

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**ANA MARIA CARVALHO NASCIMENTO**

**O CUIDADO NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E IDOSOS  
RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

**Florianópolis**

**2007**

**ANA MARIA CARVALHO NASCIMENTO**

**O CUIDADO NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E IDOSOS  
RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Silvia Maria A dos Santos

**Florianópolis**

**2007**

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca Central da FURB

---

- N244c Nascimento, Ana Maria Carvalho  
O cuidado na percepção de profissionais e idosos residentes em uma instituição de longa permanência / Ana Maria Carvalho Nascimento. – 2008.  
144 f.  
Orientadora: Sílvia Maria A. dos Santos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Bibliografia: f. 119-124.
- I. Idosos – Cuidado e higiene. 2. Assistência a velhice.  
3. Centros de cuidados diários para idosos. I. Santos, Sílvia Maria A. dos.  
II. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
III. Título.

CDD 612.67

---

**ANA MARIA CARVALHO NASCIMENTO**

**O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E IDOSOS  
RESIDENTES EM UMA ILPI**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 17 de dezembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

---

Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

---

*Silvia Santos*  
Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos  
Presidente

---

*Paulo Renato Canineu*  
Dr. Paulo Renato Canineu  
Membro

---

*Angela Maria Alvarez*  
Dra. Angela Maria Alvarez  
Membro

---

Dr. Wilson Luiz Prsyzieszny  
Membro Suplente

---

*Lucia Hisako Takase Gonçalves*  
Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Membro Suplente

*Dedico esta experiência de  
vida a todos aqueles que têm  
no amor a essência de sua  
existência. E a todos aqueles  
que ainda não o perceberam como  
essencial.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Silvia Santos**, por seu talento de ensinar, seu conhecimento e sua dedicação, por dispor de seu tempo para orientar-me, persistindo em momentos em que desanimei, incentivando-me quando precisei, requerendo minha atenção quando eu não correspondi. Enfim, as palavras são poucas para traduzir tudo o que ela representa para mim e para a concretização deste estudo. **Sem ela não teria chegado até aqui!!!!**

Aos **Idosos e Profissionais da ILPI**, que dividiram comigo todo esse momento e sem a sua participação nada teria acontecido.

À minha família, **Diogo, Raquel, Pedro, Cabral, Kauan e Julio** pela compreensão pelo meu afastamento.

A minha nora **Karyne e minhas alunas de estágio** por acreditar e compactuar com a minha pesquisa

À minha amiga **Lara Messias**, por seu incentivo e cumplicidade durante todo o mestrado.

À Dra. **Lucia Takase**, que com suas palavras e orientações, me ajudou a iniciar o curso de mestrado, e sempre me oferecendo apoio.

À **Nina**, a quem muito admiro, por sua amizade, seu carinho e apoio nesta caminhada

Aos **professores e colegas de turma** pelo tempo que compartilhamos juntos, muitas alegrias, algumas conquistas e, como não poderia ser diferente, algum sofrimento e à todas as pessoas da Pós-Graduação de Enfermagem, por seu esforço em proporcionar um ensino e atenção de qualidade durante o curso de mestrado.

Ao professor **Wilson**, pela a amizade, por seu incentivo na FURB e disposição em participar da banca examinadora.

A todos os participantes deste estudo, por sua disponibilidade e interesse em contribuir com este processo e para a minha experiência de fisioterapeuta e aluna e a tantos outros, não mencionados aqui, que de algum modo contribuíram ao longo do percurso à conclusão deste estudo.

Aos meus pais, **Pedro** (*in memoriam*) e **Lucinda**, que me apoiaram durante esses anos todos, me ensinaram a nunca desistir da busca pelo que se acredita

A **Deus**, pelo dom da vida, por guiar-me nos momentos difíceis, por não me deixar esmorecer ao longo do caminho e me energizar com o prazer de viver e buscar o melhor .

*E em especial à MIM por ter aprendido e seguido o melhor caminho.*

*As pessoas tiram da vida exatamente o que  
investiram nela.*  
(Joy Adason)



NASCIMENTO, Ana Maria Carvalho. **O cuidado na percepção de profissionais e idosos residentes em uma instituição de longa permanência**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 141p.

Orientadora: Dra. Silvia Maria A dos Santos

Linha de Pesquisa: Educação, saúde e enfermagem

## RESUMO

Esta pesquisa, de cunho qualitativo, do tipo Convergente-Assistencial, teve como objetivo geral investigar como profissionais e idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) percebem o cuidado prestado, fundamentada na teoria humanística de Paterson e Zderad. Essa foi desenvolvida numa ILPI no município de Blumenau. Fizeram parte desse estudo 32 sujeitos, 20 profissionais da equipe multiprofissional e 12 idosos, de ambos os sexos, na faixa etária entre 20 e 99 anos. Os dados foram coletados através das técnicas de oficina e entrevista semi-estruturada. As informações colhidas foram registradas através de gravação em mp3 e, posteriormente, transcrita. A análise dos textos gerados pela transcrição das falas dos sujeitos nas oficinas e entrevistas seguiu os moldes da análise de conteúdo. Após a leitura e releitura das transcrições, codificação e categorização dos dados, os mesmos foram agrupados nos seguintes eixos temáticos: **o significado da família no processo de viver e envelhecer; as relações interpessoais na construção do processo de cuidar; o cuidado humanizado compreende aspectos ambientais, ações integradas e gestão participativa**. Ao analisarmos os dados verificou-se que o apoio da família e da equipe multiprofissional pode ajudar para um envelhecer saudável na instituição. Idosos e profissionais em seus discursos ainda destacaram que para um cuidado humanizado são importantes as relações, o diálogo, o respeito, o levar-se em conta a individualidade do outro e o compromisso de cada um para a construção de um espaço de convívio saudável. Outro aspecto que foi bastante evidenciado foi o ambiente físico e a necessidade de ações integradas e participativas para viver numa residência coletiva. Parece que as atitudes humanísticas afloram intuitivamente em cada um dos sujeitos, a partir de suas vivências em família e suas experiências profissionais, porém não são muito evidentes no trabalho interdisciplinar e na busca da qualidade de vida do idoso em seu contexto biopsicosocial. Os discursos mostraram uma prática fragmentada, com uma justaposição de tarefas, não havendo momentos para trocas de experiências, de saberes e de questionamentos. No entanto, os sujeitos perceberam que olhar o sujeito além de suas dificuldades físicas e emocionais agrega em si conhecimentos acerca do outro e do contexto vivido. Desta maneira, conduz a uma prática voltada a essência da vida e do cuidado do ser humano. Em síntese, pode-se dizer que investigar o cuidado a partir da

percepção de quem cuida e de quem recebe esse cuidado amplia a compreensão acerca do mesmo, além de evidenciar que o cuidado humanizado se constrói a cada dia e através da parceria entre profissionais e idosos.

**Palavras-chave:** Cuidado. Instituição de Longa Permanência. Equipe Multiprofissional. Idosos.

NASCIMENTO, Ana Maria Carvalho. **The taking care process from the perception of health care professionals and elderly people living in Long - Term Care Institution.** 2007. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Postgraduation Course in Nursing, Santa Catarina Federal University, Florianópolis, 141p.

Adviser: Dr. Silvia Maria A dos Santos

Research's Direction: Education, health and nursing

## ABSTRACT

This research, of a qualitative character, of the Convergent-Assistencial model, had as general objective to investigate how health care professionals and elderly people living in a Long - Permanence Institution (LPI) realize the work done, based on the humanistic theory of Paterson and Zderad. It has been developed in a ILPI at Blumenau municipality. This study had the participation of 32 people, being 20 people of a multiprofessional staff and 12 elderly people, of both sexes, between 20 and 99 years old. The data were collected through the techniques of workshop and semi-structured interview. The pieces of information collected were recorded by MP3 player and later transcribed. The analysis of the transcript followed the molds of the analysis of contents. After reading and rereading the transcript, the codes and the categorized data, they were arranged into the following subject matter groups: **the meaning of the family in the living and getting old process; the interpersonal relationships in the construction of the process of care; a humanized care includes environmental aspects, integrated actions and shared management.** In the analysis of the data, it could be checked that the support of the family and the multiprofessional team was very helpful to the process of getting old healthily in the institution. Elderly people and health care professionals underlined also, in their speeches, that to a humanized care are important the relationships, the dialogue, some respect, taking into account the individuality of the other person and the commitment of each person to make the institution a place where people can get along well. Another very important aspect seen was the physical environment and the necessity of integrated actions in order to live in a collective residence. It seems that the humanistic attitudes are developed intuitively by each one of the subjects of the research from their familiar and professional experiences; however it wasn't very clear in the interdisciplinary work as well as in the elderly people quality of life's search in their biopsychosocial context. The speeches showed a fragmented practice, with the simple accomplishment of duties and no moments to share experiences, knowledge or doubts. Nevertheless, the researched noticed that looking people beyond their physical and emotional difficulties joins in itself knowledge of the other and the context lived. That being so, it leads to a practice worried with the essence of life and human care. To sum up, it can be said that investigating care assistance from the perception of who cares and who is cared enlarges the comprehension of itself,

besides putting in evidence that the humanized care is constructed day by day and by the fellowship between health care professionals and elderly people.

**Keywords:** Care. Long-Term Care Institution. Multi professional Staff. Ederly.

NASCIMENTO, Ana Maria Carvalho. **La percepción del cuidado de profesionales y personas de edad avanzada residentes en una institución de larga permanencia.** 2007. Tesis de Maestría en Enfermería. Posgrado en enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 141p.

Tutora: Dra. Silvia Maria A. dos Santos

Línea de investigación: Educación, salud y enfermería

## RESUMEM

Esta investigación, de carácter cualitativo, del tipo Convergente-Asistencial, fundamentada en la teoría humanística de Paterson e Zderad, tuvo como objetivo general investigar la opinión de profesionales y personas de edad avanzada residentes en un Instituto de Larga Permanencia (ILPI), sobre el cuidado que reciben. Este trabajo se desarrolló en un ILPI en el municipio de Blumenau. Formaron parte de este estudio 32 sujetos, 20 profesionales del equipo multi-profesional y 12 personas mayores, de ambos sexos, en edades entre 20 e 99 años. Los datos fueron recolectados mediante las técnicas de talleres y entrevista semi-estructurada. Las informaciones suministradas fueron registradas en una grabación en mp3 y transcrita, posteriormente. El análisis de los textos generados por la transcripción de los discursos de los sujetos en los talleres y entrevistas siguió los formatos del análisis del contenido. Después de la lectura y relectura de las transcripciones, codificación y categorización de los datos, estos fueron agrupados en los siguientes perfiles temáticos: **El significado de la familia en el proceso de vivir y envejecer; las relaciones interpersonales en la construcción del proceso de cuidar; el cuidado humanizado comprende aspectos ambientales, acciones integradas y gestión participativa.** Al analizar los datos se verificó que el apoyo de la familia y del equipo multi-profesional puede ayudar a envejecer en el instituto de una manera saludable. Tanto las personas de edad como los profesionales destacaron en sus discursos que para que un cuidado sea humanizado son importantes las relaciones, el diálogo, el respeto, el tomar en cuenta la individualidad del otro y el compromiso de cada uno para la construcción de un espacio de convivencia saludable. Otro aspecto que quedó bastante evidente fue el ambiente físico y la necesidad de acciones integradas y participativas para vivir en una residencia comunitaria. Parece que las actitudes humanísticas afloran intuitivamente en cada uno de los sujetos, a partir de sus vivencias familia y de sus experiencias profesionales, aunque no son muy evidentes en el trabajo interdisciplinar y en la búsqueda de la calidad de vida de las personas de edad avanzada en su contexto bio-psicosocial. Los discursos mostraron una práctica fragmentada de actividades con una contigüidad de tareas, que no dejan tiempo para momentos de intercambio de experiencias, de saberes y de cuestionamientos. Sin embargo, los sujetos se dieron cuenta que tratar al sujeto más allá de sus dificultades físicas y emocionales agrega en sí conocimientos acerca del otro y del contexto vivido.

De esta forma, se conduce a una práctica direccionada a la esencia de la vida y del cuidado del ser humano. En síntesis, se puede decir que investigar el cuidado a partir de la percepción de quien cuida y de quien recibe ese cuidado aumenta la comprensión acerca del mismo, además de dejar evidente que el cuidado humanizado se construye cada día a través del compañerismo entre profesionales y personas de mayor edad.

**Palabras clave:** Cuidado. Instituto de Larga Permanencia. Personas de edad avanzada. Equipo Multiprofesional.

## LISTA DE SIGLAS

AFVDs	-	Atividades Funcionais da Vida Diária
AVDs	-	Atividades da Vida Diária
CMI	-	Conselho Municipal do Idoso
FURB	-	Universidade Regional de Blumenau
GAPA	-	Gabinete de apoio psicológico e aconselhamento
GESPI	-	Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento da Pessoa Idosa
I	-	Idosos
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	-	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	-	Ministério da Saúde
OSCIP	-	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PA	-	Profissionais administrativos.
PAI	-	Programa de Atenção ao Idoso
PE	-	Profissionais da enfermagem
PNS	-	Profissionais de nível superior
PNSI	-	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSG	-	Profissionais de serviços gerais
SAS	-	Secretaria do Estado de Assistência Social
SEMAS	-	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMASCRI	-	Secretaria Municipal de Assistência Social, da Criança e do Adolescente
SEMED	-	Secretaria Municipal de Educação
SEMUS	-	Secretaria Municipal de Saúde

- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 Objetivos .....</b>	<b>21</b>
1.1.1 Objetivo geral.....	21
1.1.2 Objetivos específicos.....	22
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Velhice e Institucionalização .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Políticas Públicas relacionadas ao envelhecimento no Brasil e o Cuidado Institucional.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 A equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no Cuidado ao Idoso Institucionalizado.....</b>	<b>35</b>
<b>2.4 A Fisioterapia e o Cuidado Fisioterapêutico ao Idoso Institucionalizado .....</b>	<b>39</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Pressupostos.....</b>	<b>45</b>
3.1.1 Pressupostos de Paterson e Zderad .....	46
3.1.2 Meus pressupostos.....	46
<b>3.2 Conceitos .....</b>	<b>47</b>
3.2.1 Ser Humano Idoso .....	47
3.2.2 Ser Humano Fisioterapeuta .....	47
3.2.3 Ser Humano Idoso Institucionalizado .....	48
3.2.4 Cuidado Humanizado ao Idoso .....	48
3.2.5 Cuidado ao Idoso Institucionalizado .....	49
3.2.6 Equipe Multiprofissional.....	49
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>50</b>
<b>4.1 Local de realização da pesquisa.....</b>	<b>52</b>

<b>4.2</b>	<b>Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3</b>	<b>Aspectos éticos e legais.....</b>	<b>54</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos para a coleta de dados .....</b>	<b>55</b>
4.4.1	As oficinas.....	56
4.4.1.1	Primeira oficina .....	58
4.4.1.2	Segunda oficina .....	59
4.4.1.3	Terceira oficina.....	59
4.4.1.4	Quarta oficina .....	59
4.4.1.5	Quinta oficina .....	60
4.4.2	As entrevistas .....	60
<b>4.5</b>	<b>Registro dos dados.....</b>	<b>62</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados .....</b>	<b>62</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>5.1</b>	<b>O Significado da Família no Processo de Viver e Envelhecer .....</b>	<b>64</b>
5.1.1	Lembrança da infância e do passado.....	68
5.1.2	Cuidado aprendido e vivido na família .....	71
5.1.3	Compromisso da família com o idoso institucionalizado se reflete no seu processo de viver e adoecer .....	74
5.1.4	Reconfiguração da família na ILPI .....	79
<b>5.2</b>	<b>As Relações Interpessoais na Construção do Processo de Cuidar .....</b>	<b>84</b>
5.2.1	Ressignificando sua existência através do cuidado.....	87
5.2.2	O conhecimento do outro fortalece vínculos .....	90
5.2.3	Valorizando as pessoas no cotidiano do processo de cuidar.....	94
5.2.4	O compromisso profissional transforma o cuidado .....	99
5.2.5	Percepção do trabalho em equipe.....	104
<b>5.3</b>	<b>O Cuidado Humanizado Compreende Aspectos Ambientais, Ações Integradas e Gestão Participativa .....</b>	<b>108</b>
5.3.1	A importância da comunicação e da organização para integrar as ações de cuidado.....	108
5.3.2	Cuidado com o ambiente.....	111
5.3.3	Uma gestão participativa de cuidado favorece a humanização.....	114

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>118</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>140</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo teve origem em minha trajetória profissional e atuação como fisioterapeuta numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) junto a uma equipe multiprofissional e acadêmicos do Curso de Fisioterapia, que utilizam o espaço para estágio curricular na área de fisioterapia em gerontologia. No entanto, a inquietação que motivou esta pesquisa vem sendo gerada há alguns anos e teve como ponto de partida as constantes mudanças na equipe multiprofissional, principalmente na equipe de enfermagem, criando certa ansiedade e insegurança nos idosos moradores e profissionais da instituição devido a: necessidade de freqüentes readaptações; quebra de vínculos e mudanças na maneira de prestar o cuidado.

Ao longo desse processo de formação e de prática profissional, as minhas preocupações não se referiam apenas ao trabalho do fisioterapeuta. Inquietava-me a resolutividade dos cuidados prestados pela equipe multiprofissional; a relação dos profissionais com os sujeitos que recebem esse cuidado; os papéis e as inter-relações estabelecidas entre os diversos profissionais, as famílias e a comunidade no âmbito do trabalho coletivo na ILPI.

Foi a observação da prática dos profissionais nas diversas áreas de atuação e, em especial, no cuidado direto de pessoas com algum déficit de saúde, seja ele relacionado a problemas pulmonares, cardíacos, musculoesqueléticos ou outros, que me motivou a definir a “percepção do processo de cuidar no cotidiano de uma ILPI” como temática de investigação. A construção do problema de pesquisa avançou com a revisão da literatura, que apontava a importância do cuidado humanizado, mas também mostrava claramente a escassez de debates sobre a complexidade e dinâmica desse trabalho numa instituição de longa permanência.

No cotidiano de uma ILPI, algumas vezes evidenciam-se preconceitos com

relação à velhice e ao idoso que ali reside, como se esse espaço fosse apenas um lugar em que moram idosos excluídos do seio familiar, abandonados, que estão esperando o fim da vida. Assim, os profissionais muitas vezes atendem os idosos com eficiência técnica, mas de forma automática, esquecendo-se que esse “ser” que está requerendo seus cuidados possui especificidades únicas, é dotado de sentimentos e é sujeito de sua própria história.

Baseado na individualidade e especificidades de cada pessoa, o profissional que trabalha numa instituição de longa permanência precisa relacionar-se adequadamente com o ser que é cuidado e com os outros profissionais para que, através da troca de conhecimentos, todos possam trabalhar para o bem-estar dos moradores da instituição.

Ao conhecer um pouco mais desse “ser” ímpar, ele poderá atender suas necessidades biopsicossociais e espirituais, prestando assim um cuidado mais humanizado e contribuindo com o seu envelhecimento de forma saudável. No cuidado humanizado, o profissional percebe o idoso como um ser humano que precisa ser tratado com dignidade, pois para alcançar um envelhecimento saudável não basta tratar as patologias físicas, é necessário um cuidar voltado para a compreensão do idoso como um ser pensante, possuidor de direitos, respeitando sua maneira de pensar e agir. Nessa relação, o idoso também precisa perceber o profissional como um ser humano aberto que interage consigo mesmo, com os outros seres e com o ambiente.

A partir dessa inter-relação é que na minha prática profissional vivenciei e participei do cotidiano dos idosos e do cuidado prestado aos mesmos pelos profissionais da instituição. Esse convívio estreitou o meu envolvimento com a pessoa idosa e aumentou ainda mais o meu interesse com o cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Penso que esse cuidado pode também ser uma forma de promover a sua saúde, garantindo satisfação e bem-estar tanto a quem recebe o cuidado quanto a quem o presta. Durante esse convívio diário e de estudos acerca do conceito de cuidado humanizado pude perceber o quanto estávamos, como equipe multiprofissional, distantes de praticar um cuidado de acordo com as peculiaridades da pessoa idosa institucionalizada.

Por ocasião do meu ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem da

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vinculada ao Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento da Pessoa Idosa (GESPI), especialmente ao fazer a disciplina “Práticas Assistenciais em Saúde e Enfermagem”, a qual prevê a elaboração de um projeto assistencial, a sua implementação e avaliação crítica dos resultados, vislumbrei a oportunidade de construir um projeto de investigação que respondesse, ao menos em parte, os questionamentos emergentes da minha vida profissional.

Assim, o primeiro passo foi dado através do trabalho implementado a partir desta disciplina. Com os acadêmicos de fisioterapia, desenvolvi uma prática fisioterapêutica educativa-cuidativa de promoção de saúde com um pequeno grupo de idosos moradores da ILPI, visando a contribuir para a melhora da saúde e bem-estar dos mesmos. Através dos resultados da prática convergente-assistencial percebi que ações educativas em grupo podem ser uma das formas de cuidar do idoso na instituição. O trabalho com os idosos e acadêmicos me fez entender que o cuidado na ILPI, só contribuirá com o bem-estar dos idosos quando houver um envolvimento existencial da equipe multiprofissional para com os idosos e destes para com a sua saúde.

Minha preocupação foi desenvolver um estudo que contribuísse para um cuidado humanizado na instituição, que atendesse às necessidades do idoso morador, e que possibilitasse melhorar a qualidade do cuidado prestado na instituição. Considerando essa realidade, formulei a seguinte pergunta de pesquisa: **como os profissionais da equipe multiprofissional e os idosos de uma ILPI percebem o processo de cuidar no seu cotidiano?**

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Objetivo geral

Investigar como os idosos e os profissionais da equipe multiprofissional de uma ILPI percebem o cuidado no seu cotidiano, fundamentada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- 1 Identificar, junto aos profissionais da equipe multiprofissional e os idosos, temas relacionados ao processo de cuidar na sua vida cotidiana como residentes e trabalhadores de uma ILPI.
- 2 Correlacionar os temas escolhidos pelos idosos e profissionais da equipe multiprofissional com o cuidado cotidiano na ILPI.
- 3 Verificar com os profissionais da equipe multiprofissional e os idosos o que poderia ser melhorado no processo de cuidar na instituição.
- 4 Identificar a percepção dos idosos e profissionais sobre o ser humano idoso institucionalizado, o trabalho em equipe e as necessidades requeridas pelos idosos.
- 5 Investigar como os idosos e equipe percebem as relações interpessoais no contexto institucional.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Para fundamentar esta pesquisa direcionei a revisão para os temas: velhice e institucionalização; políticas públicas relacionadas ao envelhecimento no Brasil e o cuidado institucional; equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no cuidado ao idoso institucionalizado e fisioterapia e o cuidado ao idoso institucionalizado.

### **2.1 Velhice e Institucionalização**

Envelhecer no Brasil deixou de ser uma utopia e passou a fazer parte do nosso cotidiano, a cada dia nos deparamos com um grande número de velhos seja em espaços públicos ou privados. As projeções demográficas apontam que até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de velhos. Segundo dados referentes aos Censos Demográficos dos anos de 1991 e 2000, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre um censo e outro, há um acréscimo de quase 04 (quatro) milhões de idosos. Dessa forma, no ano de 2000, o contingente de velhos no Brasil chegou a 14 536 029 de pessoas, contra 10 722 705 em 1991. O peso relativo da população envelhecida no início da década representava 7,3% da população, enquanto, em 2000, essa proporção atingiu 8,6%. Destaca-se, ainda, que hoje há no Brasil em torno de 24.576 pessoas com idade acima de cem anos. A estimativa é que nos próximos 20 anos, a população envelhecida do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período. (BENEDITO, 2007)

Com este aumento no total da população idosa, muitas são as demandas dessa clientela e de sua família, uma vez que a grande maioria dos idosos são cuidados nos domicílios. Porém a estrutura familiar está passando por um processo de mudanças



significativas, tais como: redução do número de filhos; diferentes configurações de casamentos e separações, re-casamentos, mudanças no papel da mulher, tradicional cuidadora, que passou a participar ativamente do mercado de trabalho o que resultou em menos tempo para se dedicar ao cuidado de seus familiares; entre outras. Esse quadro coloca as instituições de longa permanência como uma das alternativas de cuidados para os idosos que não têm autonomia para gerir o seu cotidiano e cujas famílias não em condições de cuidar. No entanto não se conhece com precisão número de instituições que existem no território nacional nem o número de idosos nelas residentes (IPEA, 2007). Segundos dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) existiam em 2006, 675 instituições conveniadas (CAMARANO, 2007).

No Brasil, em 2000, segundo dados levantados pelo Censo Demográfico de 2000, foram encontrados 103 mil idosos residindo em domicílios coletivos, o que representava aproximadamente 0,8% da população idosa brasileira. Porém não foram considerados nesse levantamento somente as pessoas que residem em ILPIs, mas também em outros tipos de domicílio coletivo tais como conventos, presídios, hotéis e hospitais, fato este que superestima esses dados (CAMARANO, 2007)

O que se tem percebido no Brasil, como em outros países, é um aumento da população de mais de 80 anos, onde se ampliam as possibilidades de maior dependência e, por conseguinte de cuidados. Assim, acredita-se que uma parcela significativa desses idosos mais longevos possa vir a residir em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Caso essas suposições se confirmem a médio e longo prazo verificaremos uma alteração no perfil dos residentes das instituições.

Um fator que pode levar o idoso à institucionalização é a diminuição da capacidade funcional ou incapacidades já instaladas. Estudos como os de Chaimowicz (1997); Ramos (1993); Creutzberg (2000), comprovaram que há uma maior proporção de idosos com incapacidades nas capitais brasileiras, o que leva a alta prevalência de fatores de risco para institucionalização, pois a família não consegue arcar com as despesas na área da saúde e muitas vezes por conflitos ou espaço limitado na residência, não consegue cuidar deste idoso no domicílio.

Ao estabelecer-se numa ILPI, o idoso afasta-se do lar e isto pode trazer conseqüências sérias para sua saúde, pois este se priva do convívio diário com a

família, a casa, os amigos e das relações que fazem parte da sua história de vida. Pode, ainda, deixar projetos de vida inacabados ou referências que davam sentido a sua vida.

Todos estes aspectos podem gerar um sentimento de exclusão familiar e/ou social, levando o idoso ao isolamento. A perda de identidade, a insegurança e a desmotivação para viver, pode levá-lo a um estado de insatisfação, gerando tristeza e muitas vezes instalando-se quadros de depressão.

Carvalho e Fernandez (1996) identificaram a institucionalização como uma das situações mais estressantes e desencadeadoras de depressão, que levam o idoso a passar por transformações de todos os tipos. Esse isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de auto-estima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida. Assim, essas transformações podem influenciar o processo de envelhecimento e a velhice do idoso institucionalizado, comprometendo sua independência física e mental, levando à déficits de saúde pelo aumento da dependência, refletindo na sua qualidade de vida e, conseqüentemente, no envelhecimento saudável.

Esses déficits propiciam a piora dos agravos de saúde que ele já possuía favorecendo a fragilização. Tudo isso aumenta os risco do desenvolvimento de doenças, imobilidades, quedas e demais problemas que fatalmente, influenciará no seu envelhecimento, podendo levá-lo até a morte.

Desta maneira, o ‘ter de viver em uma instituição’, para muitos idosos, é um grande desafio diário, devido à estreita convivência com outras pessoas que não fazem parte da sua história de vida, do seu círculo familiar e de amizade. Para muitos, morar numa instituição é encarado como perda da liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários (BORN, 1996).

Acredita-se que uma velhice bem-sucedida pode, sim, ocorrer também entre idosos residentes em uma ILPI. Para que isso aconteça, é necessária uma conjunção de esforços dos próprios idosos e dos profissionais que cuidam deles, no sentido de buscar otimizar as competências nas quais eles possuem um bom desempenho. Assim, poderão ser compensadas as eventuais perdas ocasionadas pelo envelhecimento e garantidos a continuidade da funcionalidade desses idosos e o aumento do senso de

auto-eficácia. Dessa forma, estaríamos contribuindo para a preservação do potencial de desenvolvimento de cada um desses idosos e para uma velhice bem-sucedida (NERI, 1999).

No contexto institucional, alguns autores identificaram que, mesmo ingressando na ILPI independentes para as Atividades da Vida Diária (AVDs), os idosos acabam se tornando dependentes para uma ou mais atividades. Entre esses autores, Rosa (2003) verificou aumento de dependência na realização de Atividades Funcionais da Vida Diária (AFVDs) em 42% dos idosos após o ingresso em instituições. Isso parece estar relacionado, nesse estudo, tanto com o aumento de comorbidades com o avanço da idade, como, também, a aspectos de cuidado inadequado da equipe multiprofissional.

No seu estudo, Herédia *et al.* (2004) constatou também que a faixa etária predominante nos idosos institucionalizados ficava acima de 70 anos. A idade em si parece não ser um determinante da institucionalização, mas as condições de saúde do idoso, pois esta está relacionada com a capacidade funcional que influencia a manutenção ou perda da autonomia e da independência, significando um declínio da saúde com o passar dos anos.

Uma vez institucionalizado, muitas vezes fica difícil estimular o idoso a participar de alguma atividade, pois com a institucionalização diminui o desejo do idoso de se ocupar com alguma coisa. Assim o seu querer é o querer da instituição, a vontade individual fica submetida à vontade e às decisões administrativas da instituição, levando o idoso a apatia, passividade, alienação e falta de desejo, contribuindo para a diminuição da sua autonomia e independência.

Dessa maneira, deveria ser compromisso de todos os componentes da equipe multiprofissional de qualquer instituição a valorização da pessoa idosa e o respeito por ela. Suas ações deveriam propiciar a interação dos idosos entre si e com a equipe, pois isso certamente contribuiria para a melhora da qualidade de vida de todos os residentes da instituição, além de auxiliar na prevenção de doenças e/ou na recuperação da saúde daqueles que se encontram adoecidos.

Sair da condição de morar sozinho para a condição de institucionalizado é uma mudança que exige esforço de adaptação e aceitação. Essa transição representa um

impacto pela perda de referências e do sentimento de pertença, o que tem repercussões no estado emocional, nas relações e na saúde de quem vive institucionalizado (HERÉDIA *et al.*, 2004).

A não-aceitação dessas mudanças pode levar o idoso a conflitos internos e externos, gerando uma desarmonia e insatisfação com sua atual condição de vida. Assim, para que haja harmonia e satisfação nesse convívio é desejável que o idoso tenha condições de adaptação e auto-regulação para lidar com as alterações biológicas, psicológicas e sociais do seu próprio envelhecer, aceite o envelhecer do outro e seja aceito pelo outro, para enfrentar menos situações conflitivas no cotidiano.

No entanto, não podemos esquecer que as instituições de longa permanência são espaços de residência e cuidado que seguem as determinações e normas propostas pela nossa sociedade e suas políticas. Assim, elas não deixam de refletir a forma como a sociedade percebe e cuida de seus idosos. Para que possamos entender um pouco mais do que estou falando, passo a discutir as Políticas Públicas e suas propostas quanto ao cuidado ao idoso institucionalizado.

