomoção e precariedade de compreensão do idoso. Para as atendentes de enfermagem a maior dificuldade está relacionada à questão da força física.

É interessante ressaltar que no artigo “Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde”, Lopes (1996a) afirma que uma das lógicas sociais das práticas masculinas no cuidado é baseada na força física. A força física (os braços) atrai um certo número de homens no cuidado.

Cuidar de pessoas idosas institucionalizadas traz certamente uma série de dificuldades principalmente para aqueles que são responsáveis pelo cuidado direto ao idoso. Evidentemente que essas dificuldades têm relação com questões individuais do cuidador como o senso de ônus, motivação, padrão de envolvimento, crença de auto-eficácia entre outras, e com questões contextuais como falta de habilidade social e recursos materiais ou ainda, uma combinação desses dois aspectos: individuais e contextuais.

O quarto e último aspecto a ser analisado quanto ao cuidado prestado a idosos institucionalizados se refere às qualidades que o pessoal que trabalha nestas instituições deve ter, segundo as concepções dos respondentes.

Os resultados revelam algumas qualidades como paciência, “gostar do serviço”, ter amor e carinho pelos idosos

e ter conhecimento, experiência ou treinamento para realizar suas atividades.

A qualidade mais apontada pelos funcionários foi a paciência. Lopes (1996b) ressalta que as explicações significativas sobre a situação concreta da profissão de enfermeira passam pela noção de cuidado de saúde como ação feminina e produto das características da mulher. Em trabalho anterior, Lopes (1993) afirma que no Brasil, entre as enfermeiras universitárias, 94% são mulheres; entre as técnicas de enfermagem 89,5%; 91,5% entre as auxiliares e 88,5% entre as atendentes de enfermagem, portanto o trabalho de enfermagem é caracterizado por um trabalho eminentemente feminino. Além do grande contingente feminino, a autora ressalta uma lista de atributos e qualidades naturais da mulher como vocação, moralidade, capacidade de adaptação às condições de subordinação, paciência, perspicácia, autocontrole, auto-sacrifício, lealdade, devotamento, integridade, pureza, honestidade, docilidade, senso prático, etc. que a tornam apta ao trabalho de enfermagem.

O Quadro 16 apresenta as qualidades que o cuidador deve ter segundo cada profissional entrevistado.

Quadro 16 - Concepções dos funcionários entrevistados quanto a qualidades necessárias a um cuidador de idosos institucionalizados.

Categoria Profissional	Qualidades
Técnicos	paciência, amor, carinho, atenção paciência, noção de limpeza, disposição para aprender ter habilitação e ser valorizado profissionalmente ter conhecimento e gostar do que faz bom treinamento, conhecimento, paciência, saber como lidar
Apoio	paciência, gostar do serviço paciência, amor paciência, amor vontade de ajudar, ter estudo, não ser agitado responsabilidade, carinho paciência, força de vontade
Atendentes de Enfermagem	afeto, gostar do que faz, paciência, dom, sabedoria, carinho ser esperta, conversar muito com eles, experiência carinho, paciência, gostar do que faz
Ex-atendentes	preparo, paciência, amor, autoridade com educação paciência, amor, conhecimento, atenção

Podemos observar que para o pessoal técnico as qualidades mais apontadas estão relacionadas tanto à personalidade (paciência, carinho e amor aos idosos) quanto à formação (habilitação, conhecimento, treinamento, saber como lidar, ter noção de limpeza,...). Para os funcionários do serviço de apoio as qualidades relatadas são mais relacionadas a aspectos da personalidade como paciência, amor, vontade de ajudar, carinho, gostar do serviço,... Apenas uma funcionária relata aspecto relacionado à formação (“ter estudo”).

Para as atendedoras de enfermagem é necessário ter paciência, carinho, afeto, gostar do que faz, dom, atenção. Com relação à formação, duas atendedoras referem experiência e preparo para lidar com idoso.

Quando perguntamos aos entrevistados se, na opinião deles, as funcionárias do filme tinham essas qualidades, a maioria respondeu que não, que as funcionárias do filme não tinham paciência. Apenas duas funcionárias do serviço de apoio relataram que sim, dizendo que “elas eram carinhosas” e “cuidavam bem deles”.

Ainda em relação à opinião dos entrevistados com respeito às qualidades do cuidador é interessante analisar dois relatos que se contrapõem à maioria, enfocando as questões “amor” e “paciência” como excludentes. Um dos entrevistados fala da questão do amor, de gostar do idoso ou daquilo que faz, que foi apontado por um grande número de funcionários, e que, na opinião dele, não é necessário. Veja:

“...acho que tem que ter paciência. Eu nunca pergunto se a pessoa gosta. Quando você tem paciência, você vai aturar. Amor explode...”

Um outro entrevistado é contrário à paciência como qualidade e ressalta:

“Acho que tem que ter conhecimento e gostar. Acho que se tem conhecimento, não precisa ter paciência, porque com o conhecimento, a pessoa vai saber como lidar com os problemas que aparecerem...”

Como podemos ver, para um a paciência é fundamental e dispensa o amor e para o outro, o conhecimento é indispensável e a paciência desnecessária.

Gelbecke e Capella (1994) relatam a experiência vivenciada junto a técnicos e auxiliares de enfermagem durante um curso em que buscaram discutir o que é enfermagem. Dos 24 funcionários que responderam à questão “O que é enfermagem?”, 10 utilizaram o termo dedicação ao próximo, 8 a palavra doação e 7 a palavra amor, além de carinho, compreensão, paciência, responsabilidade, esquecer de si, saber ouvir, confortar, vocação entre outros. As autoras salientam que o sentimento de religiosidade perdura até hoje na enfermagem como demonstram seus resultados, porém enfatizam também que a enfermagem “não pode nem deve ser vista apenas como arte e vocação”, mas sim “como produto da relação ideológica, política e econômica do setor saúde com a sociedade como um todo” (p.127). As autoras concluem que desvincilhar os mitos da construção da enfermagem enquanto prática social só será possível através da educação e construção do sujeito.

Embora o trabalho de Gelbecke e Capella(1994) não tenha sido realizado com funcionários de instituições para idosos, podemos perceber uma certa similaridade com os dados obtidos em nossa entrevista quanto à qualidade do cuidador.

O cuidado ao idoso institucionalizado é permeado por preconceitos relacionados ao envelhecimento, nos quais o modelo biológico que enfatiza as perdas na velhice e o modelo de assistência caritativa ainda são muito presentes. Acreditamos que o aumento do número de idosos e a necessidade da criação de serviços que possam atender esse contingente levem cada vez mais a necessidade da formação de recursos humanos.

Conforme ressalta Duarte (1994), o atendimento adequado ao idoso pressupõe que a mão-de-obra técnica disponha de conhecimentos específicos nas áreas de geriatria e gerontologia. Os recursos humanos especializados é um dos grandes problemas verificados na assistência ao idoso. Os resultados dos questionários que a autora aplicou com enfermeiros para verificar o preparo educacional para assistir o idoso e a segurança que referem para prestar assistência aos idosos hospitalizados levam-na a concluir que é necessária a inclusão de conteúdos referentes à geriatria e gerontologia nos cursos de graduação na área de enfermagem.

Dos 20 questionários aplicados, nenhum relatou o ensino deste conteúdo nos currículos de graduação, 50% dos relatos referiram ter obtido informações a esse respeito esporadicamente, através de palestras e cursos extracurriculares e 45% relataram que nunca receberam durante a graduação ou fora dela, qualquer informação e 5% não responderam. Quando a autora indagou no questionário sobre a importância deste tema, 95% responderam que consideram necessário a inclusão de temas relacionados ao envelhecimento nos currículos, ressaltando principalmente como consequência a melhoria da assistência ao idoso.

Nesse sentido, a dissertação de mestrado de Mendes (1989) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, no tópico onde procurou investigar o conteúdo curricular em cursos de graduação e pós-graduação, verificou que a maioria das escolas estudadas oferece tópicos com enfoque na velhice, porém poucas disciplinas específicas foram introduzidas.

Waldow e Frichebruder (1995) enfatizam a necessidade de promover a educação para a velhice na família, na escola e no trabalho. Quanto à educação na escola elas ressaltam a importância da inclusão nos cursos de 3º grau de conteúdos relacionados com a velhice.

Evidentemente que a inclusão de conteúdos específicos de geriatria e gerontologia na formação dos profissionais que trabalham com idosos é necessária conforme apontam vários autores (Santos, Bub e Mendes, 1990; Nelson, 1992; Rodrigues e Mendes, 1993 entre outros), porém não é suficiente. Conforme apontado no relatório do Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem (1985), praticamente inexitem programas institucionais, regulares de educação contínua necessários e essenciais para a qualidade da prática. Se considerarmos que o pessoal de enfermagem que presta cuidado direto ao idoso são os atendentes e auxiliares de enfermagem, certamente não estaremos sendo ingênuos ao afirmarmos que a formação desses funcionários na área de gerontologia é extremamente deficitária e que a educação continuada ou o treinamento em serviço são necessidades prementes.

Concordamos com Angelo (1994) quando refere que o conhecimento de enfermagem não depende apenas dos modelos de ensino ou da prática instituídos. Esse conhecimento depende e sofre a interferência do contexto histórico, social e político.

Nesse sentido também Lima (1994) enfatiza que “a formação do profissional de enfermagem requer programas

educacionais inovadores, voltados tanto para as demandas do mercado de trabalho, como para as necessidades de transformação da prática, embasados em resultados de pesquisa” (p. 277).

É preciso conhecer essa realidade para podermos definir e implantar programas de intervenção que possam efetivamente contribuir para a mudança dessa realidade. Este trabalho procurou iniciar esta investigação, analisando algumas concepções quanto à dependência, à competência e ao cuidado prestado a idosos que vivem em instituições.

**CONSIDERAÇÕES  
FINAIS**

Nosso objetivo foi analisar o cuidado prestado ao idoso institucionalizado tendo como pano de fundo a dependência comportamental na velhice.

E por que estudar o cuidado? Por um lado, como docente responsável pela disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso oferecida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para alunos do Curso de em Enfermagem tínhamos a preocupação com a formação desses futuros enfermeiros, alguns futuros cuidadores de idosos. O que era preciso ensinar a esses alunos? Essa era uma questão presente que buscávamos responder à luz de uma escassa literatura sobre o assunto e à luz de uma visão ainda bastante limitada da realidade são-carlense. Alguns dados faziam nossas inquietações tomarem volume: o número de idosos está aumentando e o atendimento a essa parcela da população é geralmente, ainda, muito precário. O cuidado ao idoso é realizado por leigos, atendentes ou auxiliares de enfermagem com pouca ou nenhuma formação em gerontologia. O atendimento, em particular nos asilos, parece ainda mais comprometido pois além da deficiência na formação dos trabalhadores desta área, somam-se as precárias condições de trabalho, com salários baixos, escassez de materiais e

equipamentos, alta rotatividade e falta de funcionários, além da sobrecarga de trabalho e conseqüente stress.

Por outro lado nossa experiência com a observação, ainda que empírica, da interação aluno-idoso e funcionário-idoso apontava para uma relação de caráter assistencialista e caritativo permeada de atitudes e concepções estereotipadas sobre a velhice.

Era preciso conhecer essa realidade. Com suporte teórico e uma prestimosa orientação definimos nosso problema de pesquisa e delineamos nossas questões metodológicas.

Iniciamos este trabalho procurando caracterizar os funcionários e os idosos de uma instituição asilar de uma cidade do interior de São Gradação Paulo. Nosso primeiro conjunto de dados confirma nossa primeira hipótese: os trabalhadores são pouco qualificados, não apresentam formação teórica em gerontologia, permanecem pouco tempo nos asilos e a rotatividade é alta, principalmente entre os que prestam cuidados diretos ao idoso. Com referência à caracterização dos idosos, a maioria é independente para as atividades de vida diária. Esse dado levou-nos a refletir sobre a situação de dependência nos asilos. Por que a maioria das pessoas mantém e preserva uma imagem de isolamento, depressão, solidão e apatia nos asilos? Se a maioria é

independente, eles não deveriam viver autônomos, ativos, sociáveis e felizes? Os asilos não deveriam ser um ambiente social menos triste e deprimente?

