



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DEUSÉLIA MOREIRA DE SOUZA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE
SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR**

**SALVADOR
2009**

DEUSÉLIA MOREIRA DE SOUZA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE
SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Darci de Oliveira Santa Rosa

**SALVADOR
2009**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,
Escola de Enfermagem, UFBA.

Souza, Deusélia Moreira de

S729r Representações sociais de idosos sobre o ato de ser cuidado em
instituição asilar / Deusélia Moreira de Souza – Salvador, 2009

137 f.: II

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2009.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Darci de Oliveira Santa Rosa

1. Saúde do idoso. 2. Cuidado. 3. Asilo. 4. Enfermagem. 5.
Representações Sociais. 6. Análise do discurso. I. Santa Rosa, Darci
de Oliveira. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 613.98

DEUSÉLIA MOREIRA DE SOUZA

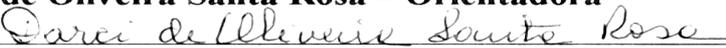
**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE
SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

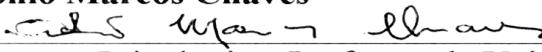
Aprovada em 28 de janeiro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

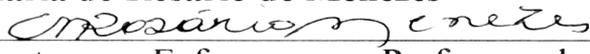
Darci de Oliveira Santa Rosa – Orientadora


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

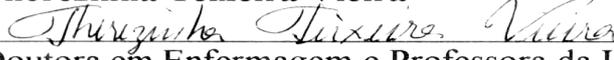
Antonio Marcos Chaves


Doutor em Psicologia e Professor da Universidade Federal da Bahia

Maria do Rosário de Menezes


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Therezinha Teixeira Vieira


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

À minha mãe **Maria Moreira** e meu sogro **Joel Rodrigues**, que são exemplos de envelhecimento saudável, mostrando-nos como envelhecer com sabedoria e serenidade.

A **Enéas**, que tudo representa em minha vida.

A meus filhos **Márcio**, **Marcus** e **Máira**, para quem tudo busquei conquistar.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida e pela coragem de enfrentar mais este desafio.

À Prof.^a **Darci**, a grande responsável por esse Rito de Passagem. Por ter me ensinado os passos e caminhado comigo durante todo o percurso. Pela sua orientação responsável e indispensável a este estudo, pela amizade, disponibilidade e paciência. Obrigada, da alma e do coração.

Ao meu amado **Enéas**, que sempre me apoiou em todas as decisões. Sua compreensão, paciência e amor foram fundamentais para a realização deste projeto. Te amo!

Aos filhos **Márcio, Marcus e Máira** e noras **Anne e Ana Luiza**, pela torcida e apoio, espero que essa minha empreitada os incentive a trilhar pelos mesmos caminhos e a encarar os desafios da vida com firmeza.

A **Marcus e Anne** pela acolhida em Salvador, durante os dois anos de mestrado.

À **Máira**, por ter dividido comigo o quarto, a cama e o computador.

Aos netos **Vinícius, Ana Clara e Liz**, as paixões de uma avó coruja, pela energia contagiante que tanta força me deu para enfrentar as viagens semanais para Salvador.

À **Liz** pelos rabiscos nos livros, pelos textos rasgados, pelo sorriso e pela inocência de querer fazer mestrado com dois anos de idade.

À **Celina**, guardiã da minha casa durante as ausências, seria difícil minhas idas para Salvador sem a sua ajuda.

A **Edson**, pelas caronas até a rodoviária, nas sextas-feiras.

À colega, amiga e companheira de mestrado **Isleide**. Tenho a certeza que não foi o acaso da vida que nos aproximou... por compartilhar a vida de mestranda, as experiências, preocupações, dificuldades e alegrias. Obrigada, amiga!

À colega e amiga **Edméia**, pelo incentivo e amizade, por acreditar que eu era capaz, por abrir sua casa e seu acervo particular e emprestar todos os livros. Essa conquista também é sua.

Às colegas e amigas, **Andréa, Alba, Zenilda e Edite**, por compartilhar os conhecimentos e pelas sugestões que enriqueceram meu trabalho.

À Prof.^a Dr.^a **Lúcia Takase/UFSC-SC**, pelo incentivo inicial para a realização do mestrado.

A todos os **colegas** do **Departamento de Saúde da UESB** que também contribuíram para que essa trajetória tivesse êxito.

Ao **Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia - UFBA**, pela acolhida e oportunidade de realizar minha capacitação.

Aos **colegas** de mestrado, companheiros nas horas de dúvidas e de alegria e, principalmente, pelo carinho e respeito que sempre prevaleceu em nossa turma.

Aos professores **Antonio Marcos Chaves, Maria do Rosário de Menezes, e Therezinha Teixeira Vieira**, por aceitarem participar da minha banca e pelas contribuições desde o exame de qualificação.

A **todos os idosos** que participaram deste estudo, meu agradecimento especial e minha eterna gratidão e respeito.

À **direção e funcionários** do asilo onde esta pesquisa foi realizada.

Ao **informante N° 1** dessa pesquisa (**Sofrê**) que hoje já não se encontra mais entre nós. Deixou o sofrimento de andar na cadeira de rodas e foi “estar no céu”.

A todos os **anjos barrocos** (representação da minha colega Dulce Mafra), que encontrei pelo caminho, abrindo espaços, facilitando meu caminhar.

Agradecimento especial a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES**, pelo financiamento da bolsa de mestrado, no período 2006-2008, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde” na linha “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

MENSAGEM DE UM IDOSO

Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você diz, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor, não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo ou simplesmente partilhe um sorriso, sinto-me tão só...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma 'história' num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...

Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia você terá a minha Idade...

A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de Respeito e de Amor...

Um pouco...

Do que já dei um dia!!!

Autor desconhecido

SOUZA, Deusélia Moreira de. **Representações sociais de idosos sobre o ato de ser cuidado em instituição asilar**. 2009. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola da Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

RESUMO

O Brasil tem vivenciado a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI –, apesar de a Política Nacional do Idoso apontar como melhor local para cuidar do idoso a residência da família. As ILPS se constituem alternativas de cuidados para idosos fragilizados, sem possibilidades de convivência familiar. Este estudo tem como objetivo: conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ato de ser cuidado em asilo. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, aprovada pelo CEPEE/UFBA, respeitada a Resolução 196/96 e teve como referenciais teóricos o Cuidado e a Teoria das Representações Sociais. O local de investigação foi um asilo filantrópico localizado no interior da Bahia. Os informantes, quinze idosos residentes na instituição há mais de seis meses, que concordaram em participar do estudo. A coleta de informações foi efetuada através da entrevista narrativa, no período de maio a julho de 2008. As informações foram processadas através da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre. Nos dados sociodemográficos, predominou baixa escolaridade, aposentados, solteiros com idade entre 70 e 80 anos, o sexo masculino. O discurso do sujeito coletivo foi sintetizado segundo os temas: como eu entendo cuidado; como eu entendo o cuidado de saúde; o cuidado que recebo no asilo é; o cuidado de saúde que espero receber no asilo deve ser. Do senso comum dos idosos emergiram os seguintes significados sobre cuidado: alimentação, remédio, proteção, segurança, ser zelado, ser tratado com respeito e dignidade, ter tratamento médico e cuidados de enfermagem. Foram quatro categorias e dezesseis subcategorias que atenderam ao objetivo proposto. Na primeira categoria, os idosos representam o cuidado no asilo como atendimento às necessidades higiênicas, alimentares, de lazer, espirituais, de ser independente, de proteção e segurança. Muitos desses significados foram mencionados e valorizados por eles de forma consistente, denotando serem fundamentais para o cuidado no atendimento às necessidades de todos os idosos que residem no asilo. Na segunda categoria as representações acerca dos aspectos de saúde foram: a garantia de ter remédio, médico quando precisar, cuidados de enfermagem e quem acompanhe as consultas e hospitalização, demonstrando que na maioria dos casos a família e o idoso buscam a institucionalização como forma de ter essa garantia, ancorados no fato de que nessa fase da vida as doenças são mais presentes e múltiplas. Na terceira categoria os idosos representam o cuidado como zelo, ancorado em um conjunto de símbolos, valores e significados relacionados à dimensão de cuidar e ser cuidado, representado por: cuidar bem, tratar, cuidar de si, ajudar o outro, zelar, ser acolhido, ter carinho, paciência, amor, estar no céu. Na quarta categoria o idoso representa o cuidado como direito de cidadão ancorado na segurança de que não será abandonado, no tratamento respeitoso e digno. Conclui-se que, em qualquer circunstância de sua vida, para os idosos as representações sociais de cuidar e o ato de ser cuidado em um asilo depende da história de vida de cada um, da família e do acolhimento recebido ao chegar à instituição diante das necessidades do existir do idoso.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Cuidado. Asilo. Enfermagem. Representações sociais. Análise do discurso.