## **2.2 Políticas Públicas relacionadas ao envelhecimento no Brasil e o Cuidado Institucional**

Em termos de políticas públicas, a reforma da Constituição em 1988 foi um marco para os idosos brasileiros que tiveram, pela primeira vez, algumas de suas reivindicações contempladas na Carta Magna. Isso só foi possível porque a sociedade se organizou e pleiteou seus direitos de maneira sistemática e incisiva. Além disso, essa abertura legal propiciou um olhar sobre as questões pertinentes ao processo de envelhecimento, à velhice e aos idosos nas demais políticas públicas que foram promulgadas desde então.

Em 1989, o Ministério da Saúde (MS) preocupado com o aumento da população de idosos vivendo em instituições no Brasil, percebeu a necessidade de estabelecer normas para que o atendimento ao idoso em instituições fosse realizado dentro de padrões técnicos elevados, aprovando, então, a Portaria nº 810. Essa portaria

contempla diretrizes que orientam as instituições acerca da organização administrativa, área física, equipamentos e da composição dos recursos humanos necessários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos idosos institucionalizados (BRASIL, 1989), sendo prevista a sua aplicação através da promulgação da Política Nacional do Idoso (PNI).

A PNI foi instituída pela Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, onde, pela primeira vez, foram efetivamente contemplados os direitos dos idosos de maneira mais ampla. Os princípios que norteiam a PNI são a família, a sociedade e o Estado, que têm o dever de assegurar a esse extrato populacional todos os direitos de cidadania, garantindo a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

Uma das diretrizes dessa política coloca que o atendimento ao idoso deve ser feito preferencialmente pelas famílias, devendo-se evitar tanto quanto possível a institucionalização dos mesmos (BRASIL, 1996). No entanto, essa política também deixa claro que a instituição asilar tem, por finalidade, atender, em regime de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Apesar de a PNI fazer menção à instituição asilar em seu texto a mesma refere-se a idosos sem vínculos familiar ou sem condições de prover suas necessidades básicas. Sem dúvida é inquestionável a importância do idoso viver no âmbito familiar e na comunidade, mas, nem todos os idosos e nem todas as famílias reúnem as condições para manter o idoso em casa. Quando não há essa possibilidade, uma das opções é a transferência desse idoso para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. O que é importante destacar é que esse espaço não deve ser considerado um local de abandono dos idosos e sim um local organizado para cuidar do idoso em todas as suas necessidades. Para que isso aconteça de forma efetiva também se faz necessário ter políticas públicas efetivas que orientem, favoreçam e cobrem dos gestores o seu cumprimento.

Em 1999, outro instrumento político de grande importância para os idosos foi a regulamentação, através da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 a Política

Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Essa política dispõe as diretrizes essenciais relativas à atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa na área da saúde. A PNSI fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

A PNSI tem como propósito

a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (GORDILHO, 2000, p.24).

A PNSI foi atualizada no dia 19 de novembro de 2006 através da Portaria nº 2.528 que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Essa Portaria tem como finalidade primordial *recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)*. (BRASIL, 2006).

A PNSPI tem como diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

No entanto, o que ainda observamos na área da saúde é que os velhos são tratados de forma segmentada, não sendo vistos na sua totalidade. Apesar de termos políticas direcionadas a atenção da saúde da pessoa idosa parece que no sistema de saúde brasileiro os velhos são lembrados mais pelos custos que geram ao sistema, uma vez que pouco se trabalha com a perspectiva da promoção da saúde e prevenção de

agravos. Outro ponto importante é que na prática verifica-se escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, quais sejam, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Ainda encontramos idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar. Para a viabilização e concretização da PNSPI, é necessário conhecer e compreender como vem acontecendo o envelhecimento populacional brasileiro e agir em parceria com o idoso, de modo a ir além do dispositivo legal na construção de um envelhecimento saudável (MARTINS, 2007).

No setor social, em 2001 o Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Secretaria do Estado de Assistência Social regulamentou a Portaria SAS - 073/01, reafirmando que a instituição asilar tem por finalidade assistir idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social, com e/ou sem vínculo familiar que não dispõem de condições de permanecer em sua família ou em seu domicílio (BRASIL, 2001). Este texto de 2001, já aceita que os idosos intitucionalizados tenham família, mas caracteriza estes como dependentes ou em estado de vulnerabilidade. Porém, nem sempre os idosos que moram em instituições estão qualificados dentro desse perfil, muitos escolhem viver nessas casas por conta própria ou aceitam essa condição por perceberem que necessitam de cuidados/apoio que não encontram na família e na sociedade.

Outro marco legal importante foi o Estatuto do Idoso, que surgiu para regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, aprovado através da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003). Dentro da esfera da saúde, o Estatuto do Idoso prevê atenção integral à saúde do idoso pelo SUS, disposto no Capítulo IV. Sobre as Entidades de Atendimento ao Idoso, o Estatuto do Idoso determina que estas devem “oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança” (Art. 48 parágrafo I). Determina ainda que as entidades que desenvolvem programas de institucionalização de longa permanência adotem os seguintes princípios:

- I- preservação dos vínculos familiares;
- II- atendimento personalizado e em pequenos grupos;

- III- manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV- participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V- observância dos direitos e garantias dos idosos;
- VI- preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade (Lei 10.741/03, Art. 49).

O Estatuto do Idoso ao se referir ao direito à moradia digna, inclui as instituições de idosos como uma das possibilidades. Elas são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensável às normas sanitárias e com estas condizentes. Mas uma vez a visão é no sentido de garantir as necessidades básicas para os idosos institucionalizados não fazendo nenhuma menção concreta a promoção da saúde e do envelhecimento saudável.

Por outro lado, tanto a PNI, quanto Estatuto do Idoso apresentam aspectos que demonstram a distância entre legislação e realidade brasileira, inviabilizando, por antecipação o seu cumprimento, quando da ausência de parceria legítima entre Estado, sociedade civil e instituições até mesmo no zelo pela sua execução (BORN; BOECHAT, 2002).

A questão das ILPIs, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda é considerada um problema crônico aparentemente sem solução na sociedade brasileira, constituindo-se um reflexo da complexidade e das contradições sociais e do não atendimento a essa realidade (VIEIRA, 2003).

É fato que as leis formuladas a partir de 1988 consolidaram os direitos dos idosos já assegurado na Constituição, apresentando formas de concretização de instrumento legal capaz de coibir a situação de risco social, tendo a PNI como norma orientadora governamental na área. Escuta-se que o Brasil tem as melhores leis para o atendimento ao idoso, porém também é comum escutarmos que há necessidade de que essas leis se façam valer no dia a dia, pois até o momento elas não passam de letras mortas, ou seja, um direito apenas inseridos na lei não conferem aos idosos a dignidade, o respeito e a integração no novo modelo da sociedade atual (SOUSA, 2004).



Ainda para regulamentar o funcionamento das ILPIs, em 26 de setembro de 2005 foi aprovado, através da resolução RDC-283, Regulamento Técnico que define normas estabelecendo um padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos sendo aplicado em toda instituição, governamental ou não-governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. Desde então toda a fiscalização nas instituições tem como base essa resolução. Esses dispositivos legais são de suma importância, porém é preciso que se conheça como eles são empregados na realidade de cada município, como os atores sociais dessas localidades fiscalizam sua implementação e cobram de seus governantes o que lhes é de direito.

No âmbito do Estado, o Conselho Estadual do Idoso de Santa Catarina (1998) definiu as ILPIs como instituições de assistência pública ou privada ao idoso, de caráter social, que abrigam pessoas sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Assim, conforme pesquisa realizada por Benedetti e Petroski, em 1996, encontravam-se institucionalizados 1.650 idosos, em 52 instituições, ou seja, cerca de 0,53% da população idosa catarinense (BENEDETTI, 1999).

Dentre as ILPIs estaduais, 9 encontram-se no município desta pesquisa. Destas, 4 são de origem filantrópica, mantidas por algum tipo de entidade pública ou religiosa, e 5 são particulares. Essas instituições juntas abrigam 336 idosos, sendo 240 nas instituições filantrópicas e 96 nas particulares.

Em 2000, foi implantada no município de Blumenau a Política Municipal do Idoso, que tem como objetivo no seu artigo 1º: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva da sociedade” (Lei Complementar nº 303/00). O artigo 11º, alínea “b” dessa Lei preconiza “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência; centros de cuidados diurnos; casa-lares; oficinas abrigadas de trabalho; atendimentos domiciliares; albergues e outros”.

O Município é responsável, pela Legislação, na implantação das políticas públicas em nível local, porém parece que existe uma visão parcial dos aspectos

relacionados ao envelhecimento por parte do poder público, além de sua distância ou interesses eleitoreiros no que se refere às ILPIs. É consenso no estudo de Creutzberg (2005) que há necessidade de ampliar as condições técnicas, para a implementação e gestão de políticas sociais para a articulação entre as diferentes instâncias de atenção ao idoso e as políticas públicas, pois as ILPIs sofrem com decisões do sistema político que não levam em consideração as informações provindas das instituições ou outros órgãos de fiscalização do cumprimento da PNI, determinando negligência da administração pública

Em 2000, devido a denúncias acerca das condições de atendimento de algumas instituições, também foi formada a Comissão Intersetorial de Avaliação e Adequação das Casas Asilares do Município de Blumenau, composta por representantes da Secretaria Municipal de Educação (SEMED), da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e pelos Conselhos de Idosos, Saúde e Assistência Social a fim de verificar as condições de funcionamento e tomar providências quanto às casas asilares instaladas neste município (CMI, 2002).

Atualmente é da Secretaria Municipal de Assistência Social, da Criança e do Adolescente (SEMASCRI) a responsabilidade pela formulação e execução da Política Pública de Assistência Social no município. Assim, por meio da Gerência de Proteção Básica, esta desenvolve o Programa de Atenção ao Idoso – PAI. Esse programa integra a Rede de Proteção ao Idoso atendendo idosos em situações de risco físico ou social.

Na atual gestão deste município, a Comissão Intersetorial de Avaliação e Adequação das Casas Asilares se encontra suspensa e a fiscalização das ILPIs está sob a competência do Conselho Municipal do Idoso (CMI). Creutzberg (2005) reforça a indicação de que os Conselhos do Idoso podem constituir espaço importante de acompanhamento das ILPIs, supervisionando, acompanhando, fiscalizando e avaliando a PNI dando visibilidade tanto aos avanços que nela se encontram quanto aos limites.

As ações dos atuais conselheiros, gestão 2006-2008, do CMI estão voltadas para a fiscalização conjunta entre CMI, Ministério Público, Vigilância Sanitária e SEMASCRI (CMI, 2006). Assim, o recebimento e encaminhamento de denúncias, as discussões da Política do Idoso e do Estatuto do Idoso, a participação em fóruns de

direitos, congressos, conferências e outros, são realizados em conjunto pelos órgãos citados acima.

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, são instrumentos que garantem a proteção a esse grupo populacional, agregando-os na condição de cidadãos que, como os demais, merecem uma atenção digna e saudável, considerados parceiros ativos no desenvolvimento dessas políticas. Porém é fundamental o engajamento de toda a sociedade, para que se consiga transformar a realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer. Além de destinar investimentos em pesquisas e incentivos públicos e privados para dinamizar e otimizar as políticas para esse segmento da sociedade, tão carente de atenção na grande maioria das vezes, principalmente o que tange as ILPIs (MARTINS, 2007)

Para Bettinelli e Portella (2004) promover o avanço da luta pelos direitos dos idosos, pela dignidade do envelhecimento e pelo cumprimento das leis existentes, não consiste somente em denúncias do não cumprimento das leis, mas acima de tudo a sociedade precisa colocar-se como parceira do poder público na construção de ações, programas e projetos que resultem em apoio, proteção e assistência ao idoso. Conforme afirma Braga (2005), precisamos tratar melhor os cidadãos idosos com os quais travamos contato diário e não apenas esperarmos que o governo ou alguma instituição cuide deles.

Não se pode esquecer, também, que as instituições de longa permanência são espaços onde moram pessoas acometidas por patologias inerentes ou não ao envelhecimento, necessitando muitas vezes de cuidados de saúde específicos, através de uma atenção integral e personalizada. Dessa maneira, o cuidado com o idoso institucionalizado deve ser realizado por uma equipe de profissionais capacitados que compreendam o envelhecimento como processo e a velhice como uma fase do ciclo vital. Tal compreensão implica saber diferenciar a senescência e a senilidade, ou seja, aquilo que é funcional do que é patológico no envelhecimento humano. Deve, ainda, considerar a magnitude e a amplitude da integralidade da pessoa idosa, o que requer por parte da equipe multiprofissional uma visão abrangente e uma atuação interdisciplinar para contemplar a promoção da saúde e o envelhecimento saudável.

Para melhor entender a complexidade dessa atuação no processo de cuidar é que serão abordadas a seguir a equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no cuidado ao idoso institucionalizado.

### **2.3 A equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no Cuidado ao Idoso Institucionalizado**

Com o surgimento da Modernidade, ao redor do século XVII, iniciou-se um processo no qual o saber se compartimentava inaugurando-se uma era de decomposição de saberes, abrindo-se caminhos para a fragmentação do conhecimento em nome do emergente processo de industrialização.

Jerusalinsky (1990, p.56) relata que, nas equipes multidisciplinares, “cada sujeito detém um saber e de forma equivocada acredita que é o mais importante”. Segundo o autor, algumas equipes têm-se comportado em uma justaposição de diferentes especialidades em um mesmo espaço físico e somente quando se conhecem os fundamentos e o modo de operar da outra área é que se torna possível o trabalho interdisciplinar.

O trabalho interdisciplinar permite vários enfoques e depende da adaptação de cada ser humano a sua realidade. A interdisciplinaridade é uma atitude do profissional que busca conhecer melhor a sua realidade, através da interação com outras disciplinas e outros saberes. Essa atitude é influenciada pelos conhecimentos adquiridos na sociedade/família/escola. Essa atitude também está baseada no reconhecimento da própria limitação do seu saber além de ser um desafio diante do novo (FAZENDA, 1993).

Schraiber e Peduzzi (1999), ao estudarem o trabalho coletivo em saúde e possíveis trabalhos em equipe, em São Paulo, em três modalidades assistenciais (de internação, ambulatorial e de emergência), concluíram que há interdependência e complementaridade e que, em razão da divisão do trabalho em saúde, nem sempre essa situação se traduz em articulação das práticas parcelares e mais raramente em cooperação consciente dos agentes. O elo mais frágil apontado nessas rupturas é o da

comunicação e da interação dos profissionais na dimensão decisória e reflexiva dos seus trabalhos. Por isso encontram-se, muito mais freqüentemente, situações de “equipe-agrupamento” do que de “equipe-integração”.

O fato de as equipes de saúde serem cada vez mais constituídas de profissionais de diversas áreas torna sua composição cada vez mais complexa, aumentando a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global do objeto de trabalho. A divisão do trabalho fraciona o mesmo processo de trabalho, porém exige complementaridade e interdependência entre as partes para alcançar o produto final. A existência das dimensões técnica e social da divisão do trabalho e as desiguais inserções sociais dos agentes irão lhe conferir maior ou menor autonomia técnica. Nesse sentido, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade desse objeto e proporcionar melhores resultados no trabalho (PEDUZZI, 2001).

Nos séculos seguintes, as especializações foram-se consolidando cada vez mais, acompanhando a ciência ocidental, com inegáveis reflexos na formação acadêmica (disciplinaridade), marcada por objetos fragmentados e sujeitos especialistas (VILELA, MENDES, 2003).

Para mudar esse contexto é que a interdisciplinaridade se faz necessária, como uma alternativa de romper o paradigma da modernidade e ampliar a visão de mundo, dos seres humanos e da realidade em que estão inseridos, no intuito de superar a justaposição de saberes da prática disciplinar (compartimentada e estanque). O campo interdisciplinar seria aquele onde são estabelecidas trocas entre duas ou mais disciplinas do conhecimento. Porém, a questão não é tão simples, pois exige a interferência de outras disciplinas nesse contexto. Assim a interdisciplinaridade se realizaria em cada situação, em cada contexto de modo próprio presumindo-se a integração de conhecimentos e pessoas, para a formação de um trabalho coletivo (PAVIANI, 2005).

No cenário atual, o trabalho em equipe multiprofissional em uma perspectiva interdisciplinar é uma questão que vem sendo discutida inclusive nas políticas públicas. Diversos autores vêm refletindo a respeito do trabalho coletivo em saúde, trabalho em equipe e interdisciplinaridade na saúde e todos apontam para um processo

em construção com muitas lacunas e muitas fragilidades nas iniciativas que buscam uma prática efetivamente interdisciplinar.

Porém, esses estudos vêm sendo abordados no campo do debate teórico relacionado às questões principalmente do ensino e da pesquisa. Ainda são poucos os relatos desenvolvidos nas práticas em saúde. Isso nos faz considerar que as dificuldades que os profissionais enfrentam para trabalhar interdisciplinarmente na sua prática passam tanto pelas dificuldades nos serviços quanto pela falta de hábito para relatarem suas experiências cotidianas (MATOS, 2005). Talvez essas dificuldades na área da saúde tenham a ver com o comportamento fragmentado que tem sido perpetuado pelo modelo biomédico na formação universitária dos profissionais (KURBAN, 2005).

Nas práticas em saúde na área gerontológica é imperativo o reconhecimento dos diversos saberes, bem como a relação de interdependência existente entre eles. Para isso, o profissional precisa desenvolver competências que contemplem o saber e o agir abrangentes, de modo integral e integrado no cuidado com a pessoa idosa. Para um ser altamente complexo como o ser humano idoso, estudá-lo de uma maneira linear, hierarquizando disciplinas da mais simples para a mais complexa, parte por parte, isoladamente, num processo de simplificação mental, sem interagir as partes com o todo, e o todo com o meio em que vive, não ajuda em nada no processo de harmonização do homem, que é a essência da saúde (KURBAN, 2005). Nesse modelo de saúde não se percebe que as pessoas trazem consigo diferentes histórias de vida, têm interesses específicos, possibilidades distintas, experiências individualizadas.

No campo da gerontologia, a interdisciplinaridade é uma atitude necessária para que se possa efetivamente estudar, compreender e assistir pessoas ao longo do seu processo de envelhecimento e na velhice. Dentro desse contexto, o cuidado com o idoso estaria vinculado não só à compreensão do processo de envelhecimento e suas repercussões biopsicossociais, mas também à complementação da visão de um profissional através da visão do outro.

Lembramos, ainda, que o esperado é que essas trocas também aconteçam com os idosos (seus clientes) e seus familiares. Ao vivenciar essa postura interdisciplinar, o profissional será capaz de compreender o “ser velho” e o processo do envelhecimento

em todas as suas dimensões. Só então conseguirá direcionar o cuidado para a promoção da saúde e do envelhecimento saudável, tanto quanto possível.

Conhecer interdisciplinarmente o envelhecimento normal, diferenciando-o do patológico, possibilita ao profissional competência para avaliar a incapacidade e a dependência do idoso, além de pensar em como preveni-las. Esses são aspectos fundamentais quando se busca prestar um cuidado integral ao idoso institucionalizado. Nesse cenário, a atenção deve priorizar a promoção da saúde e da capacidade funcional o quanto possível.

Dessa forma, as práticas interdisciplinares direcionadas ao cuidado ao idoso institucionalizado estariam voltadas para se evitar a repetição ou perpetuação do evento causal de morbidade. A inclusão de ações integralizadas da equipe multiprofissional reforçaria a integralidade dos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária, buscando evitar o adoecimento, reduzir seus agravos e trabalhar a reabilitação. Em relação à atenção integral e personalizada do idoso, ainda incluiria a acolhida, o respeito e o afeto, como princípios a serem praticados pela equipe durante o cuidado. Acredito que, dessa forma, estaríamos contribuindo para estimular a autoestima do idoso, o interesse pela vida e pelo envelhecimento saudável dentro da instituição.

De modo geral, as ILPIs possuem um quadro profissional insuficiente para o seu funcionamento e capacidade de atendimento, além de pouca qualificação profissional, sacrificando, dessa maneira, o atendimento integral e personalizado do idoso, bem como a visão gerontológica interdisciplinar necessária ao seu cuidado. Segundo Born; Boechat (2006) tem-se observado uma crescente ampliação das equipes das instituições, ainda que de forma lenta e gradual, porém acredito que apesar desse crescimento ainda falta uma articulação efetiva entre os diversos profissionais.

Em relação ao quadro de profissionais das instituições do município desta pesquisa, das 9 instituições existentes, 8 possuem em seu quadro, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Todas têm auxiliares de enfermagem ou técnicos, cozinheiras, auxiliares de cozinha e serventes de serviços gerais, porém em número reduzido para suprir as necessidades de atendimento (SCOTTINI, 2006).

Nesse contexto, em relação ao cuidado fisioterapêutico, duas instituições no

município contam com a inserção da Universidade através da Disciplina de Estágio Supervisionado. As outras utilizam esse serviço a partir de convênios de saúde, sendo chamados apenas quando há necessidade de cuidados reabilitativos, reforçando o modelo biomédico de assistência.

Na ILPI pesquisada, a equipe multiprofissional englobava as diversas áreas de atuação no cuidado ao idoso em uma residência coletiva. Assim, considerou-se como equipe os profissionais de nível superior (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista); os profissionais da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos); os profissionais de serviços gerais (motorista, serventes, cozinheira, porteiro) e os profissionais da área administrativa (diretor administrativo e secretária). Essa instituição foge um pouco do modelo das outras, pois é a única no município que contempla uma equipe multiprofissional abrangente, mesmo assim é necessária para a melhoria do cuidado ao idoso a qualificação permanente de todos os profissionais envolvidos. Para se pensar e implementar um cuidado humanizado aos idosos institucionalizados, acredito que também existe a necessidade de se repensar o trabalho do fisioterapeuta e da equipe na ILPI, implementando a interação entre os setores dentro de uma visão interdisciplinar efetiva.

#### **2.4 A Fisioterapia e o Cuidado Fisioterapêutico ao Idoso Institucionalizado**

A concepção do objeto de trabalho em fisioterapia assumiu diferentes enfoques, desde a sua criação nos tempos antigos, até a época atual. No desenvolvimento da história, percebe-se uma fisioterapia com pretensão de curar o indivíduo, caracterizando um conjunto de trabalho comprometido com a ação terapêutica e voltado a partes isoladas do corpo, tendo os seus recursos quase que exclusivamente direcionados a uma prática de atendimento ao indivíduo doente.

No período da industrialização, o saber médico preocupava-se mais com o tratamento puro e simples das doenças decorrentes da condição adversa de trabalho do que em mudar essa situação. A preocupação passou a ser o doente, descontextualizado de todas as condições que contribuíram para a instalação da doença. Ainda no século



XIX, a medicina sofreu uma divisão, dando origem ao especialista (STARBINSKI, 1967).

Assim, o objeto de estudo da fisioterapia, por derivar da medicina, parece ter seguido a mesma direção, compartimentalizando a área de conhecimento e o campo de atuação. Dessa forma, se propõe a tratar a doença, estando o doente relegado a segundo plano, em relação às suas expectativas, ansiedades, limitações e incertezas, quanto ao resgate de suas funções sociais e familiares. Nessa perspectiva, o tratamento tende a se desenvolver sem a participação direta do paciente e, muitas vezes, sem o seu conhecimento e consentimento.

Como consequência, a capacidade de inter-relacionar e interligar o conhecimento associando-o a uma realidade mais ampla, se torna prejudicial e, de certa forma, estanque, perdendo-se de vista o ser humano. Tal situação pode gerar muitas vezes no fisioterapeuta uma insatisfação que se revela numa desmotivação no atendimento, resultando de uma compreensão parcial da complexidade desse ser e da relação estabelecida. À medida que o fisioterapeuta partilha com o paciente a responsabilidade por essa jornada de resgate, em que se coloca no lugar de agente facilitador desse processo, possibilita a participação efetiva e o engajamento deste último, tão responsável ou até mais que o próprio terapeuta (MARINHO, 1999).

Percebe-se a necessidade de ampliação da atuação do fisioterapeuta, propiciando a articulação de estratégias de aprendizagem para capacitar o profissional a lidar adequadamente com o movimento humano e todas as suas facetas e componentes. Tratar o idoso institucionalizado requer atenção e sensibilidade especiais, pois pelo seu conhecimento e uso de suas mãos, proporcionará o cuidado adequado. Também se faz necessário um vínculo de confiança na relação terapêutica, além de uma visão mais compreensiva e totalizante do idoso institucionalizado e de sua história de vida, associada ao conhecimento e aos recursos de que dispõe para a realização da sua práxis.

O fisioterapeuta deve, cada vez, mais vislumbrar uma perspectiva mais sistêmica de realizar sua práxis, contribuindo para o avanço científico de sua profissão, para que assim possa interagir horizontalmente com aqueles que buscam novas conquistas (MARINHO, 1999). Assim, pactuando com Marinho e baseada nos

preceitos da teoria humanística de Paterson e Zderad, acredito que o cuidado fisioterapêutico dispensado à pessoa idosa deve basear-se na interação entre o profissional e o paciente, facilitando assim o conhecimento do mesmo e o atendimento real das necessidades requeridas pelos idosos. Quando falamos de idosos que vivem em instituição, falamos de pessoas que convivem diariamente com as mesmas pessoas e com os mesmos profissionais, numa convivência fragilizada, com poucos vínculos afetivos, com pobreza de afetos e de comunicação, muitas vezes distantes do convívio familiar e muitas vezes tomadas por um sentimento de abandono.

Através de um cuidado participativo, o fisioterapeuta não só utiliza técnicas específicas visando ao desenvolvimento do bem-estar biopsicossocial e do estar melhor do idoso como também preconiza o cuidado que focaliza o todo. O olhar além da categorização das partes valoriza as potencialidades do idoso e suas possibilidades, contribuindo para um envelhecimento saudável no contexto institucional, além de facilitar a construção de vínculos afetivos.

Por isso, como fisioterapeuta gerontogerátrica, no cuidado fisioterapêutico ao idoso institucionalizado, procuro estimular o idoso e a equipe multiprofissional a buscar o controle das comorbidades crônicas comuns na velhice, potencializando as funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade de vida na velhice, além de facilitar a manutenção de uma rede de suporte através do vínculo. Essa busca engloba várias estratégias de trabalho. Uma delas poderia ser através de ações educativas-cuidativas com idosos e profissionais da equipe onde poder-se-ia construir uma prática de saúde diretamente relacionada com a harmonia entre homem, sociedade e natureza. Pois, segundo Kurban (2005), a saúde é diretamente proporcional à coexistência harmoniosa entre o homem e a natureza.

O fisioterapeuta também tem o papel de estimular a equipe, através do seu conhecimento, a perceber de que maneira pode-se construir, em todas as áreas da instituição, um cuidado que complemente e signifique a realidade das pessoas institucionalizadas com quem o profissional interage. A partir dos saberes dos profissionais e dos idosos pode-se criar uma base consistente para a compreensão do processo do envelhecimento e da velhice, em todas as suas dimensões, proporcionando meios para melhorar o cuidado dentro da instituição. Dessa maneira, o fisioterapeuta,

como um profissional da saúde, deve estimular, no seu campo de atuação, o respeito de cada indivíduo pelo outro, pelas suas diferenças, exaltando a solidariedade de cada indivíduo para com o outro na satisfação de suas necessidades.

Assim, o cuidado fisioterapêutico deve estimular o idoso a buscar o seu bem-estar e o estar melhor através do compartilhar das experiências e do conhecimento que construiu ao longo da sua existência, levando-se sempre em consideração que cada pessoa é diferente da outra e, sendo assim, cada um traz em si uma bagagem única de vida.

É imprescindível que a postura do profissional seja uma postura voltada para o ser humano e compromissada com ele, que é o foco central desse cuidado, pois a saúde é muito mais do que a ausência de doenças, mas sim um estado de bem-estar ou estar melhor, ou seja, um estado de integração do indivíduo, diferente de uma aproximação meramente física entre sujeitos. O cuidado humanístico não é uma rejeição aos cuidados técnicos, tampouco ao aspecto científico; o que se pretende é enfatizar as características de um processo interativo entre aquele que recebe o cuidado e aquele que presta o cuidado de uma forma que torne o cuidado primordial na vida de ambos, profissionais e idosos institucionalizados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico consiste de uma abordagem que dê sustentação à formulação do problema, a análise, discussão e interpretação dos achados de uma pesquisa. Ele é constituído de uma teoria que visa a explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio de fenômenos ou de acontecimentos. Essa é composta por conceitos que são representações mentais de determinada realidade, que apresentam relação entre si, por meio de suas características gerais (TRENTINI e PAIM, 2004).

Assim, como referencial teórico desta pesquisa escolhi as teóricas Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad, devido à necessidade de contar com o apoio de uma teoria que abrangesse o cuidado humanizado. Utilizei uma teoria de Enfermagem por não haver na Fisioterapia teorias acerca do cuidado humanizado que pudessem dar suporte a este estudo. Foi necessário, então, realizar algumas adaptações à proposta teórica escolhida.

Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad descreveram o que chamam de uma teoria da “prática humanista da enfermagem”, em várias publicações e apresentações. Trata-se de uma teoria da prática, porque elas acreditavam que a teoria de uma ciência da enfermagem desenvolve-se a partir de experiências vividas pela enfermeira e pelos enfermos, na prática da enfermagem (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

A teoria torna-se uma resposta à experiência fenomenológica. Suas raízes encontram-se no pensamento existencial. O existencialismo é uma abordagem filosófica para a compreensão da vida. Ao refletirem sobre a realidade concreta vivenciada, as enfermeiras, enfocando o existencialismo, tentaram buscar e propiciar a si mesmas o processo do autoconhecimento.

O existencialismo identifica os indivíduos como: 1) tendo a capacidade de autopercepção; 2) tendo liberdade e responsabilidade; 3) lutando para encontrar sua própria identidade, ao mesmo tempo que em relação com outros; 4) estando

envolvidos numa busca de sentido para a vida; 5) tendo que vivenciar ansiedade ou medo ao assumir a responsabilidade por suas próprias vidas; e 6) estando conscientes da realidade da morte, para que vivenciem o significado da vida

De acordo com Paterson e Zderad (1993), o profissional, ao vivenciar o envolvimento com o cliente, desenvolve um compromisso existencial, estabelecendo com o outro uma relação intersubjetiva, que servirá como mediação para a ocorrência do “diálogo vivo”. Todo esse processo pode ser vivenciado por qualquer um dos sujeitos envolvidos na relação, baseado no chamado e resposta: chamado de alguém que necessita de ajuda e resposta de alguém teoricamente competente para ajudar.

No meu entender, o fisioterapeuta que está envolvido com o cuidado ao idoso institucionalizado também estabelece uma relação intersubjetiva com o outro, resultando num diálogo efetivo. Essa subjetividade abrange uma comunicação aberta na qual o idoso e o fisioterapeuta interagem numa busca constante pelo sentido da vida, um baseado nas experiências do outro, permitindo a compreensão do processo de cuidar.

Com o crescimento profissional do fisioterapeuta, este hoje se encontra envolvido inteiramente no processo de cuidar do outro. Sendo assim, em todas as etapas da vida humana, o fisioterapeuta pode estar presente, compartilhando com o processo do cuidado. A busca e reflexão consciente do significado dessas experiências contribuem para o desenvolvimento do seu próprio potencial humano, num resgate vivo da sua atuação.