Com o objetivo de identificar e analisar o padrão de atendimento no asilo, realizamos as observações da interação funcionário-idoso nas três situações específicas de cuidado: banho, alimentação e medicação. Por que optamos pela observação? Metodologicamente falando, a observação parecia ser a forma mais adequada para retratar a realidade do cuidado. Será que se tivéssemos perguntado ao funcionário, através de um questionário ou de uma entrevista, os resultados teriam sido diferentes? Provavelmente eles não teriam sido tão claros e tão ricos em detalhes como foram com a observação. De qualquer forma, realizar observação *"in loco"* requer um bom planejamento, organização e treinamento. Nossas dificuldades com as observações felizmente puderam ser resolvidas ao longo de um "projeto piloto" envolvendo outros observadores (alunos de psicologia e enfermagem), organizando treinamento e realizando avaliações e discussões em grupo.

Para as três situações de observação realizadas, nenhuma os resultados mostram a predominância de padrões comportamentais manutenção da dependência, confirmando

nossa segunda hipótese. Em muitos casos, inclusive, esse fazer pelo idoso era realizado em situações em que ele provavelmente poderia fazer sozinho.

Essa forma de “fazer para” é, em parte, mediada pelas concepções que os funcionários têm sobre a dependência, a competência e o cuidado ao idoso institucionalizado. Nosso terceiro objetivo foi, então, identificar essas concepções através de entrevistas com os funcionários.

A elaboração de um vídeo com situações previamente observadas, para identificar essas concepções, foi uma estratégia que provou ser eficaz porque os funcionários discutiam situações de sua realidade representadas por outras pessoas, o que não trazia comprometimento ou envolvimento direto, mas criava uma certa impessoalidade, que resultou em depoimentos mais espontâneos. Esses depoimentos, no entanto, refletiam o comportamento do próprio funcionário na tarefa de cuidar e confirmavam nossa terceira hipótese, de que o cuidado é determinado e influenciado pelas concepções que o cuidador apresenta quanto à dependência, à competência e ao cuidado ao idoso.

Verificamos também diferenças entre as concepções do pessoal mais técnico e do pessoal de apoio. Acreditamos,

que são, em parte, influenciadas por questões culturais, educacionais e do tipo de trabalho que desempenham.

Realizado com amostra pequena, de conveniência e não aleatorizada os resultados dos nossos estudos não podem ser ampla e irrestritamente generalizados. Eles desvelam apenas parte da realidade do cuidado ao idoso institucionalizado. Esperamos que os aspectos salientados possam contribuir para a reflexão e planejamento do cuidado nas instituições. Muitas pesquisas precisam ainda ser desenvolvidas como investigar por exemplo em relação ao cuidado e às concepções em outras instituições, e em diferentes tipos de asilos investigar o cuidado e as concepções em diferentes culturas, entrevistar os próprios idosos, verificar como o cuidado se dá no domicílio dos idosos, identificar a influência do controle no comportamento de dependência do idoso, verificar se há diferença no cuidar realizado por homens e mulheres, implantar e avaliar programas de intervenção, entre outras.

De qualquer forma não podemos deixar de mencionar que, apesar de recentes, as pesquisas na área de gerontologia e geriatria têm tido um crescimento exponencial. Talvez o novo cenário que se delineia tanto no meio científico

como no social é que irá dar conta de transformar e lidar com as atitudes em relação à velhice.

Todo investimento científico e social busca certamente promover uma velhice bem-sucedida. E como afirma Neri (1995) “a velhice bem-sucedida é uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário” (p.34).

Melhorar a qualidade de atendimento das instituições só será possível conhecendo essa realidade, planejando e implantando programas de treinamento e investimento fortemente na formação de recursos humanos. Neste momento este é um dos grandes desafios que desponta para a realidade brasileira.

**REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

- AGBAYEWA, M.O., ONG, A., WILDEN, B. Empowering long term care facility residents using a resident staff group approach. *Clinical Gerontologist*, v. 9, n. 3-4, p. 191-201, 1990
- ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo : Cortez, 1989. 128p.
- ANGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 28, n. 1, p. 11-14, 1994.
- AULETE, C. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. Delta, 1986. v. 2.
- BALTES, M.M., REISENZEIN, R. The social world in long-term care institutions: Psychosocial control toward dependency. In BALTES, M.M. & BALTES, P.P. (Eds.). *The psychology of control and aging*. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1986. p. 315-343.
- BALTES, M.M. The etiology and maintenance of dependency in the elderly: three phases of operant research. *Behavior Therapy*, v. 19, p. 301-319, 1988.
- BALTES, M.M., SILVERBERG, S. The dynamics between dependency and autonomy. Illustrations across the life-span. In: FEARHERMAN, D.L., LERNER, R.M., PERLMUTTER, M. (Eds.). *Life-span development and behavior*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, 1994. p. 42-90.
- BALTES, M.M., SILVERBERG, S. A dinâmica dependência - autonomia no curso de vida. In: NERI, A.L. (Org.) *Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida*. Campinas : Papirus. 1995, 276p.
- BALTES, M.M. et al. Further observational data on the behavioral and social world of institutions for the aged. *Psychology and Aging*, v. 2, p. 390-403, 1987.

- BALTES, M.M., NEUMANN, E.M., ZANK, S. Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff. *Psychology and Aging*, v. 9, n. 2, p. 179-188, 1994.
- BALTES, M.M. *The many faces of dependency in old age*. Cambridge : Cambridge University Press, 1996. 186p.
- BALTES, M.M., WAHL, H.W. Dependency in aging. In: CARSTENSEN, L.L. & EDELSTEIN, B.A. (Eds.). *Handbook of clinical gerontology*. New York : Pergamon, 1987. p. 204-221.
- BALTES, M.M., WAHL, H.W. The dependency-support script in institutions: generalization to community settings. *Psychology and aging*, v. 7, n. 3, p. 409-418, 1992.
- BASTIAN, E.M. Gerontologia: campo da enfermagem. *Enfermagem Novas Dimensões*, v. 5, n. 2, p. 17-22, 1979.
- BERCOVICH, A.M. Características regionais da população idosa no Brasil. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS EM 3ª IDADE, 1., 1992, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte : Fundação João Pinheiro, 1992. p. 41-62.
- BURNSINDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo : Andrei Ed., 1979. 547 p.
- CAMPEDELLI, M.C. *Consulta de enfermagem em geriatria: proposta de modelo*. São Paulo : USP, 1989. 92p. Tese (Livre Docência).
- CAPELLA, B.B. et al. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 41, n. 2, p. 161-168, 1988.