SOUZA, Deusélia Moreira de. **Elderly social representations about the act of being cared in rest home institution.** 2009. 137f. Dissertation (Nursing Master degree) – Nursing School, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

ABSTRACT

Brazil has lived the demanding to Long Permanence institutions to elderly – ILPI though Elderly National policies point out the family household as the best place to take care of them. The ILPS constitute care alternatives to fragile elderly who get no possibility to live with the family. This study has as its aim: To get to know the elderly social representations about the act of being cared in a rest home. It's a descriptive explorative research with qualitative approach, approved by CEPEE/UFBA, respected the resolution 196/96 and it has as its theorist references the Care and the Social Representation Theory. The investigation place was a philanthropic rest home in the countryside of Bahia. The informers, fifteen elderly who have been living in the institution for more than six months who agreed to participate in the study. The data collection was made through narrative interview in the period from May to July of 2008. The information processed through Analyses of the Speech of the Collective Subject proposed by Lefèvre. In the socio-demographic data, there was a low schooling predominance, elderly, single individuals from 70 to 80 years old, male genre. The collective subject's speech was synthesized according to the themes: How I understand the care; how I understand the health care; the care that I receive in the rest home; and The care that I want to receive in the rest home must be. From elderly common sense emerged the following meanings about care: Feeding, medicine, protection, safety, being cared, being treated with respect and dignity, having medical treatment and nursing care. There were four categories and sixteen under categories that met to the proposed objective. In the first category, the elderly represent the care in the rest home as attending to hygiene, feeding, leisure, spiritual, being independent, protection and safety needs. Many of these meanings were mentioned and valued by them in consistent way, detonating them as fundamental to the care in the necessities attending of all the elderly who live in a rest home. In the second category the representation about the health aspects were: The guarantee of having medicine, doctor when they need, nursing care and who follow them in the consultations and hospitalizations, demonstrating that in most of the cases the family and the elderly search for the institutionalization as a way of having these guarantees based on the fact that in these phase of life the diseases are more present and multiple. In the third category the elderly represent the care as attention, based on a group of symbols, values and meanings related to the dimension of care and being cared, represented by: to care well, to treat, self care, to help the other, attention, to be received, to have care, patience, love, to be in heaven. In the fourth category the elderly represent the care as the citizen right based on safety that he is not going to be abandoned, in the respectful and dignified treatment. It was concluded that in any circumstances of life to the elderly the social representations of care and the act of being cared in a rest home depends on life's history of each of them, family, and the acceptance received when they arrive in the institution toward the existing needs of the elderly.

Key Words: health of the elderly, Care, Rest home, Nursing, Social representations, Discourse analysis.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição dos residentes de uma instituição asilar no interior da Bahia, segundo sexo e faixa etária. Salvador, 2009..... 47
- Figura 2:** Distribuição dos residentes de uma instituição asilar, segundo sexo e situação conjugal. Salvador, 2009..... 47
- Figura 3:** Distribuição dos residentes de uma instituição asilar, segundo gênero, renda e nível de escolaridade. Salvador, 2009..... 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Perfil dos Idosos Residentes na Instituição Asilar, selecionados para o Estudo	50
Quadro 02: Distribuição das Categorias e Subcategorias que revelam o cuidado no Asilo	70

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

1	A TÍTULO DE COMEÇO	15
2	COMO SE DEU A APROXIMAÇÃO COM AS TEMÁTICAS DO ENVELHECIMENTO, ASILO E CUIDADO	17
2.1	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	17
2.2	ENVELHECIMENTO E ASILO	25
2.3	ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS SOBRE CUIDAR/CUIDADO ...	31
2.4	O CUIDAR DE ENFERMAGEM DO IDOSO	34
2.5	CUIDADO COM O IDOSO NO CONTEXTO DO ASILO	36
3	A OPÇÃO PELA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	38
4	O CAMINHO PERCORRIDO PARA IDENTIFICAR AS REPRESENTAÇÕES SOBRE “O ATO DE SER CUIDADO EM ASILO”...	42
4.1	TIPO DE ESTUDO DESENVOLVIDO	42
4.2	O CENÁRIO DESTE ESTUDO	43
4.3	AS PESSOAS QUE RECEBEM OS CUIDADOS NO ASILO	46
4.4	OS SUJEITOS DESTE ESTUDO	49
4.5	OS ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS	51
4.6	OS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS	53
4.7	O USO DA ENTREVISTA NARRATIVA	54
4.8	A TÉCNICA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO NO PROCESSAMENTO DAS FALAS DOS INFORMANTES E CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	56
5	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR	70

6	CONSIDERAÇÕES QUASE FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	103
	ANEXO A: Ofício de solicitação para a coleta de dados	110
	ANEXO B: Ofício de autorização para coleta de dados	111
	ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética	112
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
	APÊNDICE B: Roteiro de entrevista	115
	APÊNDICE C: Entrevistas transcritas	116

1 A TÍTULO DE COMEÇO

*“Somos nós que fazemos a vida.
Como der ou puder ou quiser [...]”.*
Gonzaguinha

O interesse pelo estudo sobre o cuidado prestado ao idoso em asilos se deu a partir da minha trajetória de vida, motivada pela convivência com pessoas idosas, tanto no âmbito pessoal como profissional. Também no espaço familiar, pelos contatos com tias/tios e avós/avôs, através de momentos agradáveis, de interação e procura de aprendizagem com suas experiências de vida.

Penso que sou uma pessoa privilegiada porque quando tive necessidade de ampliar meus conhecimentos no campo profissional sobre o processo de envelhecimento, este se tornou o ponto de partida para manter meu interesse sobre essa temática.

Ingressei na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB –, em 1996, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem, sendo alocada na disciplina Fundamentos de Enfermagem, com maior parte da carga horária destinada à supervisão de estágio, no âmbito hospitalar, com os alunos matriculados na referida disciplina. A Clínica Médica de um hospital geral era um dos campos escolhidos para o desenvolvimento das atividades práticas, e a clientela compunha-se de adultos e muitos idosos acometidos por variadas patologias. Vi aí mais uma oportunidade para intensificar meu contato com essa clientela, buscando conhecer suas necessidades e a melhor forma de cuidar, visando a sua rápida recuperação e seu bem-estar.

No mesmo ano fui convidada para participar, como colaboradora, do Projeto de Extensão Continuada Núcleo de Educação e Atenção ao Diabetes – NEAD –, que tinha como objetivo contribuir para o diagnóstico precoce, prevenção e promoção da saúde da população portadora de Diabetes Mellitus, mediante atendimento sistematizado, enfatizando a educação em saúde.

Os portadores de Diabetes Mellitus cadastrados no referido projeto eram, em sua maioria, idosos, o que também oportunizou minha convivência com os mesmos, reforçando ainda mais minha afinidade, por estar próxima e prestar cuidados a essa parcela da população.

Continuando minha trajetória docente, passei a atuar em um abrigo para idosos, também como local de práticas de campo para os alunos da mesma disciplina, atividade que venho desenvolvendo nos últimos 10 anos. Em diversas situações, tive, junto aos alunos, a oportunidade de cuidar de idosos ali residentes, com dependência parcial ou total. Nessas

experiências pude observar comportamentos positivos desses idosos – de alegria, ao receber cuidados, carinho e atenção dos estudantes e supervisores –, e negativos, como dificuldade de adaptação, isolamento, tristeza e esperança de receber visita de familiares e/ou amigos.

Minha motivação foi reforçada, também, ao participar como membro da equipe executora de um subprojeto de pesquisa vinculado ao projeto intitulado “Um Modelo de Atendimento Multidimensional para Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs”, aprovado pelo CNPq, conforme Edital MCT – CNPq / MS-SCTIE-DECIT – nº 17/2006. Trata-se de um projeto de natureza multicêntrica, envolvendo docentes da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC –, Universidade de São Paulo – USP-EERP –, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS –, Universidade de Passo Fundo – UPF –, Universidade Federal do Rio Grande – UFRG –, e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/DS.

E nesse percurso de vida, o tempo foi passando, os filhos cresceram e saíram de casa. Busquei então um novo desafio: o mestrado. Quando fui escolher o tema para o estudo, não tive dúvidas. E aqui estou, já começando também a envelhecer, e buscando cada vez mais aumentar meus conhecimentos acerca do envelhecimento.

Foi meu desejo, portanto, elaborar um estudo que contribuísse para a reflexão sobre os cuidados dos profissionais de enfermagem, e de outras profissões, prestados ao idoso em instituições de longa permanência (asilos) e oferecer elementos para o planejamento e implementação de ações para um atendimento de qualidade. Pretendo, ainda, ampliar o banco de dados acerca do cuidado dispensado a esta população e conhecer as condições que envolvem a vivência e o cuidado prestado ao idoso institucionalizado.

A importância de estudar o tema se deve ao reconhecimento de que a longevidade vem crescendo ao longo dos anos e, no futuro, com o aumento da população idosa, haverá necessidade de ampliação da rede de apoio, principalmente de asilos com estrutura que possibilite abrigar e cuidar desse contingente populacional.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: O que representa para o idoso o ato de ser cuidado em asilo? Para obter respostas, foi estabelecido o seguinte objetivo: conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ato de ser cuidado em um asilo.

Assim, foi definido efetuar um estudo que atenda ao significado do cuidado para o idoso institucionalizado à luz das Representações Sociais, buscando conhecer como o conhecimento prático sobre o ato de ser cuidado é adquirido e compartilhado pelo grupo de idosos que vive na instituição asilar de longa permanência. Espera-se com este estudo trazer contribuições para as ações cuidativas de enfermagem a partir de suas representações.

2 COMO SE DEU A APROXIMAÇÃO COM AS TEMÁTICAS DO ENVELHECIMENTO, ASILO E CUIDADO

Para desenvolver o trabalho proposto e conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ato de serem cuidados em uma instituição de longa permanência, buscaram-se informações contidas na literatura que pudessem dar suporte na definição dos conceitos de processo de envelhecimento; envelhecimento e asilo; aspectos conceituais e históricos sobre o cuidar/cuidado; cuidado de enfermagem com o idoso; cuidado do idoso no contexto de asilo.

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

"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".
(BRASIL, 1988, p.127)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que até o ano 2025 a população idosa no Brasil crescerá 16 vezes, enquanto que a população total crescerá apenas cinco vezes mais. Dados demográficos mostram que o aumento rápido da população idosa deve-se ao prolongamento da expectativa de vida e redução da natalidade. Em 1900, a expectativa de vida no Brasil era de 33,7 anos, aumentando década após década, chegando hoje aos 72,7 anos. Há previsão para o ano 2025 de alcançar os 80 anos, de modo que o país ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa, correspondendo ao segmento etário que mais cresce (IBGE, 2000; VERAS, 1999).

Para Papaléo Netto e Ponte (1996), o aumento do número de idosos faz com que a sociedade e os governos passem a enfrentar uma mudança estrutural na pirâmide populacional, passando por uma fase de transição demográfica e epidemiológica, além de desafios decorrentes dos problemas médico-sociais inerentes ao envelhecimento humano.

Kalache (2007) tem a mesma perspectiva dos autores acima, ao afirmar que, num país onde já se convive com um expressivo número de idosos e as pesquisas preveem que a proporção de idosos passará de 9% para 14% (limiar a partir do qual os países são

considerados “envelhecidos”), por volta do ano 2018. Em 2050 esse número poderá ser superior a 25%, o que atualmente ocorre apenas em dois países, Japão e Itália.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (2006), ao divulgar em seu documento intitulado Indicadores Sociodemográficos – Prospectivos para o Brasil, período de 1991 – 2030, alerta que o processo de envelhecimento populacional experimentado pela sociedade brasileira pode estar ocorrendo de forma generalizada, mas, sem dúvida alguma, com intensidades e velocidades diferenciadas entre os distintos contextos regionais. Esse estudo mostra que na Bahia, considerado o estado com a maior média de longevidade, dentre os outros estados da região Nordeste, terá uma expectativa de vida ao nascer de 77,43 anos, em 2030, ocupando o 12º lugar no ranking nacional (IBGE, 2006).

Assim, em face do continuado declínio da fecundidade e do aumento da longevidade de sua população, o país caminhará rapidamente para um padrão etário cada vez mais envelhecido, o que implicará em implantação de políticas públicas voltadas para o atendimento às demandas de um contingente que cresce velozmente (IBGE, 2006).

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde, como:

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006, p. 8).

Já para Filho e Alencar (2000, p. 1), envelhecimento é: “[...] um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações, tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente [...]”.

Esses conceitos fortalecem a compreensão de que o envelhecimento é um processo natural, ocorrendo com todos os seres vivos e, no ser humano, as suas repercussões vão afetar os sistemas biopsicossociais e emocionais, trazendo consigo agravos físicos, mentais e sociais, limitações motoras, sensoriais, levando o idoso a conviver com perdas e alterações dos tipos: funcionais, de papéis sociais, da autonomia e liberdade, tornando-se susceptível à dependência de cuidados.

Ao conviver com as alterações do envelhecimento, o idoso torna-se gradativamente dependente de suporte familiar para cuidados que presta a si mesmo, justamente no momento

em que a família passa por modificações em sua estrutura, com a saída da mulher para o mercado de trabalho e pela necessidade da soma de recursos financeiros para a sobrevivência da família. Com isso, fica o idoso sem o seu principal cuidador – geralmente a mulher –, considerando que ela é apontada atualmente, em diversos estudos na área do envelhecimento como o suporte do idoso no domicílio (FREITAS, 2004).

Neste contexto, a realidade vivenciada pelo idoso representa um processo de envelhecimento que fragiliza no enfrentamento dos fatores de risco na velhice e é acompanhado, na maioria das vezes, por pluripatologias. Para Souza et al. (2004) existem outros fatores de risco que se agregam a essa realidade e comprometem sua qualidade de vida, tais como: precárias condições socioeconômicas, difícil acesso aos serviços de saúde, estilo de vida inadequado, rede de suporte social (formal e informal) insuficiente, e atitudes de discriminação e preconceito da sociedade face à essa faixa etária.

O envelhecimento, como processo gradativo, vai acontecendo biológica e cronologicamente em todos os seres vivos. Ele se inicia desde que nascemos. Para Baldessin (1996, p. 492), não há clareza quanto ao envelhecimento através das características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, pois “alguns parecem velhos aos 45, outros são jovens aos 70”.

Temos assim uma longevidade esperada e desejada, pois todos almejam viver mais, e ao mesmo tempo temida, receando as alterações e limitações que gradativamente vão surgindo nesta fase da vida, levando muitas vezes a impossibilidade de um viver melhor.

Convive-se hoje com contradições. De um lado, o avanço tecnológico que vem favorecendo a longevidade do indivíduo, contribuindo para que se viva até os 100 anos, e, de outro, assistimos aos reflexos negativos na vida dos idosos, tais como: a ênfase e a valorização que são dadas ao novo e ao belo, mostrando o idoso como velho, feio e improdutivo, afastando-o do mercado de trabalho, desrespeitando-o em vários espaços sociais, discriminando-o, dificultando e até impedindo sua participação no processo social, cultural e econômico do país.

Sobre esse aspecto Pacheco (2004) afirma que:

O desenvolvimento econômico, tecnológico e social, que possibilitou o aumento da expectativa de vida do ser humano, permitindo que se viva por mais tempo, também, como reverso da medalha, trouxe problemas que afetam a relação humana e a relação familiar, da qual o idoso passou a fazer parte (PACHECO, 2004, p. 349).

Assim, com o crescimento rápido da população idosa e o despreparo e/ou impossibilidade das famílias para realizar os cuidados no domicílio, a busca por Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs –, destinadas ao acolhimento dessa população, torna-se cada dia mais presente, apesar de a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) apontar que o melhor local para se cuidar do idoso é a sua casa, junto à família. É na família que o idoso deposita suas maiores expectativas de proteção, segurança e afeto e enquanto estrutura biológica e ideológica, ela torna-se o elemento mantenedor das importantes relações sociais. Debert (1999, p. 74) considera que “a interação intensa com a família é crucial para o bem-estar na velhice”.

Na perspectiva do bem-estar do idoso a Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e o seu Artigo 3º estabelece que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e o do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p. 7).

Contudo, a condição de proteção do idoso pela sua família é dificultada devido às mudanças na estrutura dessa família, a não implementação de Políticas Públicas, dentre outros fatores. O que se percebe é que há necessidade de se promover suporte a essa família cuidadora, que, muitas vezes, encontra-se em condições de pobreza e falta de atendimento nos serviços médicos e sociais. Assim, o que vemos é a pessoa envelhecer sem o respeito e o amparo de que necessita.

Portanto, o impacto do rápido aumento da população idosa já começa a mostrar a necessidade de redefinir ações para uma melhor condição de prestar cuidados a essa população que, muitas vezes, é desprezada pela sociedade e, em muitas situações, até pela própria família.

Para Rodrigues e Rauth (2006), no Brasil ainda convivemos com problemas típicos de país subdesenvolvido, relacionados ao saneamento básico, educação, saúde, previdência social, entre outros, bem como a pouca valorização da pessoa idosa.

Desta forma, os poucos recursos financeiros, as perdas cognitivas, físicas e sociais podem gerar dependência do idoso à família ou ao cuidador, causando diminuição na sua capacidade de autonomia. Além disso, os conflitos que ocorrem entre gerações atuam na

qualidade da convivência do mesmo com sua família cuidadora, favorecendo o desequilíbrio nas relações interpessoais que, muitas vezes, leva a família a asilar seu idoso. Este, por sua vez, tem o asilo como um espaço que supre a sua necessidade de cuidados, e entre estes estão aqueles dirigidos à condição de dependência que foi estabelecida na sua vida.

Assim, a institucionalização do idoso tornou-se um problema universal. Nas últimas décadas verifica-se um progressivo aumento de idosos asilados, especialmente oriundos de famílias pequenas, com único filho, que não apresenta condição de cuidar de seus pais, que ficam, dessa maneira, mais vulneráveis à institucionalização.

Diante dessa condição, e pensando o asilo como um ambiente dotado de estrutura física adequada e pessoal qualificado para o atendimento ao idoso, esta instituição de longa permanência poderá ser o que Born e Boechat (2006) idealizaram – um lar especializado, com dupla função: a de proporcionar assistência gerontogeriátrica, dependendo do grau de dependência de seus internos, e, ao mesmo tempo, um ambiente de aconchego, doméstico, um lugar para viver, capaz de preservar a identidade dos seus residentes. Para muitos que ali vivem, será o lugar de sua última morada, enquanto viver.

Essas entidades denominam-se Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs –, e constituem-se em locais escolhidos pela família quando decidem levar seu familiar para um lugar em que possa viver e ser cuidado. Neste sentido, os gestores das ILPIs deveriam ficar atentos para as condições de cuidado por eles oferecidas. Estas instituições apresentam, muitas vezes, superlotação, banheiros com instalações precárias, muitos leitos nos dormitórios, que já apresentam deficiência em ventilação e iluminação. Faz-se necessária a obtenção de recursos materiais e humanos, principalmente no que diz respeito ao atendimento digno para todos que ali estão.

Nessa perspectiva, essas instituições constituem-se em alternativas de cuidados para aquelas pessoas idosas fragilizadas que possuem certo grau de dependência para realizar suas atividades de vida diária – AVD¹–, e que por várias razões de ordem biopsicossociais, não podem ser mantidas no convívio familiar.

Rolim (2002) aponta que a maioria dessas instituições, no Brasil, não atende às exigências determinadas por lei, e àquelas oriundas das necessidades dos idosos ali residentes, no que diz respeito ao cuidado.

¹ O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. (BRASIL, 2006).

Entendemos que o cuidado gerontogeriátrico, nessas instituições, é constituído de ações integradas, que visam à recuperação da independência funcional, a busca do diagnóstico precoce, instituição de medidas preventivas, mediante proteção e segurança que favoreçam a qualidade de vida ao idoso (BORN; BOECHAT, 2006).

No que diz respeito ao tratamento dado às pessoas idosas no Brasil, Rodrigues e Rauth (2006, p. 107) referem à necessidade de implementação das políticas de atenção ao idoso, antes que a demanda aumente e a situação se aprofunde e se torne mais grave. “Será necessário de imediato investir em pelo menos duas frentes: desenvolver alternativas de assistência e gerar conhecimentos que sejam inovadores e tragam novas respostas à demanda dos idosos”.

O idoso que vive dependente econômica e financeiramente de um familiar que também se encontra sem recursos para a subsistência, convive com a precariedade de condições para prover a sobrevivência de ambos, Essa situação acarreta problemas de espaço, alimentação, moradia, transporte, lazer e no equilíbrio das relações familiares. Nesse contexto, ele se torna vítima do abandono por parte dos familiares e também da violência que decorre da sua busca por alimento, apoio financeiro, culminando com o isolamento ao ser considerado mais um fardo na luta pela sobrevivência familiar (BORN; BOECHAT, 2006).

Ao ter oportunidade de ser acolhido por uma instituição de longa permanência em que está garantida a higiene, a alimentação, o repouso, o atendimento médico e os medicamentos de que necessita, o convívio com outras pessoas, em que as relações enfrentam conflitos que são contornáveis por ele enquanto pessoa, ele passa a considerar que este é um local seguro, acolhedor e tranquilo (BORN; BOECHAT, 2006).

Quando são respeitadas, valorizadas e inseridas em seu contexto socioeconômico e cultural, as pessoas idosas continuarão produtivas e independentes, mostrando capacidades e talentos individuais. Considerá-las como uma fonte de sabedoria e experiência de vida é valorizar a cultura, o saber empírico, os valores.

Sobre a valorização do saber dos idosos, o secretário geral da ONU, Kofi Annan (2003), em seu pronunciamento, na abertura dos trabalhos da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizado em Madri, em abril de 2002, lembrou um provérbio africano que diz: “Quando morre um velho, desaparece uma biblioteca”. Ele encerra sua fala dizendo: “Nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas como nós seremos no futuro” (ANNAN, 2003, p. 13).

As pessoas jovens devem visualizar o seu futuro ao observar como vivem os idosos, seja no contexto familiar ou institucional. Essa visualização é uma oportunidade para

comparar o conhecimento, os valores, as atitudes que eles tomam diante de cada situação, considerando que esses valores não estão registrados em livros.

Vamos nos dar a oportunidade de conviver e aprender com eles, procurando nos aproximar sem preconceitos e temores, para usufruir dos seus conhecimentos, adquiridos com os anos já vividos. Nesse sentido, Pessini (2005), referindo-se à valorização da sabedoria e experiência dos idosos, expressa:

Quando deixamos de lado nossos temores e nos aproximamos dos idosos, veremos homens e mulheres contando histórias para as crianças, com os olhos cheios de admiração. Pensamos no velho João XXIII, dando vida para uma igreja esclerosada e parada no tempo e na história, pensamos em Madre Teresa, oferecendo esperanças para os cacos de gente, doentes e moribundos, despejados nas sarjetas de Calcutá (PESSINI, 2005, p. 430).

Neste contexto, a velhice não pode ser definida somente numa visão biológica, o envelhecimento ocorre diferentemente, de pessoa para pessoa, pois somos seres históricos e socioculturais. Enquanto históricos, colocamos no mundo a nossa forma de ser com as atitudes que tomamos, seja ao comemorar uma data significativa em família, como o Natal, a Páscoa, seja mesmo os aniversários de filhos e netos. Como seres culturais, transmitimos valores morais, éticos e/ou religiosos a exemplo do batizado, na escolha de compadres, comadres, padrinhos e madrinhas para os filhos. O respeito pelas pessoas de idade, quando passado pelas atitudes dos pais para as crianças, é um valor que reflete no agir da pessoa adulta. Uchôa et al. (2002) afirmam que o envelhecimento é vivenciado de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra. Vale destacar que a percepção do envelhecimento pela criança é diferente da percepção do adolescente.

O idoso, como ser histórico, que traz consigo um passado cheio de significado cultural, deve ser visto e cuidado como único, e mesmo fazendo parte de um grupo, como nas ILPIs, ele deve receber cuidados congruentes com suas crenças e valores, respeitando seu universo cultural e suas concepções de vida. Leininger, em sua visão transcultural, afirma que “o ser humano não está separado do seu contexto cultural e social, sendo então o cuidado humano um fenômeno universal, e suas expressões, processos e padrões variáveis de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações.” (GEORGE, 2000, p.302).

Cuidar bem do idoso requer amor, paciência, habilidade e respeito à sua forma peculiar de ser e pensar; paciência com seu caminhar lento, sua visão diminuída, sua memória falha, e todas suas outras limitações, bem como para com suas queixas, reclamações e carências. É preciso disposição para ouvir e respeitar seus desejos, compreendendo-o como um ser dotado de direitos e autonomia.

O envelhecimento não é aceito ou as pessoas não estão preparados para ele? Há um comportamento de sempre deixar para depois as discussões sobre esse processo. Um motivo para a não aceitação do envelhecimento deve-se à imagem negativa e pejorativa que as pessoas estão acostumadas a ver desenhada pela sociedade, mostrando o velho como fardo, problema, inutilidade, como alguém que não tem mais direito à sobrevivência, à cidadania, à vida digna.

Assim, ao negar o próprio envelhecimento, as pessoas não se preocupam em conhecer as especificidades desse processo e do ser idoso, discutir as questões inerentes a esta condição, e com isso não se dão conta de como estão sendo preconceituosas, se distanciando de uma realidade inevitável da condição humana, pois o envelhecimento só não ocorrerá se morrermos cedo. Para Feltes (2004, p. 8), “o envelhecimento é nosso destino comum, até aqui inescapável”.

Para Duarte (2001), envelhecemos dia após dia. Algumas pessoas têm dificuldade em aceitar tal fato, muitas vezes pelos mitos e estereótipos que a sociedade impõe, mostrando o idoso como aquele que só gera ônus, uma vez que muitos já não contribuem mais com sua força de trabalho.

Na mídia televisiva, o idoso é mostrado como uma figura cambaleante, que não enxerga nem ouve bem (PASCHOAL, 1996). Contudo, não se pode ficar alheio ao envelhecimento populacional, já que constantemente se percebe estar à frente de pessoas idosas, seja nas ruas, praças, igrejas, restaurantes, seja, enfim, em vários espaços públicos e sociais. Alguns acompanhados por filhos, netos, amigos e muitos outros sozinhos, enfrentando as dificuldades próprias do envelhecimento, agravadas pelo despreparo da sociedade para conviver com as limitações próprias desse grupo etário.

Debert (1999) afirma que, na situação atual, os idosos são vistos como um peso para a família e para o Estado, diferente do que ela chama de Idade de Ouro, quando eles eram respeitados pela família e pela comunidade, em virtude de sua sabedoria e experiência. Nas sociedades modernas os velhos foram abandonados a uma existência sem significado.

Rodrigues e Diogo (2000) comentam que, culturalmente, o envelhecimento já foi referido como místico, mágico, oculto, desconhecido, porém constitui-se em uma etapa natural da vida.

Pascoal (1996) também concorda que a velhice deveria ser vista como mais uma etapa da vida, podendo e devendo ser vivida significativamente.

Encontramos, ainda, nas reflexões de Frankl (1991), a importância do sentido da vida no envelhecimento:

O que importa não é questionar se a atividade é capaz de conferir à existência humana um sentido e um conteúdo, se vincula, ou não, a razão de ordem econômica financeira. Essencial e decisivo, sob o aspecto psicológico, é única e exclusivamente que tal atividade desperte no homem, por mais avançada que seja sua idade, o sentimento de existir para algo – para algo ou para alguém (FRANKL, 1991, p. 52).

A questão de encontrar um sentido para a vida traz momentos de reflexão, seja para a pessoa jovem, seja para a idosa. Porém, encontrar algo ou alguém por que ou por quem valha a pena viver, preenche de sentido a existência e fortalece a pessoa para o enfrentamento que as vicissitudes trazem. Assim, ser idoso e ter um sentido para viver, seja em família, seja numa instituição de longa permanência, revela que a pessoa não se sente solitária.

2.2 ENVELHECIMENTO E ASILO

Com a longevidade, associada aos fatores de ordem social, econômica e cultural, gradativamente as alterações do envelhecimento vão surgindo, começando principalmente pelas doenças crônico-degenerativas, acompanhadas ou não de alterações funcionais, muitas vezes evoluindo para dependência parcial ou total de cuidados. Nesse sentido, Karsch (2003) expressa que, quando o idoso perde a independência, e às vezes até a autonomia, alguém em casa, ou fora dela, terá que assumir o papel de cuidador.

Tornar-se responsável pelos cuidados com o idoso incapacitado durante todo o tempo, não é tarefa simples. Principalmente quando esta atribuição fica a cargo das mulheres, que assumem ainda outras obrigações, como responsabilidades de esposa, filha, irmã, neta e avó.

Isso acontece na maioria das vezes sem apoio, sem uma política de proteção que atenda as suas necessidades e as ajude na execução destes papéis. Assim, elas não veem outra saída senão levar o idoso para um asilo (KARSCH, 2003).

Deve-se pensar a saída do idoso do convívio familiar, do meio social, das relações nas quais a sua história de vida foi construída, como uma situação transitória, mas que traz impacto em sua vida, como a perda de referência, alterações no estado emocional e na saúde, além da perda da autonomia para gerir seu tempo, sua vontade, seu espaço e suas decisões. No asilo, o idoso passa a obedecer ao que determina a rotina da instituição. Assim, qualquer que seja o atendimento recebido pelo idoso, haverá sempre o rompimento do convívio social e familiar, levando-o, na maioria das vezes, à dificuldade de adaptação, o que é observado no comportamento passivo e de isolamento (HERÉDIA, 2004).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Seção São Paulo (SBGG/SP, 2003), apresentou uma nova denominação para o tradicional asilo de idosos: são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Estas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato –, devem proporcionar serviços nas áreas sociais, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário. As ILPIs são estabelecimentos para atendimento integral e institucional, cujo público alvo são as pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio (BORN; BOECHAT, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA –, através da Resolução nº. 283, de 26 de setembro de 2005 define Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) como: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005, p. 2).

A regulamentação técnica para o funcionamento das ILPIs, as normas que estabelecem padrão mínimo de funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das ILPIs estão na referida Resolução, considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos ali residentes.

Acredita-se que o número de idosos asilados seja bem maior do que o dos dados oficiais existentes no Brasil, considerando que já chegamos perto de 19 mil idosos atendidos em várias instituições. O número pode ser maior, uma vez que muitas instituições não são cadastradas e outras tantas funcionam, efetivamente, na clandestinidade (ROLIM, 2002).

O Artigo 3º da Lei Nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, enfatiza a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento em asilos, exceto daqueles que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (BRASIL, 2003).

Na seção dos crimes em espécie, capítulo II do referido Estatuto, o Artigo 98 prevê a penalidade de detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa, caso o familiar venha a abandonar o idoso em hospitais, casa de saúde, entidades de longa permanência ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigados por lei ou mandado.

Na impossibilidade de a família não mais ser capaz de cuidar do idoso no âmbito familiar, é que a instituição de longa permanência seria a última alternativa a ser recorrida para atender às necessidades do idoso. O destaque é dado à responsabilidade que cabe à família no acompanhamento dos tipos de cuidados que o idoso estaria recebendo na instituição para onde foi levado.

Para Born (1996):

Feliz o idoso que pode permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidarem dele, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades (BORN, 1996, p. 403).

No entanto, o que se tem percebido na realidade de muitos idosos brasileiros é a convivência em condição de institucionalização imposta pela sociedade e, às vezes, pela própria família, que o exclui e o abandona. Tal situação gera sentimento de abandono, fragilidade e dependência e, muitas vezes, ele passa a ser visto como pessoa improdutivo e inútil.

Davim et al. (2004) enfatizam que o sentimento de abandono acaba aparecendo diante da velhice, e traz consigo uma progressiva perda de recursos sejam eles físicos, mentais e/ou sociais. Entre as perdas de ordem psíquica e emocional estão àquelas relacionadas às separações, viuvez, re-casamentos, à diminuição do número de filhos, dentre outros. Essas perdas e os sentimentos que elas trazem, muitas vezes, são motivos que levam o idoso a morar sozinho, com parentes e, na maioria das vezes, nas instituições de longa permanência.

Born e Boechat (2006) ainda apontam como fatores de risco para a institucionalização, a síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta

hospitalar recente, incontinências, ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteira (o), sem filhos, viúva (o) recente, morar sozinha (o), isolamento social (falta de apoio social) e pobreza.

Para Goffman (1996), as “instituições totais” da nossa sociedade estão agrupadas em cinco tipos. Dentre essas aparece, em primeiro lugar, aquela destinada a cuidar de pessoas tidas como incapazes e inofensivas. Nesse caso estão as casas para velhos, cegos, órfãos e indigentes. Este tipo de instituição nada mais é do que os orfanatos para crianças e os abrigos para velhos, dando idéia de lugar para onde serão levados aqueles que não têm mais capacidade de convívio social.

O referido autor a define como um “local de residência e trabalho, onde um grande número de pessoas com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” Goffman (1996, p. 11). Seu fechamento ou seu caráter total é representado pelos obstáculos à relação social com o mundo exterior e por proibições à saída, dificultadas ou impedidas muitas vezes por portas fechadas, paredes altas, arames farpados, água, florestas ou pântanos (GOFFMAN, 1996).

Não podemos pensar hoje nas “casas para velhos”, como as instituições fechadas que Goffman faz referência em 1996. De lá para cá, essas instituições organizaram-se, umas de caráter privado, estruturando-se como forma de captar lucros, e outras no âmbito público e filantrópico vêm se mantendo em condições precárias para abrigar idoso sem renda ou com baixas aposentadorias.

Não podemos pensar também na instituição de longa permanência para idosos como a que Born relata em 1996, “Quando falamos em asilos, à imagem que vem é de um lugar sombrio, malcheiroso, onde idosos, em estado de semitorpor, esperam, não se sabe bem o quê”. As pessoas idosas necessitam de instituições onde possam viver, onde tenham atendidas suas necessidades biopsicossocais, afetivas e espirituais. Muitos dos que estão nestas instituições não têm nenhuma outra alternativa, vêm de uma família sem condições de prestar-lhes os cuidados de que necessitam e/ou não têm família com quem possa viver até encerrar seu último ciclo de vida.

Assim, para que a institucionalização deixe de ser um processo penoso, é preciso conceber a instituição de longa permanência como parte de um plano global de atenção à população que envelhece e, dessa maneira, tornar possível oferecer ao idoso e à família padrões de qualidade no atendimento e serviços confiáveis, para quando a institucionalização seja de fato necessária (BORN; BOECHAT, 2006).

Desse modo, podemos também pensar nas instituições de longa permanência como um lugar necessário ao cuidado gerontogeriátrico, que pode favorecer à melhoria das condições de vida e bem-estar dos idosos, onde qualquer um pudesse viver, quando a convivência familiar não fosse mais possível.

A Portaria 73/2001, constituída como mais uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, define Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa, a serem consolidados no âmbito dos estados e municípios, respeitando os indicadores socioeconômicos, as demandas, as peculiaridades socioculturais de cada realidade (BRASIL, 2001).

A referida Portaria prevê as seguintes modalidades de convivência: família natural, família acolhedora, residência temporária, centro/dia, centro de convivência, casa/lar, república, atendimento integral institucional e assistência domiciliar/atendimento domiciliar. Todos estes funcionando como projetos de atenção à pessoa idosa, que podem ser financiados através de parcerias com os governos federal, estadual e municipal e de organizações não-governamentais (BRASIL, 2001).

O Atendimento Integral Institucional é prestado nas ILPIs, prioritariamente ao idoso sem família, em situação de vulnerabilidade, sob regime de internato, mediante pagamento ou não. Estas instituições devem dispor de recursos materiais e quadro de recursos humanos para atender às necessidades dos que ali vivem (BRASIL, 2001).

Na Portaria Nº. 073/2001, o Ministério da Previdência e Assistência Social busca organizar as ILPIs, cria três modalidades de Atendimento Integral Institucional. Por considerar as necessidades específicas da maior parte das ILPIs, adotaremos neste estudo as quatro modalidades desenvolvidas pela Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da SBGG-SP (BRASIL, 2001).

Essas modalidades descritas a seguir consideram o estado físico, psíquico e mental dos idosos, seu nível de participação nas atividades de vida diária, grau de necessidades de cuidados profissionais, o espaço físico para sua locomoção e atenção de profissionais, além da integridade e segurança dos envolvidos, do idoso a ser cuidado e de seus cuidadores.

Na modalidade I, a instituição é destinada aos idosos com até uma atividade de vida diária (AVD) comprometida e capacidade cognitiva preservada, mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de autoajuda. A capacidade máxima de ocupação recomendada por unidade é de 40 pessoas.

Na modalidade II, a instituição é destinada aos idosos com até três atividades de vida diária (AVD) afetadas e comprometimento cognitivo controlado, que necessitam de auxílio e

de cuidados especializados e exijam controle e acompanhamento adequado por profissionais de saúde. A capacidade máxima de ocupação recomendada por unidade é de 30 pessoas.

Na modalidade III, a instituição é destinada aos idosos com quatro a cinco AVDs comprometidas, com quadro demencial e/ou cognição alterada e necessitados de uma equipe multiprofissional de saúde. A capacidade máxima de ocupação recomendada por unidade é de 30 pessoas.

Na modalidade IV, a instituição é destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total e necessitam de uma equipe multiprofissional de saúde. A capacidade máxima de ocupação por unidade é de 30 pessoas.

Uma ampla pesquisa está sendo realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA –, em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), coordenada pela pesquisadora Ana Amélia Camarano com o objetivo de conhecer as condições de funcionamentos e infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil.

A referida pesquisa foi iniciada em 2006, com a proposta de mapear todas as regiões do Brasil, mostrando a realidade das instituições e as condições de vida dos idosos nelas residentes. Segundo a referida pesquisadora, os dados correspondentes às regiões pesquisadas estão em fase de conclusão para posterior divulgação dos resultados. A parte do estudo que corresponde às instituições asilares existentes na região Norte do Brasil já foi publicada no primeiro semestre de 2008 pelo referido instituto e a da região Centro-Oeste está em fase de impressão. O estudo pressupõe que o conhecimento dessa realidade irá possibilitar ao Estado e à sociedade civil adequar suas ações para oferecer melhor qualidade de vida aos idosos residentes nas instituições asilares (IPEA, 2008).

Outro estudo realizado no âmbito das instituições asilares foi através de uma comitiva de deputados federais integrantes da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, intitulada V Caravana Nacional dos Direitos Humanos, realizada entre 2001 e 2002. Esta caravana efetuou uma inspeção em 28 asilos localizados em quatro estados brasileiros – São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco e Paraná. Os pesquisadores constataram que em quase todas as instituições visitadas o desrespeito aos direitos humanos. O que viram foi uma amostra significativa da realidade deplorável e dramática de grande parte das ILPIs no Brasil, pouco conhecida em nosso país. Dos 28 asilos visitados, apenas 6 pareciam em boas condições para acolher idosos. Nas instituições asilares muitos idosos estavam duplamente abandonados, ou seja, abandonados pela família e pela própria instituição que os abriga. O relatório dessas vistorias aponta o abandono do poder público (ROLIM, 2002).

Diante da constatação de que existem lacunas sobre o conhecimento produzido sobre idosos institucionalizados, fora as pesquisas acima mencionadas, poucos são os estudos produzidos e publicados no Brasil que possibilitem ampliar o já produzido sobre este tema. Faltam estudos que divulguem sobre quantos são, quem são e como vivem esses idosos. Torna-se assim de fundamental relevância estudos sobre estas temáticas.

2.3 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS SOBRE CUIDAR/CUIDADO

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas.
Mas, quando tocares uma alma humana.
Seja apenas outra alma humana”.*
São Francisco de Assis

Neste momento são apresentados aspectos que envolvem o processo de cuidar/cuidado e particularmente o cuidado prestado ao idoso, desenvolvido no contexto das ILPIs.

A ênfase no cuidado com a vida já aparece mencionado nos capítulos e versículos bíblicos. Encontramos em (Dt 4: 15), a citação, “tende cuidado com a vossa vida”. (DEUTERONÔMIO, 1995, p.211). Podemos ver que, desde as referências transcritas nas citações dos livros sagrados, já há uma preocupação com o cuidado para a preservação da vida.

Buscamos ainda em Deuteronômio a inquietação com o cuidado para que possamos viver e multiplicar: “Tereis muito cuidado em praticar tudo que vos prescrevo, para que possais viver e multiplicar-vos...” (DEUTERONÔMIO, 1995, p.216). A esse respeito, Backes e Erdmann (2008) afirmam que a essência do cuidado tem a sua origem em Deus, como criador, revelador e cuidador de tudo que existe.

No fluxo desse pensamento, Waldow (2001, p. 25) comenta: “Em sua curta trajetória, Jesus, filho de Deus e salvador do mundo, é um perfeito ser de cuidado humano, um restaurador (healer) de almas e de corpos”. Sendo, pois, o cuidado com a vida humana visto como uma atitude de amor supremo de Deus.

Dessa maneira, o cuidado nasce com a humanidade, sempre esteve presente no transcurso dos vários momentos de sua história, na sua forma de viver e se relacionar, na preservação da espécie, na sua luta pela sobrevivência, na relação do homem com Deus, com a vida e com tudo que o cerca, dando suporte a sua existência. “Desde que surge a vida que

existem cuidados, porque é preciso ‘tomar conta’ da vida para que ela possa permanecer” (COLLIÈRE, 1999, p. 27). Sendo “a prática de cuidados, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo” (COLLIÈRE, 1999, p. 25).

O que significa cuidar? Por que cuidamos? Recebemos cuidados desde que nascemos e cuidamos muitas vezes como um ato instintual, nato e intencional. Aprendemos a cuidar do que nasce, dos filhos, dos pais, das plantas, dos animais, da vida em todas as suas formas, e assim, ao longo de nossa existência, compreendemos a necessidade de cuidar e receber cuidados, por entender que sem cuidados a vida se finda.

Refiro-me ao cuidado em seu sentido maior, que dá sentido e dimensão à vida humana, pensado por Boff (1999) como desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. O referido autor (p. 34) considera que “o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. (...) base possibilitadora da existência humana enquanto humana”.

Segundo Collière (1999, p. 234), “cuidar é tomar conta, tratar, sendo um ato individual que prestamos a nós mesmos e ao mesmo tempo é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a outras pessoas, visando manter e sustentar a vida”.

Para Gonçalves e Alvarez (2006, p. 1114), “o processo de cuidar se dá em ações consecutivas, de modo interativo, dialogal, entre quem provê o cuidado e quem o recebe”.

Portanto, cuidar do outro requer desenvolver ações integradas, visando a seu bem-estar, tranquilidade e conforto, considerando que se trata de um ser individual, total, com expectativas, preferências, direitos, dignidade e respeito. Tratando-se do ser idoso, essa preocupação se intensifica, por considerar muitas vezes sua impossibilidade de autocuidado.

Para Waldow (2004)

[...] essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual, nas fases do viver e do morrer e constitui, em última análise, o processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado. (WALDOW, 2004, p.159).

No contexto do cuidado com a saúde, ligado à diminuição do sofrimento e cura das doenças, a história mostra um caminho longo e cheio de mudanças e progressos, passando pelo cuidado informal, praticado por pessoas sem qualificação profissional para tal, desempenhado como forma de salvar a alma do cuidador e do que recebe os cuidados.

Avançando com a chegada do modo de produção capitalista, em que a medicina e a enfermagem, entre as profissões ligadas à saúde, passaram a ser valorizadas por empresas de capital privado por representarem a possibilidade de mão-de-obra saudável e com maior capacidade para o trabalho e, conseqüentemente, à geração de lucro.

Chegamos então aos dias atuais com a tecnologia avançando cada vez mais, correndo o risco de termos o cuidado direto prestado ao indivíduo substituído por máquinas sofisticadas, distanciando os profissionais da convivência com os sentimentos e emoções do ser humano.

Hoje convivemos com o contraditório, quando, de um lado a tecnologia, oferecendo práticas e equipamentos modernos, facilitando os diagnósticos e tratamentos. De outro, a preocupação com a cura, tendo o cuidado o significado de tratar, o que tem causado o afastamento do profissional cuidador que, ao realizar suas ações profissionais, o faz de maneira rápida e mecânica, como mero cumprimento de tarefas.

Pensamento compartilhado por Waldow que afirma:

[...] a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém, menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer [...] atividades relativas ao tratamento e à cura deixarem a cuidado humano menos visível (WALDOW, 2001, p. 54).

Assim, de nada vale a eficiência ao realizar o cuidado, se não houver a participação, preocupação e obrigação de quem o faz, que, visando a um resultado positivo, inquieta-se com a condição do outro, enquanto ser cuidado.

Ao falar de cuidado não podemos esquecer como a mulher foi e continua sendo importante neste contexto. Podemos, pois, considerá-la a precursora do ato de cuidar, que, percorrendo vários caminhos, culturas, épocas e rituais, cuida, desde as formas mais tradicionais, como preparar os alimentos para a família, amamentar os filhos, cuidar da casa e das pessoas idosas e enfermas, até em situações mais específicas, como no âmbito profissional, a exemplo da Enfermagem, em que temos a predominância da atuação feminina.

Assim, refletindo no papel desempenhado pelas mulheres no ato de cuidar, Waldow (2001) afirma que, ao pensar o cuidado humano como uma forma de estar, de ser e de se relacionar, as mulheres, inquestionavelmente, podem ser apontadas como cuidadoras por excelência.

O cuidado inclui atitudes de afeição, aproximação, envolvimento, preocupação, responsabilidade com o ser cuidado, sensibilidade e, acima de tudo, amor, que são requisitos encontrados em qualquer pessoa, porém as mulheres conseguem demonstrá-los com mais facilidade.

Por fim, o cuidado, como uma ação dinâmica e duradoura, perdurará enquanto houver quem cuide e quem precisa de cuidados, como afirmam Gonçalves e Alvarez (2006, p. 1112): “A preservação da vida do grupo e a continuidade de espécie humana aconteceram graças ao cuidado, ao cuidar, ao cuidar-se”.

2.4 O CUIDAR DE ENFERMAGEM AO IDOSO

A enfermagem, dentre as profissões que têm como foco o cuidado, tem em sua história, no período cristão, o desvelo pelos velhos, pobres e excluídos. Prestando, pois, os cuidados que outros não queriam (COLLIÈRE, 1999).

Hoje, com o aumento da população idosa, a enfermagem também se faz presente nos cuidados, em todos os seus níveis, não mais como uma atuação caritativa, mas como atividade profissional institucionalizada e específica que usa sua força de trabalho para assegurar sua subsistência.

Sem pretensão de retomar a história das profissões de saúde, principalmente da enfermagem, para entender o presente, mas voltando no tempo e fazendo uma relação com o modo de agir desses profissionais, observam-se hoje comportamentos negativos em frente do idoso que necessita de cuidados. Tal atitude pode encontrar-se ancorada na origem da profissão, que tem em sua construção o cuidado aos excluídos e abandonados, bem como a representação que a sociedade moderna projeta do idoso, como sinônimo de abandono e desprezo, como aquele para quem a vida já passou. O que, para Rodrigues et al. (2007), é impedir que os que envelhecem tenham o direito de elaborar e concretizar projetos de vida.

Muitos profissionais da equipe de enfermagem cuidam do idoso de forma tecnicista e fragmentada, voltada quase que exclusivamente para atender aos aspectos biológicos, sem tampouco dar oportunidade de sua participação, tratando-o como a uma criança que nada sabe ou pode fazer por si, quando o que o idoso quer e precisa são de profissionais/pessoas sensíveis ao seu lado, em quem possa confiar e contar, que demonstram envolvimento e preocupação com seu bem-estar, através, não só dos cuidados para atender as alterações

patológicas e/ou cuidados básicos da vida diária, mas também de demonstração de carinho e afeto. Porque, para Boff (1999, p. 33): “Cuidar é mais que um ato; é sim uma atitude de ocupação, preocupação, de envolvimento afetivo com o ser cuidado”.

Frente ao exposto, esses idosos necessitam não só de cuidados contínuos, mas também humano e sensível, prestados tanto pela enfermagem quanto por equipe multiprofissional, uma vez que nessa faixa etária, segundo Veras (2003), as doenças são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, até a finitude da vida, necessitando de acompanhamento constante e medicação contínua. Mesmo assim, independentemente das condições ou possibilidades de recuperação e cura, precisam receber cuidados centrados na vida e não na doença.

Um cuidado que o reabilite para recuperar ou manter sua independência e autonomia, ou que amenize e dê conforto no seu processo de morte.

Maia e Vagheti (2008) corroboram esta visão quando afirmam que o cuidado surge como dimensão inerente ao processo de viver, compreendendo o sobreviver, o evoluir e a finitude.

A enfermagem já convive e passará a conviver com um maior número de pessoas idosas nas unidades básicas de saúde, nos hospitais, nas instituições de longa permanência, em todos os espaços de atuação de seus profissionais. Haverá necessidades de preparação e/ou adaptação de muitos desses, que não gostam ou não se sentem preparados para cuidar de idosos.

O idoso como qualquer outra pessoa precisa não só de cuidados profissionais, centrados na técnica, mas de cuidados que possam aliar conhecimento técnico-científico, conhecimento das especificidades do processo de envelhecimento e as necessidades apresentadas e sentidas pelo idoso.

Dessa maneira, procurar entender o sentido/representação dado pelo idoso ao cuidado, é procurar interpretar sua realidade, suas experiências, atitudes e valores.

Assim, a enfermeira estará cuidando do idoso se considerar sua necessidade de relação com o outro, de comunicação e sua subjetividade. Percebendo o cuidado como uma atitude de preocupação, compromisso e responsabilidade diante da vida daquele que, envelhecido, tem direito de um viver saudável.

Por fim, cuidar é compromisso ético e social, pois o cuidado não é propriedade de nenhuma profissão, ele é uma peculiaridade do ser humano.

2.5 CUIDADO COM O IDOSO NO CONTEXTO DO ASILO

Em conferência realizada no 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Salvador-BA, Crema (1998) indagou: “É fundamental fazer a pergunta, se nós queremos cuidar do ser humano? O que é ser humano?” Refletindo sobre essa indagação, toma-se como objeto da reflexão aquele ser, já idoso, mas que ainda preserva sua vontade própria, seus desejos e preferências, é rico em experiência de vida. Este ser para quem um tempo cronológico passou, não importando se fez ou não bom uso desse tempo, hoje, pode ser encontrado nos asilos de idosos, sendo cuidados, muitos deles, com as marcas do tempo em seus cabelos brancos, no rosto enrugado, porém cheio de **vida**.

Pois, apesar do tempo já vivido, ainda têm a esperança de viver melhor o que lhe resta, sem rejeição e preconceito de qualquer ordem, sem se sentir fardo, sem medo ou vergonha de dizer o que quer e sente, esperando poder, ainda, decidir sobre o que acha melhor para si, como pessoa portadora de vontade própria e de sentido de vida.

Muitos idosos, por decisão própria ou imposição da família passam a viver em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), onde enfrentam mudanças em sua rotina de vida, ao ter que obedecer às normas e regras da instituição, a conviver com pessoas desconhecidas, a compartilhar o seu cotidiano. Alguns não conseguem se adaptar às mudanças, necessitando de suporte por parte da instituição para enfrentar as dificuldades trazidas pela nova situação, evitando assim a ansiedade que poderá levá-los a apresentar quadros de demência, dentre outras alterações (BULLA; MEDIONDO, 2004).

Os idosos de muitas ILPIs não recebem o tratamento adequado para as suas alterações de saúde. Em algumas delas pela falta de recursos humanos capacitados para tal, e, em outras, devido à carência de recursos financeiros, visto que não dispõem de meios para custear os tratamentos, na maioria das vezes, caros. Assim, fica o idoso convivendo com tais alterações, e vai gradativamente tornando-se mais fragilizado.

Valendo salientar, também, a possibilidade de o idoso ser vítima de maus-tratos por cuidadores sobrecarregados de atividades e/ou despreparados para o cuidado, necessitando de maior atenção por parte dos dirigentes das instituições, para evitar tal fato.

O idoso institucionalizado, com acentuado grau de dependência, encontra-se mais vulnerável a outros agravos, e em sua fragilidade, causada pelas alterações próprias do processo de envelhecimento, passa a necessitar de cuidados prestados por profissionais de

saúde que conheçam as especificidades do ser que envelhece, dos aspectos biopsicossociais, espirituais e emocionais, característicos desta fase.

A longevidade traz consigo uma elevada prevalência das doenças crônicas que favorecem a incapacidade funcional do idoso. Assim, o cuidado com ele não deve ser centrado só num corpo físico, deve levar em consideração a existência de outras dimensões, na totalidade do ser humano. Na perspectiva de Crema (1998), cuidar do outro não é cuidar só do seu corpo; é cuidar, também, da sua alma.

A predominância dessas pluripatologias neste grupo etário fará com que os programas governamentais transfiram a ênfase da cura para a melhora do estado funcional e do bem-estar, necessitando investimentos consideráveis em recursos humanos e materiais, para cuidar desta parcela da população (PAIXÃO JR.; REICHENHEIM, 2005).

Os idosos podem ser considerados cuidadores informais, por suas experiências de vida, todos, em muitos momentos de suas vidas, cuidaram, de acordo com a necessidade surgida, de forma natural, empírica, desenvolvendo um cuidado a partir do senso comum. Hoje, é o cuidado que a maioria necessita e espera receber, quando, com a velhice, já não encontra mais condições de cuidar de si e dos outros.

Ser bem cuidado para esses idosos, no asilo, representa ter alimentação, banho, repouso e remédio na hora certa, atendimento médico quando necessitado, ser respeitado, tratado com paciência, carinho e amor. Nessa perspectiva, dentre os profissionais de saúde, cabe aos órgãos formadores de saúde e particularmente o de enfermagem, por ser a enfermeira parte integrante da equipe interdisciplinar, pela sua atuação constante junto ao cliente/idoso, receber, desde a graduação, conhecimentos de geronto-geriatria que lhe deem subsídios para cuidar dessas pessoas.

Os profissionais de enfermagem precisam adquirir conhecimentos específicos para prestar um cuidado que seja integral e eficaz ao idoso, que considere a multidimensionalidade do processo de envelhecimento e a necessidade de oferecer a este último, melhores condições de vida nas instituições de longa permanência.

No contexto do cuidado gerontogeriatrico, o ser idoso, que também tem direito à vida plena e qualidade desta vida no espaço que ocupa, distante de qualquer margem de desrespeito, abandono e sem discriminação de qualquer ordem, deve encontrar, na instituição que o ampara, profissionais com capacidade para exercer a prática do cuidar/cuidado, entendido por Waldow (2001) como ação e atitude de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influencia o bem-estar e saúde do indivíduo.

3 A OPÇÃO PELA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

“As representações são resultado de um contínuo burburinho e um diálogo que é tanto interno quanto externo e durante o qual as representações individuais ecoam ou são complementares”

Moscovici

Este estudo encontra-se fundamentado nos princípios da Teoria das Representações Sociais, considerando ser esta teoria de suma importância para que pudéssemos conhecer as representações sociais dos idosos sobre o que é o ato de ser cuidado, através das construções que compõem a realidade comum dos idosos residentes na instituição de longa permanência.

Teoria elaborada pelo psicólogo francês Serge Moscovici, em 1961, a partir das representações coletivas defendidas pelo sociólogo também francês Emile Durkheim.

Na perspectiva de Moscovici (2003):

Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. Representações não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidades ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem (MOSCOVICI, 2003, p. 41).

As representações são disseminadas através da comunicação e cooperação e se transformam com o passar do tempo. Uma peculiaridade importante das representações sociais é que elas não são criadas por um único indivíduo, elas se propagam entre as pessoas.

Para Moscovici (1978), as representações sociais são expressões dos sujeitos sobre um dado objeto, e toda representação surge da necessidade de transformar o que é estranho, o que não é conhecido, em algo familiar.

Para o referido autor as representações sociais “são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através duma palavra, dum gesto ou duma reunião em nosso mundo cotidiano”. São construídas de afirmações, conceitos e explicações presentes no espaço social (MOSCOVICI, 2003, p. 10).

Moscovici (1978) considera quanto à natureza atualizada das representações:

Representar uma coisa [...] não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la; é reconstruí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo (MOSCOVICI, 1978, p. 58).

Portanto, as representações sociais são construídas, e não simplesmente reproduzidas.

Para Jodelet (2001, p. 22), as representações sociais são “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. E assim os saberes de senso comum são construídos nas relações entre os indivíduos.

Segundo Sá (1989) e Escudeiro (1997), os fenômenos de representações sociais estão “espalhados por aí” nas ruas, nos bares, numa sala de aula, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são, por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social.

Representação social significa para Bonfim e Almeida (1991), um modo particular, porque não é todo conhecimento que pode ser considerado representação social, mas somente aquele de senso comum, da vida cotidiana das pessoas, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade.

A opção pela Representação Social como base teórica para este estudo se deu por entendermos que seria a melhor maneira de aproximação com a representação dos idosos sobre o ato de ser cuidado na instituição de longa permanência e buscar os significados ancorados no seu mundo particular e/ou social, sentimos a necessidade de conhecer a importância do papel das Representações Sociais na dinâmica das relações sociais e às quatro funções estabelecidas por Abric (2000, p.27-29), que são:

- **Função de saber** - permite compreender e explicar a realidade. Oportuniza aos atores adquirirem conhecimentos e se integrarem em um quadro assimilável e compreensível para eles próprios, em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores dos grupos de pertença.
- **Função identitária** - situa os indivíduos e os grupos dentro do campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal, ou seja, compatível com o sistema de normas e de valores sociais e historicamente determinadas.

- **Função de orientação** - guia os comportamentos e as práticas, ou seja, determina o tipo de relação pertencente ao sujeito e a estratégia a ser adotada por ele em determinadas situações.
- **Função justificadora** - orienta os comportamentos e as práticas, permitindo justificar as tomadas de posição e os comportamentos dos sujeitos, avaliando as ações e, assim, permitindo a explicação e a justificativa de suas condutas em dado momento, por parte dos atores sociais.

Outro aspecto que sentimos necessidade de conhecer foi como se dá o processo de formação e funcionamento das Representações Sociais denominados de objetivação e ancoragem.

O processo de objetivação transforma em objeto o que é representado, o abstrato em concreto, o conceito em imagem. Além de materializar as abstrações e corporificar os pensamentos, torna físico e visível o impalpável.

Este processo culmina na elaboração de um complexo de imagens que gera um complexo de idéias. Exemplo: as opiniões que as pessoas têm de que os idosos não enxergam nem ouvem bem.

A objetivação possui três fases, elaboradas por Moscovici (VALA, 2000, p. 465).

- **Fase 1** - é quando se dá a construção seletiva, ou seja, a informação acerca do objeto sofre um processo de seleção, para a formação de um todo coerente.
- **Fase 2** - é quando se dá a esquematização estruturante, ou seja, ocorre a formação de um núcleo figurativo ou central que originará a representação e determinará os elos periféricos de unificação.
- **Fase 3** - é quando ocorre a naturalização, ou seja, a ação que confere uma realidade plena ao que era abstrato.
- A objetivação como processo de construção formal do conhecimento, concede as ferramentas para o segundo processo, a ancoragem.

O processo de Ancoragem, organizado por Moscovici, permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias, possuindo três condições estruturantes. (NÓBREGA, 2001, p. 78).

- **Condição 1** – Atribuição de sentido: é quando o pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído.
- **Condição 2** – Instrumentalização do saber: é quando o novo objeto é transformado em saber útil, que terá uma função na tradução e na compreensão do mundo.

- **Condição 3** – Enraizamento no sistema de pensamento: é quando ocorre a incorporação da novidade e familiarização do que era estranho.

A ancoragem é “um dos processos das representações sociais que mais pode ser encontrado em narrativas, já que o contar de histórias permanentemente recupera cânones culturais, padrões de ação e conversação, velhos ditados, mitos, lendas, etc.” (JOVCHELOVITCH, 2000, p. 149).

Tanto a ancoragem quanto a objetivação são operações através das quais agimos, tendo como fundamentos os conhecimentos armazenados na memória e identificamos as coisas, pessoas e eventos como protótipos, aos quais classificamos e atribuímos denominação.

4 O CAMINHO PERCORRIDO PARA IDENTIFICAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE “O ATO DE SER CUIDADO EM ASILO”

Neste capítulo, está apresentada a trajetória metodológica empreendida na pesquisa, em que estão descritos o tipo de estudo, o cenário da pesquisa, os informantes, os aspectos éticos, segundo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, o método de coleta e a análise dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO DESENVOLVIDO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico do cuidar/cuidado, do envelhecimento e na teoria das Representações Sociais.

A abordagem qualitativa possibilita a compreensão do fenômeno “ser cuidado em asilo”, partindo do princípio de que adentrando o mundo cotidiano das pessoas, suas crenças, valores e comportamentos podem ser expressos por aqueles idosos que os vivenciam. Um mundo, segundo Minayo (1994), entendido como um tecido de significados, formado pelas ações humanas sendo passível de ser captado e interpretado.

A abordagem qualitativa visa, pois, a estabelecer uma ligação entre a questão “O que representa para o idoso o ato de ser cuidado?” com o meio em que ele ocorre: “a instituição de longa permanência”, ao mesmo tempo em que nos permite penetrar na realidade deste grupo determinado: os idosos ali residentes.

Conforme Minayo (2002):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p.21)

Chizzoti (1998) também ressalta que:

O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTI, 1998, p.79).

Assim, para Chizzoti (1998), desvelar os significados das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais é papel do pesquisador, captando o universo das percepções, das emoções e das interpretações dos informantes em seu contexto. Nesse sentido, este estudo desvelará as ações desenvolvidas pelos idosos e as relações entre eles e as estruturas da instituição de longa permanência através dos relatos contidos em suas narrativas.

Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa apresenta características que nos fornece os subsídios para conhecer a representação social dos idosos sobre o que é o ato de ser cuidado em uma instituição de longa permanência.

4.2 O CENÁRIO DESTE ESTUDO

Embora a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/SP) tenha adotado a nova denominação Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), neste estudo foi utilizado também a palavra “asilo”, por ser um termo popular, conhecido por todas as pessoas.

Para melhor compreensão e interpretação dos resultados, o campo de pesquisa foi escolhido por apresentar aspectos de ordem econômica, cultural, geográfica, sociopolítica, relacionados intrinsecamente ao objeto a ser estudado – Representações Sociais de Idosos sobre o ato de ser cuidado em asilo.

A escolha do campo de pesquisa enquanto etapa importante para a realização deste estudo, foi definida considerando que “o asilo de longa permanência pode ser um palco de manifestações de intersubjetividades e interações” entre a pesquisadora e os grupos de idosos residentes, tendo em vista a “criação de novos conhecimentos” (CRUZ NETO, 1997, p. 54).

O local de escolha para a realização da pesquisa foi uma cidade localizada na região Sudeste da Bahia, onde resido. A Bahia conta, segundo dados do IBGE (2006), com 941.749 pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo que 445.472 são do sexo masculino e 496.277, do sexo feminino.

A cidade a que me refiro tem, atualmente, segundo IBