



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DAYANE BARROS ESTEVES

CUIDADOR FORMAL DE IDOSO: VERGONHA, DELICADEZA E O CUIDADO

CAMPINAS

2018

DAYANE BARROS ESTEVES

CUIDADOR FORMAL DE IDOSO: VERGONHA, DELICADEZA E O CUIDADO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração em Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA
DAYANE BARROS ESTEVES, E ORIENTADA
PELO PROF. DR. JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Es85c Esteves, Dayane Barros, 1985-
Cuidador formal de idoso : vergonha, delicadeza e o cuidado / Dayane Barros Esteves. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Juan Carlos Aneiros Fernandez.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cuidadores. 2. Envelhecimento. 3. Empatia. I. Aneiros Fernandez, Juan Carlos, 1961-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Formal Elder caregiver : shame, delicacy and the empathy

Palavras-chave em inglês:

Caregivers

Aging

Empathy

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Juan Carlos Aneiros Fernandez [Orientador]

Daniele Pompei Sacardo

Sergio Roberto de Lucca

Rosilda Mendes

Nadia Dumara Ruiz Silveira

Data de defesa: 10-08-2018

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

DAYANE BARROS ESTEVES

ORIENTADOR: JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ

MEMBROS:

1. PROF. DR. JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ

2. PROFA. DRA. DANIELE POMPEI SACARDO

3. PROF. DR. SERGIO ROBERTO DE LUCCA

4. PROFA. DRA. ROSILDA MENDES

5. PROFA. DRA. NADIA DUMARA RUIZ SILVEIRA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 10/08/2018

AGRADECIMENTO

A Deus.

Ao Professor Doutor Juan Carlos Aneiros Fernandez pela paciência, dedicação prestada, pelos conselhos, acompanhamento, incentivo e disponibilidade.

Aos cuidadores participantes nesta investigação, pela disponibilidade e testemunhos enriquecedores que permitiram a realização deste estudo.

A todos os professores em geral pelos seus ensinamentos ao longo desses anos de percurso académico.

Aos meus pais, pessoas responsáveis por tudo que sou hoje. Sempre me incentivaram a estudar e sempre me apoiaram em tudo o que eu precisava;

Às minhas irmãs e cunhado, pelos incentivos e palavras de apoio.

Ao meu marido Marcelo por todo o seu incentivo e principalmente pela paciência e compreensão ao longo dessa jornada. Companheiro e amigo caminhou comigo com tolerância e compreensão, compartilhando todos os momentos.

Aos meus filhos, Sofia e Liam, que tão pequenos me fortaleceram em momentos de fraquezas.

Aos amigos pelo apoio, ajuda, carinho, momentos de escuta e orações.

“Nenhuma época soube tantas e tão diversas coisas sobre o homem como a nossa. Mas, em verdade, nunca se soube menos o que é o homem”. (Martin Heidegger)

“Cuidar é a arte de amar, cuidar é uma atitude, é observar, é conversar, é escutar, é ouvir, é prestar a atenção no que a pessoa quer dizer.” (Ana, cuidadora)

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade. Do aumento generalizado do número de idosos há aqueles que são mais suscetíveis, necessitando, em alguns casos, de alguém para auxiliá-los nas tarefas básicas do cotidiano, destacando-se os cuidadores formais de idosos. O presente estudo teve como objetivo principal identificar as rotinas e tarefas dos cuidadores formais de idosos, bem como os significados atribuídos às práticas de cuidado dos idosos. Neste sentido esta investigação insere-se numa pesquisa qualitativa. Utilizou-se para coleta dos dados uma entrevista semiestruturada e para interpretação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. O referencial teórico utilizado abarcou temas importantes como o processo civilizador, práticas de higiene e cuidado. Para tanto, nos fundamentamos nas ideias de Nobeit Elias acerca do processo civilizador e das mudanças ocorridas no comportamento dos indivíduos, com relação às práticas de higiene corporal utilizamos os estudos de Georges Vigarello, para o autor a higiene corporal foi se deslocando gradualmente do espaço público para o privado, com base nas regras culturais e nos conhecimentos científicos de cada época. Na temática do cuidado utilizamos como fundamentação teórica os estudos de José Ricardo Ayres; procuramos enfatizar que o homem só existe mediante o cuidado, noção compreendida na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger. Com relação ao perfil dos cuidadores formais, houve prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 30 e 71 anos, baixa remuneração, alta jornada de trabalho e tempo de exercício da ocupação entre 3 e 32 anos. Ainda, a maioria dos entrevistados possuía curso de formação de cuidador formal e experiência prática com o cuidado de idosos. Da análise dos dados emergiram cinco categorias de análise: Formação para o trabalho; Desafios/Sufrimentos; Satisfação; Envelhecimento; e, Cuidado. Concluiu-se que os sofrimentos dos cuidadores formais no trabalho estavam relacionados com dificuldades em lidar com o processo de morte e morrer do idoso; insegurança de perder o emprego; baixa remuneração; sobrecarga de trabalho; e, dificuldades físicas em algumas tarefas. Os cuidadores formais de idosos que atuam no domicílio são trabalhadores solitários, e lidam sozinhos com seus medos, angústias e temores, o que pode intensificar o sofrimento. Com relação às tarefas de higiene corporal, os cuidadores não relataram

sentir repulsa, nojo ou asco ao lidar com as secreções e excreções dos idosos, problematizando a lógica do processo civilizador. Tanto os sofrimentos quanto os sentimentos de nojo foram mediados pelo cuidado ao idoso, que se apresentou como eixo central nas relações cuidador/idoso e cuidador/trabalho. O estudo das práticas de cuidado do cuidador formal de idosos mostrou-se um tema importante que poderá contribuir com futuras investigações que possibilitem criar novas ferramentas que auxiliem o bem-estar deste profissional, além de direcionar o olhar dos profissionais de saúde para uma forma de compreender os usuários como sujeitos que possuem opiniões, crenças, ideias, sentimentos e saberes, para realizar, assim, o cuidado autêntico.

Palavras-chave: Cuidadores; Envelhecimento; Cuidado.

ABSTRACT

Population aging is an increasingly present reality in our society. From the generalized increase in the number of elderly people there are those who are more susceptible, requiring, in some cases, someone to assist them in the basic tasks of daily life, standing out the formal caregivers of the elderly. The present study had as main objective to identify the routines and tasks of the formal caregivers of the elderly, as well as the meanings attributed to the care practices of the elderly. In this sense, this research is part of a qualitative research. A semi-structured interview was used to collect the data and for the interpretation of the data the content analysis was used. The theoretical reference used included important topics such as the civilizing process, practices of hygiene and care. For this, we are based on the ideas of Norbert Elias about the civilizing process and the changes that occurred in the behavior of the individuals, with respect to the practices of corporal hygiene we use the studies of Georges Vigarello, for the author the corporal hygiene was gradually moving from the public space to the private, based on the cultural rules and the scientific knowledge of each epoch. In the subject of care we use as theoretical foundation the studies of José Ricardo Ayres; we try to emphasize that man only exists through the care, notion understood in the phenomenological approach of Martin Heidegger. With regard to the profile of formal caregivers, there was a prevalence of women, between 30 and 71 years of age, low remuneration, high working hours and occupation time between 3 and 32 years. Moreover, most of the interviewees had a formal caregiver training course and practical experience with the care of the elderly. From the data analysis emerged five categories of analysis: Training for work; Challenges / Sufferings; Satisfaction; Aging; and, Watch out. It was concluded that the sufferings of formal caregivers at work were related to difficulties in dealing with the process of death and dying of the elderly; insecurity of losing a job; low pay; work overload; and, physical difficulties in some tasks. The formal caregivers of the elderly who work at home are solitary workers, and deal alone with their fears, anxieties and fears, which can intensify the suffering. Regarding body hygiene tasks, caregivers did not report disgust, disgust or disgust in dealing with the secretions and excretions of the elderly, problematizing the logic of the civilizing process. Both the sufferings and the feelings of disgust were mediated by caring for the elderly, who presented themselves as the central axis in caregiver / elderly and caregiver / work relations. The study of the care practices of the formal caregiver of the elderly has been an important theme that may contribute to future research that will allow the creation of new tools that will contribute to the well-being of this professional, as well as directing the health professionals' understand users as subjects who have opinions, beliefs, ideas, feelings and knowledge, to achieve authentic care.

Keywords: Caregivers; Aging; Emphaty

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1. Categorias teóricas, subcategorias e unidades de análise	30
Quadro 2. Caracterização individual do grupo de participantes	90
Quadro 3. Categorias empíricas, subcategorias e unidades de análise	91
Quadro 4. Categorias de análise	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CF	Cuidadores Formais de Idosos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DA	Doença de Alzheimer
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Programa Acompanhante de Idoso
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PL	Projeto de Lei
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. METODOLOGIA	19
1.1 PASSOS METODOLÓGICOS	21
1.1.1. <i>Definição dos sujeitos e dos critérios de inclusão e exclusão</i>	21
1.1.2. <i>Definição da amostra e do instrumento</i>	23
1.1.3. <i>Definição do modelo de análise</i>	27
2. MARCO TEÓRICO	32
2.1 O PROCESSO CIVILIZADOR E AS PRÁTICAS DE HIGIENE.....	32
2.2 CUIDADO	46
2.3 VELHICE, CORPO E SAÚDE.....	55
2.4 CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS NO CENÁRIO BRASILEIRO	71
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	87
3.1 PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS	87
3.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE	91
3.2.1 <i>Formação e autoformação para o trabalho</i>	93
3.2.1.1 Aprendizagem prática	93
3.2.1.2 Cursos formais	95
3.2.1.3 Construção da identidade profissional	95
3.2.1.4 Satisfação	98
3.2.2 <i>Tarefas e práticas de higiene</i>	101
3.2.2.1 Rotina de trabalho	101
3.2.2.2 Tarefas prazerosas	101
3.2.2.3 Sofrimentos/ Desafios.....	102
3.2.3 <i>Cuidados de higiene</i>	109
3.2.3.1 Secreção, excreção e odores	109
3.2.3.2 Banho	113
3.2.3.3 CONSTRANGIMENTOS	115
3.2.4 <i>Corpo e envelhecimento</i>	120
3.2.4.1 Concepções de velhice	120
3.2.4.2 Corpo envelhecido	122
3.2.5 <i>Cuidado</i>	124
3.2.5.1 Tecnologia leve-dura.....	124
3.2.5.2 Tecnologia leve	126
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
5. CONCLUSÕES	134
6. REFERÊNCIAS	136
7. ANEXOS	147
7.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA	147
7.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	150
7.3 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	154

Introdução

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, a população idosa teve um salto de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015. Esse crescimento tem implicações em quase todos os setores da sociedade, incluindo: mercados trabalhista e financeiro, demandas de bens e serviços, tais como habitação, saúde, transporte e proteção social, bem como reordenação nas estruturas familiares e laços intergeracionais.

Esta realidade demográfica apresenta-nos um Brasil que está envelhecendo, pois até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). O aumento da expectativa de vida promove um crescimento do número de idosos dependentes e que necessitam de auxílio nas atividades básicas diárias, o que tem ampliado a busca por serviços de cuidadores formais de idosos. Ressaltamos que o envelhecimento não é uma doença, mas dispõe a algumas patologias, visto que, nesta fase, o corpo muda e sofre alterações funcionais. O cuidado de um idoso dependente é uma tarefa intensa que exige tempo e dedicação. As inúmeras mudanças na sociedade contemporânea, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a diminuição da taxa de natalidade, contribuiram para que o número de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos fosse reduzido, e a contratação de cuidadores formais de idosos (CF) se apresentasse como uma das alternativas para auxiliar o cuidador informal nesse cuidado.

A função de cuidador formal de idoso está reconhecida apenas como ocupação. Está em tramitação em nível federal o Projeto de Lei nº 4.702/2012², que dispõe sobre a criação da profissão de cuidador. A ocupação de cuidador é possível a pessoas maiores de 18 anos, com ensino fundamental completo, e formação em cursos e treinamentos profissionais com carga horária de 80/160 horas; no entanto, não existem diretrizes curriculares nacionais relacionadas à profissão de cuidador, o que dificulta a constituição de um currículo unificado. Os cursos oferecidos pelo

Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) também apresentam diferentes modalidades de currículos, podendo ser realizados tanto de modo presencial como à distância. Não há uma regulação do Ministério da Educação e Cultura quanto aos cursos, que podem ser oferecidos por instituições de ensino superior, ONGs, prefeituras e empresas privadas.

As investigações sobre os cuidadores formais de idosos enquanto prática profissional são incipientes, a existência de estudos sobre esse coletivo ainda é muito escassa e faz-se necessário um aprofundamento em pesquisas que abordem diversas questões relacionadas às práticas do cuidado. Os estudos encontrados buscam caracterizar o perfil do cuidador, compreender as concepções do cuidar e da velhice, conhecer as principais dificuldades das práticas de cuidado e identificar os motivos de sobrecarga e estresse que tal função acarreta³.

Diversas dificuldades são vivenciadas nas práticas de cuidado, uma vez que estão sujeitas a imprevistos e novos desafios. A literatura indica que os profissionais que se encontram mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental são normalmente os que se relacionam de forma mais direta com quem cuidam, como por exemplo os cuidadores formais de idosos⁴. Os motivos que podem explicar esse fato são a sobrecarga de trabalho, o desempenho de papéis ambíguos, o trabalho solitário, a necessidade de lidar com a morte e com o sofrimento de quem é cuidado, porém conhecemos pouco do modo como os cuidadores enfrentam essas situações. Os resultados desta pesquisa puderam indicar tendências, deficiências e necessidades relativas a esse crescente mercado de trabalho.

A motivação para estudar o cuidado, o envelhecimento e o cuidador formal de idoso nasceu da minha experiência profissional com idosos. Após cursar a graduação em Fisioterapia, me vi em uma encruzilhada: descobrir que caminho trilharia dentro da fisioterapia? Com base nos estágios com os quais mais me identifiquei, optei por seguir minha jornada profissional junto aos idosos, ingressando em um curso de especialização em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia no Hospital das Clínicas de São Paulo.

Um paciente em especial me marcou muito durante esse período, o senhor Pablo, fotógrafo argentino aposentado, que tinha uma artrose grave no joelho direito e um desequilíbrio importante, e que fazia uso de uma bengala e utilizava um aparelho que o auxiliava na fala por causa das sequelas de um câncer de laringe. O senhor Pablo sentia muitas dores na perna ao se movimentar e por isso não saía muito de casa. Segui todos os protocolos de atendimento, realizei anamnese, fiz inúmeros testes de equilíbrio e testes ortopédicos, filmei o modo de andar, de sentar e de deitar, discuti o caso com os supervisores e tracei os objetivos do tratamento. Nossas sessões de fisioterapia ocorriam duas vezes na semana com duração de 45 a 60 minutos e, com o passar do tempo, criamos um vínculo de afeto, e as sessões se transformaram em encontros; Muitas vezes o senhor Pablo chorava, e algumas vezes eu interrompia as sessões para conversar com ele, simplesmente para ouvi-lo, o que resultava na eventual insatisfação dos meus supervisores. Meu paciente se sentia só, sua esposa havia morrido, e ele não tinha filhos, e aquelas sessões de fisioterapia eram um dos poucos momentos em que ele tinha a oportunidade de interagir com outras pessoas. Diante dessa situação, comecei a sentir falta de instrumentos que me possibilitassem um cuidado diferente, para além daquele que focava as limitações decorrentes das comorbidades. No final do curso, de dar alta ao senhor Pablo, pois seu número de sessões havia acabado, e a vaga precisava ser transferida a outro paciente, algo habitual nos serviços de saúde brasileiro. Não mantivemos contato, mas me recordo do senhor Pablo com carinho, e em muitos momentos me pego pensando como poderia ter ajudado mais aquele senhor tão simpático e solitário.

Por causa dessas vivências na especialização, decidi fazer o mestrado em Gerontologia, pois buscava conhecer temas do envelhecimento levando em conta o efeito desse processo sobre os sujeitos, como também sobre os contextos sociais nos quais eles estão inseridos. Em paralelo ao mestrado, ingressei também em um curso de aprimoramento de Cuidados Paliativos, pois estava atendendo a muitos pacientes em final de vida e estava com algumas dificuldades em oferecer o apoio necessário aos idosos e às famílias. O curso foi muito importante tanto para a

minha carreira profissional quanto pessoal, pois ressaltou que o cuidado vai muito além do alívio dos sintomas e da dor e está relacionado, também, aos desejos, medos, sonhos, receios dos sujeitos. O cuidado engloba as necessidades emocionais, sociais, familiares e espirituais do paciente e sua família.

Em minha dissertação de mestrado, discorri sobre o cuidador formal de idoso e sua concepção sobre a velhice e o cuidar. Durante a realização da coleta de dados em campo, me aproximei da realidade dos CF, conhecendo quem eram, suas formações e suas dificuldades. Os cuidadores formais de idosos são pessoas simples que muitas vezes não possuem curso de formação de cuidador formal, mas que buscam oferecer o melhor de si no cuidado aos idosos. Muitos dos sujeitos que atuavam como cuidadores formais não possuíam experiências anteriores que os preparassem para tais situações, diferentemente dos técnicos ou auxiliares de enfermagem, que passam por estágios no decorrer de suas formações, e foi diante dessa realidade que uma pergunta me inquietou e me levou a buscar uma resposta nesta pesquisa: “como é, para os cuidadores formais de idosos, lidar com as secreções e excreções dos idosos?”. Minha hipótese era que durante os cuidados dispensados pelos cuidadores aos idosos com secreções e excreções, tais experiências poderiam ser percebidas como desagradáveis, levando-os a experimentar sentimentos de aversão e nojo.

Quanto à estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, discorremos sobre a **Metodologia**, que apresenta os *Passos metodológicos* da pesquisa empírica, e está subdividida em três seções: Definição dos sujeitos e dos critérios de inclusão; Definição da amostra e do instrumento; Definição do modelo de análise. No segundo capítulo, apresentamos o **Marco teórico**, composto por temas relevantes no campo da saúde coletiva e das ciências sociais aplicadas à saúde, tais como: transição demográfica, envelhecimento, práticas de higiene, corpo, processo civilizador e cuidado. O capítulo está dividido em quatro temas:

1) *O processo civilizador e as práticas de higiene*, em que discorremos sobre as ideias de Norbert Elias⁵ acerca do processo civilizador, que consistem em

compreender o curso das transformações da afetividade, do comportamento e da experiência humana. Para o autor, as alterações dos processos de autocontrole dos indivíduos estiveram relacionadas aos processos de mudanças nas configurações sociais (nobreza, aristocracia absolutista, burguesia) e nas relações de interdependência dos indivíduos como forma de produção de diferenciação e visibilidade social. Essas mudanças estiveram associadas à monopolização da força física pelo Estado, que introduziu novas relações de poder entre os indivíduos e alterou suas relações de interdependência. Assim, ao ocorrer uma mudança de equilíbrio entre coerção externa e interna, houve uma alteração nos modos de controle. Nesse sentido, as práticas de higiene corporal também se modificaram com o processo civilizador, sendo realizadas cada vez mais de forma privada e individual.

2) *Cuidado*, em que apresentamos uma perspectiva que vai além das discussões sobre esse conceito nas práticas de saúde. A esse respeito, utilizamos como fundamentação teórica os estudos de Ayres⁶. Procuramos enfatizar que o homem só existe mediante o cuidado, noção essa compreendida na abordagem fenomenológica de Heidegger⁷.

3) *Velhice, corpo e saúde*, em que propomos a discussão sobre o lugar do corpo do idoso na sociedade contemporânea. Atualmente, multiplicam-se imagens e discursos que buscam criar um padrão homogeneizador dos indivíduos, incluindo a população idosa. O corpo adquiriu um estatuto essencial na construção de identidades, trazendo à tona novas questões e desafios, o que torna relevante a necessidade de reflexão sobre os papéis adquiridos pela corporeidade e sobre os sentidos atribuídos a ela na contemporaneidade.

4) *Cuidador formal de idosos no cenário brasileiro*, que se centra na análise do cuidador formal de idosos. Serão abordadas, na primeira parte, questões relativas às mudanças na família contemporânea, as demandas de um idoso dependente e a falta de políticas públicas que visem apoiar a pessoa idosa e seus familiares no cumprimento de seu papel. Na segunda parte, apresentamos quem são os cuidadores formais de idosos e o projeto de regulamentação da profissão de cuidador

No quarto capítulo, registramos os **Resultados e a análise dos dados**, sendo que esta última está dividida em quatro categorias: *Formação e autoformação para o trabalho; Tarefas e práticas de higiene; Corpo e envelhecimento; e, Cuidado.*

Por fim, são ainda apresentadas as **Considerações Finais** e as **Conclusões**, em que se destacam os resultados mais relevantes e se propõe uma análise reflexiva em torno das principais implicações para o campo da Saúde Coletiva no que concerne a prestação de cuidados à pessoa idosa.

Esta investigação objetivou uma abordagem do cuidador formal de idosos tendo como foco a sua percepção sobre as práticas de cuidado do idoso. Buscamos identificar as experiências e os significados relacionados ao corpo no cuidado de idosos e, para tanto, procuramos identificar as rotinas e tarefas dos cuidadores, os significados relacionados ao trabalhar com idosos e os significados atribuídos às excreções e secreções humanas nas práticas de cuidado.

1. Metodologia

A elaboração de uma pesquisa acadêmica reflete escolhas, caminhos e riscos a serem trilhados. A escolha do método adequado está diretamente relacionada com a definição precisa do pesquisador quanto ao problema da pesquisa e requer uma aproximação com o objeto de estudo, excluindo a ideia de superioridade de um determinado método ou abordagem, uma vez que cada metodologia tem peculiaridades, adequando-se às especificações do problema, dos objetivos e dos propósitos da investigação⁸.

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. É uma “forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem”^{9:105}. Permite ampliar o conhecimento da realidade estudada, de forma contextualizada e enriquecida pelos significados que lhe são atribuídos pelos participantes, o que lhe oferece uma elevada validade interna, uma vez que focaliza as especificidades dos grupos sociais estudados¹⁰.

O uso de uma metodologia qualitativa pressupõe uma análise em profundidade de significados, conhecimentos e atributos de qualidades dos fenômenos estudados, mais do que a obtenção de resultados de medida. Os pesquisadores na investigação qualitativa têm como objetivo compreender o comportamento e a experiência humana, isto é

[...] “procuram entender os processos pelo quais as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usam observações empíricas porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana”^{11:38}.

Há na pesquisa qualitativa uma discussão quanto à generalização dos dados. De um lado, há autores que defendem a não generalização visto que cada

caso é único e cada pesquisa é capaz de produzir uma teoria local^{12,13}, por outro lado, há autores que propõem a generalização nos estudos qualitativos ressaltando que se trata de uma generalização conceitual ou analítica^{8,14}. Na generalização analítica, a teoria previamente desenvolvida é usada como um padrão, com o qual são comparados os resultados da pesquisa para outros contextos¹⁴.

Dentre as diversas técnicas de coleta de dados destacamos a *entrevista*, que, segundo¹⁵, é como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”^{15:96}. A entrevista é uma técnica adequada quando se deseja mapear as práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, pois permite ao pesquisador coletar indícios dos modos como cada sujeito percebe e significa sua realidade, o que lhe permite descrever e compreender a lógica que preside as relações estabelecidas no interior de determinado grupo.¹⁶

A entrevista acontece no encontro face a face e emerge com o estabelecimento da questão do outro – sujeito entrevistado –, fundada na empatia e na intersubjetividade. Durante a entrevista, o pesquisador deve realizar um exercício de abertura para compreender a perspectiva do outro; nesse sentido, a empatia possibilita tal compreensão, sem a necessidade de viver o vivido pelo outro. O pesquisador deve ficar atento para perceber a singularidade, os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, exercitando uma escuta ativa.

“Todos os elementos presentes nos discursos, inclusive os detalhes, têm uma significação. Estes detalhes não devem, no entanto, ser considerados isoladamente; eles fazem parte de um contexto e só têm sentido em relação aos demais elementos trazidos pelo discurso.”¹⁷

A preparação da entrevista é uma etapa importante da investigação que requer tempo e exige alguns cuidados, como: o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve estar familiarizado com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, isto é, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista; as condições que garantam

ao entrevistado confidencialidade de suas informações, bem como da identidade; a preparação e a organização do roteiro ou formulário de questões.¹⁸

Por meio da entrevista, o investigador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais e, para tanto, é importante que a formulação das questões não contenha perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. As formas de entrevistas mais utilizadas nas Ciências Sociais são: entrevista estruturada, aberta ou em profundidade, entrevista com grupos focais, entrevista projetiva ou narrativa e entrevista semiestruturada.

Utilizamos nesse estudo a entrevista semiestruturada, que é composta de perguntas abertas e fechadas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, no entanto, tem liberdade de fazê-las no momento que achar oportuno, para isso deve ficar atento à fala do participante. Há a possibilidade de fazer perguntas adicionais para aprofundar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” do tema ou tenha dificuldade com ele. A entrevista semiestruturada permite a flexibilidade e riqueza de dados que pode surgir, sob premissa de que é possível ao entrevistador e ao entrevistado dar a direção para onde a entrevista caminhará e, a partir de uma ordem de temas livres, o informante vai tecendo associações ao tema proposto pelo pesquisador.¹⁹ No decorrer da entrevista, o pesquisador precisa estar sempre pronto a enviar sinais de entendimentos e de estímulos, seja por gestos, acenos de cabeça e olhares, seja por falas, o que facilita a troca entre ambos.

1.1 Passos metodológicos

1.1.1. Definição dos sujeitos e dos critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos participantes foi feita a partir das indicações dos sujeitos por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais,

terapeutas ocupacionais e dos próprios cuidadores formais de idosos. O contato de 13 cuidadores foi adquirido por intermédio de outros cuidadores que participaram da pesquisa.

A amostra foi composta de cuidadores formais de idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: cuidadores que prestavam serviço no domicílio do idoso; que cuidavam de idosos lúcidos e que realizavam tarefas de higiene íntima nos idosos. Os critérios de exclusão foram: cuidadores que possuíam cursos de técnico ou auxiliar de enfermagem, cuidadores que cuidavam de mais de um idoso no domicílio.

O primeiro contato foi realizado por telefone. Nesse momento, além da identificação da pesquisadora, era informado ao cuidador como a pesquisadora adquiriu o seu contato e, em seguida, eram apresentados os objetivos da pesquisa. Na sequência eram feitas as seguintes perguntas ao cuidador: 1. Você trabalha como cuidador de idoso? 2. Fez algum curso de técnico ou auxiliar de enfermagem? 3. O idoso de quem você cuida necessita de auxílio no banho ou faz uso de fralda? 4. O idoso é lúcido?

Os cuidadores que se enquadravam nos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa. A partir da concordância de cada cuidador convidado, foi explicado que a entrevista era composta de um encontro, dando a liberdade para os sujeitos escolherem o dia, o local e o horário para o agendamento das entrevistas. Muitos cuidadores demonstraram alegria em participar da pesquisa e se sentiram valorizados, frases como: “*nossa, que chique!*” ou “*que legal, eu quero participar sim!*” foram pronunciadas e expressaram tal satisfação. Alguns cuidadores que não se enquadraram nos critérios de inclusão lamentaram não poder participar da pesquisa e falaram: “*poxa, que pena*” ou perguntaram “*mas só pode participar se estiver trabalhando como cuidador?*”.

1.1.2. Definição da amostra e do instrumento

O tamanho da amostra foi definido entre 20 a 40 cuidadores formais de idosos, pois havia uma expectativa de que, com esse número, chegaríamos a uma saturação. Saturação refere-se a um momento na pesquisa de campo em que os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma repetição de informações, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.²⁰ Notamos que, nas 31 entrevistas realizadas, nenhum dos discursos era igual a outro, no entanto todos apresentavam elementos comuns. No início da coleta de dados, novas informações eram colhidas quando comparadas às entrevistas anteriores; porém, após a vigésima primeira entrevista, os acréscimos foram se abreviando e, após mais dez entrevistas, foram confirmadas as repetições.

Foi realizado um pré-teste com o objetivo de subsidiar a construção do instrumento definitivo da coleta de dados desta pesquisa (Anexo 1). A aplicação foi realizada em fevereiro de 2017 com três cuidadores, as entrevistas foram realizadas em seu domicílio e, posteriormente, foram transcritas para compor o instrumento. Esses cuidadores, todos do sexo feminino, cuidavam da mesma idosa com escalas de trabalho diferentes e, durante diversos momentos no decorrer das entrevistas, houve demonstração de conflitos entre duas cuidadoras. As cuidadoras em questão pontuavam diversas desavenças e havia claramente uma disputa profissional. Outro ponto que gerava atrito era a hierarquia “não dita”: a cuidadora mais antiga era considerada pelos familiares da idosa a responsável pela compra de medicamentos e produtos de limpeza. A ela cabia a fiscalização dos cuidados da idosa, bem como a comunicação de qualquer problema aos familiares, para tanto, recebia, em segredo, um salário maior. No entanto, quando essa cuidadora cobrava sua colega ou a informava sobre algo, ocorriam desentendimentos. Tais questões direcionaram as duas entrevistas para longe do propósito da pesquisa, assim, optamos por não entrevistar cuidadores responsáveis pelo cuidado do mesmo idoso. Desse modo, o pré-teste, além de testar o instrumento propriamente dito, acabou definindo outro critério de exclusão em razão do ocorrido.

Dentro do propósito da pesquisa, elaboramos o instrumento em busca de compreender como se manifestavam sentimentos como o nojo e a vergonha e as normas de higiene corporal do cuidador formal frente a secreções e excreções dos idosos. Nesse sentido, optamos por não usar diretamente tais vocábulos, uma vez que poderiam sugerir uma conotação negativa aos cuidadores, fato esse que ocorreu nas primeiras entrevistas. Quando questionados se sentiam nojo em determinadas práticas de cuidado, os entrevistados davam respostas objetivas e negativas, somente quando eram usadas outras expressões, eles afirmavam sentir nojo ou aversão. Optou-se, então, por utilizar palavras como 'incômodo' e 'desconforto', e os vocábulos 'nojo' ou 'nojento' eram usados somente se o cuidador nomeasse tal sensação.

As entrevistas foram realizadas no período de 4 de fevereiro a 30 de junho de 2017. Elas ocorreram nos domicílios dos cuidadores, em locais de trabalho, em padaria e em *shopping centers* próximos à residência dos cuidadores. Aqueles que optaram por realizar as entrevistas em seus domicílios foram acolhedores e preocuparam-se em oferecer café, bolo, pudim e biscoitos à pesquisadora; os que optaram por realizar a entrevista no *shopping* foram amáveis e pontuais e ofereciam pagar almoço e café para a pesquisadora. A duração de cada entrevista foi determinada por: a) interesse do entrevistado em continuar falando e b) imprevistos (em relação ao cuidador) que fizeram com que algumas entrevistas acabassem antes do previsto. A duração das entrevistas variou de 23 a 101 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas utilizando como recurso um aparelho MP4, o qual garantiu melhor qualidade na captação das falas, por utilizar tecnologia digital.

Percalços e aprendizagens do processo de coleta de dados

Houve certa desconfiança em relação à veracidade das informações da pesquisa por parte de alguns cuidadores, pensando se tratar de algum tipo de golpe, sendo considerada pela pesquisadora um dos motivos pelo alto número de recusas em participar da pesquisa. Três cuidadores – indicados pelos entrevistados –

solicitaram de dois a três dias para confirmar as informações com seus colegas e, após se certificarem de sua autenticidade, aceitaram participar do estudo. Todas as dúvidas externadas pelos cuidadores com relação à pesquisa foram respondidas e todas as informações concernentes à pesquisa foram explicadas com clareza. A desconfiança de alguns cuidadores persistiu até o dia da entrevista, sendo que vinte cuidadores estavam acompanhados pelo cônjuge ou filhos; no entanto, após os primeiros minutos, estabeleceu-se um sentimento de confiança e os acompanhantes se retiraram.

No decorrer do contato com os cuidadores, surgiram três dificuldades. Primeira, ter êxito no contato direto com o cuidador, pois, por diversas vezes, as chamadas telefônicas eram encaminhadas para a caixa-postal, não eram atendidas ou não era possível falar diretamente com os cuidadores, sendo a ligação atendida por parentes próximos; em outro momento, o próprio cuidador atendia a chamada, mas, por se encontrar em seu ambiente de trabalho, não era possível estender o diálogo.

A segunda dificuldade foi conciliar a disponibilidade de horários dos cuidadores para agendar as entrevistas, visto que, nos dias de folga, eles costumam resolver situações do cotidiano, como ir ao banco, fazer compras e limpar a casa. Houve casos de cuidadores que não aceitaram participar da pesquisa por não terem horários disponíveis em suas folgas.

A terceira dificuldade foi o alto número de cancelamento e adiamento das entrevistas. Alguns cuidadores desmarcaram ou cancelaram as entrevistas no próprio dia agendado, o que dificultava o encaixe de outra entrevista no horário vago. Alguns cuidadores optaram por remarcar e outros preferiram não participar mais da pesquisa.

As entrevistas foram iniciadas com a apresentação pessoal da pesquisadora e, em seguida, eram explicados os objetivos da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Os aspectos éticos e legais foram preservados e elaborados de acordo com as leis e regulamentação vigentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp sob o número 015844/2017 e CAAE: 65220117.5.0000.5404. Após a concordância do cuidador e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pesquisadora iniciava a gravação e o entrevistado era convidado a relatar sobre o início do seu trabalho como cuidador de idosos.

Duas entrevistas foram excluídas: a primeira passou informações falsas quanto à atuação como cuidadora de idosos, uma vez que realizou curso de formação de cuidador de idosos, mas não exercia a função, e sim trabalhava como recepcionista em uma casa de repouso; a segunda foi agendada para ser realizada no local de trabalho da cuidadora, no entanto, não havia um lugar reservado para o encontro, e os familiares (filha e marido) da idosa se aproximaram diversas vezes para ouvir sobre o que conversávamos, o que fez com que tanto a entrevistada quanto a entrevistadora não se sentissem confortáveis com a situação. A pesquisadora, então, optou por encerrar a entrevista, e a cuidadora não teve interesse em reagendar.

Dois cuidadores não foram às entrevistas agendadas, ao retomar o contato, a pesquisadora não obteve sucesso, pois as ligações não foram atendidas. Um caso em particular chamou a atenção: uma das cuidadoras que concordou em participar da pesquisa agendou a entrevista para o período da tarde do seu dia de folga. A entrevista foi marcada para ser realizada na casa da cuidadora, uma senhora que aparentava ter 65 anos. A voluntária parecia preocupada e, após a leitura do TCLE, questionou se poderia não participar da pesquisa. Foi reafirmado que a cuidadora tinha total liberdade quanto à escolha de participar ou não da pesquisa e que cabia somente a ela tal decisão, desta forma, a voluntária preferiu não participar. Quando questionada sobre a razão, argumentou que não queria arrumar outro emprego, que gostava de onde trabalhava; a pesquisadora, por sua vez, explicou novamente os objetivos da pesquisa e garantiu a confidencialidade das informações e da identidade da cuidadora. Posteriormente a voluntária relatou que, no dia da entrevista, havia comentado com sua “patroa” (filha da idosa de quem cuidava) que participaria de uma pesquisa, e esta lhe disse para ter muito cuidado

com o que iria falar. A cuidadora afirmou que estava com medo de participar da pesquisa por não saber se teria consequências. Assim, a pesquisadora respeitou sua decisão e encerrou o encontro.

O trabalho de campo se apresenta como possibilidades de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento da realidade do campo. Diante disso, é importante pontuarmos os aprendizados que o trabalho de campo nos trouxe. No que diz respeito à dificuldade de contato com os cuidadores, o contato telefônico se mostrou o mais eficaz. Quando utilizamos outros recursos, como enviar mensagem pelo aplicativo *WhatsApp* ou por SMS, bem como deixar recado na caixa postal, o retorno era baixo.

A confirmação do agendamento da entrevista no dia anterior se mostrou importante, visto que algumas vezes ocorriam imprevistos na rotina dos cuidadores, como internação do idoso ou duplicação da jornada de trabalho para cobrir a folga de um colega. Era também durante a confirmação da entrevista que muitos cuidadores se lembravam de que haviam marcado de participar da pesquisa, e que algumas entrevistas eram reagendadas.

1.1.3. Definição do modelo de análise

Existem diferentes técnicas de organização e análise de dados na pesquisa qualitativa. Neste estudo optou-se pela Análise de Conteúdo (AC).

A AC possui diferentes técnicas que podem ser empregadas pelo pesquisador, e que dependerá da vertente teórica seguida pelo sujeito que a aplicará, sendo elas: análise temática ou categorial, análise de enunciação, análise da expressão, análise de avaliação ou representacional, análise do discurso, análise das relações ou associações, análise do geral para o particular, análise do particular para o geral, análise transversal ou longitudinal, análise léxica ou sintática, análise segundo o tipo de relação mantida com o objeto estudado, análise de dupla categorização em quadro de dupla entrada. A escolha da técnica deve ter relação

com o tipo de pergunta elaborada, o tipo de conhecimento que se deseja produzir frente ao objeto estudado e, fundamentalmente, necessita de sistematização²¹.

Optamos nesta pesquisa pela Análise Temática, técnica utilizada para analisar dados qualitativos e que busca identificar, analisar e relatar padrões a partir dos dados coletados. Os padrões são denominados núcleos temáticos e são parte significativa do conjunto de dados, relacionando-se intimamente com a questão de pesquisa.

Segundo Minayo²², a análise temática é composta de três fases: 1. pré-análise; 2. exploração do material ou codificação; 3. tratamento e interpretação dos dados obtidos.

A etapa de **pré-análise** compreende:

- a) Leitura flutuante: o primeiro contato do pesquisador com os documentos da coleta de dados, que implica o reconhecimento inicial do material e o estabelecimento de familiaridade com ele.

Escolha dos documentos: consiste na composição do *corpus* da análise de conteúdo.

- b) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados.
- c) Elaboração de indicadores: com a finalidade de interpretar o material coletado.

Concluída a primeira fase, parte-se para a **exploração do material**, que constitui a segunda fase. A exploração do material consiste na construção das operações de codificação, ou seja, busca encontrar categorias, que, segundo Minayo²², são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Na exploração do material, o pesquisador vai identificar as unidades de registros – palavras, frases, orações – com o objetivo de fazer a categorização. Nessa fase, o texto das entrevistas é recortado em unidades de significação, captando os sentidos das comunicações em uma tarefa de codificação de segmentos de conteúdo que se mostrem como unidade base. Inicia-se um

procedimento meticuloso de interpretação de cada uma dessas unidades, articulando-as entre si, tendo por finalidade a formulação de hipóteses explicativas do universo estudado.

As categorias de análise podem ser eleitas pelo pesquisador antes da realização das entrevistas a partir de referências teóricas e conceituais, de um conhecimento prévio do campo empírico ou podem emergir no momento da análise, pela identificação por parte do pesquisador de conteúdo recorrente nas falas dos entrevistados e pode-se triangular a partir das referências teóricas e dos dados empíricos.

A terceira fase compreende o **tratamento e interpretação dos dados**, que consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes em todo o material coletado. A análise comparativa é realizada através da justaposição das categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

Construção das categorias temáticas

Todas as entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora. Posteriormente as entrevistas passaram por uma conferência onde era ouvida a gravação com o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudança de entonação, interjeição, interrupção e silêncios. Nessa fase, houve uma imersão nos dados por meio de leitura e releitura exaustiva das entrevistas e anotações a respeito das percepções iniciais acerca dos temas. Em um primeiro momento, optamos por manter a escrita fiel à fala, com pontuação adequada para não alterar o discurso. Num segundo momento, optamos por adequar ao nível formal de linguagem as expressões, que na comunicação oral, os participantes costumam pronunciar de maneira informal, contudo, nenhuma adequação realizada alterou o sentido dos discursos.

Nas transcrições adotamos a seguinte padronização: os parênteses com reticências, (...), indicam recortes dentro das falas, e as informações entre colchetes,

[informação], referem-se a observações, contextualizações e expressões não verbais dos entrevistados, no sentido de auxiliar a compreensão do leitor.

Em seguida, buscamos a identificação e criação sistemática e sem auxílio de *softwares* dos códigos para as unidades de análise. A análise dos dados nos direcionou a utilizar temas como unidade de análise. A relação que se processa entre o pesquisador e o material pesquisado é de intensa interdependência; nesse sentido, a escolha dos fragmentos dos textos para a análise dos dados utilizou os objetivos da pesquisa e os conceitos teóricos como primeiros norteadores, porém não se pode negar o uso de recursos mentais e intuitivos do pesquisador que muitas vezes transcendem as questões postuladas e são definitivamente necessários a uma análise desse porte.²³

As categorias Corpo, Cuidado de higiene e Tarefas foram categorias teóricas que se ancoraram na fundamentação teórica da pesquisa (Quadro 1). Dentro das três categorias, identificamos algumas subcategorias, assim, passamos de um plano de maior abrangência para planos subsequentes de menos abrangência, mas associados às categorias principais. Durante a fase de identificação das categorias e subcategorias, houve um movimento de refazer, suprimir ou alterar as categorias e subcategorias; após a sua definição, as unidades de análise eram colocadas no quadro de acordo com as respectivas subcategorias.

Quadro 1. Categorias teóricas, subcategorias e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
Tarefas	Rotina de trabalho	Tarefas desempenhadas pelos cuidadores em seu ambiente de trabalho.
	Tarefas prazerosas	Satisfação no desempenho de tarefas específicas.
		Satisfação na realização de todas as tarefas.
	Tarefas difíceis	Dificuldades físicas e psicológicas.
	Significados do seu corpo	Representações/significados que os CF atribuem ao seu próprio corpo.

Corpo	Corpo envelhecido	Representações do corpo envelhecido.
		Cuidados especiais com o corpo envelhecido.
	Cuidado e gênero	Diferenças no cuidado do corpo do idoso e da idosa.
		Atitudes e sentimentos diante do corpo nu.
Cuidado de higiene	Banho	Significados atribuídos ao banho.
	Constrangimentos	Situações nas quais o idoso se sentiu constrangido.
		Situações nas quais o CF se sentiu constrangido.
	Secreções e Odores	Sentimentos dos CF ao lidar com as diferentes secreções e odores.
	Estratégias	Estratégias adotadas pelos CF diante das secreções.
		Identificação de estratégias adotadas pelos CF diante dos odores.

O material desta pesquisa foi interpretado pela triangulação. A triangulação consiste em combinar dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados. A triangulação para análise das informações favorece uma percepção de totalidade acerca do objeto de estudo e a unidade entre aspectos teóricos e empíricos.²² Neste estudo foram trianguladas as categorias teóricas com categorias empíricas para se chegar, então, às categorias de análise, de modo a se produzir um conhecimento adicional em relação ao que seria possível se fosse adotada uma única perspectiva.

2. Marco teórico

2.1 O processo civilizador e as práticas de higiene

Cuidar de idosos dependentes demanda dos cuidadores lidar diretamente com as secreções e excreções dos idosos, situações essas que geram sentimentos como nojo, repugnância e vergonha. Segundo Elias⁵, tais sentimentos não são sentimentos naturais do homem, mas foram construídos socialmente; são sentimentos característicos do homem moderno civilizado e que se tornaram institucionalizados.

Para Elias⁵, nosso comportamento foi se refinando ao longo dos séculos, nos tornamos indivíduos mais educados, comportados, asseados e delicados. Em sua obra *O processo civilizador*, o autor mostra como e porque as mudanças dos costumes não se dão de maneira aleatória, e sim, segundo uma lógica que foi se construindo com o passar do tempo, qual seja, os crescentes sentimentos de vergonha e repugnância aliados à, igualmente crescente, tendência de esconder seus causadores nos bastidores da vida social²⁴.

Elias propõe que o processo civilizador é constituído de dois aspectos capazes de compreender a construção social da civilização como forma específica e particular da configuração social e que concomitantemente formam a teoria dos processos de civilização: o aspecto da Sociogênese e o aspecto da Psicogênese. Segundo Brandão²⁵, a teoria dos processos de civilização proposta por Elias baseia-se:

“na defesa de que, toda e qualquer transformação ocorrida na estrutura da personalidade do ser individual (psicogênese), produz uma série de transformações na estrutura social em que o indivíduo está inserido. Da mesma maneira, as diversas transformações que ocorrem constantemente nas estruturas das sociedades (sociogênese), especialmente nas relações sociais, produzem alterações nas estruturas de personalidade dos seres individuais que a compõem”^{25:10}.

Elias⁵ tinha o objetivo de realçar a ligação entre as estruturas mentais (o sentimento de vergonha e repugnância) e a dinâmica social (noção de refinamento e civilização), mostrando que há uma interdependência entre o desenvolvimento das estruturas de personalidade e das estruturas sociais, isto é, não se podem compreender as transformações ocorridas na sociedade sem compreender as alterações ocorridas nas estruturas de personalidade dos indivíduos que a compõem.

Elias⁵ propõe que a civilização pode ser entendida como uma mudança no controle das paixões e da conduta, a qual “guarda estreita relação com o entrelaçamento e interdependência das pessoas”^{5:54}. O processo civilizador se constitui em um percurso de “aprendizagem involuntária”, isto é, “nenhum ser humano chega civilizado ao mundo e o processo civilizador individual que ele obrigatoriamente sofre é uma função do processo civilizador social”^{54:15}, em outras palavras, o sujeito desde seus primeiros anos é inserido em um determinado contexto social e se encontra submetido a um processo civilizador que molda seu comportamento segundo as normas vigente em seu tempo.

Para o autor, essas normas de comportamento são fruto de uma transformação histórica que acompanhou um longo processo de mudança do autocontrole individual, dos patamares de repugnância e vergonha. Segundo Elias⁵ um dos aspectos mais entendidos como notáveis no transcorrer do processo civilizador foi o crescente sentimento de vergonha. A propagação desse sentimento nas relações sociais é mostrada em sua obra como um importante ponto de transição da economia dos afetos e do comportamento dos indivíduos em sociedade²⁴.

O autor aponta também que a estrutura de comportamento civilizado está associada com a organização da sociedade sob a forma de Estado, ou seja, as mudanças nos sentimentos de vergonha e delicadeza transformaram os padrões do que a sociedade exige e proíbe. O autor discute as formas diferenciadas das alterações dos comportamentos sociais aceitáveis e a materialização das estruturas

mentais e emocionais em códigos e regras de comportamento, mediante estágios diferenciados²⁶.

Elias⁵ discorre sobre diferentes épocas e sociedades mostrando as alterações dos comportamentos dos indivíduos. Na sociedade guerreira, o controle das emoções era baixo: caracterizada como uma sociedade violenta e com uma economia de escambo, os conflitos eram solucionados de maneiras brutais. Ao passo que houve o desenvolvimento da atividade comercial e da circulação da moeda, surgiu um novo e diferenciado nível de controle das emoções. Os indivíduos foram forçados a viver pacificamente em sociedade e passaram a observar uns aos outros, o que Elias⁵ chama de “controle social”. Este controle foi modificando lentamente o padrão de comportamento dos indivíduos, de modo que os indivíduos passaram a policiar seu próprio comportamento.

A sociedade feudal foi gradativamente sendo substituída pela sociedade de corte absolutista, período em que se desenvolveu mais intensamente o controle das emoções pelos indivíduos. A formação gradual da sociedade de corte veio acompanhada por uma civilização das pulsões e dos modos da classe superior, houve uma maior contenção e regulação do controle social e um aumento da dependência da nobreza face ao rei ou ao príncipe. Foi nesse período que a luta pelo poder se intensificou e que nasceu o luxo nas cortes, em que a etiqueta e as boas maneiras se constituíram em um ritual direcionado a ambição dos que pretendiam ser reis ou estar próximos ao rei²⁷.

Os indivíduos passaram a controlar mais seus comportamentos, e as boas maneiras eram exigência do convívio social. As cortes foram se transformando em modelos e centros formadores de disseminadores do estilo. Da corte eram propagados os códigos de conduta, maneiras, linguagens e gostos para os moradores de pequenas cidades das províncias. As formas de comportamento ensinadas nos manuais de boas maneiras surgiram na classe aristocrática e foram difundidas em toda a sociedade independentemente das classes sociais.

No desenvolvimento da sociedade, o passo subsequente foi o surgimento da sociedade burguesa, caracterizada pela competição às diversas funções sociais,

o que ampliou o autocontrole dos indivíduos²⁸. Visto que a sociedade se modificava, o número de funções sociais crescia e o grau de dependência entre os indivíduos aumentava, fazendo com que estes, cada vez mais, regulassem suas condutas e seus hábitos em relação aos outros. O autocontrole passou a fazer parte da personalidade dos indivíduos na medida em que “o controle mais complexo e estável da conduta passou a ser cada vez mais instilado no indivíduo desde seus primeiros anos como uma espécie de automatismo, uma autocompulsão à qual ele não poderia resistir, mesmo que desejasse”^{5:195}.

Para Elias⁵, a fixação do autocontrole mental como característica de personalidade do ser humano deu-se em função de diversos elementos, entre eles a crescente divisão entre a vida pública e a vida privada. Essa divisão faz com que as proibições apoiadas em sanções sociais sejam refletidas nos indivíduos em forma de autocontrole, uma vez que a “pressão para restringir seus impulsos e a vergonha sociogenética” que os cercam transformam-se em “hábitos que não podemos resistir a eles mesmos quando estamos sozinhos na esfera privada”. O desafio que o indivíduo enfrenta no seu interior é entre impulsos que prometem prazeres e tabus e proibições que os negam aliados aos sentimentos de repugnância e vergonha²⁸.

Segundo Elias⁵, o controle das paixões e dos impulsos faz parte da nossa sociedade, e dificilmente uma sociedade sobreviveria se esse tipo de controle não fosse internalizado nos indivíduos na forma de autocontrole e internalizado na sociedade em forma de códigos de conduta e de padrões de comportamento (controle social), uma vez que esses controles são resultados da relação entre a estrutura social e a estrutura da personalidade dos indivíduos.

É nesse contexto do autocontrole dos indivíduos, nos códigos de conduta e no padrão de comportamento que as práticas de higiene corporal se inserem. A noção de higiene é culturalmente relativa, assim como as práticas que lhe são atribuídas. As regras de higiene são práticas de refinamento que se diferenciavam nas classes sociais. As sensações do corpo são normalizadas segundo os códigos culturais, valores sociais que garantem a inserção do indivíduo em determinados

grupos sociais, e cada grupo transmite as formas de lidar com o corpo para as próximas gerações transmitindo seus valores culturais e de classe.

Entre o final da Idade Média até metade do século XVIII, o comportamento relacionado às práticas de higiene corporal dispensava a água. Esta era considerada um agente perigoso, capaz de se infiltrar no corpo e causar doenças. O banho e as estufas eram considerados costumes perigosos dado que o contato do corpo com a água quente abria os poros, deixando os órgãos expostos ao ar contaminado. A esse respeito, no século XVI o fechamento dos banhos foi oficial e sistemático e o temor dos banhos e das estufas atravessou todo o século XVII. Porém a falta de banho não eliminou a preocupação com a limpeza; certos odores do corpo evocavam também a necessidade de os eliminar, sendo os banhos substituídos pelas fricções e pelos perfumes.

Segundo Vigarello²⁹, os manuais de boas maneiras da época evocavam sistematicamente o “asseio do corpo” enfocando a atenção às partes visíveis, como as mãos e o rosto. A toailete era realizada, na maioria das vezes, de maneira “seca”. As práticas de higiene da época não estavam relacionadas a questões “sanitárias”, mas a questões morais, visto que o objeto de tais normas era a decência, antes da higiene.

Na Europa, principalmente entre as pessoas da corte, os bons modos estavam relacionados com as práticas de higiene, e representavam um sinal de civilidade, contrário às maneiras rudes dos camponeses. Nos séculos XVI e XVII, “o cuidado com a limpeza concentrava-se mais explicitamente na roupa de baixo e no traje”^{29:2}, a limpeza pessoal era representada pela limpeza da roupa branca e constituía um cuidado com o corpo que não existia antes.

A limpeza girava em torno da aparência, a brancura dos punhos e do colarinho demonstrava a limpeza que os panos escondiam. A renovação da roupa branca, que retinha a transpiração e as impurezas, eliminava a sujeira do corpo, assim, trocá-la era, no fundo, lavar-se.

No século XVII, a ilusão da aparência limpa ganhou complemento e um novo costume relacionado à limpeza foi incorporado entre os nobres europeus: o

empoamento dos cabelos. Essa prática passou a representar o mesmo papel do branco da roupa de baixo, isto é, sua ausência representava falta de limpeza, desalinho e desleixo. Associado ao uso do pó, o perfume era usado para aparentar a limpeza, tanto misturado ao pó, por maceração com ervas perfumadas, quanto em forma de essência para esfregar no corpo todo, que, segundo Vigarello²⁹, era “um instrumento modelador nessa arte da aparência: sendo ainda mais enganador por escapar às referências visíveis”^{29:97}.

A partir do segundo terço do século XVII, o banho teve uma nova presença, e a água começou a se integrar no cotidiano de alguns nobres, embora a ideia de que ela penetrava o corpo ainda fosse presente na mentalidade das pessoas; a prática limitou-se a uma elite restrita. A aceitação do banho nesse período não correspondia a um aprofundamento da discussão da higiene, o banho era “antes de tudo refinamento suplementar para o mundano. É o refinamento dos sentidos e dos gostos”^{29:113}. A mudança de hábito e a inclusão do banho aos costumes da época foram aumentando gradativamente com o contato com água.

No final do século XVIII, os pós e pomadas passaram a ser evitados, pois vedavam os poros e dificultavam a saída dos humores, o que provocava catarros, dores de garganta e enxaquecas. Assim, a limpeza não se fazia mais no olhar, era preciso eliminar as crostas de sujeira a fim de não impedir a transpiração. A limpeza facilitaria as excreções de humores e a fluidez do sangue, além de manter a circulação e o movimento interno, o que contribuía para a “prevenção de doença”. Nesse período a limpeza era justificada pelo argumento da saúde e enfatizava as funcionalidades dos órgãos, uma vez que buscava evitar outros males.

O banho passou a ter uma presença mais ativa, esse novo interesse na água refletia a importância dada ao tema nas inúmeras monografias médicas publicadas. A teorização médica discutia a influência dos abalos produzidos no interior dos órgãos e os fenômenos de sensibilidade, assim, os banhos eram associados muito mais a questões terapêuticas, e seus efeitos dependiam da temperatura da água.

“A água quente, a mais penetrante, exporta para todas as partes do organismo suas influências emolientes; a água morna modera os aquecimentos, podendo atenuar nervosismo e mal-estar durante os grandes calores; a água fria, enfim, suscita contrações em cascata, capaz por sua vez de reforçar os músculos e os vigores”^{29:111}.

No entanto, a resistência ao banho ainda era presente e encontrava respaldo também nos pudores, uma vez que a água quente e o isolamento da banheira eram considerados perigosos, podendo favorecer o surgimento de maus pensamentos e do desejo sexual.

Na primeira metade do século XIX, o banho pouco a pouco ganhou mais espaço, ao mesmo tempo em que as teorias também evoluíam, tendo referências cada vez mais funcionais. Os manuais que tratavam de saúde até então concentravam-se no “cuidado” ou na “conservação de saúde” e passaram a ter o título de tratados ou manuais de “higiene”; desse modo, a “higiene já não é adjetivo que qualifica a saúde, mas o conjunto de dispositivos e saberes que favorecem sua manutenção. É uma disciplina específica dentro da medicina”^{29:186}.

Já no final do século XVIII, o médico aproximou-se do político, desempenhando um papel na disposição das cidades e de diversos locais públicos. No início do século XIX, o médico reivindica mais rigor e uma maior sistematização, o que conotava uma vontade maior de afirmar um saber integrado, uma insistência em ressaltar a competência científica.

Na França a Medicina Social foi destinada ao enfrentamento da questão urbana. O Estado lutava para eliminar os amontoados da miséria, eliminando o medo das epidemias, das revoltas, dos esgotos, dos desmoronamentos dos prédios mal construídos. Assim, desenvolveu-se a medicalização das coisas, da cidade, do ar, da água, “uma medicina das condições de vida e do meio de existência”^{30:92}.

Nesse período também surgiu a noção de salubridade, com “base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos”^{30:93}, o que ampliou a intervenção do corpo médico no disciplinamento da cidade. As novas autoridades sanitárias e epidemiológicas deveriam garantir a vigilância, o exame dos

espaços controlados, ganhando poder de controle sobre o povo através da prevenção da doença.

Foi pelo pretexto da salubridade que a noção de higiene pública se apresentou como controle político-científico do meio urbano. Na posição de higienista, o médico assegurou uma posição política, econômica e socialmente privilegiada, que lhe permitiu movimentar-se em diferentes instâncias de poder, observando, corrigindo, melhorando o corpo social, prescrevendo comportamentos em benefício da saúde coletiva e individual e, assim, assegurando a higiene e a saúde.

A higiene do século XIX continuou a enfrentar grandes obstáculos para difundir a prática do banho e convencer de que ela não ofendia o pudor, que estava diretamente envolvido no desnudamento do corpo exigido pelas práticas do banho e, sobretudo, pelas apalpações que elas provocavam; assim, todos os gestos, olhares e toques eram considerados suspeitos. Até meados do século XIX, os banhos eram tomados com camisas em conventos religiosos, e algumas famílias da elite também contestavam as práticas do banho.

A fim de evitar doenças como a cólera, instruções de higiene eram difundidas pela cidade: o banho morno e a troca de roupa branca regularmente eram recomendações que enfatizavam a importância de se manter a pele limpa. As instalações dos estabelecimentos de banho em Paris seguiam uma hierarquia social e priorizavam os bairros mais ricos da burguesia. Até meados do século XIX, não era comum as casas terem espaços reservados para os banhos, mas possuíam lugares íntimos em que a toalete e as abluções parciais eram realizadas. Assim, o banho no segundo terço do século XIX tornou-se, mais do que nunca, uma forma de distinção social. As práticas não se diferenciavam apenas entre o banho e a lavagem parcial do corpo, mas se diferenciavam entre os vários tipos de banho. O banho dos mais ricos aumentou sua diversidade e finalidade, a água morna facilitava a energização orgânica, a água quente servia para a distensão íntima e a água fria era utilizada nas terapias. Enquanto os costumes dos mais ricos se diversificavam e

se especializavam, os dos mais pobres eram aqueles cuja higiene era decidida pelos outros.

Havia uma moralização da limpeza: o objetivo não era outro senão transformar os costumes dos menos favorecidos, eliminando seus vícios supostos, ocultos ou visíveis e modificando suas práticas corporais. A prática do banho tinha distintos significados de limpeza para os ricos e para os pobres, para os primeiros, o banho era voltado para a prática do prazer individual, e para os segundos, para a prática da higiene coletiva³¹.

Com as descobertas de Pasteur, em meados do século XIX houve um deslocamento do olhar: a sujeira não se manifestava mais apenas pela aparência e pelo odor, mas podia ser invisível, a água mais transparente ou a pele mais clara podia conter bactérias. A limpeza tornou-se a base da higiene, pois ela afastava toda a sujeira e, conseqüentemente, todos os micróbios. Isso fez com que a higiene se intensificasse, uma vez que “a própria percepção já não permite mais detectar o ‘sujo’”^{29:224}. A prática do banho tornou-se mais complexa, ablações e fricções vigorosas posteriores a imersão seriam mais eficazes, pois a água suja pela imersão poderia aderir-se a pele.

A limpeza muda de conceito e se desloca para a assepsia. O micróbio é a sua referência negativa, e a assepsia, sua referência idealizada, “ser limpo é antes de tudo afastar as bactérias, protozoários e vírus”^{29:229}.

A limpeza adquiriu no final do século XIX legitimidade, as descobertas a respeito dos micróbios conferiram-lhe o valor de verdade e transformaram a nossa existência de tal forma que é difícil pensar em impureza sem relacionar o seu caráter patogênico; entretanto, para Douglas³², a nossa ideia de impureza é de ordem simbólica, antes de orgânico e patológico.

Para a autora, a impureza “é o subproduto de uma organização e de uma classificação das matérias, na medida em que ordenar pressupõe repelir os elementos não apropriados”^{32:30}, isto é, a impureza é como uma espécie de síntese de elementos rejeitados pelo nosso sistema ordenador e está relacionada com aquilo que não está no lugar.

A reflexão sobre a impureza implica uma relação entre a ordem e a desordem, o ser e o não ser, a vida e a morte. Quando em uma sociedade os comportamentos, ideias, ações, categorias sociais, instituições são ordenados, são também classificados como puro e impuro, de modo que o perigo da impureza deve ser evitado. A microbiologia forneceu veracidade para a legitimação das regras de higiene corporal, regras essas que se alteram tanto com os conhecimentos científicos, quanto com as mudanças do sistema social ou das situações sociais em que são implementados os comportamentos dos indivíduos, uma vez que “nossa ideia de sujo é composta de duas coisas: cuidado pela higiene e respeito pelas convenções”^{32:17}.

Enquanto a sujeira não era associada à desordem, ela não incomodou, uma vez que não representava perigo; no entanto, quando se vinculou a sujeira às epidemias e doenças, ela passou a ser considerada impura, um obstáculo a saúde e vinculada à morte. Hoje temos uma representação da sujeira como algo associado às doenças e aos microrganismos, assim, tudo que é sujo pode conter micróbios invisíveis e podem causar doenças. Para satisfazer essa necessidade de higiene e limpeza, as indústrias químico-farmacêuticas fabricam e comercializam inúmeros produtos de higiene pessoal que prometem combater 99,9% das bactérias. Os anúncios publicitários de muitos produtos de higiene utilizam termos como: bactérias, vírus, cloro, flúor, carvão ativado, entre outros, que, embora não sejam entendidos pela maioria dos consumidores, são aceitos e incorporados ao cotidiano. Os produtos de higiene oferecidos pelo mercado se multiplicam, entre cosméticos, toalhas, águas aromáticas, rituais de banho, sais, sabonetes, enxaguantes bucais, álcoois em gel e outros.

As tecnologias também são grandes aliadas das nossas ideias de assepsia, ao produzir sensores para acionar torneiras, descargas e secadores de mãos sem a necessidade do toque, dando-nos a sensação de proteção; no entanto, para sair do banheiro é necessário tocar na maçaneta em que todos tocaram, tanto aqueles que lavaram as mãos quanto os que não as lavaram.

Esses artifícios reforçam a ideia de que precisamos manter as barreiras entre o limpo (não contaminado) e o sujo (contaminado). A noção de poluição, sujeira e perigo é crescente, e elementos simples do cotidiano são causadores de incômodos, por exemplo, os fios de cabelo, enquanto presos ao corpo não causam incômodo, mas na roupa, no chão ou na comida se tornam repulsivos. Outro exemplo é a saliva, que quando está na boca não provoca aversão, mas, ao ultrapassar as fronteiras do corpo, torna-se suja e perigosa. A assepsia nos nossos dias é um adjetivo que qualifica a saúde, o conjunto de dispositivos e saberes que favorecem sua manutenção e legitimam o uso de produtos de higiene assépticos nos passam a ideia de limpeza e segurança. O que praticamos hoje em relação às regras de higiene e assepsia está baseado em toda uma trajetória social, e as representações da higiene se alteraram de acordo com o grupo social e o contexto de cada época, como afirma Rodrigues^{33:16}, “o passado não está apenas no passado: ele constitui nossa sensibilidade e continua de certa forma (...) a ser presente”.

As ideias de higiene e assepsia também estão associadas com a ideia de posição social e poder, uma vez que o limpo, o puro, prevalece sobre o sujo, o impuro. O comportamento da maioria dos indivíduos que se deparam com pessoas sujas e malcheirosas é o de exclusão, isolamento e medo do contágio. Uma pessoa ou um ambiente sujo são considerados fontes de ameaça, nesse sentido, devem-se centrar forças para que os contaminantes sejam controlados e a ordem seja estabelecida. No que se refere às profissões, ainda hoje persiste fortemente a ideia de que lidar com o sujo, com o desagradável, com aquilo que provoca nojo e asco é função de profissões que ocupam os patamares inferiores na sociedade, como o catador de lixo, o coletor, o encanador, os faxineiros; no contexto da saúde, essas tarefas são de responsabilidade dos cuidadores formais, atendentes, técnicos e auxiliares de enfermagem. Essas profissões, cada uma inserida em seu contexto de trabalho, estão ligadas à percepção de estar realizando um trabalho pouco prestigiado e socialmente desqualificado. Além de estarem submetidas a baixos

salários, condições de trabalho ruins, e condições insalubres, como estresse, fadiga, jornadas extensas e exaustivas.

No contexto da saúde, o cuidado ao indivíduo doente é constituído de diversas funções “manuais”, e cabe aos cuidadores, auxiliares e técnicos de enfermagem o papel de executores dessas funções. Há uma separação entre o saber e o fazer, muitos profissionais de saúde que possuem curso superior são os detentores do saber e utilizam de seu intelecto para cuidar do doente, já os cuidadores formais, os auxiliares e os técnicos de enfermagem utilizam de suas capacidades manuais para cuidar, e na maioria das vezes, realizam tarefas planejadas por outro profissional, cabendo a eles apenas a execução, isto é, lidar com aquilo que é rejeitado pelos profissionais do saber. Nessa hierarquia vertical, o que resta excretado, ou desconsiderado, é o sentido dado pelos trabalhadores à integralidade de suas práticas. Nessa perspectiva, a eliminação da sujeira vai de par com a desqualificação do agente da limpeza.

As razões higiênicas e de saúde receberam mais destaque para obter maior grau de controle dos impulsos e das emoções e passaram a “desempenhar um papel importante nas ideias dos adultos do que é civilizado”^{5:140}. As normas de bom comportamento não surgiram por causa do nosso medo de contrair doenças, mas surgiram do nosso sentimento de repugnância, ocorreu uma mudança nos nossos impulsos e emoções. A motivação é fundada na consideração social, antes da motivação científica, visto que a vergonha e o nojo aumentaram antes que as pessoas tivessem uma ideia clara de transmissão de doenças. Houve um aumento do controle individual sobre seus próprios atos sociais.

Le Breton³⁴ aponta que o discurso religioso perdeu seu espaço social no que se refere às práticas de cuidado do corpo, dando lugar a obsessão pela saúde e a busca do corpo limpo e perfeito. O corpo torna-se meio e suporte das relações humanas e novas “doenças” sociais centradas no contato corporal se manifestam.

“Mau hálito, odores corporais, dentes estragados e mãos ásperas são racionalizações de antigas aversões puritanas não efetivamente

desaparecidas na era da ciência e do consumo, mas que ressurgem em forma de deslocamentos de um sistema fóbico^{34:101}.

Em nossa sociedade a higiene é o instrumento usado para definir um modelo de controle para o comportamento das pessoas, impedindo que ultrapassem limites e desorganizem a ordem simbólica. Evitar elementos corporais “nojentos” é regra de manutenção da ordem do universo simbólico.

Segundo Rodrigues^{33:138}, “a sociedade tanto questão faz de que estas regras sejam observadas, de que esta ordem de conceitos seja respeitada e mantida, que qualquer transgressão é sentida pelos indivíduos como uma enorme violência, com pesadas consequências para seu equilíbrio psíquico e fisiológico”. Algo “nojento” é sempre algo que atravessa indevidamente uma linha delimitada, estabelecendo-se em um lugar impróprio e deslocado no sistema de ordenação.

A sujeira proveniente dos orifícios do corpo humano provoca nojo, aversão e vergonha; em sua obra, Douglas³² relata que, para os Havik, “qualquer emissão corporal, mesmo sangue ou pus de uma ferida, constituía fonte de impureza. Para manter sua higiene, usavam depois de defecar somente água e não papel para se limpar, servindo-se sempre da mão esquerda enquanto a direita destinava-se ao alimento”^{32:58}. Em diversos povos e culturas, a sujeira, assim como os aspectos do corpo, é vista de distintas maneiras. Para os hebreus, por exemplo, o sangue era visto como fonte de vida e não deveria ser tocado, a não ser em ocasiões sagradas de sacrifícios; no entanto em algumas culturas as secreções são consideradas algo hostil e perigoso, que ameaça as estruturas de ordem e pureza.

A reação de nojo se aproxima da reação de medo, na medida em que ambos se deparam com o perigo representado pelas coisas que ameaçam o controle do homem sobre o mundo, controle este que lhe garante a sua segurança. A impureza é algo anormal como as coisas de que se tem medo, no entanto o nojo exige uma purificação. Um indivíduo poluído, sujo é também um indivíduo que polui; uma coisa suja deve ser afastada, e a normalidade só pode ser restabelecida por meio de procedimentos simbólicos que recolocam as coisas em seus devidos lugares³³.

As excreções e secreções corporais são vinculadas ao que é desagradável e representam um perigo simbólico que ameaça a ordem, dessa maneira, é preciso entender que “no corpo, a ordem fisiológica material se une a ordem ideológica moral, como signos nos quais se encontram e se reúnem o sensível e o inteligível, o significante e o significado”^{33:130}.

A relação de nojo não está no elemento que o causa, mas nos mecanismos simbólicos que cada cultura apresenta dentro de sua organização sistemática. Desse modo, rejeitar as secreções corporais é uma maneira de remover o que não é compatível com a norma do belo e limpo. As funções corporais assumem o valor de condição da circulação social, na medida em que o processo civilizador atua no modo como os indivíduos se relacionam uns com os outros através de seus objetos corporais.

Para Elias⁵, o processo civilizador marca o corpo humano na medida em que as proibições sociais, as restrições externas são transformadas em autocontrole. As pulsões e os afetos são substituídos pelos sentimentos de vergonha e medo, que dominam os órgãos do corpo, a vida psíquica e o comportamento dos indivíduos³⁵. O processo civilizador caminha para “tornar mais íntimas todas as funções corporais, a encerrá-las em enclaves particulares, a colocá-las atrás de portas fechadas”^{5:188}.

O sentimento de vergonha amplia-se e certas funções e falas sobre o corpo diante de outros indivíduos tornam-se práticas repugnantes. Há um autocontrole dos desejos e das emoções, assim, tudo que é falado e feito socialmente que apresente como reflexos sentimentos de nojo, vergonha e culpa será gradativamente transferido para a vida privada dos indivíduos.

O processo de mudança dos costumes ocorre de geração em geração, assim, novos padrões de boas maneiras são incluídos, enquanto outros são proibidos, não por questões de higiene ou saúde, mas por serem desagradáveis e indelicados, provocando vergonha, embaraço e repugnância. O conceito de limpeza passou a refletir o processo de civilização de uma sociedade, regulando lentamente as sensações corporais, refinou comportamentos, promoveu o aumento do espaço

privado, do autorregramento e dos cuidados individuais, resultando em ações cada vez mais estreitadas entre o íntimo e o social.

2.2 Cuidado

Para compreendermos o cuidado para além dos discursos técnico-científicos, que (in)formam os profissionais de saúde, recorreremos à ontologia heideggeriana.

Martin Heidegger⁷ (1889-1976) foi um filósofo que representou o pensamento alemão do século XX, em uma linha de pensamento que podemos chamar de “corrente ontológica”³⁶. Em sua obra *Ser e Tempo*, Heidegger propôs analisar como o ser humano vivencia suas experiências à medida que toma consciência do seu *estar-lançado-no-mundo* e caminha de uma fenomenologia hermenêutica para uma ontologia do ser. Para o autor, *ser* é a maneira como algo se torna presente, manifesto, compreendido e, finalmente, conhecido para o ser humano, intitulado por ele de *ser-aí* (Dasein); em outras palavras, Dasein é a estrutura ontológica do homem, portanto, o homem existe como Dasein.

Cabe aqui esclarecer sobre os termos ôntico e ontológico utilizados pelo autor. Heidegger expõe que tudo que é percebido, entendido, conhecido de imediato é ôntico, e ontológico é aquilo sobre o qual refletimos, que compreendemos do sentido do ser.

O homem constitui-se ontologicamente como *ser-aí* e *está-no-mundo*. O mundo, entendido por Heidegger⁷, diz respeito à existência humana, condição na qual o homem estabelece significados e adquire sentido próprio. Para o autor, não é possível dissociar homem e mundo, uma vez que o homem é, fundamentalmente, seu mundo, que ele denomina de *ser-no-mundo*. Para o filósofo, o homem é mundano, isto é, ele está no mundo e por isso possui um modo de existir em que a *presença* abre para si e para os outros ao *estar-lançado-no-mundo*, assim, o homem vivencia seu mundo tecendo relações e atribuindo significados. Homem e

mundo formam um único fenômeno inseparável, portanto, o *ser-aí* como constituição ontológica do existente humano revela-se como *ser-no-mundo*.

Quando o homem não assume a posição de sujeito de seu próprio destino, deixando-se levar pelas coisas e pelas pessoas que o rodeiam, vive superficialmente e adapta-se a um modo de ser neutro e impessoal, apropriando-se de uma *existência inautêntica*. Na existência inautêntica, o ser não chama para si a responsabilidade de assumir por si mesmo a sua presença no mundo, adotando respostas mecânicas e estereotipadas, limitando-se a uma vida de anonimato, irresponsabilidade, mediocridade e inconsciência. O homem então se nega a assumir o lugar de pensar sua situação original, do ser humano *lançado-no-mundo*⁷.

Na existência inautêntica, o ser fecha-se em si mesmo, afastando-se de sua principal função: ser um *ser* de possibilidade para o cuidado. Segundo Heidegger⁷, a inautenticidade atinge também o domínio do encontro, pois o outro passa a não ser alguém que faz parte do mundo do *ser*, logo, não faz parte do seu cuidado. Para que o homem possa desvelar-se como um ser de cuidado, necessário se faz desvendar a existência autêntica³⁷.

A *existência autêntica* caracteriza-se por viver de acordo com o próprio modo de ser, por ter consciência das próprias limitações e por assumir a condição de *estar-lançado-no-mundo*. É o ser que assume propriamente sua existência, levando-a a um grau de responsabilidade por todos os modos de realização de sua presença na temporalidade³⁷. O homem vive a existência autêntica quando aceita as suas próprias limitações e vive de acordo com o seu próprio modo de ser, tendo sempre diante de si a realidade inevitável da morte, determinante de suas possibilidades. É diante da realidade da morte que o homem é impulsionado a buscar razões para definir o sentido de sua existência, para tanto, não é necessário se afastar das tarefas cotidianas ou das preocupações, basta realizar suas atividades, de certa maneira, com a consciência de que se tem, no horizonte da vida, a finitude.

O ser-no-mundo e o Cuidado

O conceito de cuidado (*Sorge*) é definido como o ser do *ser-aí*, ente principal da analítica existencial de Heidegger. O filósofo aborda o conceito de cuidado à luz de uma fábula de Higino:

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (*tellus*) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra)”^{6:43,44}.

Na fábula, Cuidado aparece como formador do homem, deixando evidente o termo “cuidado” em seu sentido de atenção, de interesse e desvelo. É o cuidado que conduz o homem à abertura para o universo existencial. O cuidado é a totalidade originária do *ser-aí*, Heidegger considerou o cuidado como a estrutura ontológica do ser humano, isto é, uma estrutura que lhe é própria, inerente, e não uma estrutura aprendida. O cuidado pode ser considerado o modo de ser mais próprio e originário do ser humano. O cuidado é, assim, o primeiro gesto da existência, um horizonte capaz de ir além de sua própria existência. O viver diário caracteriza-se por um constante estar com os outros e com as coisas que fazem parte do mundo a que se pertence, quando o ser fica frente a frente com o outro, abre-se para o outro, toca e se deixa tocar por outros, aquilo a que Heidegger⁷ se refere como *afetividade*.

A afetividade assume o caráter revelador de mundo na base de interpretação ontológica heideggeriana. Para o filósofo, a afetividade abre ao homem

o universo do seu existir, isto é, toda relação específica com as coisas individuais só é viável por causa dessa abertura ao mundo, garantida pela afetividade.

“O Homem para Heidegger, ao revelar-se lançado no mundo, encontra-se perplexo frente ao que é. Seu ser é para ele a grande questão, o que lhe gera um estado de angústia permanente, que experimenta enquanto existir. Angustiado, inquieto com a responsabilidade de estar-no-mundo, diante de si e do mundo. Vivendo de maneira preocupada, o homem encontra-se sempre em uma situação de cuidado para consigo mesmo e para com os outros ao seu redor”^{38:76,77}.

Estando no mundo, o homem vive constantemente um relacionar-se com o outro de maneira significativa, o qual Heidegger chama de *solicitude*. Esta apresenta como características básicas o “ter consideração” e “ter paciência” com o outro. Heidegger aponta duas maneiras de *solicitude*: a primeira é cuidar do outro, assumindo a responsabilidade deste, de cuidar de si mesmo, lançando-se para fora de seu próprio lugar; em contraste a esse modo de *solicitude*, há outro que não consiste em se antecipar ao outro,

“um modo que é o de não se proteger do outro, mas fazer com que ele se volte para si mesmo automaticamente, buscando apropriar-se de si mesmo. Este modo de *solicitude* pertence essencialmente ao autêntico “cuidar”, isto é, zelar pela existência do outro, vendo-o não como um objeto a ser cuidado, impedindo-o de se conhecer de forma transparente em busca pela liberdade”^{7:41}.

O cuidado torna significativa a vida e a existência humana, no entanto o homem contemporâneo parece não se ocupar da sua natureza própria, o de ser um *ser* do cuidado. O *estar-com-outro* de forma autêntica ocultou-se atrás de discursos vazios e o cuidado tornou-se objeto. Assim, a autenticidade do cuidado se esconde na inautenticidade do *ser-no-mundo*. Na interpretação de Heidegger⁷, esses modos deficientes de *solicitude* relacionam-se com a desumanização do homem numa sociedade de massa, que faz emergir a irresponsabilidade e o desafeto. Nesse sentido, podemos acrescentar o papel da ciência na saúde. A racionalidade biomédica tem, frequentemente, produzido um cuidado desumanizado,

no qual o paciente é objetificado pelo profissional de saúde, que subtrai, além de seu corpo e de seu psiquismo, símbolos, significados pessoais e sociais sobre seu processo de adoecimento, desconsiderando a importância do aspecto simbólico para a realização do tratamento³⁹.

A prática biomédica moderna está marcada pela fragmentação do corpo humano e pela especialização dos saberes sobre ele; pela objetivação do outro e pelo distanciamento da relação médico-paciente, reafirmando os ideais científicos de neutralidade e objetividade. A racionalidade médica científica com a objetivação do seu saber clínico e o desenvolvimento tecnológico reduz gradativamente qualquer elemento subjetivo implícito ao adoecimento. Os problemas dignos de reflexão passam a ser apenas aqueles a que a ciência pode dar resposta e os problemas existenciais são reduzidos ao que deles pode ser dito cientificamente⁴⁰.

Na área da saúde, são frequentes atitudes dos profissionais do cuidado que se eximem do que seriam suas responsabilidades na perspectiva heideggeriana; notamos uma falta de solicitude e afetividade com o outro, uma vez que os diversos protocolos estão definidos e definem as práticas em seu cotidiano. O paradigma que fundamenta a Medicina na contemporaneidade distanciou o sujeito de suas investigações diagnósticas e intervenções, sujeito esse que tem seu sofrimento ignorado uma vez que a relação do profissional da saúde é estabelecida, sobretudo, com a doença. O paciente é somente o meio de acessá-la. Suas opiniões, crenças, ideias e sentimentos são ignorados, uma vez que seus saberes são tidos como insignificantes. Nesse sentido, torna-se essencial às ciências da saúde “ampliarem o modo de conceber seus estudos sobre o homem, passando a considerá-lo na sua vivência, na sua totalidade e no seu fluxo no tempo, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua historicidade”⁴¹. A busca da compreensão das facticidades do viver do ser humano, sob o enfoque existencial, permitiria aos profissionais da saúde (re)conhecerem outras formas terapêuticas, cujo ponto de referência é o *ser* e suas relações com o mundo, valorizando, também, a subjetividade e a intersubjetividade, para além do conhecimento técnico-científico.

A saúde é produzida no próprio viver, é o resultado de um processo de construção de si e do mundo, desse modo, as práticas de cuidado na saúde deveriam envolver o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimentos além do conhecimento científico, visto que outros conhecimentos não científicos estariam presentes, ainda que ocultados, nas práticas de cuidado dos sujeitos.

Na sociedade contemporânea, a saúde e o cuidado estão pautados no cientificismo e centrados nas tecnologias de cuidado em saúde. A progressiva cientificidade e o aumento da sofisticação tecnológica apresentam efeitos contraditórios, visto que, por um lado, observamos a aceleração e a ampliação do poder de diagnose, o aumento da eficácia e eficiência de muitas intervenções, a melhora no prognóstico e na qualidade de vida de muitos pacientes em uma série de agravos e, por outro lado, observamos o crescimento da automatização dos exames complementares, a segmentação cada vez maior do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo demasiado, o encarecimento de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a desatenção com os aspectos psicossociais e singulares do adoecimento⁶. No entanto, os prejuízos produzidos pela racionalidade médica científica vão além das mencionadas acima, uma vez que não possibilita espaço para a produção de novas práticas de saúde e de outros modos de cuidar, sendo um obstáculo à legitimidade dos modos de *ser-aí*. Para ampliar a prática de cuidado é necessário inserir o outro como sujeito portador de história e de valores, é preciso refinar os sentidos, superar as limitações do olhar e refinar os ouvidos para que esse sujeito, sabedor de si, tenha espaço para dizer e se expressar.

As práticas de saúde vêm enfrentando uma crise de legitimidade, diversos relatos apontam para a insatisfação da população no que diz respeito às práticas de cuidado nos serviços de saúde e como solução têm surgido diversas propostas de reconstrução da saúde, tais como: integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde⁶.

O discurso da doença nos nossos dias monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde, “a ponto de jogar na

sombra os discursos de saúde que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista”^{6:163}. Assim, observamos um cuidado com a saúde a partir sempre da doença, como uma experiência medida e objetiva.

Os investimentos em avanços e novas descobertas tecnocientíficas são crescentes; a todo momento são desenvolvidos novos medicamentos, vacinas, próteses, exoesqueletos, procedimentos cirúrgicos, implantes, transplantes, produção artificial de células humanas. Para Merhy⁴², as tecnologias abrangem outras dimensões do cuidado e não se referem apenas ao conjunto das máquinas e técnicas utilizadas nas ações de intervenções.

Para o autor, há três tipos de tecnologia: a tecnologia dura, a leve-dura e a leve. A *tecnologia dura* refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais; a *tecnologia leve-dura* diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia; e a *tecnologia leve* é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro entre o profissional e o usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos e a confiança. As tecnologias leves são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, a seu modo de ser, à subjetividade.

As três tecnologias são inter-relacionadas, porém o autor enfatiza a importância das tecnologias leves no cuidado com a saúde, presentes no espaço relacional entre profissional e usuários e implicadas na produção das relações entre sujeitos.

A produção do cuidado em saúde é uma tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de saúde, bem como pelos usuários e pelos cuidadores (seja voluntário, seja familiar ou formal). O cuidado deve ser produzido e fundamentado em um encontro real entre os sujeitos no sentido de promover a prevenção, a recuperação e a superação de processos de adoecimento. Sob essa perspectiva, a instrumentalidade não é descartada, nem suprime a presença subjetiva de qualquer um dos dois lados da relação, uma vez que ambos são portadores de sabedorias

práticas e instrumentais e “constituem-se como sujeitos das ações de saúde pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros, e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto desse encontro”^{6:170}.

Nesse sentido, Ayres⁶ aponta a copresença e inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos em duas esferas de racionalidade que orientam os interesses que movem as ações em saúde: o *êxito técnico* e a *sabedoria prática*. O êxito técnico está fundado no olhar e nos saberes da biomedicina. Na sociedade contemporânea, o uso acentuado das técnicas e das tecnologias é referência de boa prática, em detrimento da diversidade de saberes que as pessoas adquirem na experiência da vida. O êxito técnico refere-se a um sucesso baseado no “como fazer”, não no “que fazer”, entretanto na cultura da medicalização o “como” e o “que” se misturam e “o que devemos fazer” passa a ser entendido por “como faremos”. Nessa conjuntura, o profissional seleciona, em sua gama de saberes e tecnologias, qual deve ser utilizado no tratamento da patologia exposta, representando assim a boa prática, não refletindo se tal procedimento é apropriado ao caso ou contexto e se é apropriado ao cotidiano do sujeito cuidado⁴³.

A sabedoria prática diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações. A sabedoria prática não é realizada apenas do ponto de vista do profissional da saúde, mas inclui o usuário nas ações de cuidado. Nessa abertura ao outro, o profissional reage criticamente às tecnologias, pois se modifica como sujeito e muda sua ação pelo que recebe do outro com quem interage. Nesse sentido, o cuidado com a saúde não se refere a encontrar os meios adequados aos fins desejados, mas a decidir, a partir das possibilidades concretas, quais fins almejar e quais meios escolher. Em outras palavras, a troca de experiências entre o profissional e o sujeito inova a técnica, permitindo outras formas de pensar acerca do “que fazer”⁶. A sabedoria prática envolve uma pluralidade de formas de saberes além do conhecimento científico, o

que possibilita a legitimação dos saberes não científicos, além de possibilitar um diálogo mais simétrico entre profissionais e usuários.

O cuidado, nessa perspectiva apresentada pelo autor, envolveria a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum e, para tanto, requer a presença do usuário como sujeito partícipe na relação profissional de saúde/usuário, levando ao entendimento mútuo acerca do “que fazer” e “como fazer” e incluindo nesse processo não somente os saberes instrumentais, mas também as histórias, as singularidades, as subjetividades, os saberes, os desejos e as necessidades dos sujeitos cuidados, possibilitando ações terapêuticas compartilhadas. Ter o cuidado na base das práticas de saúde e os usuários como sujeitos ativos nas decisões implica na incorporação de outros saberes para além dos saberes técnicos que os profissionais estão acostumados a praticar.

Os usuários possuem potencial cuidador tanto quando os profissionais de saúde, no entanto, o cuidado baseado no conhecimento da biomedicina tem se colocado como superior em relação a outros modos de cuidar, o que inviabiliza encontros intersubjetivos uma vez que pauta o encontro a partir de absolutizações e generalizações dos sujeitos. O encontro entre sujeito-profissional e sujeito-usuário pode resultar em um novo significado com a busca “da totalidade existencial”, que ressignifica a saúde e o projeto de felicidade dos sujeitos. O projeto de felicidade apontado por Ayres se refere

“à totalidade compreensiva que dá sentido existencial às demandas postas ao profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações, e por isso mesmo, ele é referência para tematizar ativamente o sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou avaliação”^{6:140}.

O projeto, no sentido acima, implica o devir, implica uma temporalidade não linear, envolve uma compreensão da situação existencial humana, que é de um

“estar lançado”, uma existência que se constrói em e a partir de diversas condições predeterminadas e determinantes da vida humana desde suas heranças genéticas até suas heranças culturais, isto é, uma compreensão de passado, presente e futuro como experiências coexistentes e que são ressignificadas ilimitadamente.

A noção de felicidade está relacionada a uma experiência vivida reconhecida positivamente e que não depende de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade funcional. É uma experiência que viabiliza outras possibilidades de apropriar-se da existência e favorece o surgimento de novas exigências para a sua permanência. A felicidade convive a todo momento com a negação, frustrações, dores e limites e, para a superação desses obstáculos, ela vai construindo caminhos para a ação. Para um dado sujeito, enfrentar momentos que envolvem sofrimento, limitação pode representar um caminho pelo qual se realiza a busca da felicidade⁶.

Os projetos de felicidade podem ser referências para a construção das avaliações sobre os efeitos produzidos com as ações de saúde, para tanto, o cuidado em saúde necessita estar aberto as novas composições em que a plasticidade de vida torna-se aliada da invenção de novos modos de existência.

2.3 Velhice, corpo e saúde

O entendimento de corpo enquanto categoria de análise para as Ciências Sociais vai além da compreensão como estrutura física e biológica do indivíduo, uma vez que é possível discutir o corpo e o comportamento como uma construção social. Rodrigues³³ aponta que o corpo humano como sistema biológico é influenciado pela religião, família, classe, gênero e pelos diversos fatores sociais e culturais, cumprindo também uma função ideológica que o autor denomina de “apropriação social do corpo”.

Cada sociedade apresenta normas de comportamentos que refletem os valores de uma cultura; esses sistemas de representações e sua lógica são

introjetados nos indivíduos de forma a fixar as similitudes essenciais que a vida coletiva supõe, garantindo certa hegemonia para o sistema social³³. Assim, a cultura busca imprimir nos sujeitos – tanto internamente quanto externamente – uma uniformidade de sentidos e significados.

A construção do corpo se dá pelas normas, representações culturais e simbólicas de cada sociedade. Desse modo, o corpo é o elo da relação entre o indivíduo e o grupo; entre a natureza e a cultura; a opressão e a liberdade; a biologia e o social. O corpo encarna as concepções que orientam as sociedades, transformando-se conforme as modificações que ocorrem em tal contexto. Essas transformações são produzidas através dos diferentes saberes e das diferentes práticas sociais, que estabelecem verdade e incluem ou excluem corpo, sujeitos e grupos⁴⁴.

Mauss⁴⁵ compreende que cada sociedade se expressa de maneiras díspares e impõe sua marca sobre os indivíduos. Em seu estudo sobre a *técnica corporal*, relata uma série de exemplos a fim de mostrar a diversidade de hábitos motores existentes nas sociedades. O autor cita a aprendizagem da natação pela qual passou na sua infância e a diferença das técnicas na época em que escreveu seu trabalho, relata também sobre as diferenças no andar, no correr, na marcha dos soldados de diferentes culturas. O objetivo dele neste estudo não era simplesmente relacionar e classificar as diferentes manifestações corporais, mas compreender os significados desses componentes no contexto social. Para o autor, os comportamentos corporais são entendidos como parte de uma tradição social, sendo transmitidos de geração em geração, de pais para filhos, em um processo de educação. Esse processo é denominado por ele de “educação do sangue-frio”, que chega a determinar e controlar as emoções, como descreve:

“Não só o choro, mas toda uma série de expressões orais de sentimentos não são fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos, mas sim fenômenos sociais marcados por manifestações não espontâneas e da mais perfeita obrigação”^{45:147}.

O autor pontua que a educação do corpo, a incorporação do social no indivíduo e a atuação deste no âmbito da sociedade ocorrem por meio de técnicas forjadas socialmente. O corpo seria, então, como uma máquina que funciona segundo as leis sociais, sem sujeitos nem afetos⁴⁶. No discurso científico, o corpo é pensado como uma matéria indiferente, distinto do sujeito. O corpo é esvaziado de qualquer valor, torna-se um objeto sobre o qual é preciso agir a fim de melhorá-lo. A crescente luta do homem contra um corpo imperfeito expõe cada vez mais seu medo do envelhecimento e da morte; nesse sentido, corrigir o corpo, torná-lo mecânico, associá-lo à ideia da máquina é uma tentativa de escapar do seu fim.

História do corpo ou corpo na História

Desde a Antiguidade o corpo já era utilizado pelo homem primitivo como uma representação dele para o outro e para o sagrado (cosmo). Na Grécia Antiga, o corpo era elemento que simbolizava honra, e a busca pela perfeição corporal era tão importante quanto possuir uma mente brilhante. Nesta sociedade, a exigência para o corpo perfeito era focada no homem, os corpos eram trabalhados desde a infância e na juventude eram expostos, sendo permitido a eles andarem nus ou com vestes soltas⁴⁷.

Nessa sociedade, o ascetismo era “um instrumento fundamental na transformação cultural e hermenêutica”^{48:19}, as ascetes tinham como objeto principal a preocupação com o outro e com o bem-estar comum. Segundo Ortega^{48:23}, para os gregos “a ascese era parte constituinte da Paideia do homem livre e representava um papel na sua relação com outros homens livres”, assim, as práticas ascéticas constituíam exercícios de liberdade, o que oferecia aos indivíduos uma autonomia tanto política quanto moral. O corpo era submetido a uma dietética enquanto cuidado de si, não apenas com a pretensão de adquirir um corpo perfeito, mas com o intuito de purificação da alma, uma vez que o autocontrole corporal era essencial para o equilíbrio da alma, e ambos, corpo e alma, permitiam o equilíbrio da *polis*. Desse modo, as práticas de saúde, dietética, entre outras legitimavam o corpo para

a vida pública, uma vez que, cuidando de si, se contribuía para a felicidade tanto da cidade quanto dos cidadãos^{48:28}.

Na Idade Média, o corpo assiste a uma desqualificação tanto no âmbito público quanto no privado. O olhar para o corpo foi modificado, a beleza e a admiração foram substituídas pelo desprezo e pela repulsa. O corpo constituiu-se em uma fonte de pecado, o desejo carnal era amplamente reprimido e o culto ao corpo era totalmente desaprovado pela Igreja e pela sociedade. Evidenciou-se nesse período a separação do corpo e da alma, sendo o segundo mais valorizado, cabendo ao homem à renúncia de tudo aquilo que lhe trazia prazer, o que serviu de base para as doutrinas de salvação da alma na época⁴⁹.

A influência da Igreja Católica na sociedade abrangia inúmeros aspectos como: a moral, os relacionamentos interpessoais, a vida familiar, a forma de pensar; logo, houve um grande controle da Igreja em relação às atividades corporais dos indivíduos. O discurso religioso detinha o poder em relação ao corpo com a justificativa de que, apenas seguindo as normas impostas pela Igreja, garantir-se-ia a salvação da alma. Nesse período, severas práticas religiosas como o jejum, o autoflagelo e a abstinência eram dispositivos de controle do corpo⁵⁰.

Tal representação do corpo teve desdobramentos que implicaram na “demonização da mulher, no controle rígido da sexualidade, na depreciação do trabalho manual, na condenação e no banimento da homossexualidade, na reprovação do riso e da gesticulação, na condenação das máscaras, da maquiagem e na associação da gula a luxúria”^{51:52}. Entre os séculos XIV e XVIII, as mulheres foram duramente reprimidas e sofreram grandes perseguições. Nesse período, o livro *Malleus Maleficarum* era usado como manual contra a bruxaria, e qualquer mulher que se opusesse às doutrinas da Igreja era considerada bruxa e submetida às cruéis regras do *Malleus*⁵¹.

O Renascimento marcou a transição da Idade Média para a Modernidade, rompeu com o pensamento medieval, com a Igreja e com o teocentrismo, dando lugar a uma nova forma de compreensão do homem e de suas ações. Período precursor das atividades racionais, científicas e tecnológicas, estendeu-se por

inúmeros setores da vida social com o objetivo de trazer o progresso e a diferenciação econômica e administrativa, o que resultou no moderno Estado capitalista-industrial⁵². O homem moderno passou a ser responsável pela produção do conhecimento de uma nova concepção de corpo, que, sob um olhar científico, tornou-se objeto de experiências e estudos. O corpo humano passa a se deslocar da carne ao corpo dissecado, sua anatomia interna passa a ser descrita e comparada a uma máquina, as doenças não eram mais consideradas manifestações divinas, mas sintomas cuja causa era orgânica.

“O homem do Renascimento redescobriu as belezas do corpo e da natureza, as leis da mecânica e da causalidade tornaram-se o fundamento da ciência e o mundo do sentimento religioso, do irracional e do misticismo, que tivera papel tão importante na época medieval, passou a ser cada vez mais oculto pelos triunfos do pensamento lógico”^{51:139}.

Na Idade Média, a questão do corpo era colocada coletivamente, pois ele legitimava e consolidava uma ideia de instituição e isso valia para a Igreja, o Estado, a cidade, a universidade e tantas outras instituições sociais. Segundo Siqueira, “a igreja, por exemplo, é a comunidade de fiéis, associada a um corpo, do qual é Cristo a cabeça; por sua vez, as cidades organizadas em grupos e em comunidades humanas formavam um ‘corpo civil’; as universidades se organizavam como ‘corpos de mérito e prestígio’”^{51:55}. No entanto, a partir do Humanismo a concepção de coletividade foi dando lugar ao individualismo e o corpo deixou gradativamente de ser motivo de inclusão para ser o de separação entre um indivíduo e outro⁵³.

A ideologia moderna fundamentou toda forma de conhecimento em um modelo natural sem relação com as crenças religiosas. Bauman⁵⁴ postula que o projeto moderno seria um projeto de controle do mundo pela razão, que consistia em tornar o mundo melhor através do ordenamento racional e técnico. O pensamento científico da sociedade moderna foi importante tanto para a libertação do corpo em relação aos interesses da Igreja quanto para a liberdade de atividades comerciais, uma vez que nesse período surgiram as indústrias e as fábricas, tendo como base os avanços científicos; assim, nasceu uma nova classe detentora do poder, a

burguesia, que manipulou o corpo com o objetivo de produzir lucro, desenvolver as indústrias e consolidar o capitalismo⁵⁵. O desenvolvimento técnico-científico da sociedade moderna possibilitou o aumento da expectativa de vida, novos meios de transporte e avanços científicos na medicina, que promoveram novas formas de interação e de atividades corporais. A industrialização expandiu os meios de comunicação e a reprodução dos corpos pôde alcançar grande número de indivíduos através das fotografias, cinema e internet, independentemente das classes sociais. O modelo de beleza feminino, por exemplo, rompeu com a imagem de mulheres carrancudas, vestidas com roupas escuras que cobriam todo o corpo, dando espaço a mulheres de rostos joviais e sensuais.

Ao longo do século XXI, a flexibilidade de si e a plasticidade do corpo tornaram-se lugares comuns. A anatomia tornou-se um acessório que pode ser modelado, definido conforme os padrões estabelecidos pela sociedade. O corpo tornou-se uma representação provisória dos sujeitos, deixou de ser identidade de si e tornou-se uma soma de partes que podem ser descartadas a qualquer momento, como aponta Le Breton^{53:28}: “hoje o corpo constitui um *alter ego*, um duplo, um outro si mesmo, mas disponível a todas as modificações, prova radical e modulável da existência pessoal e exibição de uma identidade escolhida provisória ou durável”.

O corpo é uma representação do *self*, onde a exterioridade reproduz, ou tenta reproduzir, a interioridade do sujeito, é o suporte de geometria variável de uma identidade escolhida, uma possibilidade momentânea de si. A cirurgia estética, por exemplo, “não é a metamorfose banal de uma característica física no rosto ou no corpo, ela opera em primeiro lugar no imaginário e exerce uma incidência na relação do indivíduo com o mundo”^{56:30}.

Existem na sociedade contemporânea inúmeras formas de modificar o corpo com intuito de garantir um vestígio significativo de si, dentre elas destacamos: *piercing*, tatuagens, *body building* (construção de um corpo definido através de exercícios físicos), *body art* (utilização do corpo como espaço de arte), roupas e acessórios, dietas, *stretching* (abertura ou alargamento de orifícios do corpo, como língua e orelha). A aparência é o foco principal, e os efeitos decorrentes do corpo

perfeito como artrose, cirrose, problemas cardiovasculares, anorexia, dificuldade de ereção, entre outras são questões secundárias. Desse modo, “temos nos tornado ‘condenados da aparência’, sacrificamos sem pensar duas vezes o ‘sentir-se bem’ (*feeling good*) pela ‘boa aparência’ (*looking good*)”^{48:39}. Essas modalidades de modificações corporais produzem em si uma singularidade no cuidado e no uso do corpo como um objeto.

A aparência do corpo tornou-se referência às noções de autoidentidade, tornando obsoletas antigas dicotomias como corpo e alma, exterioridade e interioridade. Nas práticas ascéticas da Antiguidade, e nas cristãs, o corpo era objeto de procedimentos e intervenções que tinham como base a ascese da alma, assim cuidava-se do corpo para garantir a salvação do espírito. Nas sociedades contemporâneas, ocorre uma ruptura dessas práticas, e a ascese corporal não tem mais o objetivo de atingir a ascese espiritual ou moral, mas torna-se um fim em si mesma, sendo compreendida como prática de assujeitamento e disciplinamento⁵³.

O corpo tornou-se objeto principal das práticas de si e as subjetividades são encarnadas no corpo; em outras palavras, há um descolamento na construção do eu. A interioridade é substituída pela exterioridade, que é visível ao olhar do outro e pode ser modificada a fim de se enquadrar nos padrões de subjetividade e felicidade social. Para Ortega^{48:20}, as práticas de cuidado de si contemporâneas têm “uma vontade de uniformidade, de adaptação às normas e de constituição de modos de existência conformista e egoísta, visando à procura da saúde e do corpo perfeito”.

Saúde e corpo na velhice

No século XX, assistiu-se ao desenvolvimento da medicina e a erradicação de doenças como poliomielite, tuberculose e varíola; ainda nas últimas décadas, a medicina tem colaborado eficazmente no tratamento de inúmeras doenças, o que tem contribuído para o aumento significativo da expectativa de vida. No entanto a medicina não é o único aspecto a ser considerado para justificar esse

avanço. Para Giddens^{57:157}, “a melhoria global da saúde pode ser atribuída muito mais às mudanças sociais e ambientais do que à competência médica”.

Illich⁵⁸ apresenta outra versão para esse desenvolvimento ao indicar que a medicina moderna é mais maléfica que benéfica, visto que os indivíduos tendem a depender mais dos médicos e dos tratamentos prescritos, em vez de se apoiarem nas suas próprias capacidades e conhecimentos quanto aos cuidados com a própria saúde. Os avanços da biologia molecular, da genômica e das biotecnologias ancoram modificações nos conceitos da saúde e das doenças, levando à própria reconfiguração do humano. Para Batistella⁵⁹, a saúde é usualmente definida pela ausência de doenças e enfermidade, como se doença e saúde se tratassem de realidades distintas e opostas. A prática médica contemporânea tem como base o modelo mecanicista do corpo humano. Esse modelo representa um princípio de inteligibilidade do mundo proposto por Descartes, no qual o conhecimento deve ser útil, destituído de sentimentos, racional e capaz de produzir eficácia social⁶⁰.

A ciência biomédica tem sua fundamentação no positivismo, com ênfase no método empírico para se chegar ao conhecimento, na linguagem matemática para traduzir e transmitir o conhecimento e na crença da neutralidade da ciência. Assim, sua racionalidade baseia-se em um conhecimento analítico, mecanicista e generalizante, que produz uma visão fragmentada do indivíduo e a valorização das especialidades, que tem como finalidade produzir conhecimentos fracionados de um ser que é uno⁶¹.

A prática biomédica impõe aos indivíduos normas de saúde e é caracterizada por uma prática prescritiva e autoritária, em que predomina uma visão restrita e curativa das doenças, de modo que há uma normatização vertical, na qual os profissionais de saúde são detentores do saber e são retiradas dos indivíduos a autonomia e a voz ativa no processo decisório sobre sua saúde e sobre seu corpo⁶². Essa prática tem sido motivo de insatisfação dos indivíduos por causa da dicotomia entre cuidado e diversidade de especializações na área da medicina.

Em outras culturas encontramos diferentes visões sobre a saúde. A Medicina Tradicional Chinesa, por exemplo, tem por base a integração e interação

entre o ser humano e a natureza, a manutenção da saúde e a prevenção de doenças, visando à harmonia do estado geral das pessoas. O estado de saúde é composto por um estado de equilíbrio entre os cinco elementos: água, madeira, fogo, terra e metal. O equilíbrio entre os cinco elementos e a Energia Vital (*Yin* e *Yang*) são responsáveis pela harmonia entre corpo, mente e espiritualidade, e as doenças são vistas como uma ruptura com tal harmonia, uma vez que comprometem as funções orgânicas⁶³.

Nas culturas pré-modernas, a família constituía a principal instituição responsável pelo cuidado do doente. Nessas sociedades, os especialistas, como os curandeiros, utilizavam medicamentos populares e mágicos para o tratamento das pessoas doentes ou com algum sofrimento⁵⁷.

Na sociedade moderna, a medicina passou a produzir um discurso científico a respeito da saúde e da doença, definindo novas relações de causas e efeitos. Com o avanço da indústria e o desenvolvimento do mercado capitalista, observou-se uma imposição da medicina quanto à relação de saúde e doença nos indivíduos, bem como o crescimento da definição de problemas da vida em termos médicos. Segundo Giddens^{57:156}:

“a prestação de cuidados médicos formais por parte de ‘especialistas’ treinados para o efeito tornou-se a forma aceita de tratar as doenças físicas e as mentais. A medicina tornou-se um instrumento de reforma dos comportamentos e das práticas entendidas como ‘desviantes’ – do crime à homossexualidade, passando pela doença mental.”

O modelo biomédico vigente define o envelhecimento “exclusivamente em termos de declínio da idade adulta, como um estado patológico, uma doença a ser tratada”^{48:36}; logo, o envelhecimento é carregado de preconceitos e estigmas, percebido como um corpo gasto que se opõe aos valores aclamados na contemporaneidade. A velhice é vista por muitos como uma fase que se deve postergar, e os sinais da idade devem ser escondidos do olhar do outro; desse modo, o envelhecimento deve ser negado no corpo uma vez que remete à fragilidade do homem.

No processo de envelhecimento, o corpo assume um importante papel, uma vez que é nele que ocorrem as principais mudanças, seja na aparência, seja nos aspectos biológicos, o que resulta em uma fase da vida temida pelos indivíduos. O indivíduo na velhice vivência uma ambivalência do corpo, pois, por um lado, ele representa a vida e suas possibilidades, e por outro, vive o temor da proximidade da morte e o fim da existência⁶⁴. O temor da morte pode evidenciar o receio da destruição física do corpo, o qual, na sociedade contemporânea, é valorizado de forma narcísica em sua materialidade externa. Nessa fase, é mais difícil aceitar a imagem de um corpo envelhecido, que contrasta com o modelo estabelecido pela sociedade e, na tentativa de alcançar o corpo ideal, os indivíduos são bombardeados pela mídia e pela medicina para adotarem hábitos de vida considerados saudáveis, que se constituem principalmente de uma alimentação balanceada e da prática de exercícios físicos, a fim de viver a terceira idade com sucesso.

O termo terceira idade compreende uma nova categoria social, surgindo como uma transformação na história da velhice:

“[...] antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afetivo, passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, a criação de novos hobbies e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família”^{65:161}.

Outros termos foram criados para a velhice, entre eles: meia-idade, terceira idade, quarta idade, aposentadoria ativa e nova juventude. No entanto os termos mais utilizados pelos idosos e pelos profissionais são: terceira idade, melhor idade e maturidade. A construção de um novo modo de idealizar a velhice acaba por recodificar a experiência de envelhecer na sociedade contemporânea e abre espaço para a disseminação de estratégias de combate à deterioração e decadência do corpo, que enfatizam a prevenção da velhice numa tentativa de retardá-la, e até mesmo evitá-la, negando assim a finitude do homem.

Esse novo modo de envelhecer, dissocia a velhice da doença e da morte e envolve um conjunto de práticas características da sociedade contemporânea. Para Bauman⁶⁶, o homem contemporâneo vive desapegado de promessas ideológicas, compromissos sociais e políticos e com um consumismo exacerbado, que pode levar os sujeitos ao individualismo e ao isolamento afetivo como formas de proteção. Na perspectiva desse autor, o sujeito se constitui por inúmeros mal-estares, sentimento de aflição, insegurança, depressão, ansiedade, uma vez que é constantemente ameaçado pela possibilidade de se tornar supérfluo. Com a valorização do presente, e do instantâneo, a novidade seduz os indivíduos, de maneira que os sujeitos buscam, constantemente, novos produtos, novas mercadorias, novos relacionamentos, novos corpos, novas identidades.

A sociedade de consumo manipula racionalmente a vida individual e social dos indivíduos e transforma quase tudo em artifício e ilusão a serviço do lucro capitalista e das classes dominantes. Lipovetsky⁶⁷ argumenta que nossa sociedade mantém a lógica econômica do império do efêmero e afirma que

“uma firma que não cria regularmente novos modelos perde em força de penetração no mercado e enfraquece sua marca de qualidade numa sociedade em que a opinião espontânea dos consumidores é a de que, por natureza, o novo é superior ao antigo”^{67:160}.

O mercado de consumo focado na terceira idade utiliza a mesma lógica, notamos uma mudança no consumo de um segmento populacional dos idosos, que hoje têm condições e desejos de comprar bens e serviços e se preocupam tanto com a aparência como em usufruir prazeres da vida. O mercado de produtos e serviços para esse segmento é vasto: há ofertas de alimentos, academias de ginástica, de dança e yoga, pacotes de viagens, salão de beleza, clínicas particulares, escolas de informática, condomínios residenciais, empréstimos bancários, tendência de moda, cursos em universidades, tudo especificamente direcionado para a população da terceira idade.

O envelhecimento parece ser um dos alvos em maior crescimento na atualidade, haja vista que o aumento do número de idosos promove um aumento dessa população para consumir. No entanto, há uma preocupação de que essa nova compreensão do envelhecimento possa ocultar uma condição de negação social da velhice e um mascaramento da condição existente – combinando, assim, uma desatenção à diferença e à desigualdade –, visto que a terceira idade estaria se constituindo no imaginário cultural como regra normativa, isto é, como modelo de conduta a ser praticado por todos aqueles que se encontram em processo de envelhecimento.

Debert⁶⁸ interpreta o surgimento da terceira idade como um processo de reprivatização da velhice, isto é, a terceira idade possibilita vivenciar o envelhecimento como uma etapa da vida prazerosa e gratificante, propicia realizações de projetos e sonhos pessoais, no entanto tal vivência parece depender, quase que exclusivamente, do engajamento e da disciplina de cada indivíduo em fazer de sua velhice um momento de reinvenção baseado nos modelos sociais, estéticos, afetivos e médicos que compõem o referido estilo de vida da terceira idade⁶⁵. Com o processo de reprivatização da velhice, àqueles que não buscam criar para si uma velhice ativa são considerados dependentes, fracos ou ausentes, como aponta a autora: “os problemas ligados à velhice passam a ser tratados como um problema de quem não é ativo e não está envolvido em programas de rejuvenescimento e, por isso, se atinge a velhice no isolamento e na doença”^{68:229}.

A lógica do mercado consumidor e as novas concepções de envelhecimento podem corroborar uma dicotomia de imagens fantasiosas da velhice, associando a terceira idade apenas a aspectos positivos, dificultando a elaboração de imagens mais realistas, fruto da combinação de aspectos positivos e negativos, própria de todas as etapas do curso da vida. Nessa perspectiva, os chamados “velhos” são aqueles indivíduos que não adotam formas de consumo e estilos de vida suficientes para evitar as perdas e seus problemas, o que impossibilita a garantia de sucesso nessa fase da vida.

A partir do intuito de negar a velhice, outro aspecto que aborda essa temática é a relação corpo e saúde. O corpo velho é um corpo que não harmoniza com o conjunto de discursos, práticas e procedimentos que visam torná-lo culturalmente satisfatório, atendendo as exigências consideradas ideais. Tanto o corpo como a saúde na velhice enfrentam pressões dos ideais da sociedade contemporânea, e sua presença torna-se uma anomalia em uma sociedade que busca a perfeição, necessitando ser corrigidos.

“Nesse sentido, a negação da velhice se dá em um duplo aspecto. Através da construção de práticas que tendem a encobrir os problemas próprios da idade mais avançada, oferecendo oportunidade de afastar os efeitos do envelhecimento com a renovação do corpo, das identidades e da autoestima. Como também aqueles velhos em situação de dependência, pobreza e abandono e que não podem adequar-se aos moldes de uma velhice bem-sucedida podem acabar sendo afastados dos circuitos sociais”^{69:709}.

Em nossa sociedade, o corpo do velho doente é visto como um duplo fracasso, uma vez que representaria o insucesso no alcance do corpo e da saúde ideal. A saúde e a doença estão diretamente relacionadas à vida e à morte, visto que mostram como o indivíduo se coloca na sociedade e como a sociedade se coloca no indivíduo; logo, aquele que é doente e possui um corpo fora dos padrões estabelecidos é excluído, considerado anormal.

A doença e o sofrimento produzem uma alteração na relação do corpo com o espaço vivido, causando um sentimento de estar perante um corpo que não se conhece, um corpo estranho. O corpo doente torna-se um corpo frágil, no sentido em que sua integridade física está abalada, bem como o eu que habita esse mesmo corpo. “O corpo que adocece é um corpo que diz *tenho* em vez de *sou*, revelando não apenas um corpo, mas também um espírito que vive a angústia da ameaça à sua existência”^{70:50}.

Podemos aproximar nossa discussão das ideias de Bauman⁵⁴, quando este fala sobre o ideal de purificação. O autor entende a pureza como uma visão de “ordem”, isto é, os acontecimentos se acham fixos em seus lugares corretos e

tendem a afastar tudo aquilo que está fora do lugar, tudo aquilo que destoa. A ideia de superioridade na sociedade contemporânea se baseia nos novos valores que configuram uma sociedade construída pela globalização, marcada pela volatilidade e pela descartabilidade, favorecendo o culto ao corpo, à juventude e à saúde. Assim, tudo aquilo que é considerado obstáculo deve ser combatido de inúmeras maneiras, inclusive a velhice⁶⁹.

As representações do corpo são dados culturais que têm uma enorme variação. Em nossa sociedade individualista, o corpo “é o elemento que interrompe, o elemento que marca os limites da pessoa, isto é, lá onde começa e acaba a presença do indivíduo”^{56:30}, o corpo atua como uma fronteira que separa um indivíduo do outro, do cosmo e de si mesmo.

A tecnologia com base na ciência e na informação modificou o modo de pensar, consumir, produzir e comunicar, o que alterou o modo de viver dos indivíduos. Essas mudanças na realidade sociopolítica, econômica e nos modos de subjetivação alteraram a concepção de corpo. Na sociedade contemporânea, o indivíduo tende cada vez mais a se autorreferenciar, no entanto a referência do sistema social de sentidos e de valores é passageira, uma vez que a pluralidade das escolhas lança os indivíduos a um campo imenso de incertezas, e a ausência de limites impulsiona os sujeitos a procurar, fisicamente, os limites de fato.

O estilo de vida e o desejo de obter a perfeição física levaram o homem da sociedade industrial a buscar, excessivamente, um novo padrão de beleza, satisfazendo um desejo que não é próprio de sua natureza, mas sim de uma exigência para a sua inclusão na sociedade. No início do capitalismo havia uma relação entre a disciplina, o corpo e a produção, já em nossos dias, há um destaque no hedonismo, na diversão e no desejo. O corpo é construído provisoriamente, sendo um objeto flexível e adaptável aos desejos dos indivíduos, e constitui a principal ferramenta para expressar o ‘eu’ aos outros⁵⁴.

Os padrões de beleza vigentes têm em vista a perfeição física praticamente inatingível. Grande parte dos indivíduos querem permanecer jovens, belos e saudáveis e, para tanto, não medem esforços, já que a aparência corporal

reflete o modo como o indivíduo se apresenta ao outro e engloba a maneira de vestir-se, pentear-se, barbear-se, maquiarse, cuidar do corpo. Mudar o corpo significa mudar a própria identidade. Hall⁷¹ aponta que a identidade na nossa sociedade é mutável, processada de múltiplas formas de acordo com a vontade do indivíduo; assim, ao transformar o corpo, os indivíduos o utilizam como um dispositivo de presença, como vetor de uma nova identidade. Ao ser destacado como símbolo do indivíduo, o corpo modifica nos sujeitos o olhar sobre si e o olhar sobre os outros, tornando-se o melhor representante de seu 'eu'.

A visão de "pureza" contraposta à velhice está associada ao temor da sociedade frente à morte dos homens. A fragilidade e a finitude tornaram-se um problema para os indivíduos, que compreendem a velhice como última etapa do curso da vida. Por esse motivo, podemos observar um imenso aparato que promove novos discursos, novos modos de subjetivação e novas formas de pensar, viver e sentir a velhice. Tais soluções podem ser consideradas mais malélicas que benéficas, pois negam a velhice, forjando uma imagem de velhice bem-sucedida. O envelhecimento disseminado hoje, impõe aos indivíduos adequações a modernos padrões de sociabilidade, de controle do corpo e do envelhecimento, oprimindo os indivíduos e levando-os a adotarem determinados modos de vida para não serem marginalizados, o que impossibilita que o velho seja o protagonista de sua própria vida e de sua história.

Vivemos em nossa sociedade sentidos antagônicos do envelhecimento: ora a imagem do velho está relacionada a um indivíduo doente, desengajado, dependente e solitário, visto negativamente e descartado, ora como um indivíduo ativo, manipulável, que submete seu corpo a técnicas corporais com o objetivo de viver uma velhice ativa e mais positiva. Desse modo, a experiência de envelhecer é sempre tratada em oposição a algo: saúde/invalides, velhice/juventude, ativo/inativo, positivo/negativo, tornando uma ou outra perspectiva como a verdade sobre a velhice, o que pode resultar na valorização de um ou outro aspecto e conseqüente exclusão da pluralidade de modos de ser, pensar e agir possíveis na velhice. O

envelhecimento é parte da vida do homem e pode ser experimentado pelos sujeitos de modos distintos daqueles preconcebidos.

A partir de Heidegger⁷ compreendemos que é preciso considerar a singularidade dos indivíduos como sujeitos da sua própria experiência. O ser interage com tudo o que o cerca, participando do mundo, apresentando e manifestando suas experiências. Segundo Beaini^{72:28},

“o que caracteriza essencialmente o homem é o fato de poder relacionar-se com o ser. Enquanto é aberto a tudo que o cerca, o homem existe em meio aos demais entes, mantém um contato contínuo com eles - sendo que este modo de ser assinala sua própria condição humana”.

O homem deixa as coisas serem, manifestarem-se em suas essências, sendo alguém no mundo, assim ao estar-lançado na velhice abre-se em diversas possibilidades e é a partir delas que o ser-no-mundo se projeta para o futuro. Para Forghieri^{73:44}, “o existir implica, para o ser humano, em prosseguir em direção ao futuro, cuja abertura de possibilidades não se limita a uma projeção do passado” e, nesse sentido, os idosos não devem olhar para sua vida quando jovens e projetar sua velhice nessas experiências, mas viver sua vida de maneira real, experimentando uma existência autêntica, sem a necessidade de adotar as normas, conceitos e práticas impostos pela sociedade. Para tanto, os sujeitos têm a liberdade de escolher como viver sua velhice, que pode ser tão ampla quanto maior for a abertura do ser humano às percepções e compreensão da sua vivência no mundo.

A velhice pode ser um tempo de descobertas e vivências de novas possibilidades, mesmo com as dificuldades enfrentadas nessa fase. Viver a velhice sem negá-la inclui fazer planos, ter objetivos de vida, desejos, buscar realizações, redescobrir seus gostos, preparar-se inteiramente para reconhecer suas limitações e suas possibilidades, mas, essencialmente, continuar vivendo. O grande desafio que o envelhecimento coloca aos indivíduos é o de conseguir que os anos vividos tenham significados, levando a uma existência autêntica, isto é, que a vida valha a pena ser vivida.

2.3 Cuidador formal de idosos no cenário brasileiro

As transformações ocorridas na família, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, maior controle da natalidade, novas configurações e arranjos familiares, repercutem no processo de envelhecimento e nos cuidados com os idosos. Nesse contexto, o cuidador formal de idosos apresenta-se como uma figura importante no cuidado. A intenção em abordar esse tema implica questões decorrentes das mudanças do processo de envelhecimento e seus efeitos, bem como a necessidade da profissionalização dos cuidadores formais de idosos.

Para muitos autores, o aumento da expectativa de vida vem acompanhado do aumento do número de idosos que necessitam de algum tipo de cuidado na atividade de vida diária, assim, temas como dependência e cuidado vêm ganhando espaço na sociedade contemporânea⁷⁴. A dependência contrasta com o ideal de velhice saudável amplamente divulgado pela mídia e pela medicina e coloca em pauta a necessidade de discussão da ideia da velhice caracterizada como autônoma e saudável. Vale ressaltar que não estamos afirmando que a velhice seja marcada pela vulnerabilidade e suscetibilidade, mas que esse aspecto do envelhecimento merece uma atenção especial da sociedade.

O termo vulnerabilidade pode ser definido como susceptibilidade de ser ferido, prejudicado, atacado ou ainda como a capacidade de um indivíduo ou sistema sofrer dano em resposta a um estímulo. Nessa perspectiva, todo ser humano estaria vulnerável, no entanto, dentre os indivíduos vulneráveis há aqueles que são mais suscetíveis, isto é, que por falta de estrutura familiar, educacional, econômica ou social se tornam suscetíveis. A diferença entre susceptibilidade e vulnerabilidade, como processos existenciais distintos, “considera vulnerável a pessoa intacta, mas sob risco intrínseco de ser ferida, e suscetível como a em situação na qual efetivamente sofre por deficiência ou desvantagem, o que a predispõe a sofrer ainda dano suplementar”^{75:540}.

A vulnerabilidade refere-se tanto a um grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer sua liberdade por causa de uma

contingência física ou como consequência de seu percurso de vida, como a um grupo incapaz por consequências sociais e/ou políticas⁷⁶. Como princípio abrange ambos os sentidos, sendo acrescido de uma obrigação moral como um dever a ser cumprido. Segundo Maia^{77:31} “assistir a pessoa vulnerável significa assegurar-lhe proteção de vida para além da proteção de sua integridade moral, dignidade humana e autonomia”.

Para Junges⁷⁸ a vulnerabilidade é um conceito amplo, complexo e multidimensional, o que abarca aspectos relacionados ao funcionamento biológico, manifestando-se pelo desequilíbrio das funções biológicas; psicológico, expressando-se pelas funções psíquicas do indivíduo e apoiada pelos recursos emocionais e afetivos; cultural, social e ambiental, produzida pelo meio sociocultural e agenciada pelas condições de desigualdades políticas, econômicas e sociais; espiritual, focalizando-se em distintos recursos simbólicos no enfrentamento de desafios e dos limites colocados pela realidade.

As pesquisas conduzidas na perspectiva teórica da vulnerabilidade expressam os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo, buscando a síntese dos três planos: o individual, o social e o plano programático e de serviço⁷⁹. O plano da vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referente às relações sociais. O plano da vulnerabilidade social refere-se a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições. O plano da vulnerabilidade programática e de serviços sugere que o acesso, a qualidade dos programas e o compromisso das instituições são determinantes para a distribuição de condições de saúde e bem-estar^{80;81}.

O envelhecimento implica no aumento de ameaças para o desenvolvimento de vulnerabilidade de natureza individual, socioeconômica e psicossocial. É nessa fase da vida do indivíduo que questões como vulnerabilidade e autonomia se cruzam e provocam discussões éticas. A autonomia na qual falamos aqui, é definida como o reconhecimento do direito comum a todas as pessoas “para

manter suas perspectivas, fazer escolhas e decidir agir baseada nos seus valores e crenças pessoas”^{82:160}.

Diante das peculiaridades próprias do envelhecimento, ressaltamos que a vulnerabilidade entre os idosos possui características específicas que os diferem das demais fases do ciclo vital. As alterações biológicas que ocorrem nos indivíduos em processo de envelhecimento os tornam menos capazes de manter a homeostase quando submetidos a um estresse fisiológico. Tais manifestações indicam maior suscetibilidade à doenças crônicas, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte⁷⁹. Contudo, nem todos os idosos com suscetibilidade a incapacidade as desenvolvem, assim como nem todos os idosos com condições sociais desfavoráveis possuirão piores condições de saúde. Em alguns contextos, mesmo expostos a condições desfavoráveis alguns idosos conseguem enfrentar os obstáculos, a tais vivências são atribuídos significados, autoconhecimento e aprendizado⁷⁷.

Associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, verifica-se o declínio progressivo da capacidade funcional, o que pode conduzir alguns idosos a uma limitação ou perda total do desempenho de determinadas atividades, levando-os a experimentar uma sensação de vulnerabilidade em relação ao declínio físico e mental, o que pode resultar na necessidade de algum tipo de auxílio para a realização das atividades do cotidiano.

Em diferentes países do mundo têm desenvolvido várias formas de apoio e cuidado ao idoso dependente nas atividades básicas de vida. Na França, as políticas públicas têm um papel central no cuidado das pessoas idosas e possuem um grande número de dispositivos. Os membros da família que cuidam de familiares idosos podem se beneficiar da alocação personalizada de autonomia (*allocation personnalisée d'autonomie*, APA), isto é, podem receber um salário para cuidar dos idosos em seus domicílios⁸³.

No Japão, o cuidado ao idoso é atribuído à família, que diferentemente da França, não recebe nenhum tipo de remuneração ou benefício. O setor público tem implementado alguns serviços, como o “*Long-Term Care Insurance*”, que se constitui

de cuidados de longa duração para idosos, financiados por um imposto obrigatório pago por todos os residentes do Japão com 40 anos ou mais, inclusive os residentes imigrantes⁸³.

No Canadá, os idosos podem ter acesso a diferentes serviços de benefícios públicos; com relação à segurança de renda. A maioria dos canadenses mais velhos recebem a renda da aposentadoria e benefícios do sistema de seguridade social. Cerca de 7% dos idosos canadenses vivem em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), principalmente por causa de algum problema de saúde. Essa taxa sobe para 40% em relação aos idosos acima de 80 anos. Há também os serviços prestados pelas organizações não governamentais criadas para atender a uma dada especificidade da comunidade e atendem às necessidades sociais dos idosos. Essas organizações recebem recursos do governo e contam com serviços profissionais de enfermagem, serviço social e terapia ocupacional, além de serviços de cuidados pessoais (ir ao banheiro e tomar banho) e serviços de apoio domiciliar. Os cuidados no domicílio e na comunidade são os que mais crescem no sistema de saúde, visto que é mais rentável para o Estado do que o cuidado institucional de idosos⁸⁴.

No Brasil, com o objetivo de reduzir custos da assistência hospitalar e institucional, o cuidado do idoso dependente é delegado à família, à sociedade e ao Estado, como está descrito no parágrafo 1º do artigo 230 da Constituição Federal de 1988:

“A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º – Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.”

No entanto a responsabilidade maior permanece para a família. Mas o que é família? As transformações ocorridas nas sociedades provocaram alterações nas feições familiares e sociais. Há uma mudança na composição familiar, nas relações de parentesco e na representação de tais relações na família, tal

representação tem seu fundamento direto na transformação da configuração familiar e também nas relações sociais, ocasionando impacto profundo na construção da identidade de cada componente no interior da família⁸⁵. Nesse contexto, encontramos uma nova forma de rearranjo familiar. A família nuclear composta de pai, mãe e filhos vem sendo substituída por uma família que não tem como foco principal as ligações consanguíneas, mas são baseadas em uma rede de convivência. As famílias contemporâneas apresentam distintas configurações que podem se constituir de diferentes combinações: compostas de várias gerações (avós, filhos e netos); casais sem filhos; famílias monoparentais (família composta por um dos pais e os filhos); união de pessoas com filhos de outro casamento; famílias homoafetivas (casais homossexuais com filhos), entre outras. Os arranjos familiares podem ser compostos de diversas formas, renovando conceitos preestabelecidos ou redefinindo os papéis de cada membro do grupo familiar. Segundo Ferrari e Kaloustian^{86:14}

“A família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único e ideal; pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares.”

Nas últimas décadas, a família tem experimentado mudanças profundas, como a privatização dos espaços familiares, as diversidades das formas de convivência, o aumento de pessoas divorciadas e o aumento do número de idosos como chefes de família; porém, mesmo com tais mudanças, é frequente o cuidado dos idosos ser delegado aos familiares, que, não tendo outra opção, abrem mão dos empregos e projetos pessoais.

O cuidador familiar é escolhido com base nos seguintes critérios: grau de parentesco, com prevalência dos cônjuges seguidos de um filho; depois gênero, predominando o sexo feminino; a proximidade física, considerando quem mora com o idoso ou quem mora mais próximo da casa do idoso; a proximidade afetiva. Algumas pesquisas têm relatado o aumento do número de homens cuidadores; no

entanto o sexo feminino é predominante, evidenciando uma relação muito forte com as raízes históricas, culturais, sociais e afetivas, uma vez que a figura feminina sempre esteve associada ao cuidado da casa, dos filhos, do marido e dos idosos⁸⁷.

O cuidado diário e permanente de um idoso em situação de maior dependência afeta a vida familiar do cuidador, provocando conflitos, entre os quais podemos mencionar: a mudança no exercício de papéis, redução do convívio social, solidão, insônia, depressão, sobrecarga e frustração por não conseguir realizar projetos pessoais. Diante de um quadro de dependência do idoso, observamos diversas atitudes dos membros da família: há aqueles que aceitam a situação e procuram novas estratégias para ajudá-lo; há os familiares que tomam o cuidado do idoso para si e não aceitam ajuda de outras pessoas; e há, também, os que se afastam da família e não oferecem nenhum tipo de suporte ao idoso. Segundo Goldfarb e Lopes⁸⁸, a família que possui um idoso dependente apresenta uma série de situações e sentimentos, fenômenos esses de ordem afetiva, social, econômica e de organização do cotidiano.

A família no processo de cuidado de um idoso dependente passa por diversas etapas, como a dificuldade em aceitar que o idoso precisa de ajuda em atividades simples e cotidianas. Diante da dificuldade em lidar com essas questões, surgem reações de irritação e hostilidade. Após a família e o idoso compreenderem o novo momento vivenciado, a família experimenta outras sensações, que variam segundo as características familiares; em alguns casos, a hostilidade poderá aumentar, em outros, a força dos vínculos positivos de amor e solidariedade pode surgir ou aumentar. Outros familiares optam por afastarem-se da família e do idoso por não saberem como lidar ou porque não se importam com a situação⁸⁸.

Observa-se que o cuidador responsável se isola, corta laços sociais, deixa de fazer coisas que o agradava, não recebe ou faz visitas, ou seja, não realiza atividades que representem uma satisfação pessoal. Para a grande maioria das famílias brasileiras, não é economicamente viável a contratação de um profissional ou a institucionalização do idoso, e a Saúde Pública ainda não oferece soluções alternativas. A função de cuidador familiar demanda tempo, dedicação e paciência,

no entanto o cuidado a longo prazo pode provocar transtornos de saúde e, como consequência, uma diminuição na qualidade do cuidado.

Lemos⁸⁹ afirma que pesquisas com cuidadores familiares realizadas tanto em âmbito nacional como internacional demonstram que “são diversos os efeitos negativos sobre a saúde física e mental dos(as) cuidadores(as), levando-os(as) a um quadro de estresse, sobrecarga e isolamento social”^{89:22}. No Brasil, há escassez de programas voltados ao cuidado do cuidador familiar, atualmente contamos com as equipes de Saúde da Família que, segundo o Ministério da Saúde, tem como objetivos:

“Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social”⁹⁰.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma aliada importante na questão do apoio social ao idoso, uma vez que auxilia na busca de recursos da comunidade e na formação de rede social. Segundo Giacomozzi e Lacerda⁹¹, a atenção no domicílio permite maior aproximação do profissional com o usuário, o que possibilita o conhecimento da realidade e o estabelecimento de vínculo. O conhecimento das condições sociodemográficas, das situações de saúde, do grau de dependência e das necessidades de apoio familiar é fundamental para o desenvolvimento de discussões que resultem em atividades a serem realizadas no domicílio e que tenham mudanças significativas. No entanto, algumas vezes, o suporte dado aos idosos é reduzido; Pacheco e Santos⁹² ressaltam a importância de

a equipe de Saúde da Família estar mais inserida na questão da saúde do idoso dependente, além de oferecer suporte aos cuidadores familiares.