- CAPELLA, B.B., GELBECKE, F.L. Enfermagem: sua prática e organização. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 41, n. 2, p. 132-139, 1988.
- CARSTENSEN, L.L. Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: NERI, A.L. (Org.) *Psicologia do envelhecimento. Tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida*. Campinas : Papirus, 1995. p. 111-144.
- CARVALHO, J.A. Tendências de envelhecimento: Minas Gerais no contexto brasileiro. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS EM 3ª IDADE, 1., 1992, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte : Fundação João Pinheiro, 1992. p. 13-23.
- CATANACH, L., TEBES, J.K. The nature of elder impairment and its impact on family coregivers' health and psychosocial functioning. *The Gerontologist*, v. 31, n. 2, p. 246-255, 1991.
- CHANDLER, J.T., RACHAL, J.R., KAZELSKIS, R. Attitudes of long-term care nursing personnel toward the elderly. *The Gerontologist*, v. 26, n.5, p. 551-555, 1986.
- CLARK, P., BOWLING, A. Quality of every day life in long stay institutions for the elderly: an observational study of long stay hospital and nursing home care. *Social Science and Medicine*, v. 30, n.11, p. 1201-1210, 1990.
- COHEN, C.I., ADLER, A. Network interventions: do they work? *The Gerontologist*, v.24, n.1, p. 16-22, 1984.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983* Rio de Janeiro : Conselho Federal de Enfermagem / Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. 236p.

- COSTA, M.A. Terceira idade no Brasil: perfil sócio-demográfico. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS EM 3ª IDADE, 1., 1992, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte : Fundação João Pinheiro, 1992. p. 63-78.
- DEBERT, G.G. *Família, classe social e etnicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento*. BIB, Rio de Janeiro, 1992. p. 33-49.
- DUARTE, M.J.R.S. *Internação institucional do idoso: assistência à saúde em geriatria no setor público*. São Paulo : Escola de Saúde Pública, 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública)
- DUARTE, Y.A.O. A influência da formação acadêmica do enfermeiro na assistência ao idoso. *Âmbito Hospitalar*, v. 6, n. 66, p. 61-66, 1994.
- ERDMANN, A.L. *Sistema de cuidados de enfermagem*. Pelotas : Editora Universitária UFPel, 1996. 141p.
- ERDMANN, A.L., PINHEIRO, P.I.G. Estratégias de gerenciamento no processo de cuidar: perspectivas dos enfermeiros-gerentes de um hospital de ensino de uma capital do sul do país. In: I ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM, 1, 1996, Itapema, S.C. *Anais...* 117p. p. 95.
- ERIKSON, E. *Childhood and society*. New York : Norton, 1963.
- FERRARO, K., VAN, T. Health needs and services for older adults: evaluating policies for an aging society. In: STAHL, S. (Ed.). *The legacy of longevity*. Newburg Park C.A. : Sage Publications, 1990.
- FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. J.E.M.M. Editores, 1988.

- FLEURY, N.P. *Atendimento à população idosa no Estado de São Paulo*. São Paulo : Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo, 1993. 68p. (Relatório de Pesquisa)
- FONSECA, T.M.G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p.63-75.
- FU, V.R., HINKLE, D.E., HANNA, M.A.K. A three generational study of the development of individual dependency and family interdependence. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, v. 112, p. 153-171, 1986.
- GELBECKE, F.L., CAPELLA, B.B. A educação continuada como possibilidade de transformação da prática e construção do sujeito. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 124-132, 1994.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo : Ed. Perspectiva, 1974. 310p.
- GOLDSTEIN, L.L.L. , NERI, A.L. Tudo bem, graças à Deuswazu ! Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. *Gerontologia*, v. 1, n. 3, p. 95-104, 1993.
- GONYEA, J.G. The family and dependency: factors associated with institutional decision-making. *Journal of Gerontological Social Work*, v. 10, n. 1-2, p. 61-77, 1987.
- GOODWIN, M., TROCCHIO, J. Cultivating positive attitudes in nursing home staff. *Geriatric Nursing*, v. 8, n. 1, p. 32-34, 1987.
- GOULD, M.T. Nursing home elderly: social-environmental factors. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 4, n. 2, p. 241-252, 1992.

- HADDAD, E.G.M. *A velhice de velhos trabalhadores: o cenário, o movimento e as políticas sociais*. São Paulo : Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas / USP, 1991. Tese (Doutorado em Sociologia)
- HECKHAUSEN, J., SCHULZ, R. Uma teoria do controle no curso de vida. In: NERI, A.L. (org.) *Psicologia do envelhecimento. Tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida*. Campinas : Papyrus, 1995. p.159-194.
- HEIDEGGER, M. *Being and time*. New York : Harper & Row, 1972.
- HERSCH, G. A nursing home in service program: characteristics and experiences. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, v. 6, n. 3-4, p. 99-120, 1988.
- HOGSTEL, M.O., GAUL, A.L. Safety or autonomy: an ethical issue for clinical gerontological nurses. *Journal of Gerontological Nursing*. v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.
- HÔTE, J.M. *Brasil: uma política para a velhice já*. Rio de Janeiro : Ed. Brascore, 1988. 353p.
- JORDÃO NETTO, A. Asilo de velhos: uma instituição nada exemplar. *São Paulo em Perspectiva*, v. 1, n. 3, p. 71-76, 1987.
- KALACHE, A., VERAS, R.P., RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.
- KANE, R.A. Personal autonomy for residents in long-term care: concepts and issues of measurement. In: BIRREN, E. et al. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. USA : Academic Press, 1991.

- KAY, D.W. et al. Dependency in old age. A comparison of mental and physical factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 6, n. 12, p. 833-844, 1991.
- KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M.J.M./ MEYER, D.E., WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p. 19-27.
- LEININGER, M.M. (Ed.) *Qualitative research methods in nursing*. Orlando, FL : Grune & Stratton, 1985.
- LEININGER, M.M. (Ed.) *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York : National League for Nursing, 1991.
- LIDZ, C.W., ARNOLD, R.M. Institutional constraints on autonomy. *Generations*, v. 14, p. 65-68, 1990 Suppl
- LIMA, M.A.D. da Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 47, n. 3, p. 270-277. 1994.
- LOPES, M.J.M. *Le soins: images et réalités. Le quotidien soignant au Brésil*. Paris : Université de Paris VII, 1993. (Tese de Doutorado)
- LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 153-188.
- LOPES, M.J.M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996a. p.55-62.

- LOPES, M.J.M. O sexo do hospital. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996b. p.76-105.
- LORENZETTI, J. A nova lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 40, n. 2/3, p. 167-176, 1987.
- LUNARDI, V.L. Gente que cuida de gente também é gente. In: Encontro Brasileiro de Cuidado & Conforto em Enfermagem, 1, 1996, Itapema, SC, *Anais...* 117p. p. 27.
- MAYEROFF, M. *On caring*. New York : Harper & Row, 1971.
- MELO, C. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1986. 94p.
- MENDES, M.M.R. *Enfermagem gerontológica e geriátrica: do estado da arte no Brasil a uma proposta para o ensino de graduação*. Ribeirão Preto : Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)
- MEYER, D.E.E. ... Por que só mulheres? O gênero da enfermagem e suas implicações. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 45-52, 1993.
- MEYER, D.E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. 203p.
- MEYER, D.E. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p. 41-51.

- MOODY, H.R. From informed consent to negotiated consent. *The Gerontologist*, v. 28, p. 64-70, 1988. Suppl.
- MORSE, J.M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, v. 13, n. 1, p. 1-14, 1990.
- MORSE, J.M. et al. Comparative analysis of conceptualization and theories of caring. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, v. 23, n. 2, p. 119-126, 1991.
- MOSLEY, J., GUYOT, G. Field dependence in the institutionalized elderly. *Experimental Aging Research*, v. 13, n. 1-2, p. 57-60, 1987.
- NELSON, M.K. Geriatric nursing: in the baccalaureate curriculum. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 18, n. 7, p. 26-30, 1992.
- NERI, A.L., DEBERT, G.G. The public and the private domain in intergenerational relations in Brazil. *ISSBD News Letter*, Fall, 1995. (In Press)
- NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: \_\_\_\_\_ (Org.) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP : Papyrus, 1993. 284p.
- NERI, A.L. *Psicologia do envelhecimento. Uma área emergente*. In: \_\_\_\_\_ (Org.), *Psicologia do envelhecimento*. Tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida. Campinas: Papyrus, 1995. 276p.
- NEVES-ARRUDA, E. O programa integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM. 1., 1996, *Anais...* Itapema, SC, 1996. (Conferência)

- NEVES-ARRUDA, E., DIAS, L.P.M., SILVA, A.L. Pesquisar para assistir. *Revista Escola Enfermagem, USP*, v. 26, p. 119-124, 1992.
- NEVES-ARRUDA, E., SILVA, A.L. Cuidando-Confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 3, n. 1, p. 116-127, 1994.
- NICK, S. Long-term care: choices for geriatric residents. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 18, n. 7, p. 11-18, 1992.
- NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Trad. Amália Correa de Carvalho. São Paulo : Cortez. 1989.
- NYGAARD, H.A. Who cares for the caregiver? Factors exerting influence on nursing home admissions of demented elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 5, n. 3, p. 157-162, 1991.
- PELLEGRINO, E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 108, n. 5-6, p. 379-389, 1990.
- PRATA, L.E. *Velhos japoneses em São Paulo*. Trabalho apresentado na disciplina Tópicos de Antropologia IV. UNICAMP, 1993. (mimeografado)
- PRATA, L.E., YAZAKI, L.M. O padrão de expectativa familiar de idosos de baixa renda. In: SEADE. *Informe demográfico: a população idosa e o apoio familiar*. São Paulo : Fundação Estadual de Análise de Dados, 1991. p. 97-106.
- QUEIROZ, Z.P.V. Assistência social ao idoso no Brasil: O trabalho dos Conselhos Estaduais. *Gerontologia*, v.1, n. 2, p. 78-80, 1993.

- RABELLO, E.S., LIMA, M.G.O. O grupo interdisciplinar de gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e suas funções. *Arquivo Catarinense Médico*, v. 19, n. 3, p. 225-229, 1990.
- RABELLO, E.S., LIMA, M.G.O., GONÇALVES, L.H.T. A enfermagem no grupo interdisciplinar de gerontologia. *Revista Gaucha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 47-51, 1990.
- RADUNZ, V. *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira*. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- RADUNZ, V. Cuidando e confortando o cuidador. *Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto em Enfermagem*. 1., 1996, Anais ... Itapema, SC. 1996. (Painel)
- RAMOS, L.R., VERAS, R.P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, p. 211-224, 1987.
- RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.
- RAMOS, L.R. et al. Perfil dos idosos residentes na comunidade no município de São Paulo, segundo o tipo de domicílio: o papel dos domicílios multigeracionais. In: SEADE. *Informe demográfico: a população idosa e o apoio familiar*. São Paulo: Fundação Estadual de Análise de Dados, 1991. p. 109-129.
- RETSINAS, J., GARRITY, P. The newly disabled: blind nursing home residents. *Journal of Applied Gerontology*, v. 7, n. 3, p. 367-388, 1988.

- RODRIGUES, R.A.P., MENDES, M.M.R. Enfermagem gerontogeriatrica: proposta curricular. *Revista Paulista Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 78-81, 1993.
- ROSSI, M.J.S. O curar e o cuidar: a história de uma relação. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 44, n. 1, p. 16-21, 1991.
- SAAD, P.M. Características demográficas e sócio-econômicas da população idosa do Estado de São Paulo. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS EM 3ª IDADE, 1., 1992, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte : Fundação João Pinheiro, 1992. p. 25-40.
- SANTOS, L.L.C., BUB, L.I.R., MENDES, N.T.C. Levantamento dos conteúdos de geriatria e gerontologia dos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem de Santa Catarina e análise das atitudes em relação ao idoso apresentada por seus professores e estudantes. *Revista Ciência Saúde*, v. 9, n. 2, p. 75-108, 1990.
- SAN ROMAN, T. *Vejez y cultura*. Hacia las limites del sistema, 2. ed. Barcelona : Fundacio Caixa de Pensions, 1990.
- SANDMAN, P.O. et al. Prevalence and characteristics of persons with dependency on feeding at institutions for elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 4, n. 3, p. 121-127, 1990.
- SCHNEIDER, J.F. et al. Enfermagem e autonomia do paciente. In: CAPONI, G.A., LEOPARDI, M.T., CADONI, S.N.C. (org.). *A saúde como desafio ético*. Florianópolis : SEFES, 1995. p. 169-174
- SELIGMAN, M.E. *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman, 1975.

- SILVA, A.L. Modelo Homeodinâmico: uma abordagem para o processo de cuidar em enfermagem. *Revista Gaúcha EF*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 25-33, 1993.
- SILVA, E.M. et al. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do Hospital e a institucionalização da enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 301-308, 1993.
- SILVA, A.L. da O processo de cuidar em enfermagem. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995a. p. 31-40.
- SILVA, A.L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995b. p. 41-60.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Funcionamento de casas destinadas ao atendimento de idosos. *Gerontologia*, v. 1, n. 3, p. 125-127, 1993.
- SOUZA, A.J.J., GONZAGA, M.L.C., NEVES-ARRUDA, E. O cuidado na perspectiva da criança hospitalizada. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM, 1., 1996, Itapema, SC. *Anais ... Itapema, SC*, 1996. 117p. p. 87.
- SZASZ, T. *Cruel compaixão*. Campinas : Papyrus, 1994.
- THOMPSON, B. Preparing elderly people for life in a home. *The British Journal of Occupational Therapy*, v. 52, n. 3, p. 103-104, 1989.

- VERAS, R.P., RAMOS, L.R., KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil. Transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.
- VIEIRA, D. *Grande dicionario portuguez: thesouro da língua portugueza*. Porto : Ernesto Chardron, 1873. v. 2.
- WAHL, H.W. Dependence in the elderly from an interactional point of view: Verbal and observational data. *Psychology and Aging*, v. 6, p. 238-246, 1991.
- WAIDMAN, M.A.P. Enfermagem: cuidar ou assistir? Uma reflexão sobre estes temas. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM. *Anais...* Itapema, SC, 1996. 117p. p. 31.
- WALDOW, V.R., FRICHEMBRUDER, R. A velhice: um ensaio experimental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 275-292. 1985.
- WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 29-35, 1992.
- WALDOW, V.R. Educação para o cuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 108-112, 1993.
- WALDOW, V.R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificada da enfermagem. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/Maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. p. 7-30.
- WALDOW, V.R. A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996a. p. 106-132.

- WALDOW, V.R. Definições de cuidar/cuidado fornecidas por enfermeiras da região Sul do Brasil. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM, 1., 1996, Itapema, SC. *Anais ... Itapema, SC, 1996b.* p. 72.
- WALDOW, V.R. et al. Elementos do cuidar e do cuidado na perspectiva de pacientes hospitalizados. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM, 1., 1996, Itapema, SC. *Anais ... Itapema, SC, 1996.* 117p. p. 96.
- WATSON, J. *The philosophy and science of caring.* Boston : Little Brown, 1985.
- WATSON, J. *Nursing: human science and human care. A theory of nursing.* New York : National League for Nursing, 1988.
- WEISSERT et al. Model of adult day care: findings from a national survey. *The Gerontologist*, v. 29, n. 5, p. 640-649, 1989.
- WETLE, T. Residenz decision making and quality of life in the frail elderly. In: BIRREN, E. et al. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly.* USA : Academic Press, 1991.
- WRIGHT, L.K. Reconceptualization of the “negative staff attitudes and poor care in nursing homes” assumption. *The Gerontologist*, v. 28, n. 6, p. 813-820, 1988.
- WOLFF, L.D.G. O conhecimento e a práxis do cuidado de enfermagem. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM, 1., 1996, Itapema, SC. *Anais ... Itapema, SC, 1996.* 117p. p. 58.

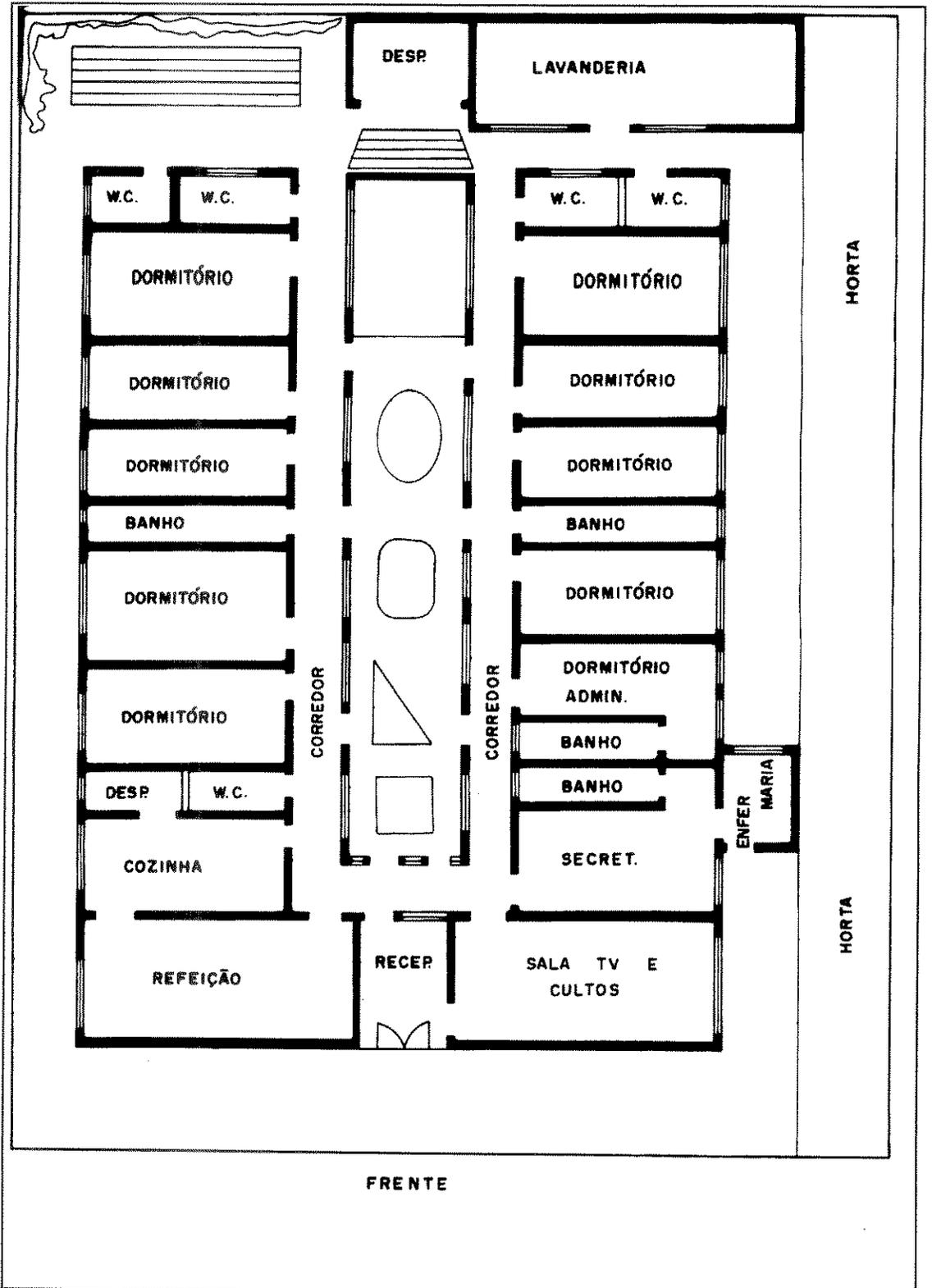
YAZAKI, L.M., MELO, A.V., RAMOS, L.R. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: SEADE. *Informe Demográfico 24: a população idosa e o apoio familiar*, São Paulo : Fundação Estadual de Análise de Dados, 1991.

ZARIT, S.H. Interventions with frail elders and their families: are they effective and why? In: STEPHENS, M.A.P., CROWTHER, J.H., HOBFOLL, S.E., TENNENBAUM, D.L. *Stress and coping in later-life families*. New York : Hemisphere Publishing, 1990.

**A N E X O S**

# ANEXO I

## DIAGRAMA DA INSTITUIÇÃO



**ANEXO II**  
**OBSERVAÇÃO DA ATIVIDADE DIÁRIA**  
**DO IDOSO**

NOME DO IDOSO:	
GRAU DE DEPENDÊNCIA:	
PERÍODO DE OBSERVAÇÃO:	
DATA:	
NOME DO OBSERVADOR:	
<b>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIÁRIA DO IDOSO</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE

**ANEXO III**  
**OBSERVAÇÃO DA ATIVIDADE DIÁRIA**  
**DO FUNCIONÁRIO**

NOME DO FUNCIONÁRIO: PERÍODO DA OBSERVAÇÃO:DATA: NOME DO OBSERVADOR:	
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIÁRIA DO FUNCIONÁRIO	
HORÁRIO	ATIVIDADE



**ANEXO V****FICHA DE IDENTIFICAÇÃO  
DO IDOSO**

NOME:
IDADE:
SEXO:
ETNIA:
GRAU DE INSTRUÇÃO:
ESTADO CIVIL:
RELIGIÃO:
TEMPO DE MORADIA NA INSTITUIÇÃO:
GRAU DE DEPENDÊNCIA:  <input type="checkbox"/> DEPENDENTE TOTAL (MENOS DE 3 AVDS)  <input type="checkbox"/> DEPENDENTE PARCIAL (4 A 7 AVDS)  <input type="checkbox"/> INDEPENDENTE (8 OU MAIS AVDS)

## ATIVIDADES DIÁRIAS

NOME DO IDOSO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ATIVIDADES	SEM AJUDA	COM AJUDA	NÃO CONS.	QUEM AJUDA
COMER				
TOMAR BANHO				
PENTEAR O CABELO				
CORTAR AS UNHAS				
VESTIR-SE				
DEITAR/LEVANTAR DA CAMA				
ANDAR NO PLANO				
SUBIR ESCADA				
IR AO BANHEIRO				
PEGAR ÔNIBUS				
IR ANDANDO A UM LUGAR PERTO DO ABRIGO				
TOMAR MEDICAÇÃO				

OBSERVAÇÃO: NESTE MOMENTO O IDOSO:

- USA BENGALA
- USA MULETA
- USA ANDADOR
- ESTÁ RESTRITO AO LEITO
- USA CADEIRA DE RODAS



## **ANEXO VII**

### **ROTEIRO DO FILME**



#### **O CUIDADO PRESTADO AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

Este filme é parte do projeto de doutorado “A dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado” de Sofia Cristina Iost Pavarini, sob a orientação da Dr<sup>a</sup> Anita Liberalesso Neri. Unicamp, 1996.

**Roteiro e Coordenação: Sofia Cristina Iost Pavarini**



**Roteiro e Coordenação: Sofia Cristina Iost Pavarini**

**Direção Geral: Aristides Júnior e  
Lígia Simão Nicolucci**

**Música: Carolina e a Banda de Chico Buarque**

**Filmagem: Digimagem Vídeo Produções Ltda.**

#### **ELENCO**

**Alice Rosa Arcangelo      como Iraci (diretora)**

**Ana Paula Jardim          como Kátia (funcionária)**

**Clarice Afonso Raimundo    como Joana (idosa)**

**Diva Cecília de Souza      como Maria (idosa)**

**Minervino da Cruz Francisco    como João (idoso)**

**Rosa da Silva Mattos        como Francisca (idosa)**

**Rosemeire Pereira de Assunção    como Rosa (atendente de enfermagem)**

#### **AGRADECIMENTOS**

**Grupo Pegando N'arte de Matão**

**Idosos do Grupo da Terceira Idade de Matão**

**Lar São Vicente de Paula**



### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**Aos idosos e funcionários do Asilo de São Carlos que inspiraram a realização deste trabalho.**

**A todos,**

**o nosso muito obrigado!**

**ESTE FILME É DEDICADO A TODOS OS IDOSOS QUE,  
POR DIFERENTES RAZÕES, VIVEM EM ASILOS E AO  
PESSOAL DE ENFERMAGEM QUE RESPONDE PELO  
CUIDADO PRESTADO A ESSES IDOSOS**



**Cena inicial: idosos entrando no refeitório, sentando-se às mesas e recebendo os pratos prontos para o almoço.**

**Música de fundo: Carolina (Chico Buarque)**

**Cena inicial: Idosos chegando ao refeitório,**

**Idosos sentados no refeitório. Funcionária serve os pratos prontos para os idosos.**

**Idoso solicita comida para a funcionária: Eu quero comer, me dá a minha comida!**

**Funcionária 1: Eu já vou. Espere só um pouquinho!**

**Funcionária 2: Passa pelo refeitório com um pano na mão e diz para idosa: Come tudo, senão vai ter que tomar injeção!**

**Funcionária 1 serve prato pronto e suco para idosa que havia solicitado comida.**

**Idosa diz para Funcionária 1: Só isso! Eu não quero suco!**

**Funcionária 1 diz: Depois você toma. Deixa aí! E vê se come devagar, hein!**

**Funcionária 1 se aproxima de idoso que está comendo sozinho e deixa cair alimento na roupa e no chão.**

**Funcionária 1 diz: Olha só que sujeira! Deixa que eu dou para você.**

**Funcionária pega a colher da mão do idoso e começa a dar lhe comida na boca.**

**Diretora se aproxima e pede para funcionária não dar comida na boca.**

**Diretora diz: Eu já não falei que não é para dar comida na boca dele? Deixe-o comer sozinho.**

**Funcionária 1 responde: Ele não consegue comer sozinho. Olha só, ele derruba tudo!**



**Diretora: Não tem problema que faça sujeira! Se ele não consegue bata a comida dele no liquidificador. Não é para dar comida na boca dele!**

**Funcionária 1 diz: Está bem!**

**Idosa pede mais suco. Funcionária 1 diz: Você não queria e agora quer mais!**

**Idosa diz: Quero mais!**

**Funcionária 1 diz: Está bem! Vou buscar! E sai...**

**Diretora se aproxima de idosa que come sozinha e diz: Isso mesmo! Olha só que bonitinha como come sozinha! Isso Mesmo!**

**Diretora se aproxima de idosa que toma suco e diz: Não tome tanto suco assim senão você passa mal e faz xixi na cama.**

**Idosa diz: Tá gostoso! Se eu fizer xixi a funcionária troca!**

**Diretora: A funcionária tem muito serviço! Não exagere no suco senão você passa mal!**

**Funcionária 1 chama diretora, diretora sai de cena.**

**Funcionária 2 se aproxima de idosa que come lentamente.**

**Funcionária diz: Deixa que eu dô comida para você. Você come muito devagar. Funcionária fala em voz alta: Olha como come devagar!**

**Funcionária pega a colher da mão da idosa e começa a dar comida na boca dela.**

**Diretora se aproxima da funcionária 2 e diz: Eu já não falei que não é para dar comida na boca deles?**

**Funcionária 2 responde: Sabe o que é, ela come muito devagar. Se a gente não dá ela não come nada. Ela não acaba nunca!**

**Diretora: Deixa ela. Se você fica aí parada do lado dela, ela não come mesmo porque sabe que você vai dar comida na boca dela. É cedo ainda! Dá muito tempo, deixa ela!**

**Funcionária 2 diz: Está bem! E sai.**

**Diretora se aproxima de outra idosa, olha e sai.**



**Funcionária 1 e 2 entram em cena se aproximando de idoso que come sozinho.**

**Funcionária 1 diz: Olha só que sujeira! Isso aqui hoje tá tão agitado! A diretora não quer que dê comida para eles, mas se deixar eles demoram tanto e fazem tanta sujeita!**

**Funcionária 2 diz: Ajuda ele!**

**Funcionária 1 tira a colher da mão do idoso e começa a dar comida na boca dele.**

**Funcionária 2 pega a colher da mão da idosa que está ao lado e começa a lhe dar comida.**

**Funcionária 2 diz: Isso hoje tá um inferno! Justo hoje que eu queria sair mais cedo.**

**Outra idosa que está comendo sozinha diz: Eu já acabei! Quero ir ao banheiro! E se levanta...**

**Funcionária 2 pergunta: Onde a senhora vai? Deixa que eu levo a senhora! Funcionária 2 pega no braço de idosa e saem.**

**Funcionária 1 continua dando comida para idoso. Idosa ao lado se levanta com o prato na mão. Funcionária 1 pergunta: O que a senhora vai fazer?**

**Idosa responde: Eu vou levar o meu prato na cozinha! Eu quero ajudar!**

**Funcionária 1: Não, não! Deixa que eu levo! Senão a senhora derruba e faz a maior sujeira! Deixa, Deixa! Vai lá assistir televisão, vai! Deixa que eu faço isso!**

**Cena final: Idosos se levantam e deixam o prato de comida sobre a mesa e saem do refeitório.**

**Música de fundo: A Banda (Chico Buarque)**

## ANEXO VIII

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FUNCIONÁRIOS

Nome do funcionário entrevistado: \_\_\_\_\_

Início da entrevista: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

1. O que você achou do filme?
2. O filme mostra algumas situações em que os idosos apresentam dificuldades para comer. Você acha que os idosos que apresentam dificuldade para comer apresentam também dificuldades para realizar outras atividades? Por quê?
3. Por que você acha que um idoso fica com essa dificuldade?
4. Você diria que a dependência é uma característica exclusiva dos idosos? Por quê?
5. O que você achou da maneira como essas funcionárias cuidaram dos idosos?
6. Se esse funcionário fosse homem, esse cuidado seria diferente?
7. Você acha que há diferença se o cuidador for de sexo diferente da pessoa que recebe o cuidado?
  - A) Se sim, no filme você acha que houve diferença entre o cuidado que a funcionária prestou para o idoso e o que ela prestou para a idosa?
  - B) Se não, você acha que se fosse uma situação diferente, como, por exemplo, uma medicação ou um banho, o cuidado seria diferente?
8. Que dificuldades você encontra no seu trabalho para cuidar de um idoso dependente?

9. Você se lembra daquele idoso do filme que derruba a comida? Por que você acha que ele derruba a comida?
10. Você se lembra daquela cena em que a diretora diz para a funcionária que se ela fica perto a idosa não come? Você acha que ela não come porque não consegue ou porque ela quer que a funcionária dê comida para ela? Por quê?
11. Se essa situação fosse real e se você fosse a funcionária desse filme, como você cuidaria desses dois idosos?
12. De um modo geral, o que você acha: um idoso dependente realmente não consegue ou ele espera que outra pessoa faça por ele?
13. Na cena final, a idosa diz para a funcionária que ela quer ajudar, que ela quer levar o prato para a cozinha, e a funcionária diz que não, que ela vai fazer sujeira. O que você achou da atitude da funcionária? Por quê? Se você fosse essa funcionária, como você agiria?
14. Você acha que é possível fazer com que um idoso dependente mude? De que maneira?
15. Você acha que um idoso tem noção do que ele é capaz de fazer? Por quê?
16. Como você acha que se sente um idoso dependente?
17. Que qualidade você acha que as pessoas que cuidam de idosos dependentes deveriam ter? Por quê?
18. As funcionárias do filme tinham essas qualidades?
19. O que você achou da forma como as funcionárias falam com os idosos? Por exemplo: Olha que bonitinha, como ela comeu tudo! Come mais um pouco também!
20. Você gostaria de falar mais alguma coisa?