Ao vivenciar esse processo de desenvolvimento do seu potencial, o fisioterapeuta é capaz, também, de aprimorar-se no autoconhecimento, repensando suas crenças e valores, tornando-se mais sensível para a relação que busca junto ao outro. Assim, vai percebendo que suas motivações e crescimento profissional são expandidos e solidificados à medida que a reciprocidade na comunicação é estabelecida de maneira aberta e honesta.

Baseada nessa teoria, reconheço o idoso como um ser único, que está vivenciando, naquele instante, uma experiência singular de vida. Essa experiência pode resultar na alteração do seu estado de saúde/doença, pode modificar as suas perspectivas e a sua forma de ver o mundo, assim como desencadear sentimentos de

medo, angústia, raiva, depressão e revolta. Identificar essas situações e valorizar as experiências do idoso é uma forma de compreender suas limitações humanas e ir ao seu auxílio, visando a buscar o seu potencial maior, atingindo, dessa forma, o seu “estar melhor”.

Para o fisioterapeuta estabelecer essa relação intersubjetiva com o idoso, precisa, primeiro, ser capaz de conhecer a si mesmo, refletir sobre a sua própria existência e perceber que, através de suas experiências de vida, é capaz de superar as limitações impostas pela sua condição humana, preparando-se para um relacionamento sujeito-sujeito. Essa relação irá se estabelecer através do diálogo vivo, livre de preconceitos e autêntico. Quanto mais aberto o profissional estiver, mais próximo do idoso estará e mais facilmente conseguirá compartilhar, com ele, as suas experiências.

Na busca de “estar melhor”, o fisioterapeuta poderá ir além da consciência da existência de sentimentos e valores, e compreender o porquê destes e como enfrentá-los eticamente. A reflexão é um processo interior que, para ser validada, requer a tomada de consciência das situações vivenciadas, sendo um exercício que, ao ser praticado sistematicamente, pode servir de instrumento eficaz na busca do seu próprio conhecimento.

Além disso, a partir da consciência de sua responsabilidade nesta relação, o fisioterapeuta como profissional da equipe de saúde é responsável pela promoção de saúde daqueles que estão sob seus cuidados.

### **3.1 Pressupostos**

A seguir serão apresentados os pressupostos que orientaram esta pesquisa. Pressupostos constituem a declaração das crenças do pesquisador que orientam o estudo. Segundo Minayo (2004, p.95), “costuma-se usar o termo pressupostos para falar de alguns parâmetros básicos que permitem encaminhar a investigação empírica qualitativa”.

### 3.1.1 Pressupostos de Paterson e Zderad

- 1) Os seres humanos caracterizam-se como capazes, abertos a opções, com valor e com a manifestação única de seu passado, presente e futuro. É através das relações com os outros que o ser humano ‘vem-a-ser’; isto, em contrapartida, permite que a individualidade única de cada pessoa se realize.
- 2) A saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às expectativas da vida, independentemente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional, reforçando a inter-relação.
- 3) A relação inter-humana é intencionalmente voltada ao cuidado com o bem-estar ou o estar melhor de uma pessoa, com necessidades perceptivas, relacionadas com a qualidade de vida da saúde/doença.
- 4) Somos capazes de nos relacionarmos como sujeito com o objeto, e também como sujeito com o sujeito, ambas as formas são fundamentais para a existência humana genuína.
- 5) As pessoas encontram significado para sua existência através do partilhar e do relacionar-se com os outros.

### 3.1.2 Meus pressupostos

- 1) Os idosos e profissionais da equipe multiprofissional são capazes de conhecer um ao outro a partir da relação sujeito-sujeito. Esse conhecimento pode interferir no processo de cuidar, modificando o estado de saúde/doença, podendo mudar suas perspectivas quanto ao seu envelhecimento.
- 2) O cuidado humanizado traz oportunidade de aprendizado e de troca de experiências, entre os idosos e os profissionais permitindo que a individualidade de cada um seja percebida, através das manifestações de suas práticas sócio-histórico-culturais.
- 3) O fisioterapeuta, além de prevenir agravos à saúde do idoso e reabilitá-lo, quando necessário, deve estimular a integração interdisciplinar e multiprofissional, na busca por um cuidado humanizado na instituição.

- 4) A discussão de temas pertinentes ao processo de cuidar oportuniza o compartilhar saberes profissional e populares favorecendo a compreensão e o relacionamento entre os sujeitos.
- 5) Oferecer espaços de troca entre idosos e profissionais representa uma oportunidade de compartilhar experiências e de conhecer o outro, intensificando essa relação. Além de construir caminhos para a busca do bem-estar mútuo, da promoção de saúde e do envelhecimento saudável no cotidiano do processo de cuidar na instituição.

## 3.2 Conceitos

Conceitos são abstrações por meio das quais conhecemos “o que é algo”, sem afirmar ou negar algo sobre isto. Uma das funções básicas dos conceitos é conhecer a essência e descrever a natureza das coisas (KING, 1988 *apud* DE GASPERI, 2005).

### 3.2.1 Ser Humano Idoso

São homens e mulheres, seres sociais inacabados, existenciais concretos, históricos, mutáveis, dotados de potencialidades genéticas e culturais dinâmicas que lhes conferem potencialidades e possibilidades, que trazem em si tudo o que lhes foi possível construir e desenvolver nas diferentes etapas da vida. São pessoas que já tiveram muitas perdas e ganhos ao longo de sua existência, com necessidades como qualquer outro ser humano, que anseia por se sentir respeitado, valorizado e que suas potencialidades sejam consideradas tanto quanto suas limitações.

O ser humano idoso, à medida que avança em sua idade, poderá se fragilizar e requerer atendimento de necessidades especiais desenvolvido por si próprio ou por outrem em seu viver diário.

### 3.2.2 Ser Humano Fisioterapeuta

São profissionais dotados de conhecimento científico voltado para o cuidado de outros seres humanos; e deve ser capaz de perceber a forma pela qual o outro



expressa seus sentimentos, estabelecendo relações em sua prática cotidiana, através da consciência e reflexão de suas experiências existenciais.

Este ser humano fisioterapeuta, a partir de seu olhar de mundo, através de suas concepções, agirá de acordo com as escolhas que estabelece para si no seu mundo de vivências, devendo ser respeitado no seu direito de ser “humano” com competências. Por ser um profissional cuidador, é também um agente educador que, por meio da ação educativa participativa, desperta no ser humano idoso e profissional o processo de ação-reflexão para uma possível transformação.

### 3.2.3 Ser Humano Idoso Institucionalizado

São homens e mulheres que, por diversos motivos, deixaram o convívio familiar para conviver com pessoas estranhas durante o seu processo de envelhecimento e a sua velhice. Esses seres humanos recebem influências biopsicossociais e espirituais que diferem entre si no comprometimento físico e mental, na carência afetiva, na perda de autonomia e independência, que necessitam em menor ou maior grau de cuidados de outros.

A partir da sua adaptação e inserção no contexto institucional, através de um relacionamento saudável, cordial e respeitoso com os outros idosos e com a equipe, permitirão sua valorização e devem ser estimulados a participar das decisões que envolvem o seu cotidiano, mantendo um convívio externo com a comunidade e com a sua família.

### 3.2.4 Cuidado Humanizado ao Idoso

É todo cuidado prestado pela equipe multiprofissional ao idoso mediado pelo desempenho da técnica, desde que sejam respeitadas as particularidades e individualidades do idoso visando a desenvolver ações integradas entre o ser cuidado e a pessoa que cuida. O cuidado humanizado também prevê uma relação interpessoal mediada pelo diálogo, permeada pelo compromisso de proporcionar o bem-estar biopsicossocial ao idoso. Dessa forma, estará ajudando-o a superar suas limitações, estimulando sua independência, autonomia e qualidade de vida em todo o processo do envelhecimento e na velhice.

### 3.2.5 Cuidado ao Idoso Institucionalizado

No processo de cuidar é primordial conhecer e compreender o processo de envelhecimento e a história de vida do idoso, perceber os problemas e as capacidades reais, vislumbrando alternativas para a busca de soluções relacionadas às suas necessidades.

No cuidado ao idoso institucionalizado, atitudes integradas de pensar, sentir e agir tornam-se essenciais para que se possa captar toda a complexidade dos fatores que influenciam o envelhecer e o adoecer nessa população, fazendo com que a visão de um profissional complemente a do outro, sendo a base para a compreensão do processo do envelhecimento e da velhice em todas as suas dimensões.

A equipe multiprofissional deve ter conhecimento amplo e agir de forma que um complemente a ação do outro. São profissionais de diversas áreas que tentam proporcionar, em todos os níveis de atenção à saúde, o bem-estar biopsicossocial aos idosos, potencializando suas funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para essa fase da vida

### 3.2.6 Equipe Multiprofissional

São homens e mulheres, dotados de conhecimento técnico e/ou científico acerca da sua área de atuação. Possuidores de um corpo físico, emocional e social que interagem com o mundo e com outros seres, num determinado espaço e tempo. Através desse conhecimento e das experiências pessoais é que conduzem a sua maneira de cuidar de outros. No cuidado ao idoso institucionalizado têm como objetivos participar ativamente desse processo a fim de propiciar ao idoso uma maior independência e autonomia; assegurar-lhes o conforto e o bem-estar dentro da instituição e na comunidade.

Dentro de uma instituição de longa permanência estão envolvidos vários atores que fazem parte do cotidiano de cuidar dos idosos: os membros da equipe de saúde, os funcionários dos setores administrativos; os idosos e familiares; e as demais pessoas que frequentam na instituição. A comunidade institucional pode ser considerada o âmbito das relações interpessoais e intersubjetivas que ocorrem em um determinado espaço.

## 4 MÉTODO

Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem metodológica qualitativa, uma vez que esta busca entender a natureza do fenômeno social que se deseja pesquisar, proporcionando um conhecimento aprofundado de determinado evento e possibilitando a explicação de comportamentos. Essa abordagem é muito usada em pesquisas na área da saúde por entender que a saúde não é um campo separado das outras instâncias da realidade social. (RICHARDSON, 1989; VICTORA, 2000; BOGUS, 2004; FLICK, 2004; MINAYO, 2004).

Em meu estudo essa abordagem metodológica permitiu-me a compreensão dos significados que os indivíduos atribuem a suas experiências, seus atos suas decisões e suas relações a partir das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. A estratégia metodológica escolhida para implementação da pesquisa foi a da Pesquisa Convergente-Assistencial, pois esta preconiza a participação ativa dos sujeitos na pesquisa mantendo, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações, comprometendo-se com a melhoria direta do contexto pesquisado. (TRENTINI e PAIM, 2004).

Optei por essa estratégia por acreditar que ela facilitaria a construção de um conhecimento que visava à renovação das práticas assistenciais no campo estudado, estabelecendo uma relação entre o saber fazer e o saber pensar. Desse modo, o pesquisador se compromete com a construção de um conhecimento novo através da articulação intencional entre a teoria e a prática durante a coleta de informações, com o objetivo de melhorar diretamente o contexto social pesquisado, envolvendo todos os participantes neste processo.

Os procedimentos metodológicos usados para a coleta de dados nesta pesquisa incluíram a escolha do espaço da pesquisa, a escolha dos participantes e escolha de

técnicas para obtenção e análise das informações, conforme os preceitos da PCA. Assim, o local escolhido foi a ILPI onde desenvolvo minhas atividades profissionais; pois, a escolha do local tem uma ligação direta com a história profissional do pesquisador.

Os sujeitos foram os profissionais e idosos que estão envolvidos no processo de cuidar e viver na instituição, pois na PCA, os participantes da pesquisa constituem parte integrante do estudo validando ou divulgando os resultados e as técnicas escolhidas. A coleta dos dados e análise das informações foram baseados: oficinas, entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 1), observação e diário de campo.

Para desenvolver esta pesquisa que objetivava investigar como os idosos e os profissionais da equipe multiprofissional da instituição percebiam o cuidado no seu cotidiano optei primeiramente em utilizar como instrumento de coleta de dados o desenvolvimento de oficinas com os idosos e profissionais da equipe. Essa forma de coleta de dados pretendeu apreender as informações relativas ao processo de cuidar desenvolvido na instituição a partir do diálogo e da troca de impressões coletivas reunida nas oficinas (APÊNDICE 1).

Num segundo momento, achei necessário ampliar a coleta de dados com a inclusão de uma entrevista individual semi-estruturada (APÊNDICE 2) com aqueles sujeitos que não participaram das oficinas, mas que preenchiam os critérios de inclusão da amostra. A entrevista pode ser considerada como prática discursiva, de uma ação situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade (DIAS, 2000).

Em pesquisa qualitativa, a consistência pode ser checada a partir da utilização da triangulação, isto é, empregar métodos diferentes de coleta dos mesmos dados e comparar os resultados. Esta forma de coleta de dados “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (GLAZIER 1992 *apud* DIAS, 2000 ; TRIVIÑOS, 1994, p.138). Além do que em pesquisa qualitativa, a saturação dos dados geralmente é utilizada para designar a repetição do conteúdo das informações, designando o tamanho da amostra.

Responsabilizei-me pessoalmente pela realização das entrevistas e pela coordenação das oficinas. Tanto as oficinas quanto as entrevistas ocorreram no próprio

local de trabalho da equipe e moradia dos idosos e foram gravadas em MP3 e depois transcritas por mim.

#### **4.1 Local de realização da pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada numa Instituição de Longa Permanência para Idosos em Blumenau, Santa Catarina, de origem filantrópica, que foi fundada em 1954. É nesse espaço que desenvolvo atividades como docente atuando como supervisora de estágio curricular do curso de graduação em Fisioterapia. Foi a partir dessa experiência e vivência por mais dez anos nesse cenário que surgiram minhas indagações acerca do processo de cuidar de idosos em uma ILPI e o papel do fisioterapeuta e dos demais profissionais neste contexto.

A instituição possui uma Associação Mantenedora criada em 1974 e em 2003 conquistou a condição de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Dessa forma, a instituição ficou oficialmente em condições de obter recursos federais, estaduais e de iniciativa privada para a execução de projetos voltados ao atendimento do idoso. No entanto, sua manutenção ainda é feita em grande parte com recursos oriundos do município e das mensalidades pagas pelos idosos, que variam de um a dois salários mínimos, conforme o caso.

A Prefeitura também disponibiliza de seu quadro funcional 39 pessoas para trabalharem na Instituição. A ILPI recebe também da Prefeitura o valor correspondente à folha de pagamento e encargos sociais de 19 funcionários contratados pela Associação, por meio de subvenção social aprovada pela Câmara de Vereadores.

O objetivo da instituição é o atendimento integral ao idoso, implementando as políticas públicas de atendimento às pessoas idosas que necessitam de amparo asilar e promovendo o atendimento dos direitos sociais dos mesmos (ILPI, 2001).

Atualmente a instituição abriga 74 idosos, sendo 27 homens e 47 mulheres. Esses idosos estão distribuídos conforme o grau de dependência, sendo 22 mulheres independentes que moram nos chalés e quartos coletivos; 14 mulheres totalmente dependentes que estão acamadas nas enfermarias e 11 mulheres semidependentes que

moram nas semi-enfermarias. Dos homens, 13 são independentes e moram em quartos coletivos, 4 homens são totalmente dependentes, estão acamados e moram na enfermaria, os 10 restantes são semidependentes e estão nas semi-enfermarias.

A equipe multiprofissional é formada por 66 funcionários que são responsáveis pelos cuidados com os idosos e com a instituição. Compõem a equipe: um coordenador geral, um médico, uma assistente social, uma enfermeira, uma nutricionista, uma farmacêutica, duas fisioterapeutas, um dentista, uma professora de artes, 19 auxiliares de enfermagem, três auxiliares administrativos, seis cozinheiras, um motorista, três zeladores, quatro vigias, 20 auxiliares de serviços gerais

A instituição possui convênio com a Universidade Regional de Blumenau (FURB) e, através deste, *um* fisioterapeuta desenvolve suas atividades como docente supervisionando o estágio dos acadêmicos do curso de fisioterapia na instituição no período matutino. Além do estágio da Fisioterapia, o convênio inclui também o estágio de Psicologia. A área física da instituição é constituída de uma área externa arborizada ampla, uma capela, 6 quartos coletivos com banheiro para homens, 8 quartos coletivos com banheiro para mulheres, 7 chalés com sala, quarto, cozinha e banheiro, para pessoas independentes. As semi-enfermarias são constituídas de 2 quartos coletivos masculinos, 3 quartos coletivos femininos, com banheiros fora dos quartos. Possui ainda a enfermaria, com um quarto coletivo masculino e 2 quartos coletivos femininos.

Para apoio geral a instituição possui cozinha ampla, refeitório, rouparia, lavanderia, sala de televisão, área coberta, consultório médico, consultório de enfermagem, farmácia, e dois carros. Há, ainda, um espaço constituído de 5 salas onde funcionam a fisioterapia e o consultório dentário.

As salas de fisioterapia são equipadas com aparelhos eletrotermofototerápicos, 2 tatames, 2 macas, 1 bicicleta ergométrica, 2 esteiras elétricas, material para exercício de fortalecimento, alongamento, equilíbrio, respiratório, além de material para atividade em grupo.

## 4.2 Sujeitos da pesquisa

Participaram desta pesquisa, 32 pessoas, sendo 20 profissionais da equipe multiprofissional da instituição e 12 idosos moradores. Nas oficinas contei com 10 profissionais que tinham idade entre 22 e 49 anos; destes, 9 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino sendo: 6 profissionais de serviços gerais, 3 profissionais de nível superior, 1 profissional administrativo e 6 idosos que tinham idade que variava entre 61 e 97 anos, 5 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Nas entrevistas busquei parear a amostra, assim contei também com 10 profissionais da equipe multiprofissional cujas idades variavam de 23 a 56 anos; destes, 5 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino sendo 3 profissionais de nível superior, 6 profissionais da enfermagem e 1 profissional administrativo e 6 idosos que tinham idade entre 60 e 85 anos, destes 2 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

Para seleção dos mesmos foram seguidos alguns critérios, tais como:

Para os idosos:

- # ter 60 anos ou mais;
- # estar lúcido, orientado, em condições de expressar suas idéias e manter interação interpessoal;
- # aceitar livremente participar da pesquisa.

Para os profissionais:

- # ser funcionário da instituição há pelo menos seis meses;
- # desenvolver atividades profissionais que lhe possibilitem ter contato com os idosos ou conhecer de perto o cotidiano por eles experienciado;
- # aceitar livremente participar da pesquisa.

## 4.3 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido previamente à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sendo aprovado com o

parecer nº 076-07 de 07/05/07 (APÊNDICE 2). Também foi solicitada e recebida autorização da instituição para a realização desta pesquisa (APÊNDICE 3).

Os idosos e funcionários foram convidados a participar do estudo e informados a respeito da pesquisa, numa linguagem clara e objetiva, que favoreceu a compreensão dos mesmos, segundo os preceitos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (2002). Para isso obtive o consentimento verbal e escrito, livre e esclarecido por parte dos sujeitos do trabalho, tanto dos sujeitos das oficinas quanto dos sujeitos das entrevistas, inclusive para a utilização de gravador nas entrevistas e nas oficinas. Além disso, nas oficinas fizemos um contrato informal coletivo ressaltando o sigilo, o respeito e o compromisso que deveriam existir dentro do grupo e, ao final da pesquisa, foi disponibilizado o acesso ao material com a sua participação no estudo. Tive a preocupação de respeitar alguns princípios básicos da ética, tais como:

- # Garantir o respeito, a liberdade de participação e de desistência a qualquer momento, bem como o anonimato e o sigilo das informações;
- # O princípio da beneficência, não causando danos aos participantes da prática;
- # O princípio da justiça, dando um tratamento justo e igual a todos;
- # A obtenção do consentimento verbal e escrito, livre e esclarecido por parte dos sujeitos do trabalho;
- # O respeito às crenças, valores e história de vida de cada sujeito.

Os sujeitos não tiveram nenhum ônus no desenrolar da pesquisa. O material coletado e gravado e suas transcrições estão sob minha total responsabilidade, arquivados em minha residência, para qualquer necessidade de acesso aos dados, por um período de cinco anos, quando, então, serão destruídos.

#### **4.4 Procedimentos para a coleta de dados**

Para dar início a esta pesquisa foi realizado um contato individual prévio com todos os profissionais do turno da manhã e idosos, respeitando os critérios de inclusão.



Este contato é preconizado na PCA para que a partir do diálogo os sujeitos em potencial possam concordar ou não em participar do estudo (TRENTINI E PAIM, 2004). O turno foi escolhido intencionalmente por concentrar o maior número de funcionários da instituição. Nesse contato expliquei que iria começar a coleta de dados da minha dissertação e convidei-os a participar de uma oficina na qual explicaria todo o processo da pesquisa e os temas a serem abordados. Foi verificada, nesse contato, a disponibilidade de horário com cada área de atuação. Ficou acordado com todos que a primeira oficina seria realizada no dia 23/05, das 10:30 h às 11:30 h.

#### 4.4.1 As oficinas

##### 4.4.1.1 Primeira Oficina

Nesta oficina foi explicada a pesquisa, o porquê de sua realização, o objetivo e qual a proposta metodológica escolhida para o seu desenvolvimento. Foi explicado que devido ao tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa só poderíamos realizar neste momento mais 5 oficinas. Foi solicitado que eles escolhessem a periodicidade das oficinas, o dia da semana e o horário para sua realização. Após alguma discussão foi determinado pelo grupo que as próximas oficinas seriam às quartas-feiras, as 10:30 h, com duração de uma hora, e que a primeira oficina seria no dia 06/06 e as outras nas 4 semanas consecutivas finalizando esta etapa no dia 04/07. Foi informado aos participantes que a pesquisa tinha sido autorizada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e pela administração da instituição. Também todos foram convidados a estabelecer um contrato grupal entre os participantes onde o sigilo, o respeito e o compromisso mútuos seriam fatores importantes.

Solicitei autorização para a gravação das oficinas e expliquei sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que eles deveriam assinar na próxima oficina (APÊNDICE 4). Para me acompanhar nas oficinas informei que haveria uma observadora passiva e expliquei o seu papel nas oficinas, assim como a presença dos estagiários de fisioterapia quando se fizesse necessário. Na observação passiva, o sujeito está presente na situação, mas não participa em nenhuma atividade e não

interage com as pessoas observadas (TRENTINI e PAIM, 2004). Coloquei-me à disposição para questionamentos e propus uma dinâmica para a escolha dos temas para a continuação do estudo.

Para dar início à escolha dos temas e garantir a participação de todos foi usada a dinâmica de “Explosão de Idéias” ou “Brainstorming” (MILITÃO, 1999), composta de 3 perguntas: O que vocês entendem por cuidado? Como vocês percebem esse cuidado aqui no nosso cotidiano? Quais os aspectos que vocês relacionam com o cuidado e gostariam que nós debatêssemos em nossas próximas oficinas? Assim, para finalizar foi colocada a música “É”, de Gonzaguinha (ANEXO 1), foi passada uma lista de presença e solicitado que marcasse o nome quem iria participar da pesquisa.

As oficinas foram realizadas em uma das salas da fisioterapia da instituição. Para desenvolver cada oficina, foram utilizadas estratégias educativas-cuidativas para estimular a participação efetiva de todos. Sendo assim, cada oficina foi desenvolvida em 3 momentos:

- 1º momento – acolhimento: nesse momento os participantes foram recebidos através de dinâmicas que facilitassem seu relaxamento e participação no trabalho do dia;
- 2º momento – preparação e desenvolvimento: nesse momento o tema foi lançado, a proposta foi feita e o grupo foi estimulado a se envolver na tarefa;
- 3º momento – fechamento: foi a etapa na qual foi feita a síntese do que havíamos trabalhado na oficina e desenvolvida uma dinâmica para o encerramento das atividades do dia.

A cada oficina procurei proporcionar um ambiente tranquilo, acolhedor, e estimei a troca de experiências. Nos momentos de emoção os participantes foram confortados pelos próprios participantes e também por mim.

Procurei cultivar no grupo uma comunicação verdadeira, clara, sem formalidades ou obstáculos, livre e espontânea. Vários recursos didáticos foram utilizados nas oficinas para tornar o ambiente prazeroso e auxiliar na comunicação entre os participantes, como música e dinâmicas de grupo. A cada oficina a observadora ia escrevendo no diário as situações e o desenrolar da oficina. Ao final de cada oficina eu transcrevia no diário de campo todos os momentos, as falas, as minhas percepções e observações.

As dinâmicas foram programadas junto com a minha orientadora anteriormente a cada oficina, todas dentro dos pressupostos de práticas horizontais, estimulando o diálogo e a participação de cada participante. Com o intuito de possibilitar a expressão de suas idéias e estimular as trocas de conhecimento, experiências e sentimentos, utilizei nas oficinas técnicas de cunho lúdico e interativo, visando a propiciar um ambiente descontraído e favorável à participação. No decorrer das oficinas houve algumas alterações nas atividades planejadas e na maneira como foram colocadas em prática.

Foi um trabalho didático-pedagógico baseado no prazer, na vivência e na participação em situações reais e imaginárias, onde, por meio das técnicas de dinâmica de grupo, os sujeitos conseguiram expressar seus pensamentos. Devo dar continuidade a este trabalho logo que fizer a sustentação da dissertação visto que os sujeitos demonstraram grande interesse pelo trabalho e, também porque tenho o compromisso de oportunizar a todos essa vivência.

#### 4.4.1.2 Segunda oficina

Nesta oficina foi apresentado a todos os temas que emergiram a partir das colocações na primeira oficina. Foram afixadas na parede 3 cartolinas, 1 para cada tema junto com as palavras retiradas do painel do encontro anterior e que foram agrupadas nos temas: Autoconhecimento, Comunicação terapêutica e Relação pessoa-pessoa. Essas cartolinas ficaram expostas durante a realização de todas as oficinas.

Para abordar o Autoconhecimento foi colocada uma música instrumental e a seguir foi solicitado que eles relaxassem e tentassem pensar na sua vida, em tudo que eles passaram e viveram. A música facilitou o momento de silêncio e interiorização levando a um retrocesso ao passado de cada um. Cada um externou seus pensamentos explicando o que havia lembrado e o que isso significou para a sua vivência atual. Algumas falas expuseram bastante emoção e foi observado que houve respeito e apoio por parte dos demais, pois respeitaram esse momento com silêncio e carinho. Ao final, fizemos uma relação do que foi dito com o nosso dia-a-dia e a oficina foi finalizada convidando-os a realizar um grande abraço coletivo.

#### 4.4.1.3 Terceira oficina

Foi iniciada a oficina resgatando a oficina anterior, pedindo que eles avaliassem como foi e como se sentiram com o abraço no final da oficina. O tema escolhido para esta oficina foi: Como percebo o outro? Foi desenvolvido através da técnica de passar a bola para outra pessoa dizendo como ele percebia a pessoa escolhida. O objetivo foi fazer com que o outro saiba como ele é visto pelos demais. Todos escolheram as pessoas exaltando a alegria, a amizade, a preocupação que viam na pessoa com os outros, por tratar todos iguais, por resolver suas reclamações, pelo respeito que tem pelo outro, pelas histórias de vida e não querer ser tratada de maneira diferente por ser a mais velha da instituição. Para finalizar a oficina pedi a cada um que desse um abraço na pessoa a quem passou a bola, depois poderiam abraçar uns aos outros.

#### 4.4.1.4 Quarta oficina

Iniciei a oficina aproximando as atividades já realizadas com o cuidado para promover a saúde e o envelhecimento saudável, resgatando os temas já abordados nas oficinas anteriores e foi explicado que esse era o tema do dia. Para desenvolver o tema propus a realização de um Bingo, e todos se animaram. As cartelas foram confeccionadas com as palavras ditas por eles na primeira oficina. Os ganhadores foram presenteados com pacotinhos de chocolate e a oficina foi finalizada com a leitura da “Fábula da Convivência” (ANEXO 2).

Depois da leitura solicitei que eles fizessem algum comentário acerca de suas percepções e sentimentos em relação à fábula. Agradei, todos bateram palmas e depois nos abraçamos, gesto este iniciado pelos sujeitos.

#### 4.4.1.5 Quinta oficina

Foi iniciada a oficina com a dinâmica: Construção de uma história coletiva, para estimular a participação coletiva no processo de cuidar. Foram afixadas na parede duas folhas de papel pardo e os acadêmicos da fisioterapia foram escrevendo o que era dito por eles. A história foi a organização de um passeio para um local escolhido por eles. No final da história relacionou-se a organização do passeio com o dia-a-dia da

instituição, identificando fatos que acontecem no cotidiano da instituição que podem atrapalhar o processo de cuidar. Para finalizar, eles propuseram a realização do abraço coletivo e uma idosa começou a cantar uma estrofe da música “Amigos para Sempre”; todos cantaram também e depois bateram palmas.

#### 4.4.1.6 Sexta oficina

Esta oficina como estava no planejamento foi a última desse processo. O objetivo dessa foi avaliar em conjunto o processo de cuidar na instituição. Foi entregue pequenos papéis contendo números na cor vermelha e na cor preta. Aqueles que tinham os números da mesma cor se reuniram de um lado da sala enquanto o outro ficava do outro lado da sala. Depois de dividir o grupo foi apresentada a pergunta: O que podemos melhorar no processo de cuidar nesta instituição? A pergunta foi afixada em um cartaz na parede e neste também foi escrito tudo que eles falaram.

Primeiro o grupo com a cor vermelha identificou o que eles achavam que poderia melhorar na instituição e depois de escrito no cartaz o grupo que tinha os números da cor preta deu as sugestões relativas ao que havia sido identificado pelo outro grupo. Após foi aberto o questionamento para o grupo todo.

Para finalizar foi feita a dinâmica do novelo onde foi solicitado que cada um pegasse uma ponta do novelo, segurasse a ponta e jogasse o novelo para alguém do grupo e dissesse o que significou para cada um ter a pessoa escolhida junto no grupo. Depois que todos falaram finalizou-se este processo agradecendo a colaboração de todos, o quanto foi importante para mim tê-los neste momento da minha vida e todos foram convidados para assistirem a minha sustentação de dissertação em Florianópolis, organizando com eles um passeio até lá, onde eles aceitaram e ficaram animados.

#### 4.4.2 As entrevistas

Após o término das oficinas, com o objetivo de ampliar a coleta de dados para aspectos mais específicos do processo de cuidar utilizei como instrumento a entrevista individual semi-estruturada com os idosos e os profissionais da equipe que não participaram das oficinas.

Optei pela entrevista individual informal por haver maior interação entre o pesquisador e o entrevistado e também porque o contato informal valoriza a participação dos envolvidos. E a opção pela entrevista semi-estruturada justificou-se por esta ser constituída de tópicos relacionados ao tema da pesquisa facilitando o aprofundamento do assunto através da interação entre o entrevistador e o entrevistado (TRENTINI e PAIM, 2004).

Assim elaborei dois instrumentos, um para os idosos e outro para os profissionais, constando de 9 perguntas cada baseadas nos conceitos construídos nesta pesquisa (APÊNDICE 2). Para elaborar o roteiro das entrevistas, foram destacados os elementos constitutivos de cada conceito e relacionadas várias perguntas referentes a esses elementos; em seguida, foram escolhidas as perguntas que estavam mais ligadas ao conceito e aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com 10 profissionais da equipe multidisciplinar e 6 idosos. A partir da lista de funcionários da instituição fornecida pela administração, realizei um sorteio com aqueles que não participaram das oficinas, concentrados por categoria profissional. Procurei manter uma proporção entre a quantidade de profissionais que participaram das oficinas, e assim foram sorteados mais profissionais da enfermagem, pois estes não compareceram espontaneamente às oficinas e essa é a categoria que tem a mais estreita relação com o processo de cuidar.

Os profissionais foram convidados a participar da entrevista e, ao aceitarem e escolherem o melhor horário dentro das atividades profissionais de cada um, eram encaminhados para a sala de fisioterapia; após a explicação sobre a pesquisa e confirmação da sua participação, era assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e iniciada a entrevista.

Os idosos foram escolhidos aleatoriamente, respeitando-se os critérios de inclusão, e convidados a participar da entrevista; ao aceitarem eram conduzidos para a sala de fisioterapia, onde eram explicados detalhadamente os objetivos e o tema da pesquisa em linguagem clara. Após o entendimento e esclarecimento das dúvidas existentes, eram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, após sua leitura e compreensão. As entrevistas foram realizadas em uma das salas da fisioterapia na qual procurei manter uma relação que possibilitasse a troca e o diálogo.

Como as pessoas já tinham um contato profissional prévio comigo, esse contato tornou-se um fator positivo para esta etapa.

#### **4.5 Registro dos dados**

Como já citado anteriormente, as oficinas e as entrevistas foram gravadas em MP3 e salvas no meu computador, mediante o consentimento prévio de cada participante. A transcrição dessas gravações foi feita por mim, e o texto gerado a partir das falas foi objeto de análise.

Para o registro das oficinas, optei por treinar uma colaboradora para que ela o fizesse, deixando-me, assim, mais livre para conduzir as dinâmicas. Conteí também, em algumas oficinas, com os acadêmicos de fisioterapia que estavam em estágio na época da coleta de dados como colaboradores para ajudar alguns idosos que tinham baixa visão ou não sabiam ler ou escrever. Vale lembrar que a participação da colaboradora e dos acadêmicos ocorreu mediante o consentimento do grupo. Ainda que eu tenha contado com a ajuda de uma colaboradora para fazer os registros das oficinas, ao término das mesmas eu sempre revisava o que ela havia registrado e complementava, quando se fazia necessário.

Para realização do registro desses encontros, também foi utilizado um diário de campo, onde foram anotadas as minhas observações sobre as oficinas. Na PCA é impossível para o pesquisador registrar tudo o que ocorre durante a coleta de dados por isso é recomendado lançar mão de técnicas mistas de registro (TRENTINI e PAIM, 2004). Todos os registros provenientes das oficinas e das entrevistas ficaram armazenados em uma pasta específica para essa função sob minha posse.

#### **4.6 Análise dos dados**

Neste estudo, a análise dos dados foi feita gradativamente com base nos textos gerados a partir das transcrições das oficinas e das entrevistas. Na PCA, os processos de coleta e análise dos dados devem ocorrer simultaneamente, a fim de refletir sobre

como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI e PAIM, 2004). Para isso, foram utilizados os princípios da análise de conteúdo em busca dos elementos comuns ou diversos que poderiam ser encontrados no material analisado. Segundo Bardin (1977), esse método delinea a organização da análise através dos passos de codificação, categorização e inferência. A organização da análise refere-se aos estruturantes básicos do trabalho, que envolve desde as fases de pré-análise e exploração do material até o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Seguindo os princípios de Bardin (1977), a fase de pré-análise se deu ao ler e reler o material em busca de tentar compreender o que, de fato, os sujeitos com os quais trabalhei diziam acerca do cuidado. Primeiramente foram lidas e relidas todas as transcrições; no momento seguinte, as falas foram organizadas segundo o seu significado e agrupadas em categorias.

Depois que todo o material foi analisado e categorizado, passei à análise dessas categorias para verificar sobre o que elas estavam falando. Foi nesse momento que comecei a pensar nos eixos temáticos. Esses correspondem a um grupo de categorias que expressam uma idéia ou tema mais amplo e foi segundo esse tema que foram nomeados. Dessa forma, ao finalizar o processo de análise dos dados cheguei a três grandes eixos temáticos, quais sejam: o significado da família no processo de viver e envelhecer; as relações interpessoais na construção do processo de cuidar; o cuidado humanizado compreende aspectos ambientais, ações integradas e gestão participativa.

Com base nos eixos temáticos encontrados foi realizada a discussão dos dados colhidos na pesquisa e que será apresentada no próximo capítulo.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura de todos os textos gerados pela transcrição das fitas gravadas nas oficinas e nas entrevistas, identifiquei falas que se completavam. Analisando mais detalhadamente essas falas, percebi que era possível agrupá-las nas mesmas categorias, organizando-as em três eixos temáticos, quais sejam: **o significado da família no processo de viver e envelhecer; as relações interpessoais na construção do processo de cuidar; o cuidado humanizado compreende aspectos ambientais, ações integradas e gestão participativa.**

Assim, passarei a seguir a apresentar e discutir cada um dos eixos temáticos identificados com base no referencial teórico escolhido e na revisão de literatura.<sup>1</sup>

### 5.1 O Significado da Família no Processo de Viver e Envelhecer

Nas falas dos sujeitos percebeu-se o quanto a família e as vivências do passado influenciam as atitudes de cuidado no processo de viver e envelhecer. Por outro lado também se verificou que o apoio da família e da equipe multiprofissional pode ajudar para um envelhecer saudável na instituição. O significado da família para cada sujeito foi evidenciado na primeira oficina quando se reportaram às lembranças do passado. A família se constituiu de grande importância nas falas, sendo o foco central de todas as categorias desse eixo. Ele é composto por quatro categorias: **lembrança da infância e do passado; cuidado aprendido e vivido na família; o compromisso da família com o idoso institucionalizado se reflete no seu processo de viver e adoecer; a reconfiguração da família na ILPI.**

---

<sup>1</sup> Legendas: (I) Idosos, (PE) Profissionais da enfermagem, (PNS) Profissionais de nível superior, (PSG) Profissionais de serviços gerais, (PA) Profissionais administrativos.

Assim, para entender um pouco sobre esse tema realizou-se uma busca do significado de família na literatura. Alguns estudos da década de 1950 (BOTH, 1976) já indicavam que certas famílias operárias tinham uma boa soma de contatos com seus parentes. A família elementar não permanecia sozinha e isolada, seus membros mantinham relacionamentos íntimos e freqüentes com os pais, com pelo menos alguns dos irmãos, tios e tias e com primos tanto do marido como da esposa, podendo-se assim perceber que a família elementar tinha um relacionamento mais estreito com seus parentes.

Já na década de 1970, a autora constatou que o parentesco não desempenhava um papel muito importante nas sociedades industrializadas, a não ser em certas áreas rurais, pois a família elementar, composta pelo pai, pela mãe e pelos filhos, era considerada como um grupo que permanecia isolado (BOTH, 1976). Porém, na década de 1990, as pesquisas demográficas mostravam uma crescente diversidade nos arranjos familiares brasileiros, onde os diferentes tipos de famílias, em torno dos quais se organiza a maioria dos domicílios, já tendiam a abarcar um complexo de relações de parentes e não parentes, gerado por casamentos, divórcios e recasamentos (CORRÊA, 1994), como exemplificado na fala abaixo:

*eu estou aqui já 12 anos, como um filho se apartou e botaram eu aqui, ela (a nora) botou eu aqui. (I)*

Essa fala nos mostra que, após a separação do filho, houve necessidade de uma readaptação dessa família, tirando o idoso do seu “habitat”. Para Papaléo Netto (2002), a família pode ser referida como o habitat da pessoa humana, sendo considerada o “ambiente ecológico” do ser humano, o local onde se é o que se é sem máscaras sociais. Para o autor é na primeira infância e na senectude que se encontra uma maior limitação social do indivíduo, tornando o papel da família relevante. Assim, é na família que se constitui o primeiro referencial de socialização e de estabelecimento de vínculos do indivíduo, sendo este referencial o responsável pelo equilíbrio físico, psíquico e afetivo do ser humano. Ser família não é outra coisa que realizar o nascer, viver e morrer (HERÉDIA *et al.*, 2004).

Camarano (2004) enfatiza que a família é a mais direta fonte de apoio

informal aos idosos, o que se verifica em situações de co-residência ou não. Através desse apoio, parece que os membros de uma família buscam o bem-estar coletivo, sendo esta fonte de apoio percebida na fala abaixo:

*o filho da Dna... (I), ele só não vem quando ele está fora, aí ele telefona dizendo, mas quando ele está, ele dá sempre uma escapadinha. (PE)*

Já Sarti (2005) refere que falar em família no começo do século XXI, no Brasil, implica a referência a mudanças e a padrões difusos de relacionamentos, constituídos de laços esgarçados, tornando-se cada vez mais difícil definir conceitos que delimitam a família. Na época atual, a família vem sofrendo importantes transformações tanto internas quanto externas devido a diversas interferências, inclusive pelas multigerações envolvidas na convivência.

A família vem atravessando mudanças nas perspectivas de suas formas atuais, e podemos situá-la num modelo que inclua relações íntimas e intergeracionais, em um grupo de pessoas que se apóiam mutuamente, compartilhando expectativas e significados. Podemos, então, compreender a família como um grupo com uma história própria cujos membros compartilham entre si a solidariedade, através de um processo dinâmico de construção de formas de relacionamento e trocas instrumentais e afetivas (DEBERT e SIMÕES, 2006).

A família é o lugar da repetição e da continuidade, da diferenciação, da construção da rede de afeto, do sentido do pertencimento, é a matriz da identidade. Transita no aqui e agora e na sua historicidade. É através dessa história compartilhada que um grupo de pessoas vinculadas por laços consangüíneos, consensuais, jurídicos, constrói uma rede de apoio social informal (CASTILHO, 2006).

Os aspectos bons da convivência intergeracional em uma mesma família mostram que a família exerce um papel fundamental ao bem-estar de seus membros, especialmente no que diz respeito aos idosos, sendo o lugar natural e privilegiado do estabelecimento de relações, da valorização e promoção dos indivíduos; da consolidação do sentimento de pertença, da busca e do encontro de apoio, amparo e suprimento das necessidades individuais e do grupo familiar.

Entretanto, também é a família o mesmo lugar natural de atritos e conflitos,

gerados pela proximidade, cumplicidade, partilha de problemas e dificuldades, quando a convivência existe. A família é, portanto, contraditoriamente, o *locus* de apoio e de desamparo, de proximidade e de afastamento, de aceitação e de negação, de ajuda e de rejeição, de afeto e de desafeto, de harmonia e de desavenças, de alegria e de preocupações e tristezas, de companhia e de solidão, de aconchego e de abandono, de valorização e de desvalorização, de ganhos e de perdas (CASTILHO, 2006)

Os conflitos geracionais presentes nas famílias são provocados pelas divergências de opiniões, atitudes e comportamentos, pela perda de papéis e pela autoridade imposta pela posição ocupada na hierarquia familiar. Esses trazem, como conseqüência, brigas, discussões, atritos, desentendimentos, violência, intromissão, desarmonia, controle, inflexibilidade, falta de diálogo, dificuldade de convivência, desgaste emocional e sofrimento. Na opinião de alguns profissionais da instituição e do próprio idoso, tais conflitos não excluem o devotamento familiar como uma responsabilidade da família, sendo evidenciado na fala abaixo:

*A gente não sabe o que aconteceu na vida deles antes, né, mas eu acho que uma família não tem que deixar isso pra esse lado né, acho que cada família é uma família, acho que tem que cuidar do início ao fim, não interessa se eles foram maltratados [...]. (PE)*

A harmonia familiar não é fácil, porque está relacionada à convergência de necessidades e interesses e é fruto da concordância de seus membros. Quando isso não acontece, há o conflito. Principalmente quando as relações familiares envolvem grupos multigeracionais, com sentimentos de desamor e rejeição; comportamentos de falta de carinho, de desrespeito, de impaciência, de incompreensão, de raiva, de irritação; revelações de estorvo e incômodo. Por esse prisma é necessário um vínculo bem construído para que a família consiga superar os conflitos e continue interagindo ao longo dos anos. A maneira como esses membros construíram o relacionamento entre si é que garante aos idosos o apoio no processo do envelhecimento e na velhice, pois o idoso foi mudando de papéis através dos tempos. Hoje já não está mais incutido esse compromisso familiar, onde a família se sente na obrigação de cuidar dos seus idosos. O idoso perdeu seu protagonismo devido a vários acontecimentos sociais, porém a família não perdeu o seu significado nas lembranças dos sujeitos desta pesquisa.

Desse modo, na categoria a seguir vamos tentar discorrer sobre o significado da família e das lembranças da infância para os sujeitos envolvidos nesta pesquisa.

### 5.1.1 Lembrança da infância e do passado

Nesta categoria procurou-se identificar o que os sujeitos abordaram ao pensar no passado e identificou-se como tema central a percepção sobre a importância da família e da vida em família no passado como requisito fundamental para a construção do presente. Ao pararmos para pensar no passado, em qualquer momento da vida, é muito comum relembrarmos a nossa vivência em família, pois ela significa o espaço natural de aprendizado e proteção do ser humano. Essas lembranças podem ser positivas ou negativas, conforme as percepções e histórias de vida de cada um.

Para Biasoli-Alves (1999), a representação de família é muito particular, ligada a afetos, emoções, juízo e expectativas satisfeitas ou não. Nessa relação de interdependência, o usufruto do suporte que a família pode proporcionar, ou o fato de não receber dela o que se espera ou necessita, está seguramente relacionado com a qualidade das relações construídas e mantidas pela convivência ao longo da vida de cada um. A qualidade dessas relações é influenciada pela educação, pela ética, pela religião, pela condição socioeconômica, pelas condições de saúde (NITSHKE, 1999).

Nesse sentido, é no grupo familiar que as relações se estabelecem primordialmente, permitindo que o homem se construa, se desenvolva e se realize como um ser social. Todo ser humano tem necessidades afetivas. Quando as relações possibilitam uma proximidade mais íntima, uma maior afinidade, nascem os afetos e se estabelecem vínculos. O vínculo é a representação da relação que permanece, visto que o que vale na vida é criar vínculos, laços, ser acolhido e acolher. Para que se atinja um suporte familiar significativo ao idoso institucionalizado é necessário que os membros da família tenham construído ao longo da sua história uma relação verdadeira e sólida entre si (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

No grupo que participou das oficinas percebeu-se que essas lembranças foram positivas, e com grande carga afetiva, ressaltadas nas falas seguintes:

*[...] me lembro que eu tinha uma boa infância, uma mãe maravilhosa, irmãos, tudo bom. (I)*

*lembrei quando saía do colégio, pegava o ônibus para ir para casa eu e meus irmãos, aí chega em casa, aquele cheirinho de comida, maravilhoso, e a gente sentava para almoçar com os pais, todos almoçavam, conversavam, então puxa, tempo interessante, foi época boa, mas é bom lembrar isto.* (PNS)

*[...] acho que passou na minha cabeça foi a infância, sacrifício que minha mãe teve, para gente continuar estudando, o carinho que ela deu, pra gente [...].* (PSG)

Essas recordações trouxeram pontos que foram abordados de maneira geral por todos os participantes como: a escola, a própria infância, almoço em família, o sacrifício dos pais para educarem os filhos. Parece que estes identificaram a sua família como uma rede social de cuidado muito importante, estando viva em suas lembranças apesar de serem vivências distantes.

Dentro dos referenciais sociais e culturais de nossa época e de nossa sociedade, cada família terá uma versão de sua história, a qual dá significado à experiência vivida (SARTI, 2005). É a partir dessa vivência que as famílias constroem as inter-relações entre os membros consolidando o papel de cada familiar na sua história. Esse papel nem sempre é valorizado pelas famílias na velhice, principalmente quando os idosos estão institucionalizados.

Para Rocha-Coutinho (2006), a família é o espaço de convivência e de trocas afetivas, onde são estruturados e reproduzidos valores, hábitos, costumes e padrões de comportamento. Constitui um grupo de pessoas com características distintas, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções.

A valorização afetiva, efetiva e social da família permanece de maneira nítida no consciente dos idosos; estes são provenientes de uma época com marcados valores culturais em que a família exercia importante papel, provendo as necessidades de apoio de saúde de seus membros (PAPALEO NETTO, 2006).

Ainda hoje a família é considerada para muitos como a união consanguínea de pessoas que apresentam afinidades e buscam os mesmos objetivos enquanto grupo social. Apresentam sentimentos, valores e significados próprios da existência e da própria vida em comum, vivem amores e conflitos sem perderem o referencial de lar e união. Família para muitos é o “porto seguro”, sendo considerada a principal fonte de

apoio social informal de cuidado a idosos, como manifestado pelos sujeitos abaixo (NERI, 2006):

*eu acho que o bom relacionamento tem que ser que primeiro a sua família, é a base de tudo, não quer dizer que toda a família vai se dar. (PNS)*

*a família é uma coisa muito importante né, é o maior amor, pelo menos, a nossa família não há. (I)*

*eu tava de mal, meu irmão me roubou muito, muito, sempre perdoei, perdoei, perdoei [...]. (I)*

Nas lembranças revividas pelos sujeitos evidenciou-se o contexto abordado acima, onde os relatos são de uma vivência constituída com amor, sacrifício, companheirismo, respeito, perdão, existindo ao longo de todo o ciclo vital, significando uma época muito importante para cada um.

Outro aspecto percebido nas falas dos sujeitos das oficinas foi a comparação da vida em família e na comunidade no passado, onde a liberdade, o conhecimento do outro, dos vizinhos, era uma maneira de compartilhar e interagir socialmente. É na casa, na família, no convívio com vizinhos que o indivíduo constrói relações primárias que constituem a sua base de sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas (LEMOS e MEDEIROS, 2006).

Estamos vivendo um importante período de transição e mudanças, no qual se faz necessário o entendimento das transformações sociais e culturais que vêm se processando nas últimas décadas, dentro de expectativas condizentes com as novas formas de organização familiar. Hoje, com a mudança nas construções de moradias, a falta desse contato – as pessoas vivem trancadas em apartamentos, fechadas entre paredes – provoca um afastamento social, dificultando o conhecimento do outro, e a perpetuação de uma malha frouxa entre as pessoas.

Assim, o significado das relações humanas repousa nos vínculos afetivos que se estabelecem entre as pessoas em diferentes circunstâncias e épocas da vida. É preciso estar sempre em relação com o outro, desenvolvendo nessas relações novos laços e desempenhando diferentes papéis. Por isso, a capacidade de desenvolver vínculos está intimamente relacionada com a experiência vivida ao longo da vida. No relacionamento, um está com o outro, sendo que um vai em direção ao outro, numa presença autêntica, buscando vir a ser mais. Parece que essas relações extrafamiliares

estão sendo esquecidas, ocasionando um afastamento, um desconhecimento do outro que está tão próximo, sendo assim relatado pelos sujeitos profissionais:

*a vida era um pouco diferente, todo mundo se respeitava, a gente tinha qualidade de ter família, de ter amigos, a gente podia brincar na rua, não tinha violência, né, hoje todo mundo quase vive em apartamento, não é mais casa, porque essas lembranças é o que a gente leva, né, é os amigos que a gente teve, os vizinhos que a gente teve, então, que é uma coisa que a gente vê que está se perdendo [...]. (PNS)*

*a gente conhecia quase o bairro inteiro, todos, se não o bairro todo, mas alguém conhecia a fulana, filha da professora fulana de tal, do colégio tal e todo mundo se conhecia, hoje moro num edifício com 4 apartamentos por andar, se bobear os 4 apartamentos juntos dá o tamanho da minha casa onde eu morava, né, não conheço meus vizinhos da frente, não sei quem é, quantas pessoas moram lá, o que fazem, o que não fazem, e apesar de ser um de frente pro outro, eu nunca vi e nem a porta se abrir, né [...]. (PNS)*

Essa frouxidão da rede social pode, muitas vezes, ser vista também no cotidiano de uma instituição de longa permanência, onde, embora idosos e profissionais convivam diariamente uns com os outros, isso não necessariamente garante uma convivência estreita e compromissada. A falta de vínculo entre idosos e profissionais pode impossibilitar que o idoso conte com uma rede de suporte social. Essa rede poderia ajudar o idoso a superar situações difíceis, tais como: viver longe da sua família; ter que construir novos vínculos afetivos na velhice; ter que morar numa residência coletiva; entre outros. Esse apoio proporcionaria efeitos benéficos no bem-estar geral e na satisfação com a vida numa instituição. Talvez também contribuísse com o cuidado com sua saúde e auxiliasse esse idoso a ressignificar o que seria o cuidado familiar. Lembrando que geralmente cuidamos da mesma forma como fomos cuidados, isto é, que o ato de cuidar é aprendido e vivido inicialmente no contexto familiar.

### 5.1.2 Cuidado aprendido e vivido na família

Através do cuidado vivenciado por cada um no contexto familiar é que podemos relacionar esse aprendizado com a ação em si de cuidar do idoso, pois o cuidado é uma forma de expressão cultural, assim ele pode variar de acordo com as crenças e práticas socioculturais dentro das quais as pessoas foram socializadas e educadas. O ser humano traz em sua história muito do que vivenciou ou do que aprendeu com a vida em família. Os exemplos vividos podem influenciar positiva ou



negativamente a maneira de cuidar de si e dos outros. A vivência em família é uma experiência rica em oportunidades para a construção de diferentes relacionamentos pessoais e a dinâmica familiar traduz não só o sistema relacional do grupo como um todo, mas particulariza a experiência grupal, na experiência de cada um (BERTHOULD, 1998)

Cumprido salientar, parafraseando Waldow (1999), que o cuidado acompanha a vida desde o princípio. Assim, torna-se imprescindível tanto na saúde como na enfermidade e morte, representando o estímulo de gozar a vida, satisfazendo as carências humanas de relacionamento.

A palavra cuidado apresenta várias derivações, contudo sempre traz a idéia de preocupação e inquietação por alguém. A pessoa que tem cuidado, tem amor e preocupação por algo ou por alguém. Assim, muitos profissionais, a partir de suas vivências em família, trazem consigo essas significações acerca do cuidado que os tornam diferenciados, pois elas estão baseadas na sensibilidade dos sujeitos. Esta é fundamental para perceber as diversas respostas, sejam elas visuais, táteis, auditivas, conferindo ao ser humano uma qualidade única (PATERSON e ZDERAD, 1993). Assim constroem seu viver pautado na valorização e no respeito para com o outro, estabelecendo uma relação social e assumindo um compromisso ético e profissional.

Perceberam-se nas falas dos sujeitos a identificação e a valorização dos exemplos vividos em família para a condução das atitudes de cuidado consigo e com o outro no presente:

*foi válido, né, o quanto eu amadureci e quanto eu possa tá agora passando pros outros no sentido de fazer a vida deles valer a pena né, não importa a idade, não importa a época da vida, a gente tem que fazer a nossa vida valer a pena, pra gente ver que valeu a pena, e fazer também com que a vida dos outros valha a pena. (PNS)*

*[...] e o que eu passei resultou na amizade e no carinho que a gente tem que ter com as pessoas. (PSG)*

Entretanto, em relação ao idoso institucionalizado, essa valorização e identificação com a família parecem influenciar diretamente a saúde dos idosos, conforme identificado nas falas abaixo:

*se a família vem, eu acho que eles melhoram com tudo, tudo, a pessoa melhora, melhora. (I)*

*os que realmente a família vem, acompanha o idoso aqui, a gente sente que o idoso não se sente abandonado. (PA)*

*a gente vê que tem muita falta de consideração da família para com os idosos aí né, a gente sente isso, a gente estando aqui a gente vê. (PE)*

*aqueles que os familiares dão atenção claro que têm uma qualidade diferenciada né [...]. (PE)*

Contudo, mesmo que a família queira retribuir o suporte recebido, nem toda família hoje tem uma estrutura para receber um idoso debilitado e nem todos os idosos têm uma família grande que possa dividir esse cuidado. Por outro lado, existem idosos que não têm família, ou por não a terem constituído ou por estarem brigados com a família há muitos anos ou por a terem perdido ao longo de sua história vivendo sozinhos já há muito tempo. Há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar deles (CALDAS, 2003). Além do que, a retribuição de suporte pela família depende da qualidade das relações de afeições entre os familiares e dos sentimentos de dever filial (ERBOLATO, 2006).

*não tenho com quem ficar porque meus filhos moram longe daqui, a minha filha ela vem aí, ela trabalha, trabalha pra pagar a água, luz [...]. (I)*

As famílias estão optando hoje por uma redução no número de filhos além de comumente postergarem esse evento, devido à opção pelo exercício profissional e pela busca de estabilidade financeira. Separação de casais, dissolução de casamentos e formação de novas famílias também estão contribuindo para a diferenciação das famílias. Contrariamente à família convencional, na qual homem e mulher casam sem terem sido casados anteriormente e têm filhos comuns, as novas famílias aparecem quando pai e mãe separados constroem novas relações e têm outros filhos. Enquanto na família convencional as relações de parentesco se definem pelos laços sangüíneos, nas novas famílias, para ser parente basta a proximidade, e as relações familiares se modificam substancialmente (DEBERT E SIMÕES, 2006)

Outra forma de mudança na família é que ao mesmo tempo em que diminui o número de crianças, aumenta a longevidade, o número de idosos e, dentre eles, o de centenários. As mudanças na família se dão também pelo fato de elas mesmas estarem

envelhecendo. Atualmente, um quarto das famílias brasileiras possui um ou mais idosos (IBGE, 2000).

Para Monteiro (2006), a família constitui-se um reduto especial das vivências afetivas e dos amores. Porém, essas vivências são construídas através da conquista de laços de respeito e confiança. Essas conquistas são construídas a partir de nossas atitudes na doação de nosso amor e afetividade que cultivamos durante toda a convivência. Sendo assim, as obrigações e os deveres dos filhos para com os pais não são inerentes às relações como nas gerações passadas, nas quais os laços biológicos criavam uma rede de direitos, deveres e afetos.

Assim, alguns idosos formam novos elos, para outros a família precisa garantir o cuidado; dessa forma, o conjunto de dificuldades da pessoa que envelhece pode levar freqüentemente ao recurso institucional. Porém, esse tipo de recurso é ainda hoje conotado com uma imagem negativa, sendo poucos os idosos que aceitam a institucionalização de forma tranqüila. É necessário considerar que, mesmo estando dentro da instituição, para a vida do idoso, o ambiente familiar é crucial. O contato com a família permite que os idosos mantenham-se próximos ao seu meio natural de vida (a própria família). Além disso, o contato familiar preserva o seu autoconhecimento (PAPALÉO NETTO, 2006).

*ela sai de casa, passa aqui, conversa um pouco e vai trabalhar [...]. (I)*

A inclusão de um idoso numa instituição necessariamente não deveria ser percebida como reflexo de abandono, pelo contrário, a distância não deveria impedir que as relações familiares fossem fundamentais no cuidado ao idoso e nas expectativas em relação ao processo do envelhecimento. É nesse contexto que abordaremos na próxima categoria o compromisso da família com o idoso institucionalizado.

### 5.1.3 Compromisso da família com o idoso institucionalizado se reflete no seu processo de viver e adoecer

Considerando o envelhecimento como um fenômeno biológico ao qual o indivíduo reage com base em suas referências pessoais e culturais, construídas a partir de sua história de vida, quando a família se afasta, essas referências vão se perdendo

ocasionando a aceleração do envelhecimento biológico. O cuidado com a geração velha é atribuído, ao longo da história, aos descendentes. A família tem como responsabilidades satisfazer inúmeras necessidades, sejam elas: físicas, psíquicas e sociais, principalmente quando seus velhos apresentam algum comprometimento na sua autonomia e independência. Sendo assim, o amparo já é algo esperado, um dever moral arraigado na cultura (MORAGAS, 1997).

Por isso, o distanciamento da família para alguns idosos institucionalizados pode significar uma forma de abandono podendo gerar sentimento de revolta, de tristeza e de perda, refletindo no seu cotidiano reações de descontentamento. Desse modo, quando perguntado aos idosos como eles percebiam o idoso institucionalizado, alguns responderam:

*aborrecido, triste, tem uns que gostam, outros que não gostam, [...] primeiro era pior, agora to mais acostumado. (I)*

*[...] uns são muito alegres, conversam, outros querem ficar sozinhos, umas choram de saudades, também já chorei muito, saudades [...]. (I)*

O ser humano teme as perdas, uma vez que as mesmas habitualmente trazem sofrimento. Dessa forma, a ausência do convívio da família com os idosos institucionalizados pode gerar sentimentos de solidão e de carência afetiva, favorecendo em alguns idosos o surgimento de patologias e de depressão. Por mais acolhedora que seja a instituição, e por mais que a equipe multiprofissional tenha um cuidado diferenciado, estes não conseguem substituir o significado da família, identificado numa fala do profissional de enfermagem,

*‘deixam de lado, por mais que a gente faça não é a mesma coisa né’. (PE)*

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 230, também apresenta a família como base da sociedade e coloca como dever da família, da sociedade e do Estado: amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988). Porém, devido ao fato de o idoso já estar desvinculado dessa família há tempos ou não se entender com a mesma, o próprio idoso pode desejar ir para uma instituição, como forma de garantir a segurança de um futuro que se apresenta difícil ou solitário:

*aqui nós temos tudo, tudo, tudo, tudo, eu não troco mais minha casa que eu tinha que era linda, linda, o dinheiro, eu não troco por isso aqui, é aqui eu ganho amor, porque depois que minha mãe faleceu, fiquei sozinha. (I)*

Já o artigo 229 diz: os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar a amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BRASIL, 1988). Parece que este artigo não é respeitado por todos os filhos na instituição, pois muitos colocaram seus pais ali e cortaram quase que instantaneamente o vínculo, a atenção com os seus idosos, nem ao menos aparecendo para visitá-los, ou quando aparecem é somente para trazer alguma coisa, conforme a percepção de idosos e profissionais da instituição:

*no geral a família deixa a desejar porque são poucos os que têm atenção adequada. (PE)*

*eu me admiro, a mim mesmo, que os próprios filhos/irmãos não aparecem, não comparecem, deixar os idosos sofrer aqui dentro, fingem que a gente nem existe, a gente tá aqui dentro tem aquela revolta, que não aparece ninguém, não aparece parente, não aparece irmão, não aparece filho, não aparece! Fingem que nem tá acontecendo. (I)*

*minha família de vez em quando, uma vez ou outra vem aí pra me trazer um cigarro, mais nada. (I)*

*porque é muito fácil, larga como um depósito de pessoas. (PNS)*

*muitos me relatam que eles estão aqui porque a família ou os filhos não querem eles em casa, porque a filha optou pelo marido e não pela mãe. (PE)*

Entretanto, as mudanças sociais que se evidenciam na estruturação da família moderna podem ser responsáveis pela diminuição da atenção dispensada ao idoso. Assim, a família se transforma, se adapta e se reorganiza por conta da redução do número de filhos, das diversas formas de relacionamentos e casamentos, dos recasamentos, da participação da mulher no mercado de trabalho. Herédia *et al.* (2004) observou, em seu estudo, que as pessoas do núcleo familiar visitavam seus idosos internados com maior frequência do que os parentes, entretanto, constatou que o número de visitas ia diminuindo à medida que aumentava o tempo de asilamento. Esses dados revelaram que uma parcela está abandonada e que os laços familiares se fragilizaram com o passar do tempo, levando gradativamente ao esquecimento dos idosos.

Corroborando com o estudo acima, os sujeitos desta pesquisa consideraram o abandono como o precursor da tristeza, da solidão, da insegurança, sendo responsável muitas vezes pela piora do estado de saúde, podendo inclusive resultar na não-adaptação ou revolta do idoso. Para Paterson e Zderad (1993), os seres humanos se tornam melhores quando estabelecem relações uns com os outros e no momento que essa relação se torna dialógica, eles vivenciam saúde. Sendo assim, a presença da família, dos parentes e dos amigos parece ser muito importante para a segurança emocional do sujeito idoso institucionalizado na visão dos sujeitos desta pesquisa:

*uns idosos aqui dentro, eles são muito revoltados e adoecem muito rápido por isso, né, pela falta de carinho da família. (PE)*

*pela parte emocional, com o desprezo da família, na parte institucional eles vão decair mais facilmente emocionalmente e fisicamente, vão estar cada vez mais dependentes, e isso acontece mais rápido né, do que um idoso que está em casa com a família, que tem carinho [...]. (PNS)*

*agora infelizmente é triste de ver que muitos realmente estão abandonados. (PA)*

*porque eles já são pessoas sofridas na verdade, entre aspas, abandonados. (PE)*

*solitária, dependente, necessita de atenção, que os familiares não estão presentes. (PNS)*

*[...] porque muitas vezes você pergunta ele diz que tá porque não tem pra onde ir, não tem opção né. (PE)*

*[...] é, umas os filhos não vêm visitar, tem outros que vêm visitar muito, então essas são mais alegres. (I)*

As mudanças que estão ocorrendo nas representações de família nas novas gerações estão exigindo formas alternativas de convívio familiar e, conseqüentemente, a reformulação de valores e de conceitos. No entanto, qualquer que seja a estrutura na qual se organizará a família do futuro, há a necessidade de se manter os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos institucionalizados.

Nas entrevistas, a percepção do idoso institucionalizado pela equipe perpassa pela visão do *abandono familiar, pela falta de opção, pela importância da família nuclear, dos filhos, pela solidão, pelo desprezo da família, pela falta de carinho*, considerando a relação de bem-estar dos idosos com o apoio familiar. Identificou-se

em algumas falas dos profissionais o quanto a família se distancia do seu familiar a partir do momento que este se torna institucionalizado, deixando o seu cuidado a cargo dos profissionais da instituição. Desse modo, os profissionais percebem no cotidiano da instituição a ausência dos familiares no apoio emocional, identificando que o que o idoso necessita nessa fase da vida é sentir-se valorizado, viver com dignidade, tranqüilidade e receber a atenção e o carinho da família, conforme as falas abaixo:

*acho que a família deveria se conscientizar sabe, a importância daquele idoso no meio. (PNS)*

*a família devia ter mais contato com eles, né? Temos idosos aí que a família bota aqui e né, não vem mais visitar, ficam assim abandonados não é? (PSG)*

*acho que cada família é uma família acho que é do início ao fim, não interessa se eles foram maltratados né, tem muitos que entram aqui, entram em depressão e acabam falecendo por causa disso né, a família joga. (PE)*

É necessário que se considere que o homem venha a ser mais, devido a sua capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com os outros seres, e que isso não fica diferente nesta fase da vida (PATERSON e ZDERAD, 1993). Assim a continuidade do relacionamento familiar é muito importante para se manter o vínculo afetivo constituído ao longo da vida, mostrando ao idoso que a instituição é só um meio de ajudar a família a cuidar daqueles que necessitam, não significando com isso uma quebra do relacionamento entre eles.

Entretanto, para que isso aconteça é necessário que a família tenha desenvolvido a afetividade na convivência interpessoal. Como nem sempre isso acontece, ao viverem em uma instituição os idosos vivenciam muitas vezes é uma radical ruptura de seus vínculos relacionais afetivos, convivendo cotidianamente com pessoas com as quais não possuem qualquer vínculo anterior (OLIVEIRA, 2001).

Ao mesmo tempo, aqueles que visitam seu familiar o fazem de maneira superficial na visão dos funcionários, inclusive suas falas exaltam a necessidade de envolver e comprometer o familiar no processo de cuidado na instituição, estimulando a participação efetiva da família no processo do envelhecimento e da velhice. A participação precisa ser sempre construída, reconstruída e estimulada, também refeita e recriada com crença nas possibilidades das pessoas (BORGES, 2006).

*eu acho que a cobrança para a família devia ser maior. (PT)*

*no geral a família deixa um pouco a desejar porque são poucos que têm atenção adequada. (PE)*

*porque a família é omissa, eu tenho eles como covardes porque quando eles vêm eles fazem uma visita fictícia usam uma desculpa qualquer, que estão com muita pressa, tem “n” compromissos e ficam totalmente o necessário, não, sabe, não dão aquele prazer de dizer meu filho ou minha irmã teve aqui tomou café comigo, passou a tarde comigo, sabe, é raro quem faz isso, eles não aparecem e quando aparecem ainda é pra criticar. (PE)*

*é bem complicado né, muitos são abandonados mesmo pelos familiares, são bem poucos os que vêm visitar, e até os que vêm visitar normalmente vêm pouco né, demoram muito pra vir então ou vêm a cada 15 dias, uma vez por mês, não é uma relação saudável. (PNS)*

Os idosos também compreendem essa relação como deficitária e consideram importante para a sua saúde e seu bem-estar a presença da família, porém procuram sempre justificar nas suas falas a ausência dos familiares, considerando a falta de tempo da família para as visitas.

*a minha família tem a vida deles né, e os idosos tem a vida deles, cada um tem o seu né, mas o meu filho, aquele mais velho ele vem todo domingo aqui. (I)*

*pelo que a gente vê poderia vir mais, poderia, mas não vem decerto tem ocupação, não dá pra vim, a gente tem que entender isto também, a gente não sabe o que acontece lá fora também, a gente não pode julgar, ninguém sabe o que ele tem pra fazer lá fora, as vezes o dia que ele precisa vir é o dia que justamente atrapalha pra ele. (I)*

Entretanto, o idoso parece alimentar a necessidade que se tem de manter ou reviver as experiências vividas em família intensificando a relação subjetiva entre sujeitos na instituição de longa permanência. Dessa maneira, através da preservação de relacionamentos interpessoais, estes tentam suprir essa lacuna reconfigurando a família na ILPI, solidificando assim sua rede de suporte informal.

#### 5.1.4 Reconfiguração da família na ILPI

Ao discutir a respeito da família, Cervený (1994) apresentou quatro estilos: a família de origem, aquela que inclui a ascendência e a descendência da pessoa; a família extensa, que inclui os ascendentes e os descendentes, e também, irmãos, tios e



primos. A família nuclear abrange pais e filhos e a família substituta é aquela que admite e assume em seu meio alguma pessoa com a qual não tem laços de parentesco, sendo um dos tipos de família que mais cresce nos nossos dias.

Nitschke (1999) também constatou em sua pesquisa que a família não se restringia a “com quem se mora”, mas ultrapassa essa dimensão, sendo, então, família, também, as pessoas “com quem se convive”. Como resultados importantes, obteve que família é quem é amigo, é quem se conhece, é com quem se dá bem, é quem se estima, é quem cria, é quem cuida.

Na institucionalização, devido à perda do convívio direto com a família, muitos idosos tentam substituir a relação familiar através de uma construção de afeto com outros idosos ou com outras pessoas com as quais convivam diariamente formando uma família substituta. Essas pessoas podem ser os próprios profissionais da equipe, outros idosos, algum amigo ou parente de outro idoso. Para Mageste, Vieira e Clair (2004), os laços de parentesco ultrapassam o limite da consangüinidade, redimensionado o conceito de família, incluindo até mesmo laços de afinidade, admitindo a família como uma instituição não exclusivamente consangüínea, mas também afetiva (ALCÂNTARA, 2004).

Segundo Shaw (*apud* ERBOLATO, 2006), esses contatos funcionam bem na ausência de relações mais significativas. Além disso, amigos ajudam a preservar a continuidade de papéis, são relacionamentos muitas vezes estáveis, servem de medida extrafamiliar, são fonte de suporte psicológico e instrumental de satisfação, de pertencimento, de confiança e de encorajamento. Eles também podem ter importante função no domínio afetivo e no lazer, além do apoio num momento de agravo de doenças ou de luto.

Nesse novo modelo de convivência tanto os idosos quanto os profissionais que ali trabalham constroem uma rede de relação e de apoio mútuo que tenta suprir a falta de contato familiar. Tal fato pode ser verificado nas emissões abaixo:

*[...] de ter uma família completa, e nunca consegui completar, agora eu acabei de completar aqui na casa, tenho só um filho mas o importante é que tenho bastante amigo, queria falar mais mas não consigo – silêncio [...] formou uma família no asilo. (I)*

*se a gente não tem uma família, mas que a gente possa construir com amigos, tão importante na nossa vida quanto a nossa família. (PNS)*

*precisa respeitar um do outro todos, em todos, a parte humana (idosos e funcionários) uma família, funciona também, isso é bom aqui dentro depois, não faz briga, tem muito medo de briga. (I)*

*a gente tem carinho pelos idosos é como se fosse nossa família, eu brinco com o [...], finjo que estou lutando karatê com ele. (PSG)*

*trabalhar num lugar maravilhoso desse, e eu sempre digo, isso aqui pra mim é a minha 2ª casa, faço todo dia um pouco. (PSG)*

*vou passar pra [...]. (I)*

*eu vou passar pra ela porque vocês sabem que eu adoro ela, é minha mãezinha. (PSG)*

Nesse contexto, parece que a equipe percebe que os idosos, através do convívio estreito e diário, tentam vê-los como sua família na tentativa de suprir a falta da própria família. Porém, alguns profissionais também reconhecem os idosos como membros de sua própria família. Na instituição, o estilo de família substituta parece se constituir numa maneira de construir afetos e vínculos a partir da convivência diária com outros membros da rede social formal.

Para Erbolato (2006), mesmo na ausência de familiares, amigos e vizinhos podem constituir-se numa rede social eficiente e ativa, formando um sistema de suporte informal. Amigos ajudam a preservar a continuidade de papéis, são relacionamentos muitas vezes estáveis, são fonte de suporte psicológico e instrumental de satisfação, de confiança e de encorajamento. Eles também podem ter importante função no domínio afetivo, no lazer, além do apoio num momento de agravo de doenças ou de luto, principalmente no ambiente institucional. Assim, profissionais e idosos tentam construir essa rede através de uma interação mais direta com o outro; isso foi claramente percebido nas falas dos sujeitos das entrevistas:

*acho que tem uma relação boa, sabe, porque eles se sentem assim como uma família aqui, né, se vê um ajudando o outro. (PE)*

*a gente tenta proporcionar mais conforto e alegria para eles. (PE)*

*sempre tem aquele funcionário que se identifica mais com um idoso ou com outro. (PE)*

Entretanto, quando há alterações cognitivas nos idosos institucionalizados,

essa rede fica deficitária, já que a compreensão e a interação não acontecem de maneira consciente, o que se percebe nas falas seguintes:

*olha, é uma coisa difícil, até pela própria carência e pela própria doença. (PE)*

*a [...] (I), sempre fora da casinha, mas ela é um amor, mas muita gente não entende. (I)*

Através de uma relação autêntica, quando não há vínculos de nenhuma espécie, o asilo pode ser um lugar de pertencimento.

*teve um dia ali, fizeram, uma surpresa pra ele (I) ali, e aí quando cantaram parabéns ele começou a chorar né, então a gente percebe assim que ele fica muito emotivo, assim quando a [...] (PE) saiu de férias e depois o dia que ela voltou ele começou a chorar, começou a chorar né, então ele é o que não recebe visita, 2 anos que eu estou aqui, eu nunca vi alguém visitar ele, então ele provavelmente ele sente muita falta, família ele deve ter, mas acho que não sabe nem o paradeiro dele. (PE)*

Assim, os profissionais parecem ter consciência do papel que têm na vida dos idosos, identificando e tentando suprir no cotidiano do processo de cuidar as necessidades e expectativas dos idosos sob seus cuidados, resultando em atitudes que ajudam a melhorar o seu bem-estar e o estar melhor dos residentes na instituição. As atitudes podem ser definidas como uma presença do cuidador através da qualidade de estar aberto, perceptivo, pronto e disponível.

*[...] uma comida especial pra eles, uma alimentação adequada pra eles né, porque chega uma idade não é qualquer coisa que eles podem comer né [...]. (PSG)*

*[...] conforto, atenção, carinho, e os cuidados práticos, que são assim ó, é o direcionado ao profissional, que seja assim alimentação, higiene, conforto, hidratação então esses são os cuidados na prática que o idoso precisa, principalmente atenção e paciência. (PE)*

*[...] nós temos alguns idosos que precisam de todos os cuidados né, cuidado geral, desde a alimentação, desde ajuda em banho né, apoio psicológico né, muitos se apegam, então a gente, além do trabalho assim, de alimentar, dar banho, dar conforto né, higiene e conforto, a gente também tem o outro lado né, de carinho né, e tudo pra dar pra eles também. (PE)*

*[...] na prática, acho que é, é, a atenção mesmo que eles requerem da gente, não na atenção na parte, na parte da enfermagem, mas atenção na parte de pessoa mesmo, pessoal assim, é mais que o afeto, do carinho, da troca. (PE)*

*[...] eles precisam de muito carinho, muita atenção para eles né, precisam*

*também de que alguém sempre tenha do lado pra ajudar, pra dar banho, pra alimentar né, é assim alguém, pra conversar também, porque os idosos tão sempre muito só né, que muita gente não tem paciência de sentar, brincar, tem uns que são brincalhão, né, tem uns que são mais sério. (PE)  
é tu descobrir aquilo que é essencial, que é primordial para ele e vivenciar aquilo que é crucial a ele e que ele não tem com quem dividir, que é a incerteza, que é o medo da morte, é ta nas mãos de pessoas estranhas, o abandono da família, a ignorância dos filhos. (PE)*

Dessa maneira pode-se perceber que os profissionais vivenciam essa afetividade através da visão de família substituta, como podemos ver nas falas abaixo:

*consideram a gente como da família, já que a família ta né, ta longe, alguns não têm, alguns têm muito pouco, então é muitos se apegam. (PE)*

*às vezes tem uns que até acham que você faz parte da família, porque já não estão tão lúcidos. (PNS)*

*eu já vejo como uma família, pois a gente, a gente tenta proporcionar mais conforto e alegria pra eles, então eu acho que tem muito mais profissionais família com idosos que a própria família dos idosos, acho que isso aqui é muito próximo é muito. (PE)*

*então acho que somos uma família, profissionais/família dos idosos que a própria família deles, vínculo isso mesmo, vínculo com os idosos família é o vínculo com eles. (PE)*

*assim que a gente fica um pouco, até com pena deles, então é um tratamento mais, às vezes até mais saudável que às vezes talvez em casa com os familiares que não tratam bem o idoso. Melhor está aqui com estranhos cuidando que até com a própria família né [...]. (PNS)*

*porque eles se sentem assim com a família aqui né, tem uns assim que são mais agressivos, outros mais calmos, outros são mais agitados. (PE)*

Através do apego, do conforto, da proximidade com o corpo do outro, do vínculo, do sentimento de pena, os profissionais encontram um caminho para a troca e o apoio aos idosos. Para Paterson e Zderad (1993), todo encontro com outro ser humano deve ser aberto e profundo, para que através da aproximação se crie a intimidade necessária para desenvolver de maneira profunda e humanística o envolvimento de todos os membros no encontro. Mas para isso é necessário que se criem compromissos e responsabilidades entre os envolvidos transformando-se em atitudes de cuidado:

*o que eu puder fazer por eles eu faço. (PSG)*

*eu acho que a pessoa tem que ter o perfil, a pessoa tem que ter o perfil de olhar e vê que o pezinho do idoso ta descalço, frio, sem meia, se levantar e ir lá botar, coisas que não acontece com muitos cuidadores, com muitos enfermeiros. (PNS)*

*atenção integral abrange todos os procedimentos né, uma alimentação, uma higiene, uma conversa, tudo isso contribui para que você tenha um resultado diferenciado daquilo que se você deixar esses fatores de lado. (PE)*

*é um processo ético, muito importante, de muito peso e que leva a você parar num banco de réu, por quê? Porque você tem que ter a percepção de que ele vai cair daquela cadeira, mas tu não quis ter olhos pra vê, então assim, é ser o mais ético, o mais ético possível no processo de cuidar. (PE)*

Percebe-se nas falas que o cuidar vai além de um processo, ele envolve os sujeitos de maneira que tenham condições de perceber as necessidades reais dos envolvidos, dessa forma construindo o processo de cuidar baseado em uma relação interpessoal verdadeira.

## **5.2 As Relações Interpessoais na Construção do Processo de Cuidar**

Este eixo temático foi construído através de cinco categorias que abordavam as relações entre as pessoas, quais sejam: **ressignificando sua existência através do cuidado; o conhecimento do outro fortalece vínculos; valorizando as pessoas no cotidiano do processo de cuidar; o compromisso profissional transforma o cuidado; e a percepção do trabalho em equipe.**

As falas que sustentaram a construção deste eixo mostram a importância das relações, do diálogo, do respeito, do conhecimento da individualidade do outro e do compromisso de cada um para a construção de vínculos no processo de cuidar. A interação entre pessoas é uma transação intersubjetiva em direção ao bem-estar e o estar melhor em um mundo de pessoas e coisas no tempo e no espaço institucional. Neste contexto, o processo de vinculação se fortifica através do encontro profundo entre duas pessoas e isso pode ou não acontecer, pois tanto um como o outro precisam ter a capacidade de estar abertos ao diálogo e cada encontro deve ser considerado como algo próprio, como um indivíduo singular, como um ser aqui e agora (BERTHOUD, 1998; PATERSON e ZDERAD, 1993). Dessa maneira, atinge tanto o

cuidador quanto o ser que recebe o cuidado, entendendo que o processo de cuidar transpassa a doença, representando o estímulo de gozar a vida, satisfazendo as carências humanas de relacionamento (WALDOW, 1999).

Segundo Pichon-Rivière (2000), vínculo se refere às relações interpessoais e diz respeito à maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro ou com os outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento. Destaca o autor que o vínculo é concreto e configura uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionado por motivações psicológicas, resultando daí numa determinada conduta, que tende a se repetir, tanto na relação interna quanto na relação externa com o outro. Alguns profissionais percebem essa relação através da construção de vínculos, como nas falas abaixo:

*acho que somos uma família profissionais/família dos idosos que a própria família deles, vínculo com os idosos é o vínculo com eles. (PE)*

*porque queira ou não queira, a gente cria vínculos e esse vínculo é muito forte. (PNS)*

Os vínculos proporcionam aos seres humanos uma relação intersubjetiva, na qual o indivíduo distinto e único entra em relação com o outro estabelecido. O vínculo é estabelecido através da totalidade da pessoa. É através dele que ocorre o relacionamento entre os seres humanos proporcionando o conhecimento de si e do mundo à sua volta. O relacionamento entre sujeito e objeto, e entre sujeito e sujeito, é essencial para a existência humana genuína (OLIVEIRA *et al.*, 2003). O vínculo é sempre social, mesmo sendo com uma só pessoa. Também é misto, na medida em que sempre emprega simultaneamente estruturas vinculares diversas. Através da relação com uma pessoa, repete-se uma história de vínculos com um tempo e em espaços determinados. Por essa razão, o vínculo se relaciona com a noção de papel, de status e de comunicação.

Estabelecer vínculos é o próprio movimento da vida afetiva, é a essência da vida humana na dimensão em que o ser humano, social por natureza, se relaciona e se vincula a outra pessoa. Amar e sentir-se amado, ter apego por alguém especial que lhe seja receptivo e acolhedor, é uma capacidade e uma necessidade básica do ser humano, condição de saúde psíquica. Penso que as atitudes amorosas facilitam o processo de integração dos sujeitos na instituição. Porém, por ser um encontro, o processo de

vínculo pode ou não acontecer entre duas pessoas, pois tanto um como o outro precisa ter a capacidade de estar aberto ao diálogo e cada encontro deve ser considerado com algo próprio, como um indivíduo singular, como um ser aqui e agora (PATERSON e ZDERAD, 1993). Assim, nas oficinas, através da dinâmica de passar a bola, observaram-se muitas demonstrações de carinho e afetividade entre os participantes, demonstrando a construção de vínculos entre eles:

*por ser nossa amiga e procurar resolver tudo (I passando a bola para outra I)*

*Dna. [...] (I) pegou a bola e passou para a Dna. [...] (I), elogiando-a; houve emoção entre as duas.*

*Dna. [...] (I) passou a bola para a Dra. [...] (PNS) e se emocionou ao falar (todos aplaudem).*

*a [...] (PNS) disse que ao chegar perto para conversar cria um elo que faz com que haja confiança entre as partes.*

*a [...] (PSG) falou que ela às vezes pensa que ela tem que limpar os quartos masculinos e como levantá-los da cama se está tão frio? Então ela chega brincando, pedindo para eles levantarem. Já outro funcionário disse que essa maneira funciona com ela, mas se ela (a outra funcionária) talvez não pudesse brincar assim, que a [...] (PSG) já criou um vínculo com eles.*

*a [...] (PNS) falou que acha que a convivência coletiva tem que ter um esforço individual de cada um para que eu consiga viver num ambiente com mais harmonia e proteção; ela acha que tudo isso faz parte do cuidado.*

*Idosas disseram que aqueles que estão melhores, que podem andar bem um ajuda o outro.*

Nossa mente e corpo, nossos vínculos sociais e perspectivas de vida, nosso emprego, níveis de estresse e suscetibilidade a doenças, tudo está interligado. Os aspectos físicos, mentais, emocionais, sociais, espirituais e materiais de nossa vida estão em constante interação. Entender esse conjunto como um sistema de saúde que, dependendo de seu equilíbrio, responde pelo bem-estar do ser humano, é imprescindível no processo de cuidar na instituição.

O cuidado possui duas significações básicas: a primeira entendida como desvelo, ou seja, atenção para com o outro. A segunda entendida como preocupação, pois a pessoa que cuida preocupa-se e sente-se responsável pelo outro, dessa maneira vai através do cuidado ressignificando a sua existência ao longo do processo de viver e envelhecer.

### 5.2.1 Resignificando sua existência através do cuidado

Nesta categoria exalta-se a relação humana voltada ao cuidado com o bem-estar do outro com necessidades perceptivas no sentido de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, idosos e profissionais necessitam estar abertos para um diálogo vivo e autêntico entre si com o objetivo de compreender os fundamentos e os significados do potencial humano (PATERSON e ZDERAD, 1993). A relação humana bem-sucedida requer que o “eu” e o “tu” sejam transcendidos para formar o “nós” (ROSSINI, 2002).

O cuidar com o advento do modelo biomédico, arraigado no propósito de curar meramente, constituiu-se como o cumprimento da prescrição médica, caracterizando-se como rotineiro e burocrático. Todavia, o processo de cuidar não deve se pautar somente na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos, as quais abalam a sua totalidade. Deve-se buscar um cuidar que deixe de ser um procedimento, uma intervenção para ser uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva (WALDOW, 1999).

Acredita-se que o cuidado, como foco central, deverá constituir-se na interação, no contato com o idoso, no resgate do cuidado humano. Para resgatá-lo, os profissionais precisarão desenvolver uma relação interdependente, recíproca com o ser cuidado, propiciando condições de crescimento, de aprendizagem para seu restabelecimento. O que poderá contribuir para a consolidação de novas experiências, enriquecendo a sua capacidade de cuidar, evitando um contexto intervencionista. Observa-se que o cuidar não comporta somente a excelência na execução das intervenções profissionais. Ele compreende também a condição de que o profissional deverá em suas ações expressar a sua sensibilidade fazendo com que o ser cuidado perceba seu interesse e respeito, transmitindo-lhe segurança (CECCATO, 2001).

Através das falas abaixo, percebe-se que os profissionais estabelecem uma relação de amor, dedicação no cotidiano do processo de cuidar, a partir do amadurecimento ao longo de sua vida:

*amadurecer e passar pra o próximo que a vida vale a pena tanto de si quanto do próximo. (PNS)*



*aí fui fazer um curso de auxiliar de enfermagem, constatei que sou mais útil agora, e sou mais feliz do que era antes, hoje eu sou mais útil, é uma troca. (PE)*

Da segunda oficina, na qual procurei trabalhar a percepção do outro, resultaram as falas abaixo, de idosos para idosos, de idosos para profissionais e de profissionais para profissionais:

*apesar dela ser nova na casa estava procurando ajudar a todos. (I/PNS)*

*porque sempre leva o suco toda a manhã sorridente, feliz. (PE/PSG)*

*por ser uma pessoa que quer sempre ajudar os outros. (PNS/I)*

*por tentar resolver tudo que eu peço. (I/PA)*

*pelo trabalho que ela faz com a gente. (PSG/PA)*

*por ser nossa amiga e procurar resolver tudo. (I/I)*

*por tratar todos igualmente e tentar resolver todos os problemas. (PSG/PNS)*

*pelas histórias de vida, por passar para as outras pessoas e por querer ser tratada igual a todos. (PNS/I)*

*pela compreensão que ela tem com os funcionários e com os outros também ao redor dela. (PSG/I)*

*acho bonito a vontade que ela tem da vida e a experiência que ela tem e passa pra gente é muito bonito. (PSG/I)*

Nessas falas percebe-se que as atitudes de cuidado vão além das práticas profissionais, elas exaltam no processo de cuidar o partilhar e o relacionar-se com os outros, permitindo que a individualidade do ser humano venha a ser exaltada (PATERSON e ZDERAD, 1993). E essas atitudes no processo de cuidar sempre são percebidas pelo outro, por componentes da equipe e idosos, através da observação da prática profissional e atitudes enquanto pessoas e profissionais. Essa percepção foi relatada pelos idosos e profissionais tanto nas oficinas quanto nas entrevistas:

*a [...] (PSG) entregou a bola ao [...] (PE) e elogiou a pessoa dele e o quanto é bonito o trabalho e o cuidado dele com os idosos e que um dia isso seria reconhecido (que ela observa muito ele e que ele não gosta de se mostrar, de mostrar o que faz).*

*porque eu admiro ela porque elas fazem uma dupla (PSG), que elas*

*combinam bem o serviço e isso aí é difícil ter aqui, as duas trabalham igual, uma não fica nas costas da outra, porque se tem uma tamanduá nas costas da outra. (I)*

*observei que quem chegava até ele pra dar a medicação, eu prestando atenção, sequer olhava nos olhos dele, então não é uma, não há espontaneidade e não há demonstração de afeto, de carinho e de preocupação. (PE)*

*isso aqui não dá nem pra comparar, às vezes, um é mais nervoso outro é mais calmo, então isso é uma relação assim, como se diz, balanceada, em todos os dois lados tem que ter aquele balão de tolerância, se não, não funciona.(I)*

*eu acredito que na medida do possível, conforme o temperamento de cada idoso e temperamento de cada funcionário aqui, na medida do possível ela é agradável, é claro que tem conflitos ou de repente manias de um idoso que de repente um funcionário não entenda. (PA)*

*pelo menos na atualidade, a equipe que nós temos aqui em geral, muito boa, acho até muito boa, vamos dizer assim. (PE)*

*eu acho que é uma relação boa agora né, esse pessoal que tá aqui agora, esses funcionários aqui, tudo, funcionários bom né, não tem nenhum a reclamar né, todo mundo trata bem os idosos né, a gente procura brincar bastante com eles, né. (PE)*

*a parte que eu vejo, que eu estou aqui dentro, é bastante tranqüila, tanto a parte dos auxiliares, a maioria dos funcionários, eles tratam muito bem os idosos, acho que a maioria que trabalha aqui tem esses pensamentos de cuidar mesmo.(PNS)*

As pessoas observam os outros e classificam as atitudes a partir de conceitos preestabelecidos formados através de suas vivências pessoais e profissionais. O cuidado possui uma dimensão muito maior, capaz de transcender a técnica, especialmente porque ele engloba outras dimensões, como a família, as necessidades psicoemocionais, a comunidade, as relações interpessoais e interprofissionais, o afeto, a escuta, estando relacionado à dimensão ontológica e epistemológica do ser humano, sendo um processo que determina as ações, o verdadeiro estar-no-mundo (WALDOW, 2004). Assim, como seres humanos, faz parte de nós nos relacionarmos, enfrentarmos dificuldades, conhecermos o mundo, a nós mesmos, nossas possibilidades, necessidades e limitações. Dessa forma, o ato de cuidar tem um significado próprio para cada um, e este o classifica de acordo com a sua maneira de viver e de perceber o mundo.

Por isso, através de uma relação diária entre sujeito-sujeito percebe-se que profissionais e idosos são capazes de conhecer o outro e a partir desse conhecimento

estabelecer um compromisso que servirá como mediação para a ocorrência do diálogo e estabelecimento de vínculos.

### 5.2.2 O conhecimento do outro fortalece vínculos

Nessa categoria procurou-se enfatizar a necessidade de conhecer o outro para estabelecer vínculos entre os pares e com isso construir o cuidado. Em decorrência dos complexos desafios do mundo contemporâneo, são requeridas dos profissionais da saúde e de outras disciplinas, novas perspectivas de visão do mundo e novas compreensões do ser humano e suas relações. Na relação institucional, o profissional precisa ser autêntico, sincero, empático e demonstrar comprometimento com a realidade do idoso. A autenticidade, a sinceridade e o comprometimento permitem ao profissional desvelar um profundo entendimento da vida íntima do idoso, para que possa ajudá-lo. Assim, ser empático significa trocar experiência com o outro, ou seja, imergir nele e compartilhar de suas vivências e atitudes, respeitando-o em sua individualidade. O profissional deve perceber tudo o que se passa em torno do idoso, os ódios, os medos, as dúvidas e as esperanças através de uma identificação empática, não simplesmente emocional, porém não absorver esses sentimentos como se fossem dele próprio para que possa dar o suporte necessário ao idoso (ROGERS, 1992).

O surgimento de novos paradigmas nas várias áreas da ciência trouxe grandes transformações para o processo de cuidar (SILVA, 1996). Essas transformações envolvem o ser vivo na sua totalidade, passando o cuidado a contemplar o ser desde seu nascimento até sua morte, com vistas à compreensão do mesmo. Paterson e Zderad (1993, p.243) abordam essa temática quando afirmam que “apenas pela interação de compartilhar, de reconhecer a experiência humana que é exclusiva a cada um de nós, porém também compartilhada, podemos realmente entrar em uma prática humanista”.

Para Silva (1997), o cuidado emerge das experiências compartilhadas, cria um clima de descobertas e encoraja a expressão dos seres envolvidos. O cuidado é um espaço para oportunizar o desejo, a imaginação, o afeto, a paixão de ser e viver esperançosamente.

*Dar aquele alimento que ele gosta, como ele gosta e tu chega e conversa com ele de banalidades, aquela conversa bem corriqueira, mas faz ele*

*protagonista, eu converso com eles à noite, troco receitas, conto história, conto anedotas, eu não posso chegar lá, mexer e tchau, entende? (PE)*

Segundo Capella (1998), o cuidado não é considerado completo se o sujeito não é visto em sua integralidade, não somente no que se refere à doença, mas, também, no que tange ao seu passado, à sua família. Isso é muito importante quando se trata de pessoas institucionalizadas visto que todo o entorno ganha um significado diferenciado para cada idoso.

Assim, através das falas dos sujeitos entrevistados constatou-se que os profissionais têm a visão de que precisam conhecer o outro para exercer um cuidado humanizado e através disso satisfazer o outro e a si mesmos. Para Paterson e Zderad (1993), o cuidado envolve dois seres humanos que estão dispostos para entrar num relacionamento existencial um com o outro, porém estes precisam ter o conhecimento do processo de envelhecimento e da velhice para prestar um cuidado humanizado:

*[...] tem que ter uma paciência, e entender o que o idoso quer passar pra ti. (PE)*

*[...] conversar com eles, ouvir o que eles têm pra falar às vezes, então eles pedem ajuda, então você vai e ajuda, é acho que assim. (PE)*

*acho que mais é chegar, conversar, vamos tomar banho, explicar por que, vamos para o banho, vamos comer, tomar remédio também, o porquê do remédio. (PE)*

*ter paciência, tentar conversar sobre outras coisas. (PNS)*

*participar do momento do idoso, tem que desenvolver atividades com eles, como conversar, tentar saber um pouco mais da sua vida, saber compreendê-lo né, do que ele está pensando né, tentar descobrir por que ele está falando aquilo, é participar do momento dele. (PE)*

*como disse lá no começo que cuidar não é só fazer como a gente prefere, mas também saber do outro como ele prefere, a gente tem que batalhar pela parte física, mas também pela parte humana. (PNS)*

Percebe-se nas falas que os profissionais parecem que têm essa visão de que um cuidado humanizado envolve muito mais do que as necessidades básicas dos idosos, tentando de uma certa maneira participar e interagir com a pessoa que está requerendo o cuidado através do vínculo. A busca por vínculos confiáveis caminha na direção de um diálogo no campo do possível, do desejável, do praticável e do real. A

confiança existe entre pessoas que se conhecem bem, mediante um relacionamento considerado estável (VIEIRA, 2003).

Um relacionamento dialógico entre duas pessoas permite o conhecimento de si e do outro. A vida é um momento de encontro, e, desse encontro, surgem as relações dialógicas. Para isso, é imprescindível o conhecimento de si, uma relação com o mundo em toda a sua totalidade, aceitando o outro, também em sua totalidade e unicidade (PINHO, 2006). O conhecer o outro e a facilitação da construção de vínculos foram percebidos pelos sujeitos das oficinas, na dinâmica do novelo:

*porque eu não via a (PSG) com os olhos que ela me via. Nesse grupo aqui eu aprendi a ver ela de maneira diferente. (PNS)*

*a gente começou a conhecer melhor a cada um. (PSG)*

*conheci a [...] (I) melhor aqui e a gente conseguiu abrir uma porta de diálogo melhor depois desse grupo. (PA)*

*eu conheci ele (I) melhor aqui, a gente conversa melhor, abriu uma porta de comunicação depois do grupo. (PNS)*

*foi muito bom ter a (I) aqui pra escutar a opinião dela, saber o que ela pensa e com isso tem um outro ponto de vista, um outro olhar. (PNS)*

As falas demonstram que, através de estratégias metodológicas horizontais, podem-se estimular momentos de conhecimento e troca entre pessoas que, muitas vezes, convivem diariamente, mas não interagem. Assim, as oficinas deram oportunidade, através do diálogo, para construção de novos vínculos no cotidiano institucional, permitindo que os sujeitos sejam reconhecidos pelo que eles pensam.

As relações interpessoais baseadas no acolhimento, no vínculo, consideram o diálogo como fenômeno inter-humano, essencial na produção das relações interpessoais. Isso está relacionado com o próprio comportamento do homem e não se caracteriza somente pela concepção relacional do homem para com o homem, depende também da sua doação ao outro e da sua reciprocidade quanto a uma ação interior. A esfera do ‘face a face’ é o caminho para o inter-humano, para o desdobramento do encontro dialógico. Nesse contexto as oficinas, oportunizaram a todos os participantes esse envolvimento existencial para o conhecimento de si e do outro. Uma relação dialógica ocorre quando o homem exprime, com ou sem a necessidade de palavras, seu

eu interior, sua capacidade de se entender, de se sentir, de ser ele mesmo no mundo (PINHO, 2006).

Na segunda oficina, ao trabalhar o conhecimento do outro, através da dinâmica de passar a bola, todos escolheram as pessoas exaltando a alegria, a amizade, a preocupação que viam na pessoa com os outros, demonstrando que percebiam o cuidado humanizado nas atitudes profissionais e pessoais dos envolvidos.

Na última oficina, através da dinâmica do novelo, percebe-se nas falas abaixo que, apesar do convívio diário, muitas vezes não conhecemos ou não percebemos realmente como é o outro, e que a partir da facilitação de uma relação aberta e estreita, podemos notar mais claramente o outro, reconhecendo suas qualidades e não só exaltando os seus defeitos.

*porque foi muito bom, a gente aprende com todos e foi muito bom ter a [...] (I) aqui pra escutar a opinião dela, saber o que ela pensa e com isso tem um outro ponto de vista, um outro olhar. (PNS/I)*

*eu vou passar para uma pessoa que ainda eu comentei no outro dia sobre isso, é como a gente falou, a gente começou a conhecer melhor a cada um, eu vou passar para [...] (PA). Eu ainda comentei, pelo fato daquele dia do abraço que eu saí, e quando eu estava de costas ela gritou comigo, vem cá que eu não te dei um abraço e aquilo marcou muito pra mim, até hoje. (PSG)*

*acho muito legal o sr. [...] (I) estar participando aqui, é o único homem (idoso) da casa, eu conheci ele melhor aqui, a gente conversa melhor, abriu uma porta de comunicação depois do grupo. (PNS/I)*

*eu achei muito importante este grupo que ela inventou aqui e o que a gente sentiu assim é que tava muito desunido e o que a gente viu é que com esse grupo o pessoal se uniu, o pessoal tem conversado mais, o pessoal tem demonstrado mais amor, um no outro, achei muito bonito. (PSG)*

Percebeu-se que a comunicação foi a melhor estratégia para o estabelecimento das relações interpessoais. Ao serem criados espaços ou atividades que favoreceram a aproximação entre os idosos e os profissionais, facilitaram-se a comunicação e as interações entre eles. Com essas atitudes, poderemos promover um processo de cuidar mais humanístico. Assim, a partir do conhecimento do outro, pode-se valorizar as pessoas e direcionar o cuidado para enriquecer o cotidiano do processo de cuidar na instituição.

### 5.2.3 Valorizando as pessoas no cotidiano do processo de cuidar

Esta categoria mostra a importância de se conhecerem as necessidades das pessoas valorizando seu modo único e particular de pensar e agir sendo indispensável que primeiro cada um conheça a si mesmo, reflita sobre a sua própria existência e perceba que, através de suas experiências de vida, as pessoas são capazes de superar as suas limitações. É necessário também que se valorize o sujeito trabalhador porque para cuidar do outro, é necessário estar bem consigo mesmo para realizar um cuidado satisfatório. Para Featherstone (1998 *apud* DEBERT, 1998), a velhice ainda é vista como um declínio e, sobretudo, como a impossibilidade de ser positivamente valorizada na medida em que já ultrapassou o ponto máximo do ciclo de vida, seja do ponto de vista da capacidade produtiva como trabalhador, seja do ponto de vista da capacidade física e psíquica, com a perda gradual da capacidade de controle do corpo e da mente.

Para prestar o cuidado na velhice, o profissional precisa obter novas habilidades/capacidades, indo além das suas capacidades intelectuais/rationais, para incluir o amor, a sabedoria, a solidariedade, a intuição, a criatividade, a sensibilidade, a imaginação e as formas multissensoriais de percepção (SILVA, 1997). Através desse novo cuidar, o profissional da ILPI valorizaria o ser que está sob seus cuidados e contribuiria para um cuidado humanizado na instituição; assim, seria também valorizado no seu ambiente de trabalho. Pois, segundo Capella (1998), a valorização do sujeito trabalhador é de fundamental importância para concretizar um trabalho em saúde. A valorização leva à satisfação profissional, e com isso, melhora a auto-estima e o sentimento de gratificação profissional.

Assim, o profissional em sua prática passaria de um cuidar limitado para um cuidar complexo, identificando-se com a natureza complexa do ser humano, pois somos diferentes em nossa maneira de viver, de enxergar nosso mundo, de pensar, de discutir e de agir (ARRUDA, 2003). Esse cuidado também englobaria responsabilidades mútuas entre o ser cuidador e o ser cuidado, oportunizando a reflexão, o comprometimento do ser com o meio e com o outro, numa relação transparente de ternura e solidariedade. Seria um exercício de amor, fé, compaixão, compreensão, habilidade, paciência, harmonia e respeito. Assim, o cuidado se perpetuaria através do autoconhecimento e da autotransformação dos seres envolvidos

na busca de formas mais sutis de entendimento da sua condição de ser humano. E, a partir desse envolvimento, profissionais e idosos poderiam construir a prática profissional voltada ao reconhecimento do valor de cada um. Nas falas abaixo, nota-se a identificação da necessidade de valorizar tanto o idoso quanto o profissional:

*mais carinho pelos idosos, valorizar mais os idosos, os funcionários, porque tem horas que tem que chamar a atenção mais tem a hora que ser valorizada, não ver só os defeitos, ver a qualidade do idoso, principalmente o idoso tem que ser muito valorizado, tanto pela cozinha, quanto pela enfermagem, como o companheirismo, tem que ser um valor especial, específico a eles. (PSG)*

*ver as qualidades, não só os defeitos. (I)*

A valorização do trabalhador passa também pela observação do contexto das condições de trabalho do profissional, assim idosos e profissionais se reportaram também quanto às condições de trabalho de algumas áreas na instituição como objeto de valorizar o cuidado do trabalhador para que este tenha condições de cuidar bem do outro. Uma análise crítica da situação de trabalho ou da execução do trabalho do outro também faz parte da valorização das pessoas para que se possa ajudar para a oferta de um cuidado humanizado na instituição.

*dar mais condições na portaria porque as condições deles é precária, ali, quente pra caramba, e querem segurança e ter pessoas ali que estejam aqui com o propósito na segurança dos idosos e esses que a gente tem são o propósito da segurança do patrimônio da prefeitura, não dos idosos, aí é que acontece muito erro. (PA)*

*tudo, tudo, lavação. Deveria melhorar mais lá embaixo eu que? Nas máquinas falta bebedouro de água, só tem uma máquina que ta nos cascos, quase indo pro saco. (PSG)*

*devia ter um banheiro na barbearia, que eu fiquei velho e até hoje não apareceu um banheiro ainda. (PSG)*

Nas falas de idosos e profissionais percebeu-se a preocupação quanto à forma de cuidado prestado aos idosos na instituição:

*eu quero falar, o atendimento do pessoal tem que melhorar, no momento que a gente faz um ofício para agradecer uma doação, a frase que a gente mais escuta é que o objetivo da casa é de melhorar cada vez mais a qualidade de vida do idoso, este é um lema que a administração tem e é um objetivo que a gente tem que seguir. (PA)*

*na minha opinião pros idosos eles deviam fazer um lazer pra eles aqui,*



*segundo, deveriam olhar mais quando estão tratando dos idosos que eles viram as costas e deixam eles dormindo nas cadeiras e nas mesas ali, que eu acho errado, primeiro eles têm que ver o lado deles (idosos) pra depois eles comerem e descansar. Primeiro os idosos. (PSG)*

*podem até comer primeiro, mas quando acabar de comer o idoso já fez digestão, leva pra dentro que aqueles que ficam sentados na cadeira de rodas, ficam com o estômago preso e se ta deitado acho que relaxa mais o que ele comeu. Mas eles falam que ganharam ordem pra deixar sentados aqui fora. (I)*

*em relação ao lado humano em questão a estas câmeras, eu tinha, eu tenho muito carinho pelo [...] (I), [...] (I), então eu chegava de manhã, meu costume era abraçar eles, beijar eles, ou ia na cama brincava com o [...] (I), puxava o cobertor, fazia um carinho na cabeça, dava um beijo no sr. [...] (I), no outro, então isso aí, me deixou retraída. (PSG)*

*cozinha, ah, servir a comida mais quentinha, já escutei reclamação dos idosos, ta gelado. (PSG)*

*a cozinha também: o atendimento, o modo de falar com os idosos. (PSG)*

*na parte humana, digo pra você que ela ta deixando a desejar, que no passado foi melhor. (PE)*

As falas acima identificam algumas práticas onde o idoso não está sendo o principal ator deste contexto, onde os profissionais parecem que não estão dando a devida atenção às particularidades de cada idoso institucionalizado. As relações entre as pessoas se constituem também em elementos educativos. De um modo especial, as relações intergeracionais oportunizam trocas benéficas e a satisfação de ambos os lados.

No cotidiano desta instituição também identificou-se ser importante para a melhora do estado geral do idoso a relação que os mesmos têm com a comunidade escolar do município, através de visitas de grupos de alunos dos diversos colégios, sendo relatado pelos próprios idosos entrevistados e pelos profissionais da equipe, inclusive diagnosticando a diminuição dessas visitas no cotidiano atual:

*ficam muito alegres, elas ficam mais contentes e depois nem se fala mais e elas continuam comentando mais tempo. (I)*

*a gente nota quando uma pessoa vem de fora, estranho vem, quantos idosos ficam até mais animados, parece que aquilo é, não é, não é filhos deles, mas é parecido com os filhos, eles ficam até contentes quando eles aparecem, parece até que voltam ao normal de novo, dá mais ânimo. (PE)*

*eles gostam muito quando aparece várias pessoas né, pra conversar, agora até que vem pouco, eles vinham mais, eles viviam mais espertos. (I)*

*não tem relação, antigamente vinham visitar mais, agora tem vindo bem pouca gente. (I)*

Outra percepção que os profissionais e idosos tiveram do cotidiano de cuidar dos idosos na instituição tem relação com sentimentos e atitudes observadas no processo de cuidar. O amor é o propulsor para dispensar um cuidado comprometido com o bem-estar tanto do cuidador como do ser cuidado – se existe amor existe cuidado (SILVA, 1993). Corroborando com o autor, idosos e profissionais frisaram o amor como principal atitude no processo de cuidar numa ILPI:

*é dar muito amor, primeira coisa, muito amor. (I)*

*é o gostar o mais importante. (PE)*

*acho que a coisa básica que eu aprendi acima de tudo é a pessoa gostar. (PT)*

As experiências de cuidado devem objetivar a transformação, clarificar os propósitos dos seres envolvidos, com vistas a uma crescente revisão de valores e conscientização da condição humana. É certo que o cuidado contempla além da expressividade (sentimentos, emoções e valores) também a técnica, a teorização, o conhecimento, a arte, a educação e a ética (PINHO, 2006). Assim quando perguntado aos idosos como eles percebiam o cuidado prestado na instituição, responderam de maneira positiva, como segue:

*todo mundo ta bem tratado, cuidado aqui dentro começa desde a higiene né, e depois até o final de tudo que tiver que cuidar, é saúde. (I)*

*eles são bem cuidados, são bem tratados, não posso reclamar deles, por que são tudo bem tratados, tudo o que acontece eles atendem na hora. (I)*

*eles são muito bons, mas todos eles (frisa) todos. (I)*

*tem alguns funcionários traz a gente bem pro cuidado né. (I)*

A percepção do idoso acerca do cuidado recebido envolve a percepção de situações de maus-tratos, necessidade de cuidados básicos, a presteza ao atender as solicitações. Isso remete a uma reflexão em que o ato de cuidar e a necessidade do cuidado nas relações são o desenho da própria vida, onde se pode perceber que dos

seres humanos vêm o pensar, julgar, amar, conviver, conhecer, ter compaixão e demais sentimentos e da natureza podemos observar o ato de cuidar dos outros seres vivos.

Alguns funcionários e idosos, ao serem perguntados sobre como percebem os idosos institucionalizados, se reportaram a eles como pessoas que precisam de carinho, de respeito, de atenção, de cuidados integrais, deixando de ver as pessoas idosas como homens e mulheres, seres sociais inacabados, que trazem em si tudo o que lhes foi possível construir e desenvolver nas diferentes etapas da vida. Para Paterson e Zderad (1993), o ser humano é um ser único, sempre vindo a ser mais na relação com homens e coisas. O ser humano tem a capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, refletir, valorizar e experienciar para vir a ser mais.

Os sujeitos identificaram os idosos através de suas limitações e das suas perdas e conseqüentes necessidades de cuidado, esquecendo de se reportar ao seu valor como pessoas possuidoras de potencialidades.

*é uma pessoa de certa idade, não consegue mais, vamos supor, o serviço. (I)*

*idoso é uma pessoa já de idade, né, que precisa de cuidado. (I)*

*a partir do momento que precisa novamente de cuidado, de conforto e de atenção, que volta a ter cuidados integrais, tanto da família, como dos colegas, como dos profissionais. (PE)*

*tem que ter respeito por eles, tem que ter carinho especial por eles, tem que ter muito respeito né, todo carinho pra eles. (PSG)*

*é aquele que a idade não é a que mais pesa, mas a condição social, a patologia que faz dele um idoso é, um coitadinho mas não é que ele queira se fazer de coitadinho é porque realmente ele necessita. (PE)*

Se ainda há fortes reminiscências do modelo biomédico na instituição, também é certo que para alguns profissionais o foco do cuidado está voltado para o sujeito idoso, o cuidado humanizado parece estar sendo construído nesta equipe:

*eu acho que todo o respeito é pouco pra ele, ele tem que ser respeitado como ser humano, como idoso e como pessoa. (PNS)*

*alguém que já viveu muito, que merece respeito. (PA)*

*que precisa ser respeitado, e precisa de um apoio, precisa de toda atenção e amor, como uma pessoa como outra qualquer. (PE)*

Na construção de um cuidado humanizado pela equipe vislumbra-se uma

possível construção de uma percepção baseada na valorização e no respeito ao sujeito idoso. Isso ocorre especialmente através do olhar dos jovens que constituem a maioria dos cuidadores profissionais da instituição, pois, segundo Featherstone (1998 *apud* DEBERT, 1998), é com os olhos da juventude que se percebe a velhice.

Já nas falas abaixo, percebe-se a identificação do ser humano idoso como uma pessoa que tem sentimentos e experiências exaltando seu conhecimento, dessa maneira considerando o idoso como um “ser” com uma história de vida e valor:

*uma pessoa como a gente, os mesmos sentimentos, tem experiência a mais do que nós, né, mas eu vejo como uma pessoa igual a mim, então com o mesmo sentimento, as mesmas emoções, as mesmas dificuldades, assim, eu trato como se fosse uma pessoa igual. (PE)*

*ser humano idoso pra mim é uma pessoa que já trabalhou bastante, fez tudo o que tinha que fazer, chegou numa idade que ele tem que ficar calmo na dele, tranqüilo, num lugarzinho onde ele possa se sentir bem, né, que seja bem tratado, acho que aquele que merece mesmo uma vida melhor, mais tranqüila, depois de ter feito tudo que fez na vida. (PE)*

*pra mim é uma pessoa maravilhosa, primeiro porque além de ter uma carga de experiência belíssima, ela tem uma experiência de vida em relação essas coisas que é sábia. (PNS)*

*serei eu no futuro também né, graças a Deus se chegar até lá, fazemos força pra isso (risos), ser humano que tem todo o direito igual a nós, pessoas como nós, alguma deficiência é claro, mas que precisa ser respeitado, e precisa de um apoio, normalmente aqui a gente vê bastante isso, precisa de toda atenção e amor, como uma pessoa como outra qualquer. (PE)*

As falas acima se constituem numa comparação do idoso com as pessoas mais jovens, significando que mesmo quando se envelhece ainda somos repletos de sentimentos, dos mesmos gostos, das mesmas manias, dos mesmos direitos, das mesmas emoções e das mesmas dificuldades de quando se é jovem.

Além da percepção que os sujeitos tiveram sobre a valorização das pessoas no contexto institucional, também se reportaram ao compromisso que os profissionais deveriam ter com o cuidado prestado para transformar o cuidado.

#### 5.2.4 O compromisso profissional transforma o cuidado

Nesta categoria reforça-se o cuidado institucional alicerçado no conhecimento, no comprometimento e nas atitudes das pessoas que cuidam. O compromisso

necessário para quem cuida de idosos institucionalizados deveria ser muito mais do que um cuidado voltado às necessidades básicas do ser humano, mas um comprometimento com o conhecimento do outro, para uma mudança de atitudes, para que as práticas de cuidado não sejam somente pautadas pelo modelo biomédico. Para Paterson e Zderad (1993), os seres humanos se tornam melhores quando estabelecem relações uns com os outros e, no momento em que essa relação se torna dialógica, eles vivenciam saúde.

Na percepção do cuidado, vários aspectos estão envolvidos, como a estrutura física do local, a valorização do trabalhador e do residente, a participação e a comunicação entre os setores, o empenho da administração para resolução de problemas e outros. Assim, ao serem questionados como eles percebiam o cuidado na instituição, tanto nas oficinas como nas entrevistas, alguns criticaram, outros elogiaram. Robbins (2002) identifica a percepção como o processo no qual os indivíduos organizam e interpretam suas impressões sensoriais com a finalidade de dar sentido ao ambiente, sendo que o comportamento das pessoas baseia-se na sua percepção da realidade, e não na realidade em si.

Alguns fatores podem moldar ou distorcer a percepção do observador, do alvo ou do contexto da situação. O observador pode ser influenciado pelas suas atitudes, motivações, interesses, experiências e expectativas. O alvo não é observado isoladamente, mas na sua relação com o cenário, sendo seus atributos fatores que influenciam na percepção e em se tratando de pessoas, das inferências que se fazem de seu comportamento (ROBBINS, 2002)

Assim, nas falas abaixo os sujeitos consideraram vários aspectos relacionados com as atitudes dos profissionais para realizar o cuidado na instituição:

*tem enfermeiros e enfermeeeiros, tem enfermeiros que não têm perfil, fazem porque têm que fazer. (PNS)*

*alguns profissionais nem mereciam estar na área na verdade, deviam ta longe daqui, como já saíram mas se você não pode dar atenção, não pode dar carinho e não quer tratar bem uma pessoa, não pode trabalhar nesta função, então vai para outro lado, vai fazer um serviço mecânico, porque aqui não é mecânico, aqui é um serviço humano, aqui precisa de humanização, é diferenciado. (PE)*

*o cuidado aqui, tem alguma coisa que não trata, os enfermeiros lá, não trata*

*bem da gente, assim, não sabe tratar de pessoas de idade, né, são muito estúpidos. (I)*

As falas acima identificaram que, para efetuar um cuidado, os profissionais precisam ter além de conhecimento técnico, disponibilidade para estarem abertos para a relação com o outro. Os seres humanos possuem características especiais de relacionar-se através da relação EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS no tempo e no espaço (PATERSON e ZDERAD, 1993), porém é necessário que se disponham e se abram para uma interação verdadeira na prática do cuidado.

Parece que, na visão de alguns profissionais, no passado o compromisso com o processo de cuidar era realizado com mais qualidade, conforme as falas abaixo:

*uma coisa que me intriga, reduziu o nº de idosos consideravelmente mas a qualidade não melhorou, a proporcionalidade era pra melhorar a qualidade, a qualidade piorou, ta, é assim, eu não acho por exemplo que a higiene seja perfeita, mas a qualidade do atendimento não é mais a mesma, no geral, eu acho que piorou, realmente. (PE)*

*algumas coisas que foram reformadas da área física, no passado era mais difícil, mas na parte de tratamento na parte humana, digo pra você que ela ta deixando a desejar, que no passado foi melhor. (PE)*

Já outras profissionais comparam o tempo passado com o presente identificando que tanto o cuidado humano como o cuidado em relação ao ambiente, à infra-estrutura, tem melhorado:

*antigamente pelo que dizem né era muito malcuidado né, hoje em dia aqui são muito bem cuidado né, hoje em dia aqui são muito bem cuidado, tem tudo aí, a gente procura dar tudo, eu acho que aqui, de todos os lugares que eu conheço é um dos melhores lugares para uma instituição que são muito bem tratados né. (PE)*

*e acho que aqui está cada vez melhorando mais né, até com a estrutura, depois que arrumaram tudo, agora também aumentaram chuveiros, acho que eles estão num lugar bem bom, num lugar bem instalado né, arejado, ventilado, e acho que aqui é um dos melhores lugares que eu conheci, de asilo, esse chão aqui é ótimo né. (PE)*

*[...] mas eu acho que eu vou fazer 2 anos aqui dentro, eu acho que nesses 2 anos, o asilo progrediu muito, cresceu muito, sabe, eles estão olhando mais a qualidade. (PNS)*

*eu acho que de boa pra muito boa, eu acho, pelo que eu percebo tem um relacionamento bom com qualquer equipe de todas as áreas, tanto o pessoal da cozinha, limpeza. (PE)*

*eu acho que a gente faz o melhor dentro do que a casa oferece né, tem muita coisa que a gente faz, improvisa, né. (PE)*

*mudou bastante ultimamente, né? Eles dão bastante atenção para os idosos, eles cuidam bem deles, antigamente não era, né? Já foi uma época que não tava bem, né? Mas hoje em dia já está bem melhor. (PE)*

*o aspecto material, isso eu tenho comentado, o aspecto material melhorou, algumas coisas melhoraram, assim a questão das fraldas, equipamentos para trabalho. (PE)*

Existem nas falas acima várias visões em relação ao cuidado; não há um consenso, pois cada um tem uma opinião diferente. O que percebi ao analisar o discurso dos sujeitos desta pesquisa é que alguns profissionais e idosos, antigos na instituição, que passaram por diversas administrações, comparam o antes e o atual da mudança administrativa. Já os profissionais e idosos que entraram nos últimos 3 anos perceberam o cuidado como bom. A percepção é influenciada por diversos fatores como a motivação, o ambiente, as expectativas, os interesses e as experiências vividas pelo observador (ROBBINS, 2002).

O homem interpreta e vivencia os acontecimentos concretos a partir de sua percepção pessoal, que se baseia na sua história, suas marcas. Essa percepção também está baseada nos conceitos e categorias que cada um organiza através da própria percepção de mundo e a usa quando quer interpretar o comportamento dos outros. Sempre que se consideram as próprias qualidades, as outras pessoas ou os acontecimentos do mundo inanimado, tem-se de recorrer a alguns conceitos ou categorias que são organizadas por cada um. Depende-se, para a compreensão do mundo, dos conceitos e categorias de que se dispõe para organizar as próprias experiências (FAIMAN *et al.*, 2003).

Outros classificaram de forma positiva o cuidado dispensado pelos profissionais:

*uma que eu tiro o chapéu e a roupa é a (PE), pôd a [...] é 10, eu nunca vi ela berrando ou fazendo alguma coisa com o idoso, aquela menina devia ser chefe da enfermagem, outra coisa. (PNS)*

*porque tudo que ela falou aqui eu apoiiei ela, eu gostei de tudo que ela falou, não desfazendo dos outros, mas ela falou bonito, ela pensou em tudo. (I)*

*sempre que eu preciso ela me ajuda. (I)*  
*muito bom e ela faz faxina boa. (I)*

A percepção das atitudes de cuidado na visão dos idosos ou profissionais é muito importante, pois a partir delas é que se podem buscar estratégias que possibilitem uma melhor formação profissional e estrutural para trabalhar num contexto institucional dentro das diretrizes gerontológicas. A percepção é uma função da pessoa. As percepções sofrem influências das características pessoais, mas também do contexto social das instituições às quais a pessoa está integrada. Assim, segundo os indivíduos, os mesmos objetos, os mesmos acontecimentos, as mesmas pessoas do mundo exterior impõem-se com uma significação diferente. Da mesma forma, as pessoas não são vistas como elas são; elas são vistas pelo que elas significam para cada indivíduo, se se considerar o modo como é compreendido o mundo em que vivemos e, particularmente, os aspectos que têm a ver com cada um e com relação às outras pessoas (DIAS, 2006).

Quando foi perguntado aos profissionais o que eles achavam importante no processo de cuidar do idoso institucionalizado, algumas falas identificaram como percebiam essa questão e o que faziam, na medida do possível, para melhorar esse processo:

*sempre ser um companheiro deles, acho isso importantíssimo, assim, sabe, afeto, carinho, mas indiretamente estar proporcionando um porto seguro, e eles se sentem seguros, sabe, é muito especial, eles são muito especiais, se a gente pudesse dar mais de si né, mais tempo, meu! (PE),*

*não é só assim a técnica, no dia-a-dia, que a gente possa ajudar eles aqui né, acho que também um pouquinho de amor pra da pra eles, todos nós podemos transferir um pouquinho né? (PE)*

*precisam ter confiança em quem está lidando com eles. Não só na área, ali no dia-a-dia, na área da saúde, mas também na área financeira. (PA)*

*é uma conquista do amor, é uma conquista da coisa boa né, muitas pessoas fazem o que eu faço, porque elas fazem com amor, aí está a grande diferença. (PNS)*

*é fazer com que tudo dê certo né, ser responsável pelo meu serviço, meu horário, tudo certinho pra eles. (PSG)*

*Todo carinho, né, o que eu puder fazer por eles eu faço. (PSG)*

*então aí que vai nossa colaboração né, transmitindo não só na parte profissional mas um carinho também pra eles. (PE)*

*é tu descobrir aquilo que é essencial, que é primordial para ele e vivenciar aquilo que é crucial a ele e que ele não tem com quem dividir, ... eu conto*



*história, conto anedotas, eu crio situações pra eles voltarem porque eles estão distantes eles estão flutuando. (PE)*

*o importante no cuidar é a pessoa que tá muito mal, vê o que se pode fazer logo para ela né, leva ao médico, ao hospital. (I)*

Percebe-se nas falas uma tentativa real do cuidar voltado para o bem-estar e o estar melhor do outro, dentro de uma interação sujeito-sujeito, manifestados através da preocupação com o outro e consigo mesmo. As significações que a nossa percepção atribui aos outros não correspondem forçosamente às que eles próprios atribuem à sua conduta. A pessoa não é percebida tal nem como deseja ser, o que gera descontentamento, hostilidade (FAIMAN *et al.*, 2003).

Perguntei aos profissionais qual o seu compromisso com o cuidado do idoso; pelas falas, percebeu-se que este engloba tanto a parte profissional quanto a parte emocional, na busca do estar melhor dos idosos.

*antes de tudo da nossa função, eu tenho que ter uma interação assim com eles pra conseguir fazer a nossa parte, que é a parte motora né? (PNS)*

*é passar eles vivos e se eu ver que ele tá, que ele pode vir a óbito, que eu tome uma providência. (PE)*

*que na hora da alimentação, aquela alimentação seja molhadinha. (PE)*

*[...] comecei a observar que todo mundo estava bem arisco em relação a ele, eu disse, puxa eu tenho esta tarefa, eu tenho que me chegar perto desse homem e eu fui devagarinho como uma sementinha, meu Deus, hoje ele me vê ele me dá um sorriso aqui, mas para mim foi uma vitória. (PNS)*

As falas demonstraram que os profissionais da equipe que foram sujeitos desta pesquisa percebem o compromisso profissional com o idoso institucionalizado de uma forma integral e particularizada. Penso que, através do compromisso profissional, o sujeito busca conhecimentos que complementem o seu saber, promovendo dessa forma a melhora no processo de cuidar e estimulando o outro a buscar caminhos para integrar esse cuidado. Por intermédio dessa integração com o outro que está à sua volta constroem um cuidado complementar em equipe.

### 5.2.5 Percepção do trabalho em equipe

Ao estudar o trabalho coletivo em saúde, Peduzzi (2001) distinguiu dois tipos

de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração. A equipe agrupamento caracterizou-se pela fragmentação e justaposição de ações e a equipe integração pela integralidade das ações de saúde. O autor coloca ainda que na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre as diferentes funções e os respectivos agentes, ocorre maior integração da equipe. Parece que existem algumas dificuldades para a realização de um trabalho que supere a justaposição ou compartimentalização de ações e que caminhe no sentido de uma prática interdisciplinar. Semelhantes dificuldades foram verificadas por outros autores, que estudaram a equipe existente no âmbito do Programa de Saúde da Família, destacando, como ponto negativo, entre outros, o predomínio da “equipe agrupamento” (ELMAN, 2005).

Alguns profissionais desta pesquisa identificaram-se fazendo parte de uma equipe, como nas falas abaixo:

*então a gente pode discutir com vários profissionais sobre o idoso, então assim, é um espaço muito livre, assim, poder conversar com todos pra discutir o problema ou o que a gente pode solucionar ou o que a gente pode fazer pra mudar pro bem dos idosos. (PE)*

*Com certeza! E a cada 15 dias tem reunião com o médico, agora a gente está falando até mais sobre os idosos que antes, antes era sobre a parte administrativa, mas agora a parte multidisciplinar está bem melhorada (na reunião). (PNS)*

*eu sempre busco muito trabalhar em equipe, eu não gosto muito de me intrometer na área dos outros, mas se eu vejo que alguma coisa não está legal, tento dar minha contribuição ou pelo menos esclarecer do meu ponto de vista se eu estiver errado, tá ok eu estou errado então..., realmente você conserta ou continua trabalhando dessa forma. (PA)*

*procuro até contribuir para ela, nosso serviço exige um trabalho em equipe e tenho que fazer todos os esforços pra que eu possa contribuir com isso, então desde o que aceitar e também se manifestar. (PE)*

Percebe-se pelas falas que os profissionais valorizam o trabalho em equipe havendo disponibilidade para contribuir com o cuidado do outro. Outras falas reportam-se ao trabalho em equipe numa visão de uma equipe “agrupamento” onde cada um faz o seu trabalho em seqüência do outro, a partir de uma integração de fazeres.

*a gente trabalha em equipe, um precisa do outro, eu não trabalho aqui sozinha, eu preciso de todos aqui, colaboração de todos, tanto o pessoal da cozinha, pessoal da enfermagem, fisioterapia, né, assim, acho que todo profissional da casa, um depende do outro. (PE)*

*porque é um todo né, é uma continuidade, um depende do outro, então não tem como a gente ser individualista porque só funciona se tiver uma equipe funcionando igual e fazendo o mesmo trabalho, um colaborando com o outro. (PE)*

*acho que todo mundo aqui é elemento de uma equipe, cada vez que falta um a gente sente uma diferença grande né, a gente já está tão acostumado a fazer e saber que já tá outro fazendo outra coisa e [...] eu acho que todo mundo aqui é um elemento muito importante, tanto nós como os da limpeza, cozinha, todo mundo até quem vem de fora é importante, né, que vem conversar com eles. (PE)*

Apesar de os profissionais que participam desta equipe multiprofissional se identificarem como fazendo parte de uma equipe, percebe-se, pelas diversas falas, que a visão de equipe para eles é dar continuidade à rotina de trabalho, cada um com sua função, dando seqüência ao trabalho do outro, em nenhum momento nas falas destes percebeu-se a construção de uma interdisciplinaridade voltada para a complementação de saberes.

Outras falas também abordaram a questão do trabalho em equipe, porém, não se considerando como membro da equipe, devido a uma visão de trabalho em equipe interpretada como união e por haver discriminação entre os membros da “equipe”, mostrando um déficit nas relações interpessoais no trabalho na instituição. Percebe-se, com isso, que esses profissionais se sentem desmotivados para o trabalho por considerarem o grupo desunido podendo levá-los a determinados comportamentos devido ao seu estado interior de insatisfação:

*eu acho que não, porque tudo desunido né, meu! A gente vê quando vem tomar café, é um aqui, outro lá, não é todo mundo junto, entendeste? Eu acho assim, devia ter mais união entre os funcionários, a gente já percebe ali na hora de tomar café que a limpeza é aqui, a enfermagem é lá, a cozinha, é lá, é tudo separado entendeu? (PSG)*

*não me percebo porque eu estou passando por este processo de discriminação eles não querem saber da minha opinião, será que eu não tenho nada pra acrescentar? De bom, como eu acho que as coisas deveriam andar. (PE)*

*quando eu criei o banquinho pra botar os pés da Dna. [...] (I) em cima, me podaram, eu fui podado, pra não admitir que a minha conduta era a mais certa. (PE)*

As motivações estimulam os indivíduos e podem exercer uma forte influência sobre a sua percepção dentro do seu trabalho na equipe. A motivação é descrita como o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta (ROBBINS, 2002). Assim, se esses profissionais estão desmotivados devido às circunstâncias que estão vivendo na equipe, tal fato pode levar essa pessoa a se sentir desvalorizada quanto ao processo de cuidar na instituição, a afastar-se dos outros profissionais e idosos no que tange ao cuidado humanizado.

Em relação à percepção dos idosos quanto à equipe multiprofissional, percebeu-se que os mesmos têm respeito pela equipe, além de identificarem os esforços desta na prestação de um cuidado qualificado:

*Os membros da equipe daqui que trabalham, a gente tem respeito por eles, eles também têm pela gente, somos bem atendidos, vai lá, pede a eles, eles atendem na hora, vem vê qual é o problema. (I)*

*tanto respeito como eles têm pela gente, eles tratam a gente bem, não tem como reclamar deles, a gente pede uma coisa eles atendem na hora, se não tem eles procuram atender na hora, pra não deixar o cara sofrer, não tem o que reclamar deles, responsabilidade que eles têm por nós, não tem como dizer que eles não cuidam. (I)*

Nessas falas entendeu-se que a percepção dos idosos baseou-se numa relação de encontro entre o cuidador e o ser cuidado em busca do estar melhor do sujeito que busca ajuda. Paterson e Zderad (1993) entendem o cuidado como resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde/doença; neste contexto todos os profissionais têm como meta zelar pelo bem-estar e pelo estar melhor das pessoas.

No próximo eixo procurou-se, a partir das falas dos sujeitos, formar categorias que abordem aspectos relacionados com o ambiente, com a comunicação e organização dentro das ações de cuidado e a participação dos sujeitos no cotidiano da instituição com o objetivo de caminhar em busca de um cuidado humanizado.

### **5.3 O Cuidado Humanizado Compreende Aspectos Ambientais, Ações Integradas e Gestão Participativa**

Os aspectos destacados neste eixo temático demonstram a valorização dada pelos idosos e profissionais no que tange ao ambiente físico de que dispõem, bem como mencionam a necessidade de ações integradas e participativas de todos para viver numa residência coletiva e foram divididos em três categorias, a saber: **a importância da comunicação e da organização para integrar as ações de cuidado; cuidado com o ambiente e uma gestão participativa de cuidado favorece a humanização.**

Para Paterson e Zderad (1993), o cuidado é uma forma de transação intersubjetiva, na qual os sujeitos (idosos, equipe, família, comunidade e governo) participam necessariamente dos acontecimentos e, nesse sentido, são interdependentes, entretanto, cada um é considerado responsável pelos seus atos humanos e de respostas humanas para o outro.

Assim, na categoria a seguir será apresentado o que idosos e profissionais percebem ser importante nas ações de cuidado referidas pelos mesmos quando estimulados a organizar um passeio na instituição. Dessa maneira, favorecidos pela dinâmica e pela oportunidade de compartilhar e trocar experiências em conjunto acerca de uma situação hipotética que envolvia a todos, estes identificaram aspectos da comunicação e da organização que seriam necessários para a realização do passeio proposto.

#### **5.3.1 A importância da comunicação e da organização para integrar as ações de cuidado**

Para que o ser humano seja aceito socialmente e desfrute dos direitos de cidadão, deve apresentar competências como o desenvolvimento de capacidades cognitivas baseadas no uso da linguagem e da comunicação, domínio do tempo, expresso pela capacidade de estruturar as várias atividades do dia-a-dia e das várias carreiras do curso de vida (BORGES, 2006).

Percebeu-se, na oficina, que idosos e profissionais se mostraram conscientes de que na organização de qualquer evento é necessária a continuidade das ações de cuidado entre os setores envolvidos. No cotidiano de uma instituição, é fundamental

que haja uma organização efetiva além de um comprometimento entre as partes para que haja um funcionamento efetivo das atividades propostas. Assim, nas falas seguintes percebe-se que a falta de comprometimento dos setores poderá gerar uma desorganização e, conseqüentemente, uma insatisfação nos sujeitos que vivenciam o processo de cuidar:

*falta organização, como falou a [...] (PSG), as coisas não acabam acontecendo de forma correta, falta organização, deixar para fazer tudo em cima da hora. (PNS)*

*tem que ta todo mundo envolvido, desde a lavanderia até a enfermagem, a fisioterapia de não marcar fisio na hora, organizar [...]. (PNS)*

*ta tudo organizado para este passeio, se algum falhar, deu meia hora de atraso, uma hora de atraso, já não vai dar certo, em vez de ser um passeio para relaxar, dar uma arejada, ir se divertir, acaba saindo todo mundo estressado, nervoso que já não vai bem aquele dia pra frente, um já não fala com o outro normal, já fala grosso com o outro, por isso tudo tem que funcionar direito, já começa bem na saída né. Dna. Izabel – um tomou café o outro não, um ta arrumado o outro não, aí fica difícil né? (PSG)*

*se ta atrasado ou esqueceram de fazer, já furou, aí tem que improvisar por outro jeito porque, então, se foi planejado e organizado antes tem que cumprir com os horários e cada um fazendo a sua parte. (PSG)*

*por exemplo: o idoso que tem roupa no quarto ele já deixa separado de noite, pro outro dia de manhã, pra não em cima da hora ficar procurando, o próprio idoso se organizar, tanto com o remédio, é porque os idosos que estão aqui estão todos lúcidos. (I)*

*e tem que haver o comprometimento de todos, comprometimento nosso e de cada um consigo mesmo e com o outro, mas principalmente, em alguns casos, os cuidadores. (PNS)*

É essencial para atingir a qualidade no processo de cuidar que haja um comprometimento dos profissionais e dos idosos. É necessário que esse comprometimento seja alcançado através do engajamento ou da disposição plena e espontânea das pessoas envolvidas nesse processo. Através do sentimento de responsabilidade pelo resultado, pela aplicação de esforços, pela criatividade e pela inovação podem-se contornar possíveis problemas e garantir o sucesso e o resultado satisfatório do cuidado. Estar comprometido significa estar movido pelo desejo de ver o trabalho concluído e o objetivo atingido da melhor, mais eficiente, eficaz e efetiva maneira. É necessário que todos se sintam realmente responsáveis demonstrando o

desejo de ver o sucesso da ação (LIMA, 2004). Quando as pessoas confiam umas nas outras (técnica e socialmente) transformam a relação profissional em uma relação transparente e saudável.

Outro aspecto relatado na oficina foi em relação à comunicação, pois, sem esta, as ações de cuidado podem não se concretizar ou se concretizar com prejuízo total ou parcial:

*quando todo mundo tá sabendo da sua parte, e o que tem que ser feito pra que aquilo aconteça aí acaba acontecendo de forma ordenada. (PNS)*

*tem uma coisa que precisa, que faça com a pessoa organize também, eles têm que saber o que está acontecendo, têm que ter a comunicação e o comprometimento. (PSG)*

*é, mas tem pessoas que precisam de mais atenção, mais cuidado aí acho que precisa a comunicação das pessoas que estão envolvidas. (PNS)*

*tem que ter aquela integração, e eu acho que também todas as pessoas que moram aqui podem passar o que não está sendo legal né? O que a gente gostaria, alguns não gostam de tomar banho de manhã, tem as suas particularidades, né? (PNS)*

A oficina mostrou-nos que o aprimoramento da comunicação através da promoção de debates, voltados à resolução de conflitos e problemas, poderia ser eficaz para melhorar a sinergia da equipe. A falta de transparência na comunicação acaba por promover o surgimento de adivinhações e fofocas, minando o grupo e o clima organizacional. Esconder ou adiar para nunca a discussão e solução de problemas, por mais doloridos que sejam, é o caminho para quebrantar o desempenho da equipe. Cada um tem que saber exatamente o seu papel nesse processo, tanto os idosos quanto os profissionais, para que não provoque um estranhamento entre as relações.

A noção de papel constitui igualmente uma ponte entre as perspectivas psicológica e sociológica porque supõe um nível individual e um nível coletivo. Num certo sentido, os papéis preexistem ao agente sob a forma de conduta em função de um determinado estado, de uma determinada situação. Cada sujeito assume o seu papel dentro da equipe segundo o seu próprio estilo. Desse modo, existe, num grupo organizado, certa repartição de papéis que preexiste às pessoas e, no interior desses papéis, há ainda os problemas das atitudes, uma vez que cada um desempenha o seu papel de acordo com atitudes pessoais.

*se está atrasado ou esqueceram de fazer, já furou, aí tem que improvisar por outro jeito porque, então, se foi planejado e organizado antes tem que cumprir com os horários e cada um fazendo a sua parte. (PSG)*

Para melhorar a capacidade de comunicar-se com os outros é essencial que se compreendam as lacunas de uma comunicação. O modo mais eficaz de fazer isso é os outros dando um feedback sobre o que foi dito (tanto no âmbito das palavras como dos sentimentos) e sobre o modo como a mensagem os afetou (o impacto que teve).

Na continuidade das oficinas, pôde-se perceber também que os idosos e profissionais preocupam-se com o ambiente institucional significando para os mesmos importantes aspectos para o bem-estar e o estar melhor do idoso institucionalizado.

### 5.3.2 Cuidado com o ambiente

Percebeu-se que o ambiente tem um significado fundamental no processo de cuidar tanto para favorecer a adaptação e segurança dos idosos como para o bem-estar do trabalhador.

Na oficina que abordou a percepção que os sujeitos tinham quanto à melhoria do cuidado na instituição, todos se reportaram ao ambiente. O ambiente pode ser definido como um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia-a-dia e do qual fazemos parte, tendo um papel fundamental na nossa qualidade de vida e no bem-estar (PERRACINI, 2006).

Paterson e Zderad (1993) consideram que uma pessoa sente-se mais confortável em um particular espaço sobre o tempo e freqüentemente começa a assumir um senso de propriedade, isto é, sente-se como se fizesse parte do ambiente e o ambiente fizesse parte dela. Assim percebe-se nas falas dos idosos e profissionais que o ambiente institucional significa para eles conforto, estética, organização, segurança, sendo considerado uma área importante para o cuidado na instituição:

*a colocação de determinados internos nos lugares adequados [...]. (I)*  
*área externa, o piso [...]. (I)*

*o asfalto, tá todo mundo caindo [...]. (I)*

*quando eu falei do jardim também falei do caminho de acesso ao jardim, o pátio (o piso) [...]. (I)*



*segurança, barbearia poderia ser melhorada também, é tão atravancado [...]. (I)*

*passarela, toldo, ta feio, horrível [...]. (I)*

*sala de TV – a televisão é uma área de lazer lá, ta uma bagunça, é o cartão de visita, é quando chega visita no final de semana ta aquela bagunça, tem até vergonha porque, a ala branca também, foi muito mais arrumada, tinha toalha nas mesas, falta de organização [...]. (PSG)*

*nestas alas ali, não pode colocar folhagens? (PSG)*

*é o idoso às vezes mora no chalé e pela dificuldade de caminhar ele é obrigado a descer pra enfermaria e não precisaria se tivesse adaptado [...]. (PNS)*

*o jardim, o que então colocar mais flores, mais grama, presença bonita [...]. (PSG)*

Segundo Silva *et al.* (2003 *apud* SANTOS, 2007), considera-se um Ambiente Amigável toda a moradia que for acolhedora, segura e que possua identidade com as pessoas que a habitam. De tal forma, que possibilite aos mesmos a realização do seu autocuidado e a manutenção de sua capacidade funcional com independência e autonomia, tanto quanto possível.

Para Perracini (2006), o ambiente proporciona uma interação constante entre espaços, pessoas e atividades, pertences, lembranças e possibilidades de mudança. Assim, os ambientes devem ser planejados para desenvolver a autonomia e a independência, de forma que uma boa qualidade deve ser proporcionada com a participação dos indivíduos e baseada nas necessidades de conforto, segurança, além de proporcionar um ambiente acolhedor e privativo:

*vamos fazer uma votação com os idosos, que cor a igreja vai ser pintada? Vamos conseguir, porque é deles, eu acho que cada quarto quando fosse pintar deveria ser pintado da cor das pessoas que moram nele, quer dizer são utopias, mas de repente porque que não? (PNS)*

Espaços planejados contribuem para a manutenção da independência funcional nas atividades da vida diária (AVDs). Dessa forma estes podem contribuir também para a diminuição de estados de apatia e desinteresse, restrição do número de queixas de saúde e controle de distúrbio de comportamento, podendo influenciar a diminuição

de medicamentos para a insônia, ansiedade e depressão (PERRACINI, 2006), além de atuar como agente de prevenção de eventos inesperados e de acidentes.

Outro aspecto que foi mencionado pelos sujeitos foi na questão de equipamentos e disposição das pessoas nos quartos coletivos que possam interferir na individualidade e na privacidade dos residentes. Estes podem resultar em mudanças de atitudes em relação ao afeto entre os profissionais e idosos no cotidiano da instituição, como nas falas abaixo:

*eliminar estas câmeras que nos filmam minuto a minuto e que nos tiram a privacidade no quarto onde a gente se troca de roupa, e dorme e gosta de ficar. (I)*

*eles deviam cuidar quem eles botam nos quartos. (PNS)*

*sabe o que o sr. [...] (I) faz de manhã, ele me chama pra mim cobrir os pés dele, aí eu viro e faço assim na bunda, agora dorme! E se eles verem isso na câmera? (PSG)*

*podem interpretar mal. (I)*

A privacidade e a acessibilidade dos idosos em seu ambiente é um dos nove atributos do modelo ideal de **Assisted Living**. Para isso é necessário que haja um planejamento ou adaptação de ambientes para idosos a partir da integração profissional e da escuta do idoso, pois existe um consenso da necessidade de considerar as características individuais dos sujeitos (REGNIER, 1999 *apud* PERRACINI, 2006).

A participação em atividades ou o direito à privacidade tornam-se questões importantes em um mundo reduzido às proporções de uma ILPI (KANE, 2004).

*cuidar não é fazer o que a gente prefere, mas também saber do outro como ele prefere. (PNS)*

*eu acho que todas as pessoas que moram aqui podem passar o que não está sendo legal, né? O que a gente gostaria, talvez não seja o que o outro quer, alguns não gostam de tomar banho de manhã, tem as suas particularidades, né? (PNS)*

Através das falas percebeu-se que é importante que os residentes ou profissionais da ILPI contribuam com a dinâmica do cotidiano da instituição através de seu conhecimento e das necessidades do outro identificando as particularidades e preferências de cada um no processo de cuidar.

Entretanto a idéia de oferecer serviços feitos sob medida, individualizados e em ambientes diferenciados de acordo com o estado de saúde, funcionalidade e preferências é um desafio enfrentado por grande parte das ILPIs. Esse desafio está pautado em parte devido ao aproveitamento de construções já existentes para a abertura de uma instituição ou casa geriátrica, segundo a onerosidade desses projetos, em outra porque não se dá abertura de comunicação para o idoso. Porém mesmo naquelas instituições que já estão em funcionamento, talvez o caminho para as adequações esteja pautado na participação conjunta entre profissionais e idosos (PERRACINI, 2006).

Assim, na continuidade da oficina, várias sugestões foram feitas pelos sujeitos, através das quais se percebeu a necessidade de eles participarem da gestão do cotidiano do local que escolheram para viver e trabalhar.

### 5.3.3 Uma gestão participativa de cuidado favorece a humanização

Quando questionados sobre a participação de idosos e profissionais no processo de gestão dos diversos setores da instituição, percebeu-se que os mesmos priorizavam a necessidade de serem ouvidos para consolidar a humanização.

Nas falas dos sujeitos, identificaram-se algumas propostas para facilitar a efetuação e a interação dos cuidados prestados com os recebidos pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidar: *participação de todos, diálogo, abertura de espaços, ouvir o outro, hierarquizar com democracia, priorizar necessidades, comprometimento, continuidade das ações, valorização da opinião dos outros, favorecer condições de trabalho*. Para Paterson e Zderad (1993, p.246), “[...] a comunidade é a experiência de pessoas, e é através da comunidade, de pessoas relacionando-se com outras que é possível vir a ser.”

Pautado nesse referencial, o mundo objetivo de pessoas e coisas é formado pela comunidade, pelo espaço físico que integra os setores da instituição, na qual idosos e profissionais entram em contato com os objetos, equipamentos e materiais, além de interagir entre si na busca da participação efetiva no processo de viver e envelhecer na instituição.

Defende-se que os residentes de ILPIs não devem perder qualquer de seus

direitos como pessoas apenas porque são admitidos em uma instituição desse tipo. Estes devem ser considerados qualificados para fazer escolhas sobre suas vidas e seus cuidados de saúde. Portanto, devem ser os primeiros a serem consultados sobre mudanças em sua condição ou terapia (KANE, 2004). Na prática, muitas vezes, essa liberdade não é permitida por não acreditarem no potencial dos mais velhos e na sua capacidade de gerir a própria vida, ou pela instituição ter uma atitude paternalista e assistencial, deixando de considerá-los cidadãos com direitos e deveres:

*eu falei com a nossa presidente que eu tinha 3 voluntários empresários que queriam ajudar na despesa do asfalto do pátio, ela simplesmente me disse assim ó: “não se preocupa dona (I) que isso vai ser resolvido”, lavei minhas mãos e não fiz mais nada. (I)*

Nesta fala percebe-se que há a necessidade e o interesse do idoso em participar e contribuir com a administração através de contatos que o próprio idoso tenha construído com a comunidade externa. Acredito que através da gestão participativa o idoso pode encontrar caminhos para enaltecer e significar o seu viver em uma instituição.

Para Borges (2006), a gestão participativa é um importante veículo para o desenvolvimento da cidadania. Assim, idosos e profissionais parecem corroborar com a fala da autora:

*o ideal seria questionar os idosos, questionar os funcionários para então tomar uma decisão em conjunto, então teria que abrir o diálogo, abrir espaço para os idosos ta reclamando, sugerindo, elogiando, os idosos e os funcionários, e não sempre só comunicar depois que aconteceu ou então só chamar lá quando acontecer errado, quando aconteceu certo descer aqui e dar um parabéns e elogiar. (PA)*

*tudo que a gente vá fazer aqui depende de uma resposta final da administração, só que a resposta final pode ser a dele (da administração), desde que eles tenham participado com todo o pessoal, para escutar os interessados. A resposta final é dele, mas poderia ser uma resposta de acordo com o que ele escutar aqui (na oficina). Dar a resposta só depois de saber o que os outros pensam, no meio desse caminho até ele chegar e dizer vai ser assim, ele pode mudar a opinião se ele ouvir as outras pessoas, ele, quero dizer a administração. (PA)*

*na realidade eles não estão pensando antes de fazer, eles estão fazendo e depois vão pensar aí já é tarde. (PSG)*

*eu concordo que pra melhorar o processo de cuidar aqui na casa a gente precisa não só olhar as coisas físicas, mas estabelecer prioridades né, e às*

*vezes a culpa é de quem está na área, por exemplo estabelecer prioridades que a gente acha que tem que melhorar em cada parte que a gente trabalha, que a gente faz, maior talvez na limpeza né? Estabelecer prioridades aonde a gente trabalha e fazer uma reunião com as prioridades da casa. (PNS)*

Parece claro nas falas que deveria haver uma participação dos idosos no poder decisório, como também a participação da direção na reunião dos idosos para que houvesse uma visão ampliada de todo o contexto da instituição. Para McGregor (1999 *apud* Borges, 2006), é a participação que cria oportunidades para que as pessoas possam influir na tomada de decisões que as afetam:

*eles fazem reunião entre eles lá e a gente nem sabe o que se trata. (I)*

*[...] tá no lugar de diretor, ele é o diretor mas a administração já é outra coisa presidente-vice, então se ele participasse de nossa reunião ele podia colocar na reunião dele a par e tudo que é falado aqui, ele é que devia participar dessa nossa reunião aqui. (I)*

*eu acho que às vezes são feitas reuniões e não se decide nada, então era preferível ter menos reuniões e decidir mais, entendestes, é falado é rodeado, é falado um monte de coisas e não chega a nada, sabe então eu acho que deveria ser mais objetivo assim, né, eu acho, que as funções são delegadas, mas eu acho que a presidência da casa deveria ter uma presença mais marcante, sabe? Por quê? Porque os idosos questionam isso, ele é o chefe?, pensei que ele tinha vindo vê o ar-condicionado (se referindo ao diretor), entendeste? (PNS)*

Assim, a partir de uma gestão participativa, a formação e o fortalecimento de grupos que possam fazer valer a sua vontade num processo de escuta e reprodução respeitosa das idéias e dos anseios da maioria, poderiam estimular o processo de viver a velhice na instituição (BORGES, 2006). Parece que as falas abaixo refletem exatamente esse entendimento:

*deveria ter reuniões nos setores, com os idosos, com os funcionários, mas uma coisa periódica, que todo mundo participe. (PA)*

*tudo que foi falado aqui hoje que pode melhorar, muita coisa já poderia tá pronta, se a gente fizesse em grupo e cada um desse uma sugestão. Tá, cada um aqui deu uma sugestão, a gente põe isto no papel e vê o que é prioridade e o que vai fazer, depois decide, faz uma reunião põe em pauta, põe tudo ali, fala, vê o que é prioridade e vai resolvendo e vai eliminando e na próxima reunião resolve outras coisas e não sempre bate na mesma tecla e nunca acontece nada. (PA)*

Através de algumas sugestões, os sujeitos expuseram suas idéias para

colaborar com o cuidado ao idoso institucionalizado através de uma gestão participativa. No entendimento de Borges (2006), participar efetivamente significa ter consciência do processo e principalmente sentir-se cidadão respeitado como tal:

*eu tenho duas sugestões, a primeira é que a administração esteja presente em todos os grupos, eles deveriam estar aqui escutando o que cada um está falando e a segunda sugestão é que entra primeiro em contato para depois ta informando as coisas para as pessoas, entrar em contato primeiro, fazer uma reunião é coisa chata, nunca acontece nada em reunião, mas faz um grupo, como esse aqui, é muito mais proveitoso que reunião que a gente faça lá em cima. (PA)*

Numa ILPI os problemas cotidianos, os cronogramas, o levantamento de prioridades, a avaliação das etapas, todo o processo decisório pode contar com a efetiva participação dos idosos, desde que eles se sintam integrantes das ações e que estejam motivados a atuar. Os dirigentes e técnicos envolvidos na proposta de gestão participativa precisam ter convicção do seu papel de incentivadores desse processo, através do respeito e da valorização dos idosos. Sabe-se que, historicamente, os idosos de hoje tiveram pouco acesso à educação formal e à participação efetiva em gestão democrática devido ao sistema de governo vigente entre 1961 e 1984, então essa oportunidade de participação fará com que eles se sintam participantes ativos na construção de sua história de vida na velhice (BORGES, 2006).

Pois, mesmo não participando da construção histórica democrática do país, esses idosos geriram suas vidas e estiveram à frente da criação de seus filhos, orientando, educando, promovendo o crescimento dos mesmos através da força do seu trabalho e do poder decisório colocado em suas mãos. Hoje, ao estarem vivendo em uma ILPI e por terem alcançado uma idade avançada, cortam-lhes esse direito e os transformam em seres indiferentes à sua vida e à dos outros, distantes da família, da sociedade e da ocupação de que tanto se orgulhavam, roubando sua autonomia e independência, abortando seus direitos e cobrando deles somente seus deveres.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar o Mestrado, sentia-me insatisfeita com a minha percepção do processo de cuidar na instituição e tinha uma expectativa de conseguir substrato para alcançar uma melhora nesse cuidado. Conhecer de perto a percepção dos profissionais e idosos, através das oficinas e entrevistas, levou-me por um caminho em que eu tive que me afastar de minhas concepções, desconstruí-las e reconstruí-las através da junção do meu olhar, do olhar do outro e da literatura.

Esse afastamento me fez perceber que vários profissionais tinham a mesma percepção de um cuidado em prol da satisfação do outro, mas dentro da percepção que eles tinham do outro e deles mesmos, e do cuidado em si. Através da análise do discurso dos sujeitos percebeu-se uma preocupação com os idosos institucionalizados no que tange à prática de cuidados, só não ficou muito claro em que bases conceituais essa preocupação está fundamentada.

Parece que as atitudes humanísticas afloram intuitivamente em cada um, a partir de sua vivência em família e suas experiências profissionais, porém em nenhum momento elas se interpõem para, através de um trabalho interdisciplinar, buscar o estar melhor do idoso em sua totalidade e na integralidade do contexto biopsicossocial em que ele vive. Esses achados se evidenciaram também nas entrevistas, pois o discurso mostrou uma prática fragmentada, com uma justaposição de tarefas, não havendo momentos para trocas de experiências, de saberes e de questionamentos.

O longo tempo de convivência entre idosos e alguns profissionais que estão na instituição há mais de 10 anos também parece levar a diferenças no olhar, não no cuidado em si, mas na forma como se realiza esse cuidado e na maneira como se construiu essa relação. Os profissionais mais antigos e, conseqüentemente, mais velhos (na idade) mostraram um cuidado mais abrangente e baseado na construção de um vínculo que vai além da sua atuação profissional. Parece que eles experienciam mais a

capacidade humana de amar e compartilhar, o que levou a construção de um relacionamento existencial entre as partes no qual o potencial de vir a ser mais de ambas foi externado.

Pesquisar em uma abordagem qualitativa dentro do método da pesquisa convergente assistencial foi um grande desafio. Desenvolver um estudo seguindo os procedimentos propostos pelo método exige muita atenção, pois ao mesmo tempo em que se pesquisa se interage intensamente com os sujeitos. Assim, foi preciso estar atenta para o fato de que a construção e manutenção do elo entre pesquisador e pesquisados vai se desenvolvendo durante todo o processo da pesquisa..

Desde os bancos das universidades, o acadêmico da saúde aprende a tratar doenças e a promover a cura, como se o objeto de cuidado do profissional da saúde não fosse um sujeito biopsicossocial. Dessa forma, deixa de cuidar da pessoa na sua integralidade, transformando-a num sujeito fragmentado de corpo e mente dentro de uma prática tecnicista, onde a doença se sobrepõe ao ser que a possui.

Minha preocupação sempre foi com relação ao que se diz e ao que se faz efetivamente na prática institucional, pois em algumas situações presenciei atitudes distantes de corroborar com o discurso que encontrei nas entrevistas realizadas, especialmente no que diz respeito à visão humanizada e o cuidado integral. Venho lutando contra essa visão reducionista e tecnicista de cuidar e descobrindo a partir das minhas vivências e dos estudos realizados a necessidade de uma nova forma de ser fisioterapeuta.

Compreender as percepções dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso institucionalizado, assim como a visão dos idosos nesse processo, foi uma questão determinante para conhecer de que maneira estava caminhando o cuidado na instituição. Tal visão me possibilitou perceber qual é a minha real responsabilidade, como profissional de saúde, na construção conjunta de um cuidado humanístico na instituição. Mas este caminho teve momentos de limitação não só quanto ao método convergente assistencial trabalhado nas oficinas quanto ao discurso das entrevistas e a concretização da análise destes dados. Além de perceber o quanto é complicado envolver os profissionais em práticas fora da rotina diária de trabalho.

A Fisioterapia vem passando por um processo de mudança para consolidar-se



como uma profissão que não se limite somente a reabilitar, mas também a promover saúde em toda a sua integralidade. Por isso, acredito que a integração da equipe multiprofissional no cuidado aos idosos institucionalizados é de suma importância para que haja um trabalho humanizado coerente e cooperativo em benefício dessas pessoas, refletindo no bem-estar, no estar melhor e na qualidade de vida dos envolvidos.

A realidade cotidiana vivenciada numa ILPI pelos profissionais não é a mesma realidade vivenciada no hospital, no domicílio, no ambulatório, pois numa instituição de longa permanência o sujeito integra o contexto, necessita de cuidado contínuo e vive numa residência coletiva. A partir da inclusão de um idoso numa instituição, esse local passa a ser o seu “habitat” no processo de viver e envelhecer. O processo de cuidar numa residência coletiva perpassa por todos os contextos, sejam eles pessoal, profissional, ambiental e/ou cultural. É importante saber que além da promoção do cuidado integral ao idoso deve-se propiciar sua interação com o contexto e favorecer sua integração com os residentes, profissionais e seus familiares.

Promovendo além do cuidado integral do idoso, a interação com sua realidade cotidiana e integração com tudo o que o cerca.

Olhar o sujeito além de suas dificuldades físicas e emocionais agrega em si conhecimentos acerca do outro e do contexto vivido. Dessa maneira, conduz a uma prática voltada à essência da vida e do cuidado do ser humano. Olhar o cuidado a partir da percepção de quem cuida fez com que eu mudasse alguns “*pré-conceitos*” construídos apenas sob o foco do meu olhar.

Durante toda a minha trajetória como docente na ILPI procurei trabalhar a fisioterapia dentro dos princípios da inter-relação através de uma comunicação efetiva e participativa, com os acadêmicos, idosos e profissionais. Através de um compartilhar na busca pela complementação do meu saber de forma consciente e interativa, fiz a minha prática baseada no encontro e na presença dentro de um relacionamento existencial um com o outro. Dessa maneira, o tema desta pesquisa surgiu externando o que estava interiorizado em meu ser, o cuidado humanizado durante todos esses anos. Por esse ponto de vista, o Mestrado me possibilitou, através de estudos acerca desse tema, a concretização de idéias e conceitos adquiridos na minha vivência pessoal e profissional.

Nesta caminhada durante esses dois anos fui percebendo e contextualizando a questão de pesquisa através de discussões acadêmicas onde o olhar do outro vinha a acrescentar e alterar o modo como eu via o processo de cuidar, como também de observações das práticas de cuidados de outros profissionais da equipe multiprofissional.

Caminhar metodologicamente à luz da teoria de Paterson e Zderad me trouxe convicção de que a minha profissão também poderia crescer olhando numa visão tridimensional, olhando para o sujeito, através dele e em torno dele. Nesse sentido, a fundamentação teórica pautada em Paterson e Zderad se constituiu em pilares bem alicerçados para que meu conhecimento sobre o tema em questão fosse sendo construído e se solidificasse aos poucos. Penso que o enfoque da fisioterapia humanística respeita as experiências do fisioterapeuta, sendo que o mesmo pode contribuir tanto para o desenvolvimento da fisioterapia como profissão, como também para aumentar o conhecimento acerca do ser humano.

A minha identificação com a fisioterapia humanística trouxe cientificidade ao meu perfil profissional e pessoal e apoio à minha crença. Através dela eu consegui a fundamentação necessária para orientar a minha caminhada em busca daquilo que eu acredito. As experiências acumuladas de um profissional não servem só para fundamentar uma prática, mas também para estimular a sua disposição para explorar e compreender melhor suas vivências em busca de um caminho científico de atuação profissional.

Apesar do cuidado do fisioterapeuta ocorrer de modo pontual, esse contato precisa ser consistente e cheio de significado tanto para o profissional quanto para o paciente, pois muitas vezes o fisioterapeuta acompanha esse paciente por um longo período de sua vida ou até mesmo até o final da mesma. Assim, quando se fala no cuidado ao idoso institucionalizado, a duração desse cuidado acompanha todo o seu processo de viver e de envelhecer, do idoso e do profissional, determinando um envolvimento muito próximo, facilitando a construção de vínculos que servem de suporte ao idoso e ao próprio profissional.

Entretanto, como esse processo pode ser longo e às vezes extenuante, dependendo das condições de saúde/doença do idoso, as motivações e expectativas dos

envolvidos nesse cuidado podem tornar-se automatizadas e cansativas, sendo necessário que o profissional encontre metodologias diversificadas para motivar a ambos, idoso e profissional, na terapia.

A compreensão e a dinâmica dessa terapia não se dá somente pelo estudo das características físicas, laborativas ou pelo prognóstico da doença, mas também pelo modo que o cuidado é percebido, e essa percepção é construída ao longo de sua história. Dessa forma, a diversificação de estratégias na prática profissional para motivar os sujeitos é de vital importância para que profissionais e idosos reforcem atitudes positivas e busquem uma atuação profissional que evite reforçar comportamentos e pensamentos negativos, que poderiam levar a alterações do estado de saúde/doença.

A partir da realização das oficinas vivenciei uma relação dinâmica e compromissada entre os sujeitos envolvidos no cuidado ao idoso na instituição, mostrando que a construção do conhecimento se faz renovando o fazer e pensando o fazer para se refazer e reconstruir o conhecimento. Nas oficinas percebi que as dinâmicas utilizadas foram essenciais para auxiliar na construção das relações entre os sujeitos a partir do conhecimento do outro e do compromisso entre os participantes para discutir o processo de cuidar na instituição.

Através de um espaço aberto e horizontalizado, as pessoas foram expondo suas idéias, seus anseios e preocupações com seu cotidiano. Importante destacar que essa estratégia foi aplicada utilizando a criatividade, a sensibilidade, o respeito mútuo e a imaginação, o que facilitou a integração dos participantes do grupo entre si e comigo na consolidação do vínculo. Através das inter-relações, do diálogo e da participação, os sujeitos foram se comprometendo como grupo e se fortalecendo como tal, baseados na união e na cumplicidade entre as partes, levando à satisfação dos sujeitos.

Percebi que nas oficinas, depois de o grupo estar formado, as pessoas conseguiam ver o outro de uma maneira mais próxima, vendo-o através delas mesmas e conseguindo externar com maior facilidade seus anseios, pensamentos e idéias, crescendo também os laços de afetividade. Em todas as oficinas, esses laços foram externados por abraços coletivos ou individuais, aplausos e muitos risos, tornando-se

momentos agradáveis e significativos para todos. Com certeza as oficinas me proporcionaram momentos de aprendizado; saí desses encontros enriquecida pessoal e profissionalmente. Por isso tenho plena certeza de que a relação entre profissionais e idosos afeta o cuidado porque, se não existe uma afinidade e o conhecimento do outro, não existem atitudes de cuidado diretamente relacionadas com as expectativas e necessidades reais dos idosos.

Os profissionais e idosos que participaram das oficinas respeitaram às idéias do outro, vivenciaram a oportunidade de ouvir e serem ouvidos, e se mostraram abertos para escutar o outro e a perceber que as incertezas de um podem ser as mesmas do outro. A teoria de Paterson e Zderad foi um ponto de equilíbrio para estimular a interrelação pois “é através da relação com os outros que o ser humano ‘vem-a-ser’; isto, em contrapartida, permite que a individualidade única de cada ser se realize” (OLIVEIRA *et al.*, 2003, p.17) contribuindo para a melhora da relação interpessoal na instituição.

Através das oficinas também visualizei a preocupação que os participantes tinham em relação ao ambiente institucional, à falta de comunicação e organização dos setores, levando a, ações desintegradas e desorganizadas no cotidiano do processo de cuidar. Outro aspecto percebido foi quanto à necessidade de que residentes e profissionais da ILPI tenham em colaborar com o cotidiano do processo de cuidar externando suas idéias e vivências para contribuir com a construção de uma gestão participativa na instituição...

A perspectiva de buscar uma melhor compreensão da relação estabelecida entre os profissionais e idosos através da percepção dos mesmos, motivou-me nesta caminhada para construir um conhecimento que possa contribuir com a equipe multiprofissional na melhora do processo de envelhecer na instituição.

Esta pesquisa me permitiu, como fisioterapeuta, ser capaz de compreender melhor os aspectos multifatoriais envolvidos no cuidado numa instituição de longa permanência e a influência desses aspectos na vida das pessoas, assim como entender, através de suas falas, a complexidade e subjetividade envolvida nos seus anseios como pessoas e como profissionais. Esse conhecimento me possibilitou um parar de observar passivamente e tentar estimular os envolvidos para a construção ativa de estratégias

que efetivem um cuidado humanizado interdisciplinar e também refletir que o caminho profissional que eu estou percorrendo é o espaço que quero ocupar como fisioterapeuta e como pessoa.

É importante lembrar, ainda, que esse estudo também teve algumas limitações não só no uso da pesquisa convergente assistencial como no processo de coleta dos dados através das técnicas de oficinas e entrevistas, com as quais não tinha muito domínio. O processo de análise dos dados também requereu um grande esforço no sentido de aprender a analisar os textos gerados segundo os moldes da análise de conteúdo. Outro grande desafio foi motivar e envolver os profissionais em atividades (oficinas e entrevistas) fora da rotina diária de trabalho.

No entanto, a partir dos resultados obtidos, penso que novas pesquisas e discussões acerca do cuidado, do envelhecer vivendo em uma residência coletiva, da gestão de pessoas e do espaço, do trabalho multi ou interdisciplinar no âmbito das ILPIs possam ser desenvolvidas. Acredito, ainda, que muito temos que estudar e pesquisar para poder melhorar a formação acadêmica dos profissionais especificamente dirigidos ao cuidado a idosos em ILPIs. O conhecimento da percepção de profissionais e idosos no contexto institucional fundamenta a busca por um relacionamento dialógico, entre o profissional e o idoso, no sentido de minimizar prejuízos psicoemocionais, físicos e sociais decorrentes da inclusão do idoso na ILPI.

Como fisioterapeuta fui em busca do conhecimento para fundamentar minha atuação na ILPI, hoje sinto-me gratificada pelo meu crescimento como pessoa e como profissional. Por outro lado, percebo que tenho uma maior responsabilidade com os sujeitos participantes desta pesquisa e de todos aqueles que não puderam participar neste momento do processo de construção de um cuidado humanizado e integrado entre as partes envolvidas na instituição. Assim, vejo como meu compromisso contribuir para continuidade desse trabalho na ILPI. Acredito, ainda, que muito se tem para aprender e pesquisar acerca do ambiente institucional e, que esse é um compromisso dos gerontólogos que estão preocupados na busca da efetivação dos direitos do ser humano idoso institucionalizado.

## REFERENCIAS

- ALCÂNTARA, A. de O. **Velhos institucionalizados e família:** entre abafos e desabafos. Campinas. SP: Alínea, 2004
- ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família:** contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. Florianópolis, 2001. 200p. (Teses em enfermagem).
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução – RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005, define as Normas de Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília, 2005.
- ARRUDA, M. **Humanizar o infra-humano:** a formação do ser humano integral: *homo* evolutivo, práxis e economia solidária. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, M. M. L. *et al.* **Família e envelhecimento.** 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BENEDETTI, T. R. B. **Idosos asilados e a prática de atividade física.** Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BENEDITO, J.C. políticas Públicas e Sociais para os velhos no Brasil, Universidade Federal de Alagoas. Disponível: [www.google.com](http://www.google.com). Acesso: 16.02.2008
- BERTHOULD, C. M. E. *et al.* **Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos.** Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1998.
- BETTINELLI, L.A.; PORTELLA, M.R. Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: PESSINI L.; BERTACHINI L. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Relações familiares. **Texto & Contexto de Enfermagem, Família e violência,** Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 229-241, maio/ago.1999.
- BLUMENAU. Lei Complementar 303/00, de 19 de dezembro de 2000.
- BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do homem – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOGUS, C. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez., 2004.

BORGES, M. C. M. Gestão Participativa em Organização de Idosos: Instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

BORN, T. BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizados In: FREITAS V.F., Néri, A.L., et al **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara –Koogan, 2006.

BOTH, E. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BRAGA, P.M.V. **Direitos do idoso**: de acordo com o Estatuto do Idoso. São Paulo: Quartier Latin, 2005

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**. Disponível em: <<http://t.senado.gov.br/legbras/defaultnotfound.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa**. Portaria n 2.528, publicada em 19 de outubro de 2006. Brasília (DF), 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Resolução **RDC – 283**, Regulamento Técnico, publicada em 26 de setembro de 2005, Brasília (DF), 2005.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 1948. Regulamenta o Artigo 40 da Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2004.

\_\_\_\_\_. Parecer n. 1301 de 2003. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora, **Estatuto do Idoso: Projeto de Lei da Câmara**, n. 57, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria do Estado de Assistência Social. Portaria SAS n. 73, de 10 de maio de 2001, **Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil**, Brasília (DF), 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria MS 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, Brasília (DF), 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Aprova a política de saúde do idoso, Brasília (DF), 1999.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 out. 1996. Seção 1, n. 201, p. 21082.

\_\_\_\_\_. Regulamentação da Lei da Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 04 jul. 1996.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, Brasília (DF), 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 810, de 27 de setembro de 1989. Funcionamento de casas destinadas ao atendimento de idosos. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Boletim da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Gerontologia**, v.1, n. 3, p. 125-127, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**, Brasília (DF), 1990.

\_\_\_\_\_. Congresso. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília (DF), 20 set. 1990.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 13, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte, Brasília: IPEA, Presidência da República, 2007

\_\_\_\_\_. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

\_\_\_\_\_. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? A família como locus de apoio e de trocas intergeracionais**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Florianópolis: Editora da Universitária UFPEL, 1998. 183p.

CARVALHO, V.F.; FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no idoso In: PAPALÉO NETTO, M. (Org). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996

CASTILHO, T. O idoso fragilizado e a família: representações, preconceitos, conflitos e solidariedade. In: SEMINÁRIO VELHICE FRAGILIZADA, SESCSP, nov. 2006.

CECCATO, S. R.; VAN DER SAND, I. C. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Revista Eletrônica de enfermagem (online)**, Goiânia, v. 3, n. 1, jan-jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

CERVENY, C. M. Oliveira. **A família como modelo. Desconstruindo a patologia**. Campinas (SP): Psy, 1994.



CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 2, n. 31, p. 184-2000, abr. 1997.

CMI, Conselho Municipal do Idoso. **Ata da Reunião Ordinária do Conselho do Municipal do Idoso**, n. 05/2002, de 31 de julho de 2002. Auditório do Bloco J da FURB, Blumenau, 2002.

\_\_\_\_\_. **O que é CMI: composição, estrutura, competências**. Conselho Municipal do Idoso de Blumenau, 2006. (mimeo)

CORREA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. In: ARANTES, A.a *et al.* **Colcha de Retalhos: estudos sobre a família no Brasil**. São Paulo: Editora da Unicamp, 1994.

CREUTZBERG, M **A instituição de longa permanência para idosos e a sua relação com o sistema societal: uma análise na perspectiva da teoria de sistemas de Niklas Luhmann**. 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, PUC (RS).

\_\_\_\_\_. **Vivências de família de classe popular cuidadores de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar**. Porto Alegre (RS), 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem.

DE GASPERI, P. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado à pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca**. Florianópolis. 2005. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. IN: BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV, 1998

DEBERT, G.G; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DIAS, C. **Pesquisa qualitativa – características gerais e referências**, maio 2000. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br). Acesso em: 20 ago. 2007.

DIAS, G F. GAPA (Gabinete de apoio psicológico e aconselhamento) Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <[www.google.com.br](http://www.google.com.br)>. Acesso em: 20 ago. 2007.

ELMAN, C. **Reflexões de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar acerca de seu processo de trabalho**. Florianópolis, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

ERBOLATTO, R. M. P. L. Relações Sociais na Velhice In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ESPITIA, A. Z.; MARTINS, J.J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros, **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n.1, 2006.

FAIMAN, C. S. *et al.* Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 254-257, abr./jun., 2003.

FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. São Paulo: Loyola, 1993.

FEATHESTONE, M. O curso da vida: Corpo, cultura e imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, G. G. **Textos didáticos, antropologia e velhice**. Campinas-SP: IFCH-UNICAMP, 1998.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312p

GORDILHO, A. *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro, **UnATI – envelhecimento humano**, 2000.

HEREDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I.A. *et al.* A realidade do idoso institucionalizado, Rio de Janeiro, **Textos Envelhecimento**, v.7 n.2, 2004.

HEREDIA, V.B.M.; CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B. Impactos da longevidade na família multigeracional, Rio de Janeiro, **Rev. Brás. Geriatria e Gerontologia**, v.10, n.1, 2007.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. Rio de Janeiro, 2000.

ILPI. **Ata da Assembléia Geral e Extraordinária**, 11. dez. 2001. (mimeo)

\_\_\_\_\_. **Relatório da Associação**, 2005. (mimeo)

JERUSALINSKY, A. **Multidisciplina, interdisciplina e transdisciplina no trabalho clínico com crianças**. Escritos da Criança. Porto Alegre: Centro Lydis Coriat, 1990.

KANE, R. L. *et al.* **Geriatria clínica**. Rio e Janeiro: Magraw-Hill Interamericana do Brasil, 2004.

KURBAN, E. **Teoria, prática e formação do fisioterapeuta: situação e perspectivas**. Blumenau: Edifurb, 2005. 74p.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LETRA DE MÚSICA. Disponível em: <<http://www.letrasdemusicas.com.br>>. Acesso em 20 ago. 2007.

LIMA, S. M. Acolhimento Solidário ou atropelamento? a qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar./abr. 2004.

LUDKE M, MEDA, A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativa**. São Paulo (SP): Editora Pedagógica e Universitária, 1986. p.1-44

MARINHO, P. E. de M. A visão sistêmica na fisioterapia, **Fisioterapia em Movimento**, v. XII, n.2, out. 1998, mar. 1999.

MARINHO, P. E. de M. Escutar: Aspecto Relevante da Relação Terapeuta-Paciente na Fisioterapia (relato de um caso clínico), **Fisioterapia em Movimento**, v.VII, n. 2, out./mar. 1995

MARTINS, J.J; SCHIER, J; ERDMANN, A; ALBUQUERQUE, G.L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** v.10,nº 3, Rio de Janeiro, 2007.

MATOS, E. **Projeto de pesquisa para o curso de doutorado em Enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2005.

MILITÃO, A. **S.O.S.: dinâmica de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, D. M. R. Afetividade e Intimidade In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas; 1997

NERI, A. L. **Cuidar do idoso no contexto da família, questões psicológicas e sociais**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006. 210p.

NERY, A.L. e DEBERT, G.G. (org). **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

NITSCHKE, R.G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas: Editora Universitária, UFPel/Florianópolis, UFSC, 1999.

OLIVEIRA, C.R.M et al. **Idoso: Asilo ou casa?**. www.psicologia.com.pt portal dos psicólogos, 2006 Disponível: www.google.com. Acesso em 25.05.2007

OLIVEIRA, M.E. *et al.* **Cuidado humanizado; possibilidades e desafios para a prática da enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. 216p.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia** – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

\_\_\_\_\_. O Estudo da Velhice: histórico, definição do Campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PATERSON, J.; ZDERAD, L. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAVIANI, J. **Interdisciplinaridade: conceito e distinções**. Porto Alegre: Pyr, 2005. 140p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001.

PERRACINI, M. R. Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. In: FREITAS, E. V *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PICHON-RIVIERE, E. **Teoria do vínculo**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINHO, L. **O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: contribuições entre o discurso e a prática profissional** Florianópolis, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998. 254p.

POLIT, D, HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

\_\_\_\_\_. Etnografia. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. p.271-272.

RAMOS, L.R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n. 27, p. 87-94, abr. 1993

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, José Augusto de Souza Peres *et al.* (col.), São Paulo: Atlas, 1989.

ROBBINS, S. P.. **Comportamento organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS, M.L. (Org.). **Família e gerações**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 91-106.

ROGERS, C. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROSA, P.V. **Perfil dos idosos das instituições asilares dos municípios do Alto Jacui pertencentes a Região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2003. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - PUCRS. Instituto de Geriatria e Gerontologia.

SARTI, C.A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 152p.

SCOTTINI, J. **Asilamento: marginalização social do idoso? O cotidiano dos idosos asilados**. Blumenau. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Regional de Blumenau.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multiprofissional**. São Paulo (SP): OPAS, 1999.

SILVA A. L. da. O processo de cuidar em enfermagem. **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 117-126, out. 1993.

SILVA, A. M. S. *et al.* Envelhecendo e Vivendo sem Barreiras Ambientais. Monografia do Curso de Especialização em Gerontologia. NETI/PRCE/UFSC, 2003 In: SANTOS, S.M. Palestra proferida na **IV Jornada Catarinense de Geriatria e Gerontologia**, Florianópolis, abr. 2007.

SILVA, F. V.; LIBERALINO, N. B. Universidade, serviços e comunidade – diálogo no UNI-Natal. **Divulgação para Debate**, n. 12, jul., 1996.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Loyola, 1996.

SILVA, Y. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. **Texto Contexto Enf**, v. 6, n. 2, p. 127-136, 1997.

SOUZ, A.M.V de. **Tutela Jurídica do Idoso: a assistência e a convivência familiar**, Campinas, SP: Alínea Editora, 2004

STARBINSKI, J. **História da medicina**. São Paulo: Moraes, 1967.

TEIXEIRA, F. **O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda.** [On line]. São Paulo. Disponível em: <[http://www.partes.com.br/terceira\\_idadde08.htm](http://www.partes.com.br/terceira_idadde08.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2007.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desafio que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem.** Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORA, C. G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso.** Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – ROTEIRO/GUIA PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### **Profissional:**

- 1) Para você, quem é o ser humano idoso?
- 2) Na sua percepção (prática), quais são as necessidades de cuidado requeridas pelos idosos?
- 3) Que atitudes no processo de cuidar você acha importantes?
- 4) Como você pode aplicar seus conhecimentos (técnicos ou não) no cuidado ao idoso?
- 5) Qual é o seu compromisso com os idosos aqui?
- 6) Você se percebe como elemento de uma equipe? Justifique.
- 7) Como você vê a relação idosos/idosos, idosos/família e idosos/profissionais aqui na instituição?
- 8) Como você percebe o idoso institucionalizado?
- 9) Como você percebe o cuidado ao idoso aqui na instituição?

### **Idosos:**

- 1) Como o sr. percebe o idoso e o idoso institucionalizado?
- 2) O sr. se sente responsável pelo seu cuidado? Justifique.
- 3) O que o sr. acha importante no processo de cuidar?
- 4) Como o sr. percebe os cuidados prestados aos idosos pelos profissionais que aqui trabalham?
- 5) O que poderia ser melhorado no cuidado ao idoso aqui na instituição?
- 6) Como o sr. percebe a relação entre idosos/idosos, idosos/profissionais, idosos/família e idosos/comunidade?
- 7) Como o sr. percebe a relação das famílias/profissionais aqui na instituição?
- 8) O que o sr. pensa sobre a participação do idoso nas decisões na instituição?
- 9) Como o sr. percebe a relação entre os membros da equipe multiprofissional?



## APÊNDICE 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N°. 076-07

### I – IDENTIFICAÇÃO

**Título do projeto:** “Promoção de saúde e o envelhecimento saudável de idosos residentes em uma ILPI: uma investigação fisioterapêutica.”

**Área:** Enfermagem

**Pesquisador Responsável:** Silvia Maria Azevedo dos Santos

**Pesquisador Principal:** Ana Maria Carvalho Nascimento

**Data da coleta dos dados:** 06/2007 a 08/2007.

**Instituição em que será realizado o estudo:** Instituição de Longa Permanência “Associação Casa São Simeão” - Blumenau.

### II – Objetivos

**Gerais:** Verificar como os profissionais da saúde e idosos de uma ILPI percebem o envelhecimento saudável e a promoção da saúde através de temas por eles indicados como relevantes no processo de cuidar, fundamentada na teoria humanística de Paterson e Zderad.

**Específicos:** 1. Conhecer como os idosos e profissionais da saúde da instituição compreendem a promoção da saúde e o envelhecimento saudável no cotidiano do processo de cuidar; 2. Identificar junto aos profissionais da saúde e os idosos que são importantes para se buscar o envelhecimento saudável e a promoção da saúde em uma ILPI; Correlacionar os temas escolhidos pelos idosos e profissionais da saúde acerca do envelhecimento saudável e a promoção da saúde com o cuidado cotidiano na ILPI valendo-se de práticas educativas-cuidativas.

**III – SUMÁRIO DO PROJETO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de mestrado na área da enfermagem. A amostra serão todos os residentes e profissionais da ILPI que desejarem participar, desde que sejam lúcidos, orientados e conscientes e que tem condições de expressarem suas idéias. O estudo será exposto para o grupo e será discutido o tema “cuidado aos idosos na instituição e promoção da saúde”. Serão discutidos os temas relevantes propostos pelo grupo em 5 oficinas. Cada oficina constará das seguintes fases: acolhimento, preparação e desenvolvimento (tema) e fechamento. Os dados serão registrados por uma terceira pessoa que observara as oficinas, além da transcrição das fitas gravadas.

**IV – COMENTÁRIO:** A pesquisa proposta tem relevância científica e social. O tema faz parte da linha de atuação dos pesquisadores. Os documentos exigidos pela legislação foram anexados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado. Sugere-se que os autores aumentem a fonte do TCLE para 14 o que possibilita melhor visualização pelos idosos e acrescente que haverá gravações de fitas durante o processo, o que não está contemplado no TCLE.

(X) aprovado

### Parecer:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável a aprovação do referido projeto.

**Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 07 de maio de 2007.**

Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEP-UFSC

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

**APÊNDICE 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DA ILPI****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **PROMOÇÃO DE SAÚDE E O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: uma investigação fisioterapêutica** e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Blumenau (SC), /...../.....

**ASSINATURA**

**CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL PELA ILPI**

**APÊNDICE 4 – TCLE****UNIVERSIDAD FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OFICINAS**

Eu..... idoso/profissional, declaro estar de acordo em participar como informante no projeto “PROMOÇÃO DE SAÚDE E O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA ILPI: uma investigação fisioterapêutica”, de autoria da mestranda em enfermagem Ana Maria Carvalho Nascimento, sob orientação da professora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos. Uma vez que me foi afiançado que todas as informações obtidas seriam tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo seriam garantidos durante todo o processo de coleta de dados, inclusive com o material gravado, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas. Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Profª Dra. Silvia Mª Azevedo dos Santos – Fones: 48 37219480/48 96086836

Mestranda Ana Maria C. Nascimento Fones: 47 33272147/99825450

---

**Assinatura Informante**

---

**RG/CPF Informante**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM/MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTAS**

Eu,.....idoso/profissional declaro estar de acordo em participar como informante no projeto “O Cuidado na Perspectiva de Profissionais e Idosos Residentes em uma ILPI”, que tem como objetivo geral: investigar como os idosos e os profissionais da equipe multiprofissional da instituição percebem o cuidado no seu cotidiano, fundamentada na teoria humanística de Paterson e Zderad. Esse estudo é de autoria da mestranda Ana Maria Carvalho Nascimento, sob orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos. Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros. Autorizo também a gravação em meio magnético das entrevistas realizadas comigo pela mestranda no momento da coleta dos dados. Declaro, ainda, que me foi afiançado que todas as informações obtidas seriam tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo seriam garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Profª Dra. Silvia Mª Azevedo dos Santos – Fones: 48 37219480/48 96086836

Mestranda Ana Maria C. Nascimento Fones: 47 33272147/99825450

---

**Assinatura Informante**

---

**RG/CPF Informante**

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 - MÚSICA**

É - Gonzaguinha

É...

A gente quer valer o nosso amor  
A gente quer valer nosso suor  
A gente quer valer o nosso humor  
A gente quer do bom e do melhor  
A gente quer carinho e atenção  
A gente quer calor no coração  
A gente quer suar mas de prazer  
A gente quer é ter muita saúde  
A gente quer viver a liberdade  
A gente quer viver felicidade

É...

A gente não tem cara de panaca  
A gente não tem jeito de babaca  
A gente não está com a bunda exposta na janela  
Pra passar a mão nela

É...

A gente quer viver pleno direito  
A gente quer viver todo respeito  
A gente quer viver uma nação  
A gente quer eh ser um cidadão  
A gente quer viver uma nação

Fonte: Letras de Músicas (2007, *site*).

## ANEXO 2 - FÁBULA DA CONVIVÊNCIA

Há milhões de anos, durante uma era glacial, quando parte de nosso planeta esteve coberto por grandes camadas de gelo, muitos animais, não resistiram ao frio intenso e morreram, indefesos, por não se adaptarem às condições. Foi, então, que uma grande quantidade de porcos-espinho, numa tentativa de se proteger e sobreviver, começaram a se unir, juntar-se mais e mais. Assim, cada um podia sentir o calor do corpo do outro. E todos juntos, bem unidos, agasalhavam uns aos outros, aqueciam-se mutuamente, enfrentando por mais tempo aquele frio rigoroso. Porém, vida ingrata, os espinhos de cada um começaram a ferir os companheiros mais próximos, justamente aqueles que lhes forneciam mais calor, aquele calor vital, questão de vida ou morte. E afastaram-se, feridos, magoados, sofridos. Dispersaram-se, por não suportarem mais tempo os espinhos dos seus semelhantes. Doíam muito... Mas essa não foi a melhor solução! Afastados, separados, logo começaram a morrer de frio, congelados. Os que não morreram voltaram a se aproximar pouco a pouco, com jeito, com cuidado, de tal forma que, unidos, cada qual conservava uma certa distância do outro, mínima, mas o suficiente para conviver sem magoar, sem causar danos e dores uns nos outros. Assim, suportaram-se, resistindo à longa era glacial. Sobreviveram.

É fácil trocar palavras, difícil é interpretar o silêncio!  
É fácil caminhar lado a lado, difícil é saber como se encontrar!  
É fácil beijar o rosto, difícil é chegar ao coração!  
É fácil apertar as mãos, difícil é reter o calor!  
É fácil conviver com pessoas, difícil é formar uma equipe!

(Autor desconhecido)

Para sermos uma equipe, "precisamos descobrir a alegria de conviver"  
(Carlos Drummond de Andrade)