Os casos de maior complexidade podem ser acompanhados pelas equipes multiprofissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que contemplam ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, todas prestadas em domicílio e por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). O SAD permite ampliar a atenção domiciliar já realizada pela ESF com base em três diferentes modalidades: a) Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessite de cuidados de menos complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde⁹³; b) Atenção Domiciliar tipo 2 e 3 (AD2 e AD3), atendem pacientes com quadros clínicos mais complexos, com necessidades de tecnologia especializada de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, atendimento de urgência, emergência e transporte, bem como a presença de um cuidador⁹³.

O SAD pode ser entendido como um dispositivo que possibilita a efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenção, pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades. No entanto, há ainda alguns obstáculos para a sua efetivação, como os conflitos organizacionais e assistências que afetam seu processo de trabalho e a realização de suas atividades. O estudo de Brito⁹⁴ relata que a falta de profissionais para compor as equipes do SAD e a alta demanda dos centros de saúde impossibilitam os profissionais de saírem para conhecer o território onde “são produzidos os processos de ser saudável e de adoecer dos sujeitos, seus afetos, seus sentidos de vida, suas relações, sua cultura e seus modos de viver a vida”^{94:608}, o que dificulta seu funcionamento ideal.

O envolvimento da família no processo de cuidar é de suma importância, entretanto raramente a família é inserida nas tomadas de decisão, “não há o reconhecimento do papel de protagonista dos familiares no cuidado por parte de alguns profissionais, que assumem o papel de detentores do poder e do

conhecimento, excluindo a família da tomada de decisão sobre a saúde de seu significativo”^{91:648}. Os cuidadores familiares em alguns momentos tornam-se personagens secundários, quando o foco da equipe de saúde é a cura e o doente. Iniciativa simples como a formação de grupos de apoio ao cuidador poderia contribuir para o fortalecimento do sujeito que cuida, com resultados positivos tanto no cuidado prestado, quanto na vida dos cuidadores.

Diante da difícil realidade dos cuidadores familiares, das novas configurações da família e do número cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho, muitas famílias (que possuem condições financeiras) buscam alternativas para o cuidado do idoso dependente, como a contratação de um cuidador formal.

Segundo Born⁹⁵, há duas categorias de cuidadores: a) cuidador informal, que constitui uma pessoa da família, amigos ou um voluntário que assume os cuidados dentro do domicílio; b) cuidador formal, aquele que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar mediante remuneração. Além dessa classificação, há também a de cuidadores primários, secundários e terciários. Os primários são os principais responsáveis pela pessoa idosa, pelo cuidado e pela maior parte das tarefas. Os secundários dividem, de alguma forma, as responsabilidades com o cuidador principal, auxiliando-o e substituindo-o.

Cuidador Formal e Idosos

O cuidador formal de idosos é uma categoria relativamente nova no Brasil e designa o responsável pelo bem-estar, saúde, higiene pessoal, alimentação, educação, cultura, saúde e lazer da pessoa cuidada. O perfil dos cuidadores formais, assim como dos cuidadores informais, é predominantemente do sexo feminino. Segundo Colomé⁹⁶, a tarefa de cuidar encontra-se associada à figura feminina pela origem das raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. Os CF apresentam média de idade de 48 anos, com ensino fundamental incompleto e remuneração média de dois salários mínimos⁹⁷.

Segundo Born⁹⁵, o CF deve apresentar habilidades e qualidades para exercer sua prática, sendo essas: *habilidades técnicas* – conhecimentos teóricos e práticos adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados; *qualidades éticas e morais* – qualidades necessárias para permitir relações de confiança e respeito; *qualidades emocionais* – o cuidador deve possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento, capacidade de compreensão nos momentos difíceis e ser tolerante para lidar com situações que causem frustração pessoal; *qualidades físicas e intelectuais* – o cuidador deve possuir saúde física e energia, condição primordial nas situações em que haja a necessidade de transferir o idoso ou lhe dar apoio para se vestir e cuidar da higiene pessoal; *motivação* – é condição fundamental a empatia por idosos, valorizá-los como grupo social, considerando que o “cuidado” deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

O cuidador formal de idosos foi reconhecido e inserido na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 2002, sob o código 5162-10⁹⁸. Segundo a CBO, cabe aos cuidadores a responsabilidade de zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene, cultura, lazer e recreação da pessoa assistida. A CBO descreve o cuidador formal como uma pessoa capacitada para realizar auxílio ao idoso que apresenta algum grau de dificuldade nas atividades da vida cotidiana, sendo um elo entre a família, o idoso e os serviços de saúde. Cabe ao cuidador ter o Ensino Fundamental, ser maior de 18 anos, ter capacitação específica para atuar como cuidador, gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis, possuir qualidades éticas e morais e se identificar com tal atividade⁹⁸. No que tange a capacitação específica, a CBO não qualifica o tipo de curso, carga horária ou o órgão que deve fiscalizar os cursos oferecidos. Os cursos realizados no Brasil não seguem até hoje uma orientação padronizada, ficando o seu programa a critério daqueles que o organizam.

Em 2012, a regulamentação da profissão de cuidador de idosos ganhou destaque com a tramitação do Projeto de Lei nº 4.702/12, de autoria do senador Waldemir Moka². Esse não foi o primeiro projeto com esse objetivo; em 2006, o

deputado Inocêncio de Oliveira apresentou o primeiro projeto, que está parado na Comissão de Constituição e Cidadania desde 2012. Em 2008, o deputado Otavio Leite apresentou o segundo projeto relacionado à profissionalização dos cuidadores de idosos, que teve o mesmo fim do projeto anterior⁹⁹.

O Projeto de Lei (PL) 4.702/12 está em tramitação e encontra-se na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados sob relatoria da deputada Benedita da Silva. O projeto estabelece inúmeras diretrizes e teve muitos pontos debatidos ao longo de sua tramitação, entre eles a discussão sobre os cursos de formação, que são obrigatórios no PL, mas cuja modalidade (presencial ou semipresencial) e carga horária adequada não foram definidas². Quanto às experiências internacionais, observa-se que, na Espanha, o CF não é uma profissão com titulação homologada com uma clara definição de função nem conteúdos formativos. Os cursos são realizados por várias academias ou administrações públicas, porém sem reconhecimento do Ministério da Educação. No Japão, o sistema de cuidado domiciliário foi criado em 1962, quando o governo incluiu recursos para esse programa no orçamento anual. Para poder trabalhar como CF é necessária a realização de um curso de 410 horas, incluindo um estágio prático de 122 horas, e a formação obedece a um programa único reconhecido em todo o território nacional⁹⁵.

Outro tema conflituoso refere-se à escolaridade mínima e à formação necessária para exercer tal profissão. Segundo o PL, é necessário ter o Ensino Fundamental completo, no entanto, para os dirigentes de associações e para os militantes, saber ler e escrever é o mínimo necessário, visto que grande parcela dos cuidadores de idosos não teve oportunidade de estudar, mas é experiente, e perderia seus empregos caso a lei entrasse em vigor nesses moldes; por outro lado, os especialistas afirmam que é necessário ao cuidador determinado grau de instrução, uma vez que é de responsabilidade dele administrar medicamentos, ler bulas e receitas médicas, bem como transmitir informações à equipe de saúde e aos familiares do idoso cuidado¹⁰⁰.

A regulamentação da profissão de CF é um desafio, uma vez que é necessário encontrar um espaço profissional para o cuidador sem confundi-lo com outras profissões que atuam em áreas semelhantes, tais como auxiliares e técnicos de enfermagem e empregadas domésticas. Um dos grandes entraves da regulamentação é a quem caberia a alocação da profissão de CF, ao Conselho Federal de Enfermagem e ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo ou à Assistência Social? O Conselho de Enfermagem pontua que a profissão deverá ser exercida somente por aqueles que possuem formação na área e que “o cuidador de idosos não é profissional de enfermagem, portanto, não pode ser supervisionado pelo profissional enfermeiro”¹⁰¹.

Atualmente, a função de cuidador de idosos se confunde com a função de empregado doméstico, uma vez que muitas famílias exigem o cuidado ao idoso, bem como a limpeza do lar, desempenhando tarefas para além de sua responsabilidade laborativa. Esse dado é confirmado em alguns estudos e apontado como um prejuízo no cuidado integral do idoso¹⁰², o que nos demonstra o desconhecimento por parte dos idosos, familiares e dos cuidadores quanto às reais tarefas de tal função. Com o processo social de construção da profissão de CF, surge a diferenciação entre as funções, bem como o significado de cada profissão e o *status* atribuído a cada uma delas.

No Brasil, há pouca atuação do Estado no que concerne ao cuidado formal, uma vez que são quase inexistentes as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar; o cuidado de idosos se resume às IPLI, que ainda apresenta um reduzido número. Uma experiência significativa no Brasil, no que se refere ao cuidador formal, é o Programa Acompanhante de Idoso (PAI), do Município de São Paulo. Esse programa é uma importante ferramenta estratégica para a promoção de equidade, acessibilidade, exercício de direitos e atenção integral a idosos e tem como objetivo oferecer apoio e suporte em domicílio a idosos que se encontram em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, quais sejam: com risco de institucionalização, sem suporte familiar ou social, que apresentam dependência funcional e/ou deficiência mental¹⁰³.

Cada acompanhante é responsável por aproximadamente 12 idosos e suas ações devem estar em conformidade com o plano de cuidados desenvolvido pela equipe a partir da avaliação das necessidades de saúde e sociais do idoso. Dentre as atribuições específicas dos acompanhantes de idosos estão: realizar acompanhamento domiciliar e ações de prevenção e promoção de saúde; auxiliar na higiene ambiental e pessoal; prestar apoio nas atividades de cuidado com a saúde; acompanhar o idoso em atividades externas ao domicílio, tais como idas à farmácia, banco, igreja, além de estimular a inserção do idoso em serviços comunitários¹⁰⁴.

O cuidador de idoso apresenta-se como uma nova e ampla função no mercado de trabalho e mobiliza diferentes atores e interesses. Dado a incipiente legislação e fiscalização, não há critérios para a seleção de pessoas na atuação. A atual crise financeira do país e a conseqüente alta no número de desempregados fazem com que muitos atuem como cuidadores sem o devido preparo para tal função.

A falta de normatização geral deixa os cuidadores a sua própria sorte, buscando conhecimentos com colegas experientes ou trazendo consigo experiências anteriores de cuidados de familiares. A discussão da profissionalização do cuidador de idosos seria um respaldo para a prática desses trabalhadores, e a regulamentação os auxiliaria na melhor delimitação de suas funções

O ato de cuidar de idoso dependente no domicílio impõe aos cuidadores formais desafios diários, como contemplar todas as qualidades referidas por Born⁹⁵. O cuidador formal é submetido à diversas cobranças, dos familiares, dos idosos ou deles próprios, no que diz respeito à integralidade do ser cuidado, uma vez que apresentam tarefas a serem cumpridas em sua rotina de trabalho, como: atividades manuais, higienização, alimentação, administração de medicamentos, lazer, carinho, amor e afeto. O trabalho constitui um significado maior que o ato de trabalhar ou vender sua força de trabalho em busca de remuneração. A teoria da psicodinâmica dejouriana do trabalho compreende que a relação do homem e do trabalho está na identificação do labor como um local de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais. Para Dejours¹⁰⁵, a psicodinâmica do trabalho refere-

se aos estudos dos movimentos psicoafetivos produzidos pela evolução dos conflitos intersubjetivos e intrassubjetivos existentes entre a organização prescrita e a organização real do trabalho.

Dejours¹⁰⁶ nomeia de trabalho prescrito o conjunto de atividades previamente planejadas e organizadas; assim, para desempenhar uma função de maneira satisfatória, o trabalhador tem que adotar uma série de instruções que foram anteriormente planejadas e definidas pela organização. Já o trabalho real pode ser entendido como “aquilo que em uma tarefa não pode ser obtido pela execução rigorosa do prescrito”^{106:43}, isto é, a maneira como cada trabalhador realiza suas tarefas é única e, em certa medida, independente de instruções e direcionamentos prescritos. Assim, o trabalho, mais que um modelo prescrito pela organização, assume um dinamismo que permite ajustes, rearranjos e criatividade.

Lancman e Uchida¹⁰⁷ destacam que existem diversas formas de sofrimento no trabalho: medo de acidente, angústia de não executar as tarefas no tempo imposto, descontentamento, medo de agressões dos usuários ou clientes, receio de dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, medo da demissão, entre outros transtornos. No caso dos cuidadores formais, podem ser acrescidos aos sofrimentos outros temores: medo de o idoso cair, medo de o idoso sofrer alguma intercorrência de saúde (engasgos, falta de ar, febre, infecções, pneumonias), medo de o idoso morrer, de enfrentar problemas de relacionamento com a família ou o idoso.

Para amenizar o sofrimento, a cooperação e a colaboração dos trabalhadores na organização do trabalho assegura a vontade de as pessoas trabalharem juntas e de superarem coletivamente os obstáculos que surgem da própria natureza ou da essência da organização prescrita do trabalho, atuando tanto em relação à eficiência do trabalho quanto ao alívio do sofrimento. Para Dejours¹⁰⁸, é no coletivo que se constrói o sentido dos sofrimentos vividos e é por meio de ações comunicativas que se compartilham seus sentimentos, no qual possa se criar uma linguagem comum que leve à uma nova compreensão, à uma nova interpretação e a um novo sentido para o trabalho. Assim, a cooperação é

viabilizada pelos espaços de discussão que são construídos pelos trabalhadores, onde experiências são compartilhadas, possibilitando o enfrentamento do sofrimento oriundo da organização do trabalho. Para o autor, os sofrimentos enfrentados pelos trabalhadores em suas rotinas de trabalho os levam a buscar alternativas e a reconstrução de uma realidade que está colocada; desse modo, os trabalhadores buscam soluções coletivas e individuais para evitar ou amenizar os sentimentos de sofrimento.

Contudo essa colaboração entre os trabalhadores é inexistente no contexto do cuidador formal que atua no domicílio, como um trabalhador solitário. No cuidado domiciliar, o trabalho é realizado, na maioria dos casos, por um único profissional, que não tem, portanto, com quem compartilhar as tarefas, procedimentos, responsabilidades do cuidado ao idoso, diferentemente do que ocorre nas ILPIs, e tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem emergir em diversas situações que envolvem o cuidado de modo solitário, potencializando seus sofrimentos.

Quando o trabalhador está diante de uma situação de angústia e insatisfação, podem ocorrer duas respostas de enfrentamento. Uma em que ele elabora estratégia individual ou coletiva que o assiste no enfrentamento do sofrimento e sua ressignificação; e outra, em que ocorre a negação do sofrimento. Não dar visibilidade aos sofrimentos vivenciados no trabalho dificulta traçar estratégias para atenuá-los. Para Dejours¹⁰⁹, o sofrimento pode apresentar duas vertentes: o sofrimento patogênico e o criativo. O sofrimento patogênico, se apresenta diante do esgotamento de todos os recursos defensivos mobilizados, e pode levar o sujeito a um sentimento de incapacidade de desempenhar as demandas do trabalho. O sofrimento patogênico culmina como resultado das pressões psíquicas de trabalho, onde há uma separação entre concepção e execução das atividades e pode resultar em um desequilíbrio psíquico, em uma descompensação e, conseqüentemente, em uma doença. O ato de não refletir sobre a atividade de trabalho força o trabalhador a alienar-se de todo o processo de trabalho, mantendo-o em um tempo e espaço que não lhe fazem sentido.

O sofrimento criativo é o agenciador da realização do verdadeiro trabalho, é a alavanca do processo criativo. A transformação do sofrimento em criatividade exige uma organização do trabalho flexível, que permite a aplicação das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, de modo a permitir ao trabalhador uma liberdade de rearranjar seu modo operatório e utilizar-se de gestos capazes de lhe propiciar prazer, transformando um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante¹⁰⁹.

Embora o trabalho possa ser fonte de sofrimento, em contrapartida, pode proporcionar vivências de prazer, pois é por meio dele que o homem constrói sua vida e se insere no mundo laboral, não apenas como modo de subsistência, mas também como realização pessoal e profissional, isto é, possibilita construir novas formas de ser. As experiências de prazer surgem da combinação que o trabalho traz ao corpo, a psique e as relações interpessoais e se manifestam por meio da gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho¹⁰⁸.

3. Resultados e discussões

3.1 Perfil dos cuidadores formais de idosos

Foram contatados 100 cuidadores, destes, 29 concordaram em participar da pesquisa, 28 recusaram e 43 não se enquadravam nos critérios de inclusão. Os participantes do estudo residiam em diferentes cidades: Carapicuíba, Caieiras, Cotia, Itapevi, Osasco, São Paulo, Santo André, São Bernardo e Taboão da Serra. O Quadro 2 aponta os dados da caracterização dos participantes do estudo quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, tempo no exercício da função de CF, carga horária, remuneração e realização de curso de formação de cuidador de idosos.

Entre os cuidadores entrevistados, podemos constatar que se trata de uma amostra com indivíduos majoritariamente do gênero feminino. Segundo Muraro e Boff¹¹⁰, a maciça presença de mulheres no cuidado de idosos se dá pela forte e histórica relação entre fêmeas e prole como origem de cuidado e afetividade da espécie humana, assim as raízes históricas e culturais do cuidar podem explicar o alto número de mulheres neste estudo. Outro aspecto que contribui para o predomínio de mulheres na atividade de cuidador de idosos é o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho. Amâncio¹¹¹ aponta que existe na sociedade um consenso quanto às profissões cujas competências exigidas são associadas às mulheres, isto é, as profissões ligadas à saúde e à assistência social, uma vez que indicariam um prolongamento para a esfera pública de sua função no âmbito familiar.

A variação da idade dos cuidadores foi entre 30 e 71 anos, com média de 52 anos. No que concerne ao estado civil, houve um predomínio de cuidadores casados (n=15), seguidos de divorciados (n=8), solteiros (n=5) e viúva (n=1).

Em se tratando de religião, oito eram evangélicos e oito eram católicos, quatro espíritas, quatro afirmaram não ter religião, um budista, um umbandista, um adventista, um Testemunha de Jeová e uma afirmava ser cristã. Quanto ao tempo

de atuação como cuidador formal, a média foi de 12,6 anos, sendo o tempo mínimo 3 anos, e o máximo de 32 anos.

No que se refere ao grau de escolaridade, verificou-se que 20 cuidadores tinham o Ensino Médio completo, dois tinham o Ensino Médio incompleto, cinco apresentavam Ensino Fundamental completo e dois Ensino Fundamental incompleto. Dos 29 entrevistados, apenas um não possuía curso de formação de cuidador de idosos, mas relatou que está sempre buscando novas informações que o auxiliam no cuidado do idoso.

No que concerne à carga horária semanal, houve uma variação entre 28 e 96 horas. A maioria dos CF trabalhava mais de 60 horas por semana, o que reflete uma sobrecarga na jornada de trabalho dos cuidadores. O excesso de horas trabalhadas pode comprometer a qualidade da assistência prestada ao idoso, bem como levar à diminuição de tempo e qualidade no autocuidado, no lazer e no descanso do cuidador, potencializando desgastes físicos e emocionais.

O cuidador formal de idoso assume diversas tarefas de cuidado, supre as necessidades do idoso e se responsabiliza por ele, o que pode tornar o cuidado uma tarefa árdua. Adicionado a isso, a insatisfação com o salário e a sobrecarga da jornada de trabalho podem desencadear sofrimentos. Retomando as análises de Dejours¹⁰⁹, quando o contexto organizacional desencadeia sofrimento, o indivíduo busca desenvolver mecanismos de defesa para tentar diminuí-lo, no entanto, quando há acirramento de conflitos, e o trabalhador apresenta impasses com a organização, não conseguindo dar vazão aos desejos e aos processos criativos, pode ocasionar na queda na produtividade do profissional, o que resulta na má qualidade do atendimento ao idoso. Assim, a sobrecarga vivenciada pelo cuidador pode ser subjetiva, evidenciada pelo estresse físico e mental, e objetiva, ao expressar as dificuldades decorrentes do ato de cuidar. Quando tais desgastes não são considerados e aliviados, podem resultar no adoecimento, transformando o cuidador na pessoa a ser cuidada.

Quanto ao tempo de atuação como cuidador formal, a média foi de 12,6 anos, sendo o tempo mínimo 3 anos, e o máximo de 32 anos. Com relação ao sexo

do idoso cuidado, a maioria dos CF tiveram em algum momento de suas vivências profissionais que cuidar de idoso do sexo masculino e ambos os cuidadores homens cuidaram, e cuidam, de idosos do mesmo sexo.

Notamos que os sujeitos dessa pesquisa são profissionais diferenciados por possuírem uma formação específica para atuarem como cuidadores formais de idosos, nesse sentido poderíamos conjecturar que possuir tal capacitação certamente seria um diferencial importante ao profissional, visto que muitos CF ainda atuam sem a realização de um curso de capacitação. No entanto, quando comparamos a remuneração dos cuidadores deste estudo com a relatada em outras pesquisas em que os CF não possuíam cursos específicos¹¹², observamos que possuir ou não um curso de formação de cuidador formal não influenciou o salário recebido, a maioria dos cuidadores dessa pesquisa recebiam entre 1 e 2 salários mínimos. Da mesma maneira, percebemos que possuir curso de formação específica não impede que o trabalhador tenha uma sobrecarga da jornada de trabalho. Esses resultados nos levam a um questionamento: se os cuidadores formais de idosos que possuem um diferencial para atuar como tais vivenciam situações de trabalho em que há baixa remuneração e alta jornada de trabalho, em que situações de trabalho estão aqueles que não possuem qualificação?

Em uma sociedade com alto índice de desemprego, os cuidadores formais de idosos se submetem a difíceis realidades de trabalho, sendo muitas vezes, uma mão de obra descartável devido ao grande contingente de trabalhadores desempregados. O CF deve receber todos os direitos garantidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT): jornada diária de oito horas, semanal de 44 horas, férias, 13º salário, descanso semanal remunerado, horas extras, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e vale-transporte, o que não corresponde à realidade de nossa amostra, como observado nos dados acima. É primordial que o Projeto de Lei 4702/2012, que regulamenta a profissão do cuidador formal de idoso, esteja atento aos direitos desses trabalhadores, estabelecendo, além dos outros pontos debatidos nesse trabalho, um piso salarial e uma jornada de trabalho digno.

Quadro 2- Caracterização individual do grupo de participantes

Entrevista	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Religião	Tempo que exerce a função de cuidador (anos)	Carga horária (semanal)	Remuneração (salário mínimo)	Curso de formação de cuidador de idosos	Sexo do idoso cuidado
1	F	41	Divorciada	Médio completo	Adventista	4	72	2,0	Sim	F
2	F	44	Casada	Médio completo	Católica	22	72	2,0	Sim	F
3	F	43	Casada	Médio completo	Católica	4	72	3,0	Sim	F
4	F	65	Casada	Médio completo	Evangélica	20	72	1,5	Sim	F
5	F	65	Viúva	Médio completo	Evangélica	3	72	1,5	Sim	F
6	M	71	Casado	Fundamental completo	Testemunha de Jeová	5	20	1,0	Sim	M
7	F	62	Casada	Médio completo	Evangélica	4	55	1,5	Sim	F
8	F	51	Solteira	Médio completo	Espírita	22	96	1,5	Sim	F
9	F	63	Divorciada	Fundamental Incompleto	Sem religião	13	96	1,5	Sim	F
10	F	53	Solteira	Médio completo	Espírita	22	96	1,5	Sim	F
11	F	38	Casada	Médio completo	Católica	13	77	1,5	Sim	F
12	F	48	Divorciada	Médio completo	Budista	6	48	1,0	Sim	F
13	F	51	Divorciada	Médio completo	Católica	32	48	1,5	Sim	F
14	F	45	Casada	Médio completo	Evangélica	7	48	1,5	Sim	F
15	F	40	Casada	Médio completo	Católica	3	40	2,0	Sim	F
16	F	36	Solteiro	Médio completo	Sem religião	11	60	2,0	Sim	M
17	F	30	Casada	Médio completo	Evangélica	11	60	1,5	Sim	F
18	M	33	Solteiro	Médio incompleto	Sem religião	6	96	4,0	Sim	M
19	F	61	Casada	Médio incompleto	Espírita	14	96	5,0	Sim	M
20	F	58	Casada	Médio completo	Católica	5	96	2,0	Sim	F
21	F	46	Solteira	Médio completo	Sem religião	4	40	2,0	Não	F
22	F	68	Divorciada	Médio completo	Umbandista	25	48	1,5	Sim	M
23	F	52	Casada	Fundamental completo	Católica	13	48	2,0	Sim	F
24	F	54	Divorciada	Médio completo	Cristã	5	28	1,5	Sim	M
25	F	63	Divorciada	Fundamental completo	Evangélica	6	48	1,5	Sim	F
26	F	61	Casada	Médio completo	Espírita	30	96	5,5	Sim	F
27	F	49	Casada	Fundamental incompleto	Católica	8	48	1,0	Sim	F
28	F	63	Divorciada	Fundamental completo	Evangélica	20	72	3,0	Sim	F
29	F	56	Casada	Fundamental completo	Evangélica	30	48	2,0	Sim	F

3.2 Categorias de análise

As informações recolhidas junto aos entrevistados foram organizadas em cinco categorias empíricas: Formação para o trabalho; Sofrimentos/Desafios; Satisfação; Envelhecimento e Cuidado (Quadro 3).

Quadro 3. Categorias empíricas, subcategorias e unidades de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
Formação para o trabalho	Aprendizagem prática	Experiências anteriores como cuidador, seja no âmbito familiar, seja como voluntário.
		Entrada na profissão como necessidade de emprego.
	Prática profissional	Dificuldades de adaptação à nova profissão.
	Cursos formais	Cursos realizados; trajetória de aprendizagem.
	Requisitos para ser cuidador	Características que um indivíduo deve possuir para ser CF.
Sofrimento/ Desafios	Doenças e Morte	Dificuldade em lidar com doenças e com a morte do idoso.
	Relacionamento	Dificuldade de relacionamento com familiares do idoso ou outros profissionais.
Satisfação	Satisfação pessoal	Ganhos pessoais relacionados com aprendizagens provenientes da profissão.
	Satisfação profissional	Razões para o cuidado prestado ser apreciado pelo idoso ou pelo familiar.
Envelhecimento	Velhice	Significado da velhice para os CF.
		Significados atribuídos pelos CF ao trabalhar com idosos.
	Cuidador e sua velhice	Mudanças na vida do CF como fruto da preocupação com seu próprio envelhecimento.
Situações de cuidado que esperam ou não receber caso necessitem de cuidados na velhice.		
Cuidado	Cuidar	Significado atribuído ao ato de cuidar.

	Cuidado como técnica	Relação entre as práticas de cuidado e a execução de atividades direcionadas às necessidades dos idosos.
	Cuidado como relação de afeto	Sentimentos de afeto para além do profissional.
	Empatia no cuidado	Mudanças nas práticas de cuidado como fruto do deslocamento do lugar do cuidador para o lugar do idoso.
	Estratégias	Estratégias adotadas pelos CF nas práticas de cuidado.
	Culpa	Situações em que o CF se sente culpado no cuidado do idoso.

A análise foi feita a partir da triangulação das categorias teóricas e das categorias empíricas, o que produziu um novo quadro de categorias de análise composto pelas seguintes categorias: Formação e autoformação para o trabalho; Tarefas e práticas de higiene; Corpo e Envelhecimento e, Cuidado (Quadro 4).

Quadro 4. Categorias de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
Formação e autoformação para o trabalho	Aprendizagem prática	Experiências anteriores como cuidador.
	Cursos formais	Utilidade dos cursos no cotidiano do cuidador.
	Construção da identidade profissional	Características que um indivíduo deve possuir para ser CF, identificação com a profissão.
	Satisfação	Ganhos pessoais e profissionais relacionados com aprendizagens provenientes da profissão.
	Rotina de trabalho	Tarefas desempenhadas pelos cuidadores em seu ambiente de trabalho.

Tarefas e práticas de higiene	Tarefas prazerosas	Satisfação no desempenho de tarefas específicas;
	Sofrimentos	Sofrimento físico e psicológicos em tarefas específicas.
	Cuidados de higiene	Sentimentos dos CF ao lidar com as diferentes secreções e odores; Situações nas quais o idoso e/ou o cuidador se sentiram constrangidos; Significados atribuídos ao banho.
Corpo e Envelhecimento	Concepções de velhice	Significado da velhice para os CF.
	Corpo envelhecido	Representações do corpo envelhecido.
Cuidado	Tecnologia leve-dura	Relação entre as práticas de cuidado e a execução de procedimentos direcionados às necessidades dos idosos.
	Tecnologia leve	Significado atribuído ao ato de cuidar.

3.2.1 Formação e autoformação para o trabalho

3.2.1.1 Aprendizagem prática

A inserção dos entrevistados como cuidadores formais se deu de diferentes maneiras. Alguns tiveram experiências no âmbito familiar, cuidando de um parente próximo com algum grau de dependência, ou sendo voluntários em uma ILPI, como relataram três cuidadoras:

[...] eu trabalhei doze anos como voluntária, e trabalhei a minha vida inteira cuidando de idoso por que eu gostava [...]. (29)

[...] eu cuidei da minha mãe antes de trabalhar como cuidadora. (7)

Eu comecei a cuidar de idoso desde criança, desde pequena, porque eu já vivia acompanhando minha tia que era solteirona, ela não casou e eu vivia com ela, e cuidava dela. (11)

Os entrevistados pontuaram que, após essas experiências, identificaram-se com a função de cuidador e deram seguimento à atuação, buscando cursos de formação e empregos remunerados. Outros entrevistados relataram que iniciaram sua experiência no cuidado motivados pela necessidade de emprego, como podemos observar a seguir:

[...] eu estava desempregado então um vizinho me chamou para cuidar do pai dele e comecei assim, aí ele viu que eu tinha jeito para o negócio e me encaminhou e eu estou até hoje e gosto do que faço [...]. (18)

Minha mãe tinha mal de Alzheimer, então eu fui obrigada a cuidar, tudo que eu aprendi, aprendi na raça e foi isso. Eu tinha a intenção de fazer outra coisa aí apareceu essa senhora que estou agora, como eu estava desempregada pensei: 'vou tentar". (21)

No início da prática profissional, os cuidadores apresentaram algumas dificuldades, como:

a) Realizar transferência do idoso

[...] eu sofri no começo, porque nessa época eu não tinha o curso ainda, então eu não tinha a técnica de transferir ele direito [...] e no curso você aprende o jeito certo, a prática de pegar. (18)

b) Lidar com os familiares

[...] lidar com familiar é muito complicado, e isso é a única coisa que me tira do sério, me estressa muito [...] por que cada um quer uma coisa diferente, principalmente nesses agora que são seis filhos, são super presente, mas cada um quer dar um palpite no cuidado do idoso (21).

c) Lidar com secreções e excreções

Eu comecei como voluntária em um asilo de pessoas carentes, mas eu tinha até nojo sabe, não chegava no andar superior que tinha os idosos mais dependentes e na hora que tinha que trocar a fralda e dar banho eu não ficava lá. (19)

3.2.1.2 Cursos formais

A maioria dos cuidadores enfatizaram a importância de realizar cursos de formação e afirmaram que os cursos permitiram o aperfeiçoamento de técnicas específicas, o entendimento de novos conceitos e novas formas de atuar diante de situações específicas, como exemplifica uma cuidadora:

[...] no curso ensina que quando o idoso vai cair e você vê que não vai aguentar o peso dele, você deve segurar ele e ir sentando no chão junto com ele, assim ele não cai de uma vez e não machuca [...] outra coisa que aprendi no curso, quando você vai descer com um cadeirante em uma rampa, conforme a rampa é inclinada a gente nunca pode descer com o idoso de frente. (5)

O fato de a profissão de cuidador de idosos não ser regulamentada não exige daqueles que cuidam formalmente de idosos possuírem curso de formação específica, o que pode acarretar em cuidadores despreparados para lidar com as necessidades dos idosos que demandam mais atenção. Nesta pesquisa, o fato de os entrevistados possuírem cursos específicos de formação de cuidadores formais de idosos contribuiu para a indicação dos participantes pelos próprios cuidadores entrevistados, que se conheceram nos cursos realizados ou trabalharam em uma ILPI. Contudo desconhecemos a qualidade dos cursos realizados, bem como a carga horária ministrada. Essa é uma realidade incomum, visto que em outras pesquisas o número de cuidadores com formação específica ainda é baixo⁹⁷.

3.2.1.3 Construção da identidade profissional

A ocupação de cuidador formal de idosos é estressante, pois expõe os cuidadores a intensas exigências emocionais por cuidarem de pessoas em sofrimento, que necessitam de atenção, compaixão e simpatia. Nesse sentido, os

entrevistados foram questionados sobre os requisitos necessários para ser um cuidador, e as qualidades elencadas foram: paciência (18), carinho/amor pelo idoso (14), gostar de cuidar (10), ser dedicado (3), ter jogo de cintura (3), ter conhecimento quanto às tarefas e doenças (2) e respeito (1).

Segundo o relato dos cuidadores, tais características influenciam diretamente a qualidade dos cuidados prestados aos idosos. O requisito paciência foi o mais citado. Para os entrevistados, cuidar de idosos requer paciência porque há idosos que exigem favores sexuais, são agitados, teimosos, que os rebaixam e que são agressivos, como observamos no relato abaixo:

[...] tem que ter paciência porque tem idoso que vai cuspir na sua cara, vai dar tapa na sua cara e você não pode fazer nada, não pode tratar ele mal. (18)

Os cuidadores pontuaram que muitas pessoas estão cuidando de idosos interessadas apenas no salário, sem realmente “gostar de cuidar de idoso”, isto é, sem se identificar com o trabalho, o que influencia diretamente o cuidado, como afirma uma cuidadora:

Os cuidados de uma pessoa que não gosta do que faz são diferentes, e é fácil perceber, você deixa o paciente de um jeito quando você chega no outro dia o paciente está machucado, a pessoa não virou o paciente, o idoso está assado, eu acho que se você ama o idoso, se você tem carinho por ele, se você gosta do que você faz você não deixa ele se machucar, você não deixa ele ficar assado, você não deixa de virar ele, eu penso assim dessa forma. (24)

Segundo Dubar^{113:136}, a identidade é o “o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições”. Para construção da identidade concorrem dois processos diferentes, um processo autobiográfico, a identidade do eu; e um processo relacional, a identidade do outro. Para o autor, a identidade é desenvolvida na infância pelo processo de socialização familiar, em seguida, na escola. É nessa combinação de troca de vivências, experiências e exemplos que a criança vai aprendendo e entendendo o ser humano, relacionando as características

humanas ao seu modo de vida. Os espaços de formação, trabalho e emprego são prolongamentos que fazem parte da trajetória de vida dos indivíduos e que permitem legitimar a identidade social que, conseqüentemente, desenvolve uma identidade profissional¹¹⁴.

A identidade profissional se insere no campo relacionado aos aspectos do social, como um tipo de identidade social. Segundo Abreu^{115:95}, tanto a identidade social quanto a identidade profissional “não são definitivas nem estáticas, encontram-se em permanente evolução. Evoluem ao longo da história e da vida e constroem-se através de escolhas mais ou menos conscientes, que lhes vão conferir novas orientações e significações”.

A identidade profissional de um determinado grupo só pode ser entendida se soubermos compreender as trajetórias pessoais dos elementos que constituem o mesmo grupo, que é composto de indivíduos que compartilham algo em comum em relação a sua própria trajetória no interior da sociedade; no caso dos cuidadores formais, a maioria compartilha de experiências não remuneradas como cuidadores de idosos, seja no cuidado de um parente próximo, seja como voluntário em uma instituição. Ao escolherem uma profissão, os indivíduos relacionam sua maneira de viver, suas experiências individuais e coletivas, assim como sua identidade pessoal relacionada à identidade profissional pré-concebida ante a sua escolha profissional.

A identidade profissional desses cuidadores nasce no cruzamento de seus saberes profissionais, adquiridos nos cursos de formação; nos locais de trabalho; nas experiências de vidas e nas suas ideologias, pois são os recursos cognitivos e simbólicos que permitem a atribuição do significado do exercício profissional, tendo em consideração a especificidade de cada local de trabalho, o qual encerra possibilidades e condicionamentos¹¹⁴.

A identidade profissional do cuidador engloba aspectos como vocação, interesse na “profissão”, o aprendizado adquirido no processo ensino-aprendizagem e no acúmulo de experiências vividas. No caso dos cuidadores, a formação baseia-se no Ensino Fundamental e Médio e nos cursos de formação de cuidadores formais de idosos; no grupo de cuidadores desse estudo é possível afirmar que os valores e as funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações

destes com a sociedade em geral são transmitidos nos cursos de formação, nas instituições em que trabalharam e nas experiências de vida individuais.

O ponto de partida para a construção da identidade profissional dos cuidadores entrevistados é sustentado pela vocação, isto é, pelo gosto de cuidar de idosos. No início da jornada profissional dos CF, identificamos as seguintes variáveis que explicam as suas escolhas pela atuação como cuidador: a convicção assumida desde muito cedo em querer trabalhar com idoso e a realização de trabalhos voluntários em ILPI, que fez com que muitos sentissem a necessidade e o desejo de realizar os cuidados de maneira formal. Nos discursos dos nossos entrevistados, a entrada no contexto do cuidado formal do idoso é assumida como permanente; com exceção de uma cuidadora, todos assumiram tal situação como definitiva. Não nos deparamos com relatos de situações de inaptidão a esse contexto de trabalho ou mesmo de uma vontade de sair para explorar outra profissão.

3.2.1.4 Satisfação

Após a compreensão da realidade que envolve o cuidador formal, conhecendo suas motivações, suas tarefas, suas dificuldades, entre outros aspectos abordados, buscamos também identificar motivos de satisfação nos aspectos pessoal e profissional provenientes do seu trabalho. Quando questionados sobre os benefícios pessoais que o trabalho com idosos produz, os cuidadores afirmaram:

Eu mudei depois que comecei a cuidar de idoso, eu aprendi muito sabe, foi muito bom pra mim também. Eu mudei a maneira de ver as coisas, eu procuro fazer o melhor hoje, o que você puder fazer melhor hoje faça, porque amanhã não sabemos como será. (14)

Trabalhar com idoso pra mim foi um aprendizado muito grande, eu já tenho muitas páginas escritas e eu vou escrever um livro sobre o que eu aprendi com eles, a maneira de ver a vida, de enfrentar os problemas, tudo é um aprendizado. (27)

Os benefícios pessoais citados pelos entrevistados demonstram sentimento de realização, crescimento pessoal, satisfação com o cumprimento do

papel e valorização social. Quando questionados sobre a satisfação no aspecto profissional, os cuidadores relataram que há o reconhecimento por parte dos idosos e dos familiares:

[...] eu gosto de ver que o meu serviço está dando certo, que o paciente e a família estão gostando, isso me dá motivação. (2)

[...] eles do jeito deles demonstram que estão gostando do meu trabalho, como eu disse, às vezes um gesto de agradecido, isso é legal, muito bom, é gostoso sentir isso. (14)

[...] então eu fico satisfeita, fico orgulhosa quando vejo que o idoso está gostando do meu trabalho. (19)

[...] esse paciente que eu estou agora, a filha dele tem muita consideração comigo, e tem confiança no meu trabalho e eu fico feliz com isso. Sempre que eu fico desempregado eu nem preciso procurar emprego, porque as pessoas me procuram, os familiares vê o seu serviço, o jeito que você trata a pessoa, eles acabam gostando, vendo que é uma pessoa boa e te indicam, eu estou fazendo meu nome, graças a Deus sou referência, aonde eu vou o pessoal fala bem de mim, eu sou indicado [...]
(18)

Ele me colocou no testamento dele, é como se fosse ele agradecido pelo o que eu fiz, por tudo o que eu fiz por ele, foi uma forma de reconhecimento (11)

As respostas dos cuidadores focalizaram sobretudo os idosos como apreciadores do seu trabalho e a felicidade que sentem quando os idosos demonstram que estão gostando do cuidado com pequenos gestos e atitudes.

Os cuidadores apontam que a tarefa de cuidar produz sentimentos positivos associados à atividade, como sentimento de felicidade, satisfação em cuidar, reconhecimento por parte do idoso e do familiar, sentimento de realização. A possibilidade de aliviar a dor (física ou emocional) do idoso, trazer o bem-estar ao idoso e o sentimento de dever cumprido após a realização de tudo o que tinha de ser feito e apesar de um dia cansativo de trabalho, também pode ser fonte de conforto e satisfação. Adicionados a esse aspecto, a valorização do trabalho do cuidador, demonstrada pela gratidão, comentários positivos, acerca do trabalho

realizado, e o reconhecimento geral produzem sentimentos de prazer, oferecendo um equilíbrio psíquico ao trabalhador.

Para Dejours¹⁰⁹ o reconhecimento do trabalho do indivíduo exerce um papel fundamental no destino do sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformá-lo em prazer. O sentimento de reconhecimento significa ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. Quando o trabalhador é reconhecido pela qualidade do seu trabalho e pelos seus esforços, suas angústias, medos, dúvidas, decepções e desânimos adquirem outro sentido para ele, o que gera sentimentos de leveza afetiva, de alívio e de prazer no sujeito, que, por meio do reconhecimento do seu trabalho, consegue construir sua identidade, como afirma Dejours^{109:34}:

[...] “quando a qualidade do meu trabalho é reconhecida, também, meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meu desânimo adquire sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquilo que eu era antes do reconhecimento.”

A presença do sofrimento não implica necessariamente em patologia, visto que o prazer-sofrimento pode conviver nas situações de trabalho. Dejours¹⁰⁹ argumenta que o prazer no trabalho é um dos caminhos para a saúde, uma vez que possibilita aos indivíduos a criação da identidade social e pessoal.

Desse modo, na psicodinâmica do trabalho, apesar de sua referência estar diretamente ligada ao concreto, os conceitos são elaborados a partir dos desejos, das crenças e da singularidade, como o indivíduo vê o mundo objetivo e as tarefas a serem realizadas. É na organização do processo de trabalho que os sujeitos buscam fazer com que o trabalho não seja somente sofrimento, mas mediador do prazer.

3.2.2 Tarefas e práticas de higiene

3.2.2.1 Rotina de trabalho

Quanto às tarefas desempenhadas pelos cuidadores, encontramos diferentes responsabilidades direcionadas aos CF. As tarefas realizadas habitualmente são: atividades relacionadas à alimentação, desde o preparo até a oferta do alimento; atividades referentes à higiene pessoal, como banho, troca de fralda, higienização oral e corporal, cuidado com a barba e unhas, limpeza da bolsa de colostomia, massagem; medicação; atividades de lazer (passeio, caminhada, exercícios, alongamentos, leitura, banho de sol, maquiagem); e atividades extras (limpar a casa, lavar e passar roupa). Apenas uma cuidadora relatou sentir-se sobrecarregada com o acúmulo de funções, visto que tinha de prestar todos os cuidados à idosa assistida e cuidar dos afazeres domésticos, como lavar e passar a roupa do marido e dos filhos da idosa, bem como preparar as refeições de todos os integrantes da família.

Segundo a CBO, é de responsabilidade do CF cuidar dos afazeres domésticos relativos ao idoso, promover o ambiente organizado e limpo, cuidar da roupa e dos objetos pessoais do idoso. Situações que exigem tarefas para além das responsabilidades do cuidador podem gerar prejuízo no cuidado do idoso, bem como prejuízo na saúde física e psicológica do cuidador.

3.2.2.2 Tarefas prazerosas

As atividades mais prazerosas citadas foram: dar banho; levar para passear; fazer atividades em que os idosos se sentem bem, como palavras-cruzadas; conversar; fazer artesanato; escutar música; rezar; ver televisão; caminhar com o idoso; ver álbum de fotografias; fazer maquiagem; ofertar alimento; trocar fralda. Podemos observar que a maioria das tarefas elencadas pelos cuidadores são tarefas que demandam maior contato social com o idoso, poucos entrevistados relataram tarefas concernentes aos procedimentos da rotina do cuidado.

A assistência ao idoso dependente envolve as dimensões psicológicas, sociais, espirituais e biológicas. Os entrevistados indicaram atividades em que o ponto central é o bem-estar e a felicidade dos idosos, como podemos observar nas falas a seguir:

[...] eu gosto de andar com ele no pátio, eu sei que ele gosta, de tomar sol ele fica contente, a gente sente que aquilo faz bem pra ele. (25)

Eu gosto de conversar com ela, pintar a unha, faço escova no cabelo. Eu gosto de ver o sorriso no rosto dela. (17)

Eu gosto de fazer tudo, principalmente cuidar dela, o que eu mais gosto é de ficar com ela, de fazer companhia, de conversar, que a gente conversa muito, ela fala de um monte de coisa, eu gosto mais de ouvir e conversar mesmo. (15)

[...] eu gosto de fazer coisas que os deixam felizes, eles ficam tão agradecidos, alguns não falam, mas você olha aquele sorriso... tem aqueles que quando a gente tá passando eles querem pegar na mão da gente com aquele sorriso de quem tá dizendo "obrigado", isso é legal, eu me sinto bem. (14)

3.2.2.3 Sofrimentos/ Desafios

Lancman e Uchida¹⁰⁷ destacam que existem diversas formas de sofrimento no trabalho, no caso deste estudo, foram identificados alguns sofrimentos geradores de angústia, medo e preocupações por parte dos cuidadores, como:

a) Sofrimento no aspecto físico

A tarefa que os cuidadores relataram terem mais dificuldade em realizar foi a transferência de idosos:

Minha maior dificuldade é trabalhar com idoso obeso, pra levantar é complicado, e agora está aparecendo um monte de problema de saúde, sinto dor no quadril e na coluna. (22)

Tenho dificuldade em pegar o idoso, minha última paciente eu precisava pegá-la no colo, ela não tinha movimento nenhum e meu nervo ciático estragou e não conserta mais, então de vez em quando eu sinto dor. (21)

O cuidado de idosos dependentes exige do cuidador grande esforço físico repetitivo, tarefas como transferências são realizadas no mínimo duas vezes ao dia, o que acarreta prejuízo para a saúde física do CF. Estudos de Colomé⁹⁶ e Barbosa³ também identificaram tais tarefas como difíceis para os cuidadores.

A rotina desgastante e a falta de estrutura adequada para quem realiza o cuidado a idosos. Segundo Brunoni¹¹⁶, as principais patologias que acometem os trabalhadores estão relacionadas a problemas musculoesqueléticos, que estão diretamente relacionadas à falta de condições estruturais relacionadas ao ambiente de trabalho. Muitos domicílios não são adaptados às necessidades dos idosos, e as camas, poltronas, sofás e cadeiras não são as adequadas ergonomicamente tanto para os cuidadores quanto para os idosos. Outro aspecto de risco diz respeito às atividades diárias de cuidado que envolvem o uso da força muscular, movimentos repetitivos e posturas inadequadas. As patologias não estão situadas somente na ordem física, mas também na ordem emocional, como ansiedade, angústia e depressão, que podem estar relacionadas à sobrecarga de trabalho. No estudo de Gratao¹¹⁷, a sobrecarga de trabalho dos cuidadores pode acarretar o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga e uso de medicamentos psicotrópicos de forma crônica. Para Colomé⁹⁶, as principais dificuldades no cotidiano dos cuidadores formais estão dispostas em dois pontos principais: as condições de trabalho inadequadas e a falta de conhecimento necessário para exercer o cuidado.

b) Lidar com as alterações emocionais dos idosos

Muitos cuidadores relataram dificuldade em lidar com: a teimosia, a oscilação do humor e a agressividade do idoso. Experiências prévias no cuidado a idosos com doença de Alzheimer também foram referidas pelos cuidadores como

uma dificuldade. Tais dificuldades encontradas por esses cuidadores podem ser justificadas pela carência de informações acerca de determinadas doenças, como a doença de Alzheimer, citada pelos entrevistados como a patologia mais complicada de lidar:

Quem tem Alzheimer é difícil, você tem que lidar com a agressividade, tem momento de confusão em que a casa não é a casa dele, tem dia que eles querem a mãe deles, tem hora que ele quer ir ao banheiro, mas não é o banheiro que ele quer ir e não sabe explicar onde quer ir. É muito difícil lidar com paciente assim. (16)

[...] no caso de quem tem Alzheimer cada dia é um dia, aliás, cada momento é de um jeito, de manhã é de um jeito, de tarde está de outro e de noite está de outro, o humor muda em um estalar de dedos [...] eu acho que essa doença muito cruel, ver o percurso da doença é horrível né? (21)

A doença de Alzheimer (DA) é um distúrbio cerebral progressivo que afeta a memória, a comunicação e o raciocínio do indivíduo; dentre os principais sintomas, destacam-se a dificuldade com o vestiário, na realização da higiene pessoal e problemas com o sono, que contribuem para a agressividade e irritabilidade, que também são sintomas da DA. Cuidar de alguém é um ato complexo e exigente, cuidar de um idoso com DA é ainda mais difícil, visto que o idoso pode apresentar diversas dificuldades nas atividades diárias. Tais tarefas podem causar estresse ao doente uma vez que sua capacidade laboral é atingida, um exemplo clássico é a dificuldade em aceitar tomar banho, frequentemente ele acredita que já tomou banho quando na verdade ainda não o fez³.

O idoso com DA demanda cuidados específicos uma vez que pode causar incapacidade de higienização, alteração comportamental, oscilação de humor, agitação e agressividade, o que requer do cuidador conhecimento e estratégias para lidar com tais dificuldades. Os estudos de Colomé⁹⁶ e Barбора³ apontam que gerir os sintomas comportamentais associados à condição demencial é um aspecto difícil para os CF O cuidado ao idoso com DA pode ocasionar diversas repercussões na vida dos cuidadores, destacando-se a exaustão, o desgaste físico e emocional. Nesse contexto, os cuidadores formais de idosos com DA são mais

vulneráveis a sobrecarga física e psicológica, quando comparados aos cuidadores formais de idosos sem DA uma vez que estão mais suscetíveis ao excesso de trabalho, a dificuldade de comunicação, a falta de suporte familiar e a falta de treinamento específico para lidar com esse perfil de idoso. Para Caldas¹¹⁸, as pessoas envolvidas no cuidado de um idoso com DA devem ser preparadas para lidar com sentimento de culpa, frustração, depressão e outros que acompanham essa tarefa, por tratar de uma doença crônico-degenerativa.

Diante disso, ressalta-se a importância de se pensar estratégias e orientações específicas para reduzir a sobrecarga resultante do impacto que a demência pode causar no cuidador. Para tal, ressaltamos relevância de elaborar intervenções que possibilitem suporte emocional aos CF e favoreçam vínculos de intimidade entre família, idoso e cuidadores; bem como o desenvolvimento de programas de conhecimentos e competências específicos para o contexto da demência.

c) Lidar com os familiares dos idosos

Os cuidadores vivenciam situações antagônicas: de um lado há famílias ausentes que não participam do cuidado do idoso, deixando tudo a cargo do cuidador, e de outro lado, famílias que superprotegem o idoso e interferem no trabalho do cuidador, impondo atitudes e cuidados que muitas vezes não são de responsabilidade dos CF.

Já cuidei de muitos idosos que foram abandonados, a grande maioria pela família. A família vai uma vez por ano, no natal ou ano novo, e aquilo é muito sofrido pra gente. (17)

(...) a família, se torna mais difícil que o próprio idoso em relação ao diálogo, eles não querem ser incomodados em nada, acham que porque pagam a gente não precisa fazer mais nada. (15)

(...) o mais complicado é a família que diz pra fazer alguma coisa de um jeito, e a gente sabe que não é daquele jeito. (18)

(...) a família fica em cima querendo que a gente faz isso, faz aquilo (...) Família vira médico, essa que é a questão, então eles fala: “não, dá isso”, “não, dá aquilo”, aí a gente tem que impor, “está prescrito isso, a gente tem que dar isso. Se for dar isso a gente tem que comunicar pra ver se pode e tal’. Então a família acaba querendo ser médico. Um pouquinho de tudo, quer ser médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, aí fica complicado. (26).

d) Lidar com a morte

Muitos cuidadores pontuaram a dificuldade em lidar com a morte dos idosos. De modo geral, lidar com a morte e o morrer é uma das grandes dificuldades dos profissionais de saúde que prestam serviços a pacientes que estão fora de possibilidades terapêuticas. A morte de um idoso é um acontecimento que abala e sensibiliza o cuidador, como demonstram os depoimentos:

[...] o seu Inácio morreu vai fazer dois anos em fevereiro, e nossa tenho muita saudade dele, muita, muita. Posso te contar um segredo? Eu senti mais a morte dele que do meu pai. Não sei se é por que fazia mais de quarenta anos que vivia longe do meu pai, claro que eu ia sempre visitá-lo, mas o seu Inácio era ali, sabe, cuidava dele todo dia, então eu senti mais a morte dele. (29)

Foi muito difícil quando ele faleceu, foi uma experiência muito triste pra mim, porque quando ele faleceu foi doído pra mim. Já não tinha muito o que fazer por ele, eu gostava tanto dele que eu pedia pra ele que eu não queria que ele fosse embora. (24)

O depoimento mais marcante acerca da morte de um idoso foi o da entrevistada 8, que cuidou de uma senhora por 15 anos:

[...] chegou um dia que eu fui trabalhar, quando eu cheguei a porta estava cheia de marca de luva, eu achei estranho, a porta estava fechada, marcas de luva [choro e silêncio] então eu entrei no quarto e ela estava deitada na cama, aí a outra cuidadora falou ‘ela se foi’ [choro] aí eu peguei a mão dela e falei ‘Tata, você já foi’ [silêncio] eu não esqueço, foi um dia marcante pra mim [silêncio] aí eu peguei a mão dela e ainda estava quente e eu falei ‘gente, será que ela já foi mesmo? Tem certeza disso? Ela está quente ainda, será que ela não está respirando?’ Aquele quarto ficou tão grande [silêncio] parece que nada mais ali tinha vida e perdeu o sentido menina, foi incrível, foi como se tudo se apagasse, parece que ficou tudo cinza, aí as meninas falavam pra mim ‘você tem que deixar ela ir’

[choro]. Até hoje, eu sinto falta dela, sinto mesmo, às vezes eu me pego assim lembrando dela, às vezes eu estou aqui em casa fazendo alguma coisa e fico lembrando dela sabe? Da gente conversando, da musiquinha que ela cantava, sinto muita saudade dela. (8)

A morte é caracterizada pelo mistério, pela falta de certeza e pelo medo do desconhecido. É objeto de estudo de áreas como psicologia, filosofia, fisiologia, antropologia e ciências da religião, que buscam compreender o desconhecido e diminuir a angústia causada pela finitude do homem. A morte mostra ao ser humano que é um acontecimento que não se pode vencer, ainda que se desenvolva a cura de diversas doenças, criando formas de preveni-las ou tratá-las, não é possível evitar a finitude. Frequentemente, os profissionais que lidam com os processos de morte e de morrer em pacientes em final de vida experimentam sentimentos como ansiedade, impotência, fracasso, culpa, frustração e tristeza¹¹⁹.

As reações, percepções e sentimentos diante da morte são diferentes para cada indivíduo, isso porque a vida e a morte estão diretamente relacionadas com o tipo de educação que receberam, com experiências que vivenciaram e com o contexto social e cultural onde cresceram¹²⁰.

A falta de preparo dos profissionais que lidam com a morte e o morrer acarreta prejuízos como sofrimento psíquico, depressão, estresse, angústia, síndrome de *burnout*, entre outros. Uma das razões para que isso ocorra está relacionada à educação e à formação que evita falar na morte.

Nos depoimentos dos cuidadores, notamos que a situação de morte e luto são fenômenos difíceis e complexos, e muitos se percebem despreparados para lidar com as questões de finitude, tendo a visão de que a morte é sinônimo de fracasso. Os cuidadores pontuaram que não tiveram uma elaboração do luto após as experiências com a morte dos idosos, mesmo para aqueles que vivenciaram tais experiências em ILPI. Nenhum entrevistado relatou ter participado de rituais coletivos que permitissem dar sentido às experiências vividas, e que algumas vezes podem ser percebidas como assustadoras.

O conhecimento sobre a morte pode ser compartilhado com a finalidade de crescimento pessoal e profissional de cada pessoa, no entanto isso

não ocorre nas instituições. Os cuidadores formais de idosos ficam desamparados quanto à questão da morte e do luto, uma vez que nas IPLI a rotina é muito dinâmica e muitas vezes não há tempo para parar e refletir sobre a morte de um idoso. Já os cuidadores que prestam serviços no domicílio até podem elaborar o luto, porém fazem isso sozinhos e com a preocupação de buscar outro emprego.

Os cuidadores lidam sozinhos com a morte do idoso e com seu luto, de tal forma que as experiências se tornam pesadas. Para os cuidadores formais de idosos, a falta de conhecimento sobre a morte pode interferir significativamente na forma de lidar com o “luto profissional”; nesse sentido, destaca-se a importância da interação com trocas de experiências sobre a morte. Uma perda sem a elaboração adequada do luto, em que não há espaço para cuidar da sua própria dor, produz consequências negativas com maior possibilidade de adoecimento¹²¹. Desse modo, iniciativas que desenvolvessem experiências em conjunto acerca dos sentimentos vivenciados seriam uma maneira de lidar com a morte com menos peso e mais naturalmente.

Os dados dessa pesquisa demonstram que são diversos os desafios que os cuidadores formais de idosos enfrentam diariamente em seu ambiente de trabalho, tendo que lidar frequentemente com questões ligadas aos idosos, familiares e individuais as quais são potencializadoras de sofrimento e, portanto, merecem ser levadas em consideração e ressignificadas, para a busca do prazer no trabalho. O trabalho do cuidador no domicílio do idoso é solitário, nesse contexto ele é privado dos processos de cooperação, solidariedade, de apoio no enfrentamento de seus sofrimentos, da possibilidade de escutar e ser ouvido que resultam em vivências de prazer, o que pode intensificar o sofrimento e contribuir para o desencadeamento de doenças, tanto psíquicas quanto somáticas.

3.2.3 Cuidados de higiene

3.2.3.1 *Secreção, excreção e odores*

Como desenvolvido na seção “O processo civilizador e as práticas de higiene”, a sociedade estabeleceu um conjunto de regras e normas que impôs aos indivíduos o modo de se portarem, forçando-os a interiorizar o domínio das pulsões e emoções. Nesse sentido, quando perguntado de que maneira reagem ao contato visual, olfativo e tátil com as secreções e excreções dos idosos, a menor parte dos cuidadores responderam:

Olha, a única coisa que eu tenho nojo, mas nojo mesmo é o vômito, eu não consigo lidar muito bem não. Eu sinto ânsia com tudo, vendo a pessoa vomitar, o cheiro, ter que limpar, meu Deus, pra mim é muito difícil. (19)

O vômito que me incomoda um pouco sabia? Eu cuido, mas assim (...) [faz uma careta]. O vômito é meio nojento, tem mau cheiro né? Quando vejo alguém vomitando eu tenho que respirar fundo. (30)

Pra mim é muito difícil ter que limpar catarro, me dá um pouco de náusea. Eu tento pensar em coisas boas, prendo a respiração, mas muitas vezes eu não consigo, eu começo a nausear mesmo, de assim “ai meu Deus vou passar mal”, aí meu olho já começa a lacrimejar aí eu falo “ai meu Deus e agora?” (6)

Algumas situações de cuidado podem ocasionar o surgimento de sensações aversivas durante sua realização, essas sensações, provenientes da presença de odores, toque em substâncias viscosas e visualização de consistências diversas, podem causar estranheza, pois seu efeito sobre os sentidos corporais escapam ao controle das reações.

O corpo do idoso dependente, que põe para fora seus humores e excrementos, é interpretado como um corpo indócil, que não se submete à ordem, ao controle e à vontade das pessoas¹²². O processo civilizador produziu uma sociedade que não aceita com naturalidade a ideia de que aquilo que está dentro dos corpos (humores e odores) seja externalizado e contamine o lado de fora, isto é,

não aceita aquilo que não pode ser controlado “seja por meios técnicos, seja por meios simbólicos”^{33:14}. Nesse sentido, cuidar de um corpo que põe para fora humores e odores representa um objeto de trabalho incontrolável, tanto assim, que alguns cuidadores não se sentem confortáveis em lidar com determinadas situações que o cuidado produz.

Para Rodrigues³³, todo problema do nojo é, em última instância, o de uma dialética entre aceitação e recusa de eventos, em função de um esquema conceitual. O nojo é a recusa daquilo que corromperia a estruturação de ideias e conceitos que mantém erguido o edifício social, é como uma mensagem que informa o consciente contra um perigo inconsciente do estabelecimento da desordem e do caos. “Os gestos que expressam o nojo portam diretamente o significado dessa oposição: tapar a respiração, virar o rosto para o lado são maneiras de interromper os canais de comunicação com o mundo e, portanto, de recusar a recepção da mensagem”^{33:152}. Alguns cuidadores demonstraram em suas falas uma aproximação com as ideias desse autor e relataram que lançam mão de algumas estratégias para tentar amenizar as sensações desconfortantes:

Às vezes eu viro o rosto ou quando está muito forte eu saio para respirar um pouco e depois volto
(18)

Eu compro um perfume de alfazema aí lavo as mãos e passo no rosto e o cheiro vai embora
(21)

É um cheiro horrível que chega a arder o nariz, aí eu cheiro o álcool pra poder amenizar um pouco. (24)

Eu sempre coloco máscara quando o cheiro está muito forte (30)

Algumas situações de cuidado podem ocasionar o surgimento de sensações aversivas durante sua realização, essas sensações, provenientes da presença de odores, toques em substâncias viscosas e visualização de consistências diversas podem causar estranhezas, pois seu efeito sobre os sentidos corporais escapam ao controle das reações, como relatado acima. No entanto,

apesar de o processo civilizador estar enraizado nos sujeitos de tal maneira que opera no modo como os indivíduos se relacionam uns com os outros através de seus objetos corporais, a maior parte dos cuidadores formais de idosos não demonstraram sentirem nojo ou repulsa em relação às secreções, excreções e odores, como relatado:

Eu não tenho nojo, eu limpo sem problema, inclusive a senhora que eu cuido ela usa a colostomia, você lida com as fezes ali não tem outro jeito, você tira aquilo ali, você limpa, você lava põe no sol pra secar, depois coloca lá de volta, seca com secador, você lida com o cocô não tem outro jeito, então eu já acostumei. (24)

Eu nunca tive nojo, eu nunca tive asco nada, até achei fácil assim, na primeira vez que tive que fazer. (23)

Normal, pra mim é normal, porque eu acho assim que urina, fezes e vômito é reação do seu corpo que alguma coisa está acontecendo, a urina e as fezes é normal, isso acontece com todo mundo, o vômito é alguma coisa que você ingeriu e não foi bem aceito e por isso vomita. (22)

Rodrigues³³ aponta que para as coisas consideradas nojentas, é sempre necessário perguntar quando, como e por que são nojentas e quando, como e por que deixam de ser nojentas. No caso deste estudo, é no contexto do cuidado que aparecem as situações relacionadas às secreções e excreções, dessa forma, os produtos corporais não estão associados a algo nojento, mas estão associados a algo que impede o bem-estar do idoso, como afirmam alguns entrevistados:

Eu não tenho nojo, nem me incomoda em nada o que eu faço, o que eu penso é no conforto dele. (29)

Não, eu não tenho nojo, eu faço com amor, eu não faço porque eu tenho obrigação pra fazer, eu faço porque eu gosto de fazer e porque eu sei que será bom para o paciente. (12)

Você sabe que é nessas horas [limpar secreção e excreção] que eu me sento útil? Porque só passear com idoso e fazer maquiagem é legal, é gostoso, agora na hora de limpar bumbum, trocar fralda, banho, lavar as partes íntimas, ou ficar do lado dele quando ele está vomitando, limpar nariz

escorrendo, aí é nessa hora que eu falo que eu estou cuidando, porque é a hora mais difícil que ninguém quer fazer e eu vou fazer, então eu me sinto bem fazendo, cuidando dele. (11)

Nesse sentido, nossa proposição neste estudo era de que, durante os cuidados dispensados pelos cuidadores aos idosos com secreções e excreções, tais experiências fossem percebidas como desagradáveis, levando-os a experimentar sentimentos de aversão e nojo, o que não foi constatado na maior parte dos discursos dos entrevistados. As práticas de cuidado dos cuidadores formais de idosos problematizam a lógica do processo civilizador no sentido de não produzirem nos cuidadores uma contenção e regulação das pulsões com relação às secreções e excreções dos idosos. Para os entrevistados, estar em contato com as secreções e excreções dos idosos e falar sobre elas é algo natural, que faz parte das práticas de cuidado, porém quando não estão inseridas no contexto do cuidado o processo civilizador segue atuando sobre os acontecimentos do cotidiano, como demonstra uma cuidadora que relatou não sentir nenhum tipo de incomodo ao lidar com as secreções e excreções da idosa que cuida, mas que sente nojo, aversão das secreções de outras pessoas que não estão no contexto do cuidado:

[...] com ela nada me incomoda, eu não tenho nojo, mas se eu estiver no ônibus e alguém vomitar, eu já sinto aquele cheiro e se demorar muito para o motorista parar o ônibus eu já começo a sentir náusea, nessa hora eu sinto nojo [...] então é diferente, com ela eu não tenho esse problema.

(15)

Observamos que o cuidado atua como mediador do nojo, uma vez que o bem-estar e o conforto do idoso são primordiais quando comparados às situações em que as secreções, as excreções e os odores se manifestam. O cuidado assume uma posição de importância nas práticas dos entrevistados na medida em que suspende a lógica do processo civilizador, e abre espaço para a construção de um cuidado baseado na solidariedade, na disponibilidade para estar com o outro, permitindo ao outro uma posição igualitária àquele que oferece o cuidado, como analisaremos posteriormente na categoria de análise “Cuidado”.

3.2.3.2 Banho

Em uma sociedade organizada e equilibrada, cada coisa ocupa o seu lugar certo e cada categoria de coisas deve estar nitidamente diferenciada das outras; nesse sentido, a tendência dos indivíduos em evitar o sujo está relacionada com a ordem simbólica e classificatória, com algo que deve ser purificado. Para os cuidadores, limpar aquilo que suja o idoso é eliminar aquilo que o deixa impuro, isto é, aquilo que impede o seu bem-estar, que impede o seu conforto.

A sujeira é a manifestação do desorganizado e do incontrolado e representa para os cuidadores um perigo muito mais simbólico do que um perigo orgânico ou patológico, dado que eles não apresentavam preocupação com as questões patogênicas, mas sim com perigos sociais, como relatado a seguir:

O ser humano é muito assim, se você está com cheiro ou sujo ele te olha de um jeito diferente e eu não gosto que as pessoas tratem ela assim. Me incomoda a reação dos outros, porque se ela não está limpinha e nós saímos pra passear as pessoas passam olhando de lado, olhando muito pra ela, os filhos não querer abraçar ela, então isso me incomoda, me incomoda o fato das pessoas se afastarem dela. (15)

Um idoso sujo incomoda os outros né? Imagina, um familiar vai beijar a cabeça do pai e a cabeça está com aquele cheiro de sujeira, dá impressão que é um desleixo meu, que ele está malcuidado. (27)

Ainda que não relatado pelos cuidadores, a microbiologia forneceu veracidade para a legitimação das regras de higiene corporal, regras essas que se alteram tanto com os conhecimentos científicos, quanto com as mudanças do sistema social ou das situações sociais em que são implementados os comportamentos dos indivíduos, uma vez que “nossa ideia de sujo é composta de duas coisas: cuidado pela higiene e respeito pelas convenções”^{32:17}.

Socialmente espera-se que o corpo se apresente limpo, sem cheiro, penteado e com uma aparência cuidada, ressaltando a sua importância para a manutenção da imagem de si e da autoestima¹²³; nesse sentido, o banho se apresentou como um importante cuidado dentre as tarefas dos cuidadores. Visto

como uma tarefa que melhora a condição do idoso, preserva a dignidade e pode simbolizar ordem, solidariedade e pureza:

Banho é limpeza, o banho é tudo, é botar debaixo do chuveiro, passar shampoo pra lavar os cabelos, sabonete, lavar as partes íntima. (21)

O banho traz um alívio, alivia o corpo, descansa e refresca o corpo. Principalmente para aqueles que estão mais doentinhos, acamados, nem que seja um banho no leito, a gente vê que a partir do momento que você cuida dele, que você dá aquele banho simples que ele relaxa, ele muda, eu acho muito importante dar banho neles. E dá pra ver pela fisionomia deles que eles gostam de tomar banho, você vê que ele relaxa, até respira aliviado, como se diz assim 'nossa alguém cuidou de mim, alguém me limpou', dá pra perceber. (28)

Banho é limpeza, é carinho. Porque quando você está dando banho, está limpando, passando creme, está cuidando com amor. (24)

Banho é uma higiene, é uma higiene total, é limpeza do corpo. Eu acho que faz toda a diferença o banho. (19)

Banho pra mim representa pureza, representa tudo. (17)

Os objetivos dos cuidadores nos cuidados da prática do banho, estão diretamente relacionados com o significado atribuído a esse cuidado, são: lavar o corpo, proporcionar conforto, preparar o idoso para o dia.

(...) o banho acalma ele (21)

(...) ele relaxa, até respira aliviado (26)

(...) depois do banho sempre dá um conforto (25).

O banho já deixa ele limpo o dia todo, porque às vezes durante a noite eles podem soltar um pouquinho de urina, um pouquinho de fezes ou às vezes tem escara e solta um pouquinho de secreção, então o banho já é aquela higiene que ele passa o dia limpinho (22)

A gente dá o banho e já deixa ele cheirosinho e fica o dia inteiro cheiroso, já aproveita e lava tudo, passa pomada e cuida das feridas (24)

A prática de higiene é um cuidado considerado obrigatório, inscrito nas rotinas matinais de serviços de hospitais e IPLI, e os cuidadores domiciliares tendem a seguir tais rotinas matinais, no entanto têm a flexibilidade de alterar o horário conforme a disposição do idoso. Independentemente do horário, os cuidados de higiene são realizados diariamente, o que pode ser justificado pelas normas estabelecidas pela sociedade que considera o banho como um hábito que conserva o corpo limpo e livres de odores.

3.2.3.3 Constrangimentos

O ato de cuidar é permeado por inúmeras sensações e sentimentos, uma vez que os cuidadores entram em contato com a intimidade do idoso. As práticas de higiene constituem um ritual que coloca dois corpos, um de frente para o outro, numa situação de proximidade que ultrapassa o espaço privado tanto do cuidador quanto da pessoa cuidada, no entanto é o idoso que tem uma ruptura no que se refere aos seus hábitos de vida e com o seu meio, visto que renuncia a seus papéis e confia no agir do cuidador, entregando o seu corpo aos olhos e ao toque do outro, permitindo-lhe o acesso a sua privacidade e intimidade. Nesse sentido, é comum os idosos se sentirem constrangidos quando necessitam se despir para realizar a higiene íntima, como observamos nos depoimentos dos cuidadores:

Eles ficam mais retraídos, mais envergonhados do que a gente que tá ali ajudando. Eles ficam mais tensos, às vezes não relaxam. Às vezes você quer lavar embaixo do braço e eles ficam ali prendendo. Às vezes eles nem precisam falar nada, às vezes só de você ver eles fazerem isso, você já sabe que estão com vergonha, eles não querem, eles acham que aquilo é o fim do mundo pra eles.
(28)

Eles ficam constrangidos, ficam com vergonha, alguns falam assim: “eu era tão ativo pra estar nessas condições agora” (26)

Ele falava “como é chato a gente não poder mais cuidar da gente” às vezes ele até chorava (...) (24)

Eu falo assim “vamos tomar banho?” aí ele fala “posso ir de cueca? Posso ir de calça de pijama?” aí eu falo que pode, que não tem problema, aí eu lavo tudo e se ele conseguir lavar as partes íntimas eu deixo lavar, aí eu saio um pouco ele lava, eu já deixo uma toalha perto pra ele se cobrir, pra ele não se sentir tão constrangido (22)

Quando ela está suja de fezes, ela fica constrangida e fala: “porque eu tenho que fazer isso, porque eu não podia ir ao banheiro sozinha? Que vergonha” (3)

(...) o corpo fala, não importa qual a parte, ele fala, ele fala com o dedo, ele fala com o olhar, ele fala com a boca, é uma comunicação, o corpo fala, com gesto com atitude, e o cuidador precisa entender isso, eu presto muita atenção no que o corpo dela está falando pra mim. (12)

Os sinais de constrangimento por parte dos idosos são variados, como os apontados pelos entrevistados: não querer se despir, puxar o lençol para se cobrir, verbalizar o sentimento de vergonha. Observamos nas falas dos cuidadores que os idosos demonstram verbalmente e por gestos a rejeição ao momento em que ficam expostos ao olhar do outro, e não tendo outra opção, alguns fecham os olhos, viram o rosto, ou choram, como se se ausentassem daquela situação.

Ter que tocar e ser tocado nas áreas íntimas pode provocar um desconforto tanto para o idoso quanto para o cuidador, visto que são áreas que cultural e socialmente se associam a sentimentos de pudor pela relação com a sexualidade.

Eu me senti meio assim, porque eu já tinha cuidado por tantos anos de mulher, e aí tive que cuidar de um homem, eu fiquei um pouco assim sabe, constrangida, porque tinha que lavar a parte íntima dele, foi estranho né? (9)

Eu senti vergonha de ver uma outra pessoa, que eu nunca tinha visto e que por sinal foi um homem. (7)

Observamos que o constrangimento dos cuidadores está relacionado à questão de gênero, especialmente as cuidadoras do sexo feminino que cuidavam de

idosos do sexo oposto. Os cuidadores do sexo masculino cuidaram apenas de homens, mas relataram que não teriam dificuldade em cuidar de alguém do sexo oposto, no entanto, todas as oportunidades de trabalho que surgiram eram para cuidar de idosos. Apenas três cuidadoras relataram não terem experiências no cuidado a idosos do sexo masculino e, entre essas cuidadoras, duas foram categóricas ao afirmar que “não cuidam de homens” e justificaram tal opção por considerarem os idosos “safados” e por terem dificuldade de se adaptar ao cuidado ao corpo de um homem.

(...) eu não sei se eu iria me adaptar, eu acho que mulher pra mim é mais fácil, mais fácil lidar nas partes íntimas, mas com homem eu acho que não me adaptaria bem. (5)

*(...) eu procuro não cuidar de homens porque eles são muito safados, então eu opto por não cuidar
 (...) eles são mais safados na hora que você vai dar banho, na hora que você vai trocar, principalmente os que usam fralda, eu já ouvi tantos casos [risos] muitos na hora que você vai mexer ficam daquele jeito entendeu [com ereção], uns pedem desculpas, outros ao contrário, falam “se você tem que cuidar, tem que cuidar por completo”, ai menina, eu acho um absurdo, e são vários que fazem isso. Então eu prefiro não cuidar. (3)*

As entrevistadas relataram constrangimento em situações em que o idoso tinha ereção, o que gerava diversas reações, como relatadas abaixo:

Quando ele fica excitado eu tento fazer a higiene como se nada tivesse acontecendo. (16)

Eu no momento que ele fez ereção e eu falei “não, não pode, não é certo”. (...) aí eu falei assim, “olha seu Miguel não pode, isso não, eu simplesmente estou lavando o senhor”. (10)

Quando ele fica excitado não adianta eu chamar a atenção dele ou ser estúpida ou brigar com ele, então o que eu faço, eu falo “senhor José vamos fazer o seguinte, eu vou deixar o senhor um pouquinho aqui no banheiro daqui a pouco eu volto”, e ele faz as coisas dele [se masturba]. (25)

Uma cuidadora relatou que após algumas experiências relacionadas à sexualidade dos idosos, preferiu não cuidar mais de homens.

(...) eu fiquei com trauma de um senhor que queria me pegar de qualquer jeito, então agora eu não quero, e não tenho mais vontade de cuidar de homem, quando eu vou procurar eu já peço mulher.

(24)

O constrangimento associado à questão de gênero remete à construção sociocultural dos papéis femininos e masculinos que foram internalizados por meio do processo civilizador, bem como ao controle dos sentimentos e das emoções relacionado à negação da sexualidade no cuidado. Entende-se que essa situação de constrangimentos advém do sentimento de vergonha que cerca a nudez e que está relacionado ao sentimento de vergonha que cerca as relações sexuais, “isto se manifesta com especial clareza na dificuldade experimentada por adultos, nos estágios mais recentes da civilização, em falar com crianças sobre essas relações”^{5:169}.

Para Elias⁵, o sentimento de vergonha amplia-se e certas falas sobre o corpo diante de outros indivíduos tornam-se práticas perturbadoras, assim, tudo que é falado e feito socialmente que apresenta como reflexos sentimentos de vergonha é gradativamente transferido para a vida privada dos indivíduos. Isso foi observado durante algumas entrevistas, em que as cuidadoras tiveram dificuldade em nomear os órgãos sexuais, como pênis e vagina, e utilizaram palavras com sentidos semelhantes, como “bilau”, “piu-piu”, “perereca”, ou se referiram ao órgão como “lá”. Outras nomeavam os órgãos, mas falavam em um tom de voz baixo, como se mais alguém, além da pesquisadora, as estivesse ouvindo. Outra situação que causou constrangimento às cuidadoras ocorreu quando relataram que o idoso se masturbava; algumas cuidadoras utilizaram um tom de voz baixo e outras não falaram, apenas fizeram um gesto com as mãos, simulando alguém se masturbando.

Diante de tais situações, os cuidadores relataram inúmeros meios para disfarçar seus constrangimentos e os dos idosos, como a distração, a negociação e a antecipação. A distração foi o meio mais frequente relatado pelos cuidadores, quando percebem o idoso envergonhado ou quando se sentem constrangidos, buscam um diálogo em torno de temas agradáveis. A família, enredos de novelas e acontecimentos agradáveis entre cuidador e idoso são temas utilizados pelos CF

para desfocar a atenção. Os cuidadores se preocupam em apresentar um discurso informal associado ao humor para relaxar as tensões do momento.

Todos os meios utilizados pelos cuidadores têm como objetivo preservar a privacidade do idoso, um cuidado que se preocupa com o respeito e a dignidade do corpo do idoso.

O corpo é um templo que a gente vai tocar, então eles se sentem constrangido, então nós temos que cuidar e ter um grande respeito por ele. (26)

Eu sempre, sempre, sempre peço licença, porque eu estou invadindo a privacidade dela, e de uma certa forma é uma invasão mesmo né? (15)

Tem que ter respeito quando você está limpando, fazendo a higiene (8)

Na relação cuidador/idoso o respeito deve ser subjacente e anteceder todos os cuidados, implica olhar a pessoa como sujeito, dando liberdade para expressar o que sente. Este respeito pelo corpo do outro é reflexo do respeito que o cuidador tem por si enquanto pessoa e profissional. Essa questão é apontada por um cuidador ao afirmar:

Eu tento dar um banho como se fosse eu mesma no lugar dela, com aquela delicadeza, respeito, acho que tem que ter muito respeito, eu dou banho nela como se eu estivesse tomando banho. (2)

O respeito implica olhar para a pessoa no seu todo, na sua singularidade, na sua identidade, tendo em consideração seus sentimentos, seus pensamentos e dar a liberdade para se expressar. Segundo Pupulim e Sawada¹²⁴, os sujeitos que necessitam de auxílio nos cuidados de higiene demonstram satisfação e agradecimento, por meio de expressões verbais e corporais, ao sentirem-se seguros quando os cuidadores se preocupam com sua privacidade. As autoras afirmam que isso acontece quando o respeito e a confiança são mútuos na relação entre o sujeito que cuida e o que recebe cuidado, sendo condição necessária para um cuidado efetivo e uma obrigação moral para quem é responsável pelo bem-estar do outro.

3.2.4 Corpo e envelhecimento

3.2.4.1 Concepções de velhice

A velhice assume uma diversidade de concepções, sendo uma tarefa difícil defini-la. Podemos entendê-la como fato universal, quando observada como parte do processo de desenvolvimento humano, e também como um fato individual, quando consideradas as características internas e a influência do meio.

Durante as entrevistas, ao serem questionados sobre o que é velhice, os cuidadores pontuaram diversos aspectos do envelhecimento na tentativa de definir a velhice. Para alguns, a velhice está associada à ideia de sabedoria e experiência de vida:

Velhice é experiências de vida, sabedoria. (13)

Velhice eu acho que é um aprendizado, é o acumulo de uma sabedoria, se você pega um idoso, mesmo ele tendo aquela patologia da doença, você sabe que ele teve uma vida, experiência de vida né? (12)

Velhice pra mim é experiências da vida que o tempo deixou, porque tudo ela aprendeu com o passar do tempo, todas as experiências (...) nossa ela me dá cada conselho bom quando eu estou com problemas com meus filhos. (10)

Para esses cuidadores, a velhice proporciona ao indivíduo desempenhar um papel de conselheiro e de transmissor de experiência. No entanto, para a maioria dos cuidadores, a velhice está relacionada a aspectos negativos, sendo associada a perdas, dificuldades e limitações:

A velhice é difícil porque você começa a perder a agilidade, você fica mais lenta em tudo. (25)

Eu vejo a velhice de uma forma ruim, então assim, eu não espero chegar nessa faixa etária, eu espero ir embora antes (...) a velhice é descer de um degrau todos os dias. (16)

A velhice pra mim significa que a pessoa chegou em uma idade que tem que ter paciência e cuidado. O idoso é como uma criança, mas, ao invés dele ir pra frente ele está indo pra trás, entendeu, está regredindo. (28)

No contexto brasileiro, podemos observar duas formas de compreensão da velhice: a) a visão que associa a velhice a um momento de perdas, dependência e inutilidade, como os exemplos supracitados; b) a visão contemporânea, que compreende a velhice como fase de realizações, associada ao lazer, em que é estimulada a prática de atividades prazerosas.

O termo “terceira idade” surgiu em 1960 como uma categoria que convoca o aposentado a integrar-se à camada da população economicamente ativa, dada a potencialidade consumidora que tal parcela poderia representar. A esse respeito, o modo de envelhecer foi modificado: passaram a ser valorizados a saúde, o corpo, a beleza e o engajamento social e político. Para os cuidadores, são vivências diferentes o indivíduo que é velho e o indivíduo que é idoso

(...) o idoso gosta de movimento, é alegre, gosta de música, de interagir. Aqueles que são velhos não gostam de interagir, se isolam, se entregam. (30)

Tem pessoas de noventa e seis anos com uma disposição que de repente eu não tenho. Que se cuida, dança, faz ginástica, caminhada, entendeu? Essa pessoa não está na velhice, não são velhas, são idosas. (29)

A velhice pra mim tem um aspecto negativo, pra mim a velhice chega em qualquer idade, às vezes eu vejo uma pessoa de 20 anos que ele é tão sedentário, vive tão de mal humor que pra mim ele se torna um velho. Ser velho pra mim é independente da idade, são as pessoas rabugentas, pessoas que não querem nada da vida, pessoas que não tem ânimo, pessoas que não tem bom humor, pessoas que não vivem. O idoso é a pessoa que vive cada minuto como se fosse o último sabe? Tem qualidade de vida, ele não se prende na doença, no problema de saúde ou no problema familiar, ele é criativo. Eu não vejo o idoso como uma pessoa parada, eu vejo o idoso como uma pessoa ativa, como uma pessoa que tem vontade de viver. Agora aquele que não é ativo, esse é o velho, o velho no meu ponto de vista ele é rabugento, é aquela pessoa que nada pra ele está bom, você agrada ele reclama, ele não está feliz, você leva para os lugares ele não está feliz, está sempre reclamando. (15)

No modelo social de velho, as características atribuídas a eles são contrapostas às atribuídas aos jovens, “assim sendo, qualidades como atividade, produtividade, memória, beleza e força são características presentes no corpo dos indivíduos jovens”^{125:56} e as características opostas a essas são presentes no corpo do velho. Nessa nova categoria, a terceira idade, a concepção de sujeito ativo aparece inserida em práticas que evocam a adoção de estilos de vida saudáveis como condição para experimentar o envelhecimento bem-sucedido, sendo assim, o bem envelhecer torna-se um problema individual, um empreendimento privativo, o idoso que não segue as normas de autocuidado em relação à saúde e à estética, tão disseminadas pelos profissionais de saúde e amplamente divulgadas pela mídia, é culpado pelo seu próprio modo de envelhecer, sendo classificado como velho, rabugento, doente, inativo.

3.2.4.2 Corpo envelhecido

As percepções dos cuidadores relativas aos corpos envelhecidos estão associadas ao conceito negativo, isto é, eles percebem o corpo como triste, estragado, desgastado e feio, como consequência dos anos vividos.

Eu acho que o corpo envelhecido me traz, não sei, tristeza é uma palavra pesada. Acho que é tristeza de ver que a juventude se foi, muitas vezes a gente poderia ter feito tantas coisas e não fez, e agora a gente não tem mais condições de fazer, entendeu. (29)

O corpo envelhecido representa pra mim [pensa um pouco] uma coisa que você usou a vida inteira, e agora acabou o prazo de validade, é o que eu costumo dizer, enfraqueceu, envelheceu, mas ele foi muito importante. (27)

Um corpo velho é um corpo gasto já pelo tempo, não é aquele corpo bonito. O corpo do idoso já é mais flácido, já é mais gasto, já é mais sensível. (10)

Tais concepções sobre o corpo envelhecido podem ser justificadas pelo fato de o corpo do velho não harmonizar com os discursos e as práticas difundidas pela nossa sociedade. As práticas bioascéticas contemporâneas estabelecem novos

valores e critérios de corpo, saúde e envelhecimento, cuja característica é a constituição de sujeitos ativos, capazes de se autogovernar e autocuidar⁴⁸.

O corpo é uma representação do *self*, onde a exterioridade reproduz, ou tenta reproduzir, a interioridade do sujeito. O indivíduo projeta em seu corpo sua identidade cada vez mais associada às decisões individuais de estilo de vida. A disciplina e o autogoverno encontram-se interligados, pois, para se alcançar a saúde e o corpo perfeitos, são necessárias qualidades como tenacidade, perseverança e força de vontade. No entanto aquele que não se cuida, que não segue uma dieta e não pratica exercícios físicos regulares é adjetivado como fraco, o que gera sentimento de culpa e frustração, como notamos nos depoimentos dos cuidadores quando questionados sobre o significado do seu próprio corpo:

Olha, eu estou bem relaxada em relação à saúde do meu corpo, eu já cuidei melhor da saúde e do meu corpo, eu fazia bastante exercício físico, eu fazia academia todos os dias, eu me alimentava melhor, de um tempo pra cá eu não estou fazendo nada disso, nem no médico eu vou, não vou na academia, mas é culpa minha mesmo porque eu não tenho mais tempo, mas preciso me cuidar senão fico doente e aí? (8)

Eu sou do tipo de pessoa que eu gosto de me cuidar, é que agora não estou com muito tempo, tipo assim, eu penso que se eu faço uma caminhada faz bem pro meu corpo, se eu durmo bem faz bem pro meu corpo, se eu me alimento bem faz bem pro meu corpo. O corpo pra mim é algo que você tem que cuidar muito bem entendeu? O corpo meu é o que me representa, mas infelizmente eu não estou conseguindo cuidar dele como eu queria (...) ultimamente nem tenho me sentido bonita por conta do meu corpo sabe? (3)

A preocupação com o corpo está apoiada em um discurso que ora lança mão da questão estética, ora da preocupação com a saúde, desse modo, o corpo ideal é conquistado por diversas técnicas corporais legitimadas por nossa sociedade, dentre elas exercícios físicos regulares e alimentação saudável, como destacaram os depoimentos acima. Essas práticas discursivas produzem nos indivíduos sentimentos de medo e incerteza, que são intensificados pela cultura do risco, cuja liberdade consiste em obedecer à ciência, através das prescrições cada vez mais específicas de especialistas. As técnicas e condutas dos profissionais de

saúde especializados em parcelas dos indivíduos eliminam a ambivalência no sentido de não possibilitar aos sujeitos uma relação reflexiva com o seu corpo e sua saúde, o que resulta na construção, pelos indivíduos, de uma reprodução do discurso sobre corpo e saúde que o profissional de saúde transmite em detrimento do seu próprio conteúdo cultural.

3.2.5 Cuidado

O conceito de cuidado para os sujeitos dessa pesquisa apresenta dois aspectos: o cuidado como a realização de procedimentos, tecnologia leve-dura e o cuidado como relação de afeto, tecnologia leve.

3.2.5.1 Tecnologia leve-dura

Três cuidadores apontaram o cuidado como realização de técnicas, isto é, de tarefas mecânicas que constituem a rotina de cuidado do idoso dependente, como: aferir pressão arterial, saturação, frequência cardíaca, medir a glicemia, realizar higiene, realizar a medicação e ofertar o alimento, como relatam os cuidadores abaixo:

Cuidado é justamente reconhecer as necessidades da pessoa, assisti-la naquilo que ele necessita, como trocar a fralda, dar alimentação. (6)

O cuidado [pensou um pouco] são todos os cuidados que a pessoa precisa desde o banho, medicação, ver a pressão. (30)

Cuidar é fazer tudo, dar banho, dar comida, verificar se não tem frieira, cortar unhas. (19)

Na fala do entrevistado seis, o “reconhecer as necessidades da pessoa” se refere as necessidades básicas que consistem em hidratação, nutrição e cuidado corporal, tarefas em que os procedimentos, passos ou normas definem ou orientam a realização do cuidado.

Na área da saúde, são frequentes as situações em que os profissionais centram a sua atenção exclusivamente na vertente da prática técnica, utilizando apenas as tecnologias dura e dura-leve. Algo que se aproxima às considerações de Heidegger⁷, quando afirma que o homem pode viver uma perda do sentido do ser, a qual o autor chama de “esquecimento do ser”. O homem passa a esquecer do ser e prioriza os procedimentos, as ferramentas, que passam a ocupar o lugar central, deixando de ser meio de proporcionar qualidade de vida para ser o fim em si mesmo, provocando uma supervalorização da técnica em detrimento da vida. A esse respeito, há uma crescente preocupação quanto à necessidade de se combinarem as tecnologias duras e leves como modo de integrar a humanização do cuidado à qualificação tecnológica.

A tecnologia leve é uma importante ferramenta na busca da qualidade do cuidado prestado aos sujeitos, uma vez que estabelece momentos de interação entre o sujeito profissional e o sujeito usuário e possibilita o reconhecimento e a satisfação das necessidades reais dos indivíduos, contribuindo para a concretização e sustentação de um modelo de assistência que contemple uma dimensão ontológico do cuidado. No entanto, a sua incorporação nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde enfrenta alguns desafios como: as mudanças curriculares dos cursos de graduação dos profissionais em saúde, que vai além da mera redistribuição de cargas horárias ou invenção de novas disciplinas, implica “a mudança de conceitos, dos processos de ensino-aprendizagem, mudança nas relações de poder institucionais e na forma como as universidades entendem seu papel na contemporaneidade”^{126:196}; a precarização e baixo investimento em educação permanente, que resulta em profissionais de saúde despreparados para olhar para os usuários como sujeitos que possuem emoções, receios, angústias e projetos de felicidade⁶; a alta demanda dos serviços de saúde e a insuficiência do número de profissionais para atendê-la. Tais desafios podem ter como consequência o negligenciamento de aspectos éticos que são tidos como intrínsecos da profissão.

3.2.5.2 Tecnologia leve

Para 26 cuidadores – uma maioria expressiva –, o cuidado é mais que um ato, é uma atitude, isto é, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro¹²⁷.

Cuidar pra mim é se preocupar com o bem-estar da pessoa, como ele está se sentindo naquele dia, como ele amanheceu, se preocupar em saber o que ele está sentindo, não fisicamente, mas por dentro, no ser dele, no coração dele. (10)

Cuidar é ter carinho, amor pelo outro, cuidar é querer o bem-estar do outro (14)

Cuidado é amor, dedicação, respeito, zelar. Eu cuido assim com amor, com respeito. (24)

Cuidar é dar amor, atenção, conversar, não ficar ali só, não é estar ali só pra dar comida, dar banho e ficar de cara fechada como eu já vi muitas [cuidadoras], é conversar, dar atenção. (17)

No caso deste estudo, os sujeitos não possuem um aparato de conhecimento técnico-científico amplo, por não necessitar de uma formação que aprofunde os conceitos científicos ou procedimentos técnicos, assim, o cuidar para o CF é baseado muito mais nas tecnologias leves do que nas tecnologias leves-duras, fortalecendo a relação sujeito-sujeito ressaltada por Ayres⁶. No cuidado em questão, o cuidador de idosos enfatiza o *estar-com-outro* considerando importante a maneira como o outro se sente e está no mundo. Como resultado, experimenta outras possibilidades de cuidado, como observamos nos depoimentos abaixo:

Tem cuidador que fala pra mim “nossa não sei por que você entra nesse quarto, esse idoso não fala, ele já está nas últimas”, então eu respondo “filha, ele não fala, mas você toca nele ele sente que tem alguém ali cuidando dele e olhando por ele”. Eu já fui muito criticada por isso, mas eu bato o pé, nem que eu perca o meu emprego, eu falo “eu tenho que conversar, tenho que ler, pergunto pra família que livro a pessoa gosta” isso é cuidar de verdade, não vir só e dar banho e comida. (12)

Já vi muito cuidador que porque o idoso é acamado, chega pra trabalhar senta no sofá e fica de braços cruzados sem fazer nada o dia inteiro e ainda fala “ele é acamado, não conversa, vou ficar

fazendo o quê?” Gente, ele não fala, mas ele sente seu toque, ele escuta sua voz, sua voz é um alívio pra ele, ele se sente seguro, porque o idoso tem muito medo, então você tem que mostrar que você está ali protegendo ele, tem que mostrar que você está ali do lado dele para o que ele precisar.

(27)

Eu costumo dizer que pra cuidar você tem que ir com muito amor e com muito carinho, porque se você não tiver esse lado mais sensível, você pode judiar do idoso, aí você passa a tratar a pessoa como coisa. (5)

(...) alguns idosos estão em um estágio da vida que eles estão praticamente nas nossas mãos, dependendo totalmente de você. É uma fase da vida que eles mais precisam de amor, de afeto, de compreensão, de apoio. Eu já cuidei de uns que estavam caminhando pra o finalzinho, e nessa fase eles precisam ir de uma maneira mais plena, então eles precisam que aquelas pessoas que estão ali trabalhando com eles, passem isso pra eles, pra que eles possam ir em paz, tranquilos. Por isso o cuidador tem que buscar ao máximo oferecer esse conforto, esse cuidado pra que eles possam viver aqueles momentos mais felizes. (14)

Para os CF, o cuidado de idosos privilegia a dimensão dialógica, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, o que facilita a expressão das emoções, tanto do idoso quanto dos cuidadores.

O cuidado pra mim é a arte de amar, cuidar é uma atitude, é observar, é conversar, é escutar, é ouvir, é prestar a atenção no que a pessoa quer dizer, às vezes o idoso não fala, mas quando você toca na mão dele, ele já abre os olhos, então você começa a falar ele já começa a piscar o olho mostrando que está entendendo o que você está falando. (12)

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como sujeitos com desejos, crenças e temores tem sido a causa de tantos fracassos na relação entre profissionais de saúde e usuários. A capacidade de ouvir e dialogar tem sido um dispositivo tecnológico destacado nas propostas de humanização em saúde, e compõe um elemento importante do acolhimento. “O acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidado surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidade”^{6:91}. O acolhimento ocorre na contínua

interação entre usuário e serviços de saúde, isto é, em todas as oportunidades que se faça possível a possibilidade de escuta do outro. Ressaltamos que não é somente a escuta que faz diferença no cuidado, mas a qualidade da escuta. Para Ayres, “é esse o momento que faz a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurado”^{6:90}.

É essa escuta autêntica que comporta a liberdade dos cuidadores de se identificarem com o idoso, tornando-se amigos, confidentes. Nessa relação de afeto, emerge um relacionamento mais próximo de uma relação de família do que de uma relação profissional, como podemos observar nas declarações dos cuidadores:

Eu não vejo como a senhora que eu cuido, ou como a minha paciente, mas como alguém da minha família, eu faço por ela o que eu faria pela minha mãe (15)

Eu cuido mesmo dos idosos como se fossem meu pai, minha mãe, minha avó, uma irmã, como alguém da minha família. (8)

Cuidar é amor, é você fazer as coisas na hora, e ter amor pela pessoa, eu cuido dela como se fosse uma parente minha. (7)

A gente acaba sendo a segunda família dele, nos momentos bons ou nos momentos difíceis nós estamos lá ouvindo e ajudando no que for necessário. (2)

A reflexão dos cuidadores sobre as vivências dos idosos como seres dependentes de cuidado revelou a empatia como um sentimento importante no cuidado. *Empatia* é a habilidade de se colocar no lugar do outro com o intuito de visualizar e sentir na mesma perspectiva as experiências vividas pelo outro, sentimento distinto da expressão de *compaixão*, que se manifesta como piedade ou sentimento de pesar por alguém. Nesse sentido, o cuidado é praticado de maneira diferente, visto que os cuidadores se colocam no lugar dos idosos.

Para você cuidar de alguém você tem que se colocar no lugar daquela pessoa, tem que se colocar no lugar daquela pessoa, só assim você consegue dar um cuidado bom. (10)

Olha, eu imagino que não seja fácil ficar em cima de uma cama dependendo de outra pessoa, hoje eu sou as perna e os braços dela, então a gente se coloca um pouco no lugar deles [...] (2)

(...) sabe que quando eu estou cuidando dela eu fico me imaginando no lugar dela, antes ela fazia de tudo, era independente, não precisava de ninguém pra nada e agora ela depende de pessoas estranhas, pessoas que fazem tudo por ela, eu me imagino no lugar dela, não é fácil, eu fico muito triste com a situação dela e por isso eu faço meu melhor pra cuidar dela, procuro saber de tudo que ela gosta pra fazer o melhor. (1)

Essa relação de afeto ocorre visto que o cuidador não está centrado na técnica, mas centrado no melhor do ser humano, no cuidado. O modo de cuidar do CF abrange ousar, decidir, ter autonomia, responsabilidade e liberdade, sendo o cuidado construído juntamente com o idoso. Os cuidadores demonstraram em diversos momentos das entrevistas que as decisões em várias situações eram tomadas pelos próprios idosos, como a escolha da hora do banho, da roupa, da refeição, das atividades de lazer, aspectos que nos parecem triviais, mas que reconhecem a autonomia do idoso e o caracterizam como um *ser-no-mundo*.

4. Considerações finais

O presente estudo propôs reconhecer experiências e significados relacionados ao corpo no cuidado a idosos dependentes. Para tanto, buscou-se identificar as rotinas e tarefas dos cuidadores, bem como os significados atribuídos às excreções e secreções humanas nas práticas do cuidado. Tendo em vista os objetivos propostos, julgou-se necessário um enquadramento teórico que permitisse o entendimento acerca do objeto e, nesse sentido, lançou-se mão de seis vertentes: processo civilizador das sociedades; modificações das práticas de higiene corporal; estudos sobre o corpo; envelhecimento; cuidadores formais; e, cuidado.

Os dados mostram que continua a prevalecer a figura feminina como papel de cuidadora. No grupo pesquisado, 93% dos sujeitos eram do sexo feminino, com idade entre 30 e 71 anos. Com relação ao nível de escolaridade, 20 cuidadores possuíam o ensino médio completo e apenas um não possuía curso de formação de cuidador formal de idoso. Os cuidadores enfatizaram a importância de realizar cursos de formação e pontuaram que estes permitem o aperfeiçoamento de técnicas, o entendimento de novos conceitos e novas formas de atuar diante de situações específicas. No entanto, mesmo sendo profissionais capacitados, a maioria apresentava uma jornada de trabalho de mais de 60 horas semanais, o que sugere uma sobrecarga física, mental e emocional dos sujeitos. O excesso de horas trabalhadas pode implicar em sacrifícios do horário de alimentação, lazer, repouso, sono e contato com familiares e amigos. Somado a essas questões, o fato da maioria da amostra ser composta por mulheres, a sobrecarga de trabalho pode ocasionar estresse emocional, considerando que sua inserção no mercado laboral não a desvincula dos afazeres domésticos e cuidado com os familiares, acumulando funções.

Buscamos conhecer também a rotina de trabalho dos CF, o que revelou que alguns cuidadores desempenhavam tarefas que não se enquadram às responsabilidades dos cuidadores formais e que podem gerar prejuízos tanto no cuidado ao idoso, quanto na saúde física e psicológica do cuidador.

Quanto à profissionalização dos cuidadores formais de idosos, a aprovação do PL 4702/2012 contribuirá para a consolidação e valorização do cuidador enquanto categoria profissional. É de suma importância o estabelecimento de jornadas de trabalho e piso salarial para que não haja exploração dos profissionais com relação as horas trabalhadas como demonstram os dados dessa pesquisa. No campo da formação dos CF sugerimos a inserção de temas que discutam questões como o processo de morte e morrer, e patologias específicas como a Doença de Alzheimer. As dificuldades em lidar com tais situações podem ocorrer pelo pouco suporte de ensino-aprendizagem aliado à falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos cuidadores, daí a importância da inclusão desta temática nos currículos dos cursos de formação de cuidador formal de idoso, bem como o desenvolvimento de programas que amenizem situações de estresse e de sofrimento do cuidador formal de idosos. O aumento da população idosa no Brasil é um fato inegável, e portanto, a profissão de cuidador formal de idosos ganha relevância. Nesse sentido, a inserção do cuidador nas equipes de saúde como PSF ou SAD pode ser uma estratégia eficiente para as demandas de atenção aos idosos mais vulneráveis por falta de estrutura familiar, econômica ou social.

Com relação às tarefas de higiene corporal, inferíamos que os cuidadores relatariam incômodos como repulsa, nojo ou asco ao lidar com as secreções e excreções dos idosos, para tanto nos fundamentamos nas proposições de Elias⁵. No entanto, neste estudo, as práticas de cuidado problematizaram a lógica do processo civilizador, no sentido de não produzir nos CF sentimentos relacionados ao nojo e aversão com relação às secreções e excreções. Observamos nos discursos dos cuidadores que suas preocupações tinham como núcleo central a produção do cuidado. Assim o nojo foi mediado pelo cuidado, uma vez que o cuidar se sobrepôs aos desconfortos que as secreções e excreções pudessem causar.

A problematização do processo civilizador pôde ocorrer tanto em razão do cuidado praticado quanto pela autoformação dos cuidadores. A autoformação compreende o aprender em contexto real, isto é, refletir sobre o cuidado enquanto se está cuidando. É um processo de apropriação e reapropriação individual, lugar onde se reconhece como de fundamental importância o lugar do sujeito no processo

formativo¹²⁸. Observamos nos dados dessa pesquisa, que as experiências de cuidado adquiridas pelos cuidadores possibilitaram uma reflexão sobre o cuidado e atribuiu sentido ao que é vivido no seu percurso de cuidado a idosos, possibilitando ao cuidador focar suas práticas no cuidado autêntico. O cuidado se apresentou como eixo central nas relações cuidador/idoso e cuidador/trabalho, visto que possibilitou na relação cuidador/idoso viver uma existência autêntica de ambos os sujeitos e na realização de projetos de felicidade. Na relação cuidador/trabalho se apresentou como um mediador do sofrimento do cuidador no trabalho, bem como uma perspectiva do cuidar de si aos CF.

Os sofrimentos dos CF no trabalho foram identificados como dificuldades em lidar com o processo de morte e morrer do idoso; insegurança de perder o emprego; baixa remuneração; sobrecarga de trabalho; e, dificuldades físicas em algumas tarefas. O trabalho dos cuidadores formais de idosos no domicílio se caracteriza como um trabalho solitário, em que os sujeitos lidam sozinhos com seus medos, angústias e temores, o que pode intensificar o sofrimento do trabalhador, uma vez que não tem com quem compartilhar seus sentimentos e frustrações.

A dificuldade em lidar com a morte do idoso foi a mais citada pelos entrevistados, o que mostrou que estes carecem de preparo para enfrentar tais situações. Os CF não são convidados a viver o luto juntamente com a família e a falta de elaboração pode acarretar em uma série de transtornos para o CF, como o sentimento de culpa. Os cuidadores vivenciam o luto solitariamente, não compartilhando seus sentimentos, permanecendo no seu íntimo como uma ferida, que por vezes, parece estar curada, mas que pode ser reaberta ao vivenciar experiências semelhantes. A sobrecarga física é um sofrimento que também é intensificado pela solidão do trabalhador. A transferência do idoso é realizada muitas vezes ao dia o que demanda do cuidador grande esforço físico, o que pode desencadear diversos problemas de ordem física ou psíquica

Não obstante os desafios vivenciados pelos CF – tarefas laborais desgastantes e um trabalho que, muitas vezes, se desenvolve frente às situações complicadas como a doença, o sofrimento e a morte do idoso –, há um apreço especial dos cuidadores pelo trabalho, que reside principalmente no afeto e no

cuidado que atuam como mediadores do sofrimento no trabalho que realizam. Podemos qualificar o afeto como forma de expressão do cuidado que envolve amor, carinho e amizade, que são modos de atenção para com o outro e para o que se faz. As entrevistas demonstraram que a relação de carinho e amizade entre os CF e os idosos possibilita encontros de proximidade, empatia, confiança, compromisso e de relacionamento genuíno, o que torna o trabalho prazeroso, e faz com que o trabalho adquira sentido e valor para os cuidadores. Assim, o sofrimento dos cuidadores é ressignificado, visando transformar as situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer, se constituindo no seu projeto de felicidade.

O projeto de felicidade do cuidador é construído na sua realização profissional e pessoal e é o cuidado ao outro que torna a existência do cuidador significativa. A existência autêntica do cuidador revela-se por meio do cuidado ao idoso, em outras palavras, é na abertura do cuidador para com o outro que se produz um encontro autêntico com o sujeito cuidado e que possibilita ao cuidador experimentar um viver autêntico, sendo capaz de compreender o outro por meio do cuidar solícito. O cuidado produzido desse encontro é reconhecido tanto pelo idoso quanto pela família e gera no cuidador um sentimento de completude, recebendo em troca de seu trabalho a gratidão daquele que recebe seu cuidado.

O cuidar produz um processo contínuo de cuidado de si e do outro. Através do cuidado, o cuidador se abre e deixa o sujeito cuidado ir ao seu encontro, emergindo nesse situar-se com o outro a possibilidade de poder tocar e ser tocado, isto é, de cuidar e ser cuidado. Nesse modo de ser um com o outro no mundo, o cuidado se manifesta como uma possibilidade de preocupação do ser consigo mesmo, capacitando-o a preocupar-se também com o outro. Assim, por meio do cuidado, o cuidador visualiza um estado de liberdade para exercer a possibilidade efetiva de ser cuidado.

O cuidado praticado pelos cuidadores possibilitou uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro, considerando-o como um *ser-aí*. Percebemos nas falas dos entrevistados uma construção de modos de cuidar que abarcavam o falar, sorrir, ouvir, tocar, aceitar, chorar, ajudar, compartilhar, respeitar, aprender e sentir. O caminho que os

cuidadores percorreram, na maioria das vezes, no cuidado aos idosos foi além das técnicas baseadas em conhecimentos científicos, mas incorporou a tecnologia leve, isto é, a empatia, escuta, paciência e zelo, sentimentos próprios do ser humano.

5. Conclusões

O cuidado no contexto da saúde se mostra, muitas vezes, como uma forma inautêntica de *estar-com* o outro, e nessas considerações convido o leitor a fazermos uma autorreflexão quanto ao modo como estamos cuidando dos nossos pacientes, usuários, clientes, parentes ou amigos. Para tanto, se faz necessário dar lugar aos saberes, emoções, percepções, sentimentos, valores e crenças do outro. Eu particularmente, precisei fazer isso nesta pesquisa, e só compreendi o real cuidado oferecido pelos cuidadores quando dei espaço aos saberes desses sujeitos.

Embora no nosso cotidiano de assistência aos usuários estejamos próximos a eles, nossas atitudes, gestos, expressões revelam que, na verdade, estamos distantes de compartilhar da facticidade da existência desses sujeitos. A figura do profissional de saúde em muitos momentos é refletida como alguém desumanizado, tecnicista, imerso na sua ocupação e no seu saber, que se distancia de uma relação *ser-aí-com* de modo autêntico.

O modo inautêntico como muitos de nós, profissionais da saúde, cuidamos, nos direciona para as ocupações do cotidiano, que nos levam para longe do projeto essencial, que é cuidar. Nosso olhar é direcionado apenas para a dimensão física, e se volta para o ente no que ele é e não para o seu ser. Imersos no cotidiano de normas, rotinas, extensa carga horária, demandas e ocupações de diversas funções do trabalho, somos conduzidos de maneira imprópria para um cuidado insuficiente, restrito às dimensões biológicas, sem atenção à singularidade e sem afeto, o que nos distancia de uma compreensão autêntica dos sujeitos que estão diante de nós. Nosso encontro com os usuários não possibilita a estes expressar suas reais necessidades e seus projetos de felicidade, ficando oculta a

singularidade de cada ser, que é único em sua existência, e a assistência do profissional limita-se ao cotidiano impessoal a que está sujeito na maioria das vezes.

Para muitos profissionais de saúde o conhecimento técnico-científico e todo o aparato que o acompanha funciona como suporte para o cuidar⁶. O conhecimento científico legitima as decisões dos profissionais e confere-lhes segurança ao agir de forma científica. Tais atitudes de controle sobre os cuidados em saúde podem causar um adiamento do projeto de felicidade dos sujeitos assistidos, uma vez que suprime dos usuários o direito de participar do cuidado de sua própria saúde

Acreditamos que pensar a saúde apenas nas tecnologias leve-dura e dura são insuficientes para atender as reais necessidades dos usuários, uma vez que estes necessitam de um cuidado para além do que tais técnicas podem suprir. Os usuários necessitam também, das tecnologias leves, isto é, do olhar, apoio, atenção, zelo, carinho e ser percebido não como um objeto, mas como um ser de possibilidades. A existência de uma relação de afeto entre profissionais de saúde e usuários possibilita uma visão holística dos sujeitos.

O trabalho em saúde deve ser repensado no sentido de resgatar os outros saberes, além do científico, para a construção das práticas de saúde. O que propomos aqui é uma valorização das emoções e dos sentimentos dos usuários e dos profissionais na construção do conhecimento, a partir dessa perspectiva podemos alcançar uma visão mais integrada dos sujeitos cuidados e um cuidado da saúde mais humanizado. Entretanto, para que esta mudança ocorra, entendemos que seja necessário convidar os profissionais de saúde a repensarem suas atividades até então centradas no modelo biomédico, individualista e normativo.

6. Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população idosa. [Internet]. 2016. [acessado 15 ago 2017]. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
2. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.702, de 12 de novembro de 2012, aguardando parecer. [Internet] 2012. [acessado 2015 Jun 21]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429>.
3. Barbosa AL, Cruz J, Figueiredo D, Marques A, Sousa L. Cuidar de idosos com demência, dificuldade e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*. 2011; 12(1):119-29.
4. Baba V, Galaperin BL, Lituchy TR. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*. 1999; 36:163-69.
5. Elias N. O processo civilizador: formação do estado e Civilização (Volume 1), Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
6. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/3013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>
7. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes; 1998.
8. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*, Porto Alegre: Bookman; 2001.
9. Vilelas J. *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo; 2009.
10. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*. 1993; 9(3): 237-48.
11. Bogdan R, Bilken S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto Editora; 1994.
12. Zanten AV. Pesquisa qualitativa em educação: pertinência e generalização. *Perspectiva*. 2004; 22(1): 25-45.
13. Godoi CK, Mello RB, Silva AB . *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva; 2006.

14. Souza NS, Lima MC. Pesquisa e generalização dos resultados: ficção ou realidade? I Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração. 2011.
15. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes; 1997.
16. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, 2004; 24: 213-25.
17. Fernandez JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco, SP Sacardo DP, Cazzuni DH, Andrade EA, Couto EM, Fernandez JCA, Ferrari M, Kaloustian S. Família brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez, 2005.
18. Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Educa; 1996.
19. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.
21. Oliveira D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. 2008; 16(4): 596-76.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
23. Campos CJG. Métodos de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2004; 57(5):611-14.
24. Fresen GS. Sobre o pensamento de Nobeit Elias: os reveses do processo civilizador e o papel das emoções na dinâmica social. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2013.
25. Brandão CF. A teoria dos processos de civilização de Norbert Elias: o controle das emoções no contexto da psicogênese e da sociogênese. [tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista. 2000.
26. Veiga CG. A escolarização como projeto de civilização. [Internet] 2002. [acessado em 27 jul 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n21/n21a07.pdf>.
27. Ribeiro RJ. A etiqueta no Antigo Regime: do sangue a doce vida. São Paulo: Editora Brasiliense; 1983.

28. Brandão CF. A teoria dos processos de civilização e o controle das emoções. *Revista Conexões*. 2001; 1(6):97-111.
29. Vigarello G. O limpo e o sujo, uma história da higiene corporal. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
30. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2004. p. 79-98.
31. Sacramento MH. Higiene e representação social: o sujo e o limpo na percepção de futuros professores de Ciências. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília. 2009.
32. Douglas M. Pureza e Perigo. “Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu”. Lisboa: Edições 70; 1996.
33. Rodrigues JC. Tabu do corpo, Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.
34. Le Breton D. A síndrome de Frankenstein. In: Sant’Anna DB (org). *Políticas do corpo elementos para uma história das práticas corporais*. 2ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
35. Costa AO, Endo PC. Corpo, transmissão e processo civilizador: Sigmund Freud e Norbert Elias. *Trivium – Estudos Interdisciplinares*. 2014; 6(2):16-32.
36. Sales CA. O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial. [tese]. Universidade de São Paulo; 2003.
37. Oliveira MFV, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2):376-80.
38. Crossetti MGO. Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. 1997.
39. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2011; 23(3):641-58.
40. Santos BS. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascoal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2008; 11-43
41. Santos DL, Pokladek DD. Fenomenologia e ciência da saúde. In: *Existência e saúde*. Castro DSP, Pokladek DD, Ázar FP, Piccino JD, Josgrilberg RS (org). São Bernardo do Campo: UNESP; 2002.

42. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? [Internet] 1999. [acessado em 3 fev 2016]. Disponível em: www.pucsp.br/prosaude/dpwnloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf
43. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
44. Matos AA, Lopes MF. Corpo e gênero: uma análise da revista TRIP para mulher. *Estudos Feministas*. 2008; 16(1):61-76.
45. Mauss M. Expressão obrigatória de sentimentos. São Paulo: Ática, 1979.
46. Daolio J. Da cultura do corpo. Campinas: Papyrus; 2013.
47. Barbosa MR, Matos PM, Costa ME. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*. 2011; 23(1):24-34.
48. Ortega F.O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
49. Le Goff J, Truong N. Uma história do corpo na Idade Média. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
50. Dantas EH. Pensando o corpo e o movimento. Rio de Janeiro: Shape; 2005.
51. Siqueira AJ. As representações do corpo na Idade Média. *Vivência*. 2011; 37:49-58.
52. Featherstone M. Cultura e consumo e pós-modernismo. São Paulo: Studio Nobel; 1995.
53. Le Breton D. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade. Campinas: Papyrus; 2003.
54. Bauman, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.

55. Cassimiro ES, Galdino FFS, Sá GM. As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da Grécia antiga a contemporaneidade. *Metavóia*.2012; 14:1-9.
56. Le Breton D. A sociologia do corpo. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
57. Giddens A. Sociologia. 6ed.Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2008.
58. Illich I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. 4ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
59. Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, Corbo AMDA (orgs.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. P.25-50.
60. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1801-11.
61. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. 4ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
62. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes, 2006.
63. Cintra MER, Pereira PPG. Percepções de Corpo Identificadas entre Pacientes e Profissionais de Medicina Tradicional Chinesa do Centro de Saúde Escola do Butantã. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012; 21(1):193-205.
64. Blessmann EJ. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*. 2004; 6:21-39.
65. Silva LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Revista História, Ciências, Saúde*. 2008; 15(1):155-168.
66. Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
67. Lipovetsk G. Los tiempos hipermodernos. Barcelona: Editorial Anagrama, 2006.

68. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp; 1999.
69. Maia GF. Corpo e velhice na contemporaneidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2008; 3(8):704-711.
70. Salvado MMGGJ. O exercício do poder nos cuidados de enfermagem: os cuidados de higiene. [tese]. Universidade de Lisboa; 2010.
71. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A; 2005.
72. Beaini TC. À escuta do silêncio: um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger. São Paulo: Cortez, 1981.
73. Forghieri YC. Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
74. Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos: como estão sendo satisfeitas? In: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Neri AL (org.). São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007. p. 65-90.
75. Almeida LD. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Revista Bioética. 2010;18(3):537-48.
76. Rinco M, Lopes A, Domingues MA. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. Revista Temática Kairós Gerontologia. 2012; 15(6): 79-95.
77. Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2011.
78. Junges JR. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP. (Orgs.) Bioética, vulnerabilidade e saúde. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo; 2007, p.110- 138
79. Barbosa KTF. Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa, Paraíba. [dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba. 2015.
80. Ayres JRJM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (Org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003, p.117-39.

81. Munoz S, Alba I, Bertolozzi. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007; 12(2):319-24
82. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2(2): 157-72.
83. Hirata H. Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado. *Cad. Pagu* [online]. 2016; 46:151-63.
84. Matias ML. Política social para idoso: um estudo do Brasil e Canadá [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
85. Oliveira NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios. 2009. [tese]. Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo. 2009.
86. Ferrari M, Kaloustian S. Família brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez, 2005.
87. Figueiredo D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
88. Goldfarb DC, Lopes RGCL. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzini ML (org). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1374-82.
89. Lemos ND. Idosos cuidando de idosos: situações e contradições. [tese] Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2012.
90. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. [Internet] 1997. [acessado 2016 Set 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
91. Giacomozzi CM, Lacerda, MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4):645-53.
92. Pacheco R, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. *Textos sobre Envelhecimento*. 2004; 7(2):45-61.

93. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF [Internet]. 2013 [acessado em 11 jun 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0603.pdf>
94. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc Anna Nery (impr.). 2013; 17(4):603-10.
95. Born T. A formação de cuidadores formais e informais: acompanhamento e avaliação. [internet] 2006 [acessado 2017 Set 7]. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/artigos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o.pdf>.
96. Colomé ICS, Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Carli R, Winck MT et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011; 13(2):306-12
97. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Rev. bras. Enferm. [online].2009; 62(6): 870-875.
98. Brasil. Classificação de Ocupações. Ministério do trabalho e emprego. [Internet] 2002. [Acessado 2015 Jun 21]. Disponível em: <http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516210-cuidador-de-idosos>.
99. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.880, de 26 de fevereiro de 2008, apensado ao PL nº 6.999/06. [Internet] 2008. [acessado 2015 Jun 21]. Disponível em [:http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=384533](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=384533)
100. Debert GG, Oliveira AM. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. Revista Brasileira de Ciência Política. 2015; 18:7-41.
101. COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Manifesto do Coren-SP sobre o projeto de regulamentação da profissão de cuidador de idosos. [Internet] 2012 [Acessado 2017 Mar 10]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/node/34144>

102. Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(3):257-64.
103. Berzins MAVS, Paschoal SMP. Programa "Acompanhante de Idosos". *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo (SP). 2009; 47: 53-54.
104. Batista MPP, Barros JO, Almeida MHM, Mângia EF, Lancman S. Acompanhantes de idosos: reflexão sobre sua prática. 2014; 48(5):732-38.
105. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ed. São Paulo: Cortez; 1992.
106. Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1997.
107. Lancman,S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2003; 6:79-90.
108. Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI. (Org). Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15. 2008.
109. Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat JF. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 3ed. São Paulo: Atlas; 1996. p.150-173.
110. Muraro RM, Boff L. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante; 2002.
111. Amâncio L. Masculino e feminino. A construção social das diferenças. Porto: Edições Afrontamento; 1994.
112. Paulin GST. Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde. [tese]. Universidade de São Paulo; 2011.
113. Dubar CA. A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

114. Silva TA. Identidade e escolhas profissionais na perspectiva de graduandos de enfermagem. [dissertação]. Universidade de São Paulo. 2015
115. Abreu W. Identidade, formação e trabalho: das culturas às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Formasau; 2001.
116. Brunoni EB. Organização do trabalho do cuidador de idoso em Instituição de Longa Permanência: uma revisão da produção anexada na biblioteca virtual da saúde, 2000-2014. [monografia]. Rio Grande do Sul: Universidade Aberta do Brasil. 2015.
117. Gratao ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2):304-12.
118. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(3): 773-81.
119. Kovács MJ. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paideia* [online]. 2008, 18(41):457-68.
120. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
121. Oliveira PR, Amaral JG, Viegas SMF, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idoso sobre a morte e o morrer. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2635-2644.
122. Oliveira LFD. Interdições ao corpo no cuidado de enfermagem: percepções e superações de estudantes de graduação [tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.
123. Collière, M. F. Cuidar... A primeira arte da vida. 2ed. Loures: Lusociência. 2003.
124. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latini-am Enfermagem*. 2002; 10(3):433-8.
125. Mercadante EF. Velhice a identidade estigmatizada. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez Editora; 2003.

126. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(44):187-200.

127. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 9ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

128. Duran MCG. Formação e autoformação: uma discussão sobre memórias, histórias de vida e abordagem autobiográfica. *Revista @mbienteeducação*. 2009; 29(2): 22-36.

7. Anexos

7.1 Roteiro de Entrevista

Dados de Identificação

1. Nome:

2. Idade:

3. Sexo: () Feminino () Masculino Religião: _____

4. Formação escolar:

Sabe escrever o nome ()

Alfabetizado (1ª – 4ª série) ()

Ensino Fundamental completo (1ª – 8ª série) ()

Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo ()

Ensino Superior incompleto ()

Ensino Superior completo ()

5. Formações complementares: (cursos técnicos, de qualificação, etc.) Especificar qual o curso.

6. Há quanto tempo cuida de idosos?

R: _____

7. Há quanto tempo cuida desse idoso?

R: _____

8. Você cuida de mais de um idoso?

() Não () Sim. Quantos? _____

9. Disponibilidade para trabalhar:

- Até 6 horas Até 8 horas
 Até 12 horas Até 24 horas

10. Esquema de folgas:

- 1x/ Semana 2x/ Semana Sem folga

11. Remuneração:

- Por período
 Por mês Valor: R\$ _____

12. Agência de emprego:

- Sim
 Não

13. O que é velhice para você?

14. Para você, o que significa trabalhar com idoso?

15. O que é cuidar para você?

16. Em sua opinião, o que é necessário para exercer sua profissão?

17. Qual sua rotina de trabalho?

18. Quais tarefas lhe dão mais prazer? Por quê?

19. Em quais tarefas sente mais dificuldade? Por quê?

20. Quais as principais dificuldades que você enfrenta na sua rotina de trabalho?
Por quê?

21. Como descreve sua relação com o idoso?

22. O que o seu corpo significa para você?

23. Pensar no corpo envelhecido te traz que sentimentos? O que significa o corpo envelhecido para você?

24. Como é pra você lidar com o corpo nu?

25. O que o banho significa para você?

26. Como você lida com as secreções do corpo?

27. Você utiliza alguma estratégia para diminuir o odor?

28. O teu modo de atuar tem alguma influência religiosa? Quais?

29. O que você vê durante o cuidado ao corpo do idoso que te marca? Que

sentimentos e emoções o que você vê te provoca?

30. Que cheiro você sente durante o cuidado ao corpo do idoso? Que sentimentos e emoções esse cheiro te provoca?

31. Ao tocar o corpo do idoso quais sensações você tem? Que sentimentos e emoções o toque te provoca?

32. Qual palavra você diz quando cuida do corpo do idoso? Que sentimento e emoções essa palavra te provoca?

33. Já houve algum episódio em que sofreu algum constrangimento enquanto cuidava do corpo?

7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Experiências e significados relacionados ao corpo no cuidado ao idoso.

Nome do responsável: Dayane Barros Esteves

Orientador: Prof. Dr. Juan Carlos Aneiros Fernandez

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Objetivos e Justificativa

Objetivo geral

Identificar experiências e significados relacionados ao corpo no cuidado a idosos.

Objetivos específicos

- Identificar os significados atribuídos às excreções e secreções humanas nas práticas de cuidado;
- Identificar as rotinas e tarefas dos cuidadores formais;
- Identificar os significados relacionados ao trabalhar com idosos.

Como apontado nos objetivos, buscaremos compreender como o cuidado ao corpo do idoso é visto pelo cuidadores formais de idosos e, assim, refletir sobre as práticas de cuidado tendo como foco o corpo vivente, ou seja, o corpo tornado sujeito destas práticas.

A complexidade cada vez maior da organização da sociedade reforça a necessidade de preparo e aprendizado específico para exercer a função de cuidador. No seu cotidiano, os cuidadores desempenham diversas tarefas, entre elas o cuidado ao corpo do idoso. O significado de corpo pode ser diferente para cada pessoa, a partir da experiência pessoal, para cada grupo etário, considerando as experiências comuns e, ainda, para cada sociedade, conforme época e local.

Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado a um encontro que terá duração de uma hora, com o objetivo de identificar experiências e significados relacionados ao corpo no cuidado a idosos.

O encontro será realizado em horário e local definidos por você, conforme sua disponibilidade. Essa forma de organização dispensará despesas como transporte, alimentação e outras para os participantes. A entrevista será gravada em áudio, visando garantir a fidedignidade e a análise posterior das falas pelo pesquisador. O material gravado será armazenado até a publicação da tese, sendo descartado na sequência, não sendo utilizado para nenhum outro fim.

Cabe esclarecer que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, porém, no presente projeto de pesquisa, como não há riscos mensuráveis, entendemos “não haver riscos previsíveis”.

Benefícios/Resultados esperados:

Não há benefício direto para o participante deste estudo, após sua conclusão, as informações serão divulgadas para que ações possam ser pensadas tanto no campo das Políticas Públicas quanto no campo da formação de cuidadores de idosos.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será

citado, em caso de necessidade, será utilizado um nome “fantasia” preservando a identidade dos participantes.

Ressarcimento e indenização

Não haverá ressarcimento por sua participação na pesquisa, visto que você não terá gastos de qualquer tipo, nem mesmo com deslocamento até o local da realização da pesquisa. Informo ainda que, caso você sofra algum dano resultante de sua participação na pesquisa, você terá direito a uma indenização.

Contato

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Dayane Barros Esteves, Rua Andradina 645, Cotia-SP; contato telefônico (11) 94333-0077.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) voluntário(a): _____

Rubrica do(a) voluntário(a)

Data: ____/____/____.

Rubrica da pesquisadora

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

Assinatura do pesquisador

7.3 Parecer Consubstanciado do CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiências e significados relacionados ao corpo no cuidado ao idoso

Pesquisador: DAYANE BARROS ESTEVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65220117.5.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.010.663

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos desta pesquisa serão os cuidadores formais de idosos residentes nas cidades de São Paulo e Cotia contratados diretamente pelo idoso ou familiar para prestar cuidados no ambiente domiciliar. Serão identificados mediante agências de emprego destinadas a cuidadores de idosos, Organizações Não Governamentais que ofereçam cursos de Cuidador de Idosos e propagandas de emprego em classificados. O número de sujeitos será definido como não inferior a 20 e não superior a 40 sujeitos em processo de cuidado que implique práticas de toque no corpo, como a higienização. Não há delimitação da população, uma vez que o foco da pesquisa é o cuidador de idoso, independentemente de sua faixa etária, sexo, cor/raça, etnia, orientação sexual e identidade de gênero, classe e grupo sociais. O pesquisador responsável realizará entrevistas em profundidade com os sujeitos desta pesquisa. Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para a análise dos dados. O local da pesquisa consistirá no local escolhido pelos voluntários, que provavelmente será sua própria residência. Serão incluídos: Cuidadores formais de idosos; Cuidadores que prestem o serviço no domicílio do idoso; Cuidadores que cuidem de idosos com cognitivo preservado, ou seja, que apresentam preservadas funções como memória, atenção, linguagem, percepção. Serão excluídos: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuem como cuidadores; Cuidadores que ofereçam cuidado a mais de um idoso no mesmo domicílio; Cuidadores que cuidem de idosos com doenças que comprometam o cognitivo. As entrevistas serão transcritas na íntegra e

analisadas de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo. As análises dos dados contidos nos depoimentos possibilitarão agrupamentos das respostas por categorias, sínteses e destaques de elementos significantes considerados no processo de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar experiências e significados relacionados ao corpo no cuidado a idosos.

Objetivo Secundário:

- identificar os significados atribuídos às excreções e secreções humanas nas práticas de cuidado;
- identificar as rotinas e tarefas dos cuidadores formais;
- identificar os significados relacionados ao trabalhar com idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pelo fato da pesquisa não requerer o uso de recursos que implicam prevenção ou alívio de problemas relativos ao bem-estar dos voluntários, consistindo apenas na coleta de dados através dos discursos dos cuidadores, entende-se não haver qualquer tipo de risco implicado nesta pesquisa. ALTERADO PARA: "Cabe esclarecer que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, porém no presente projeto de pesquisa como não há riscos mensuráveis, entendemos "não haver riscos previsíveis".

Benefícios:

Não há benefício direto para o participante deste estudo, após sua conclusão as informações serão divulgadas para que ações possam ser pensadas tanto no campo das Políticas Públicas quanto no campo da formação de cuidadores de idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa para A tese de doutorado. Temática bastante atual e necessária, visto o aumento da população de idosos. Está redigido de maneira clara, objetiva. Considera-se de execução viável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

folha de rosto devidamente preenchida e assinada. PB Informações Básicas devidamente preenchida. Apresentou comprovação de vínculo com a Unicamp. O TCLE está redigido de maneira adequada, porém falta inserir paginação e local para rubrica do voluntário e pesquisador (ATENDIDA PARCIALMENTE- CONTINUA SEM LOCAL PARA RUBRICA DO VOLUNTÁRIO E DO PESQUISADOR EM TODAS AS PÁGINAS)

Recomendações:

Lembramos que, se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS; resolução 466/2012 CNS/MS, artigo IV.5 letra d).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO COM RECOMENDAÇÕES (VIDE ITEM RECOMENDAÇÕES)

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_865425.pdf	06/04/2017 17:00:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/04/2017 16:59:33	DAYANE BARROS ESTEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/04/2017 16:59:14	DAYANE BARROS ESTEVES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaResposta.pdf	06/04/2017 16:50:06	DAYANE BARROS ESTEVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	14/02/2017 16:56:05	DAYANE BARROS ESTEVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dayanedocvinc.pdf	13/02/2017 14:27:54	DAYANE BARROS ESTEVES	Aceito

Situação do Parece: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 11 de Abril
de 2017

Assinado por:

**Renata Maria dos Santos
Celeghini (Coordenador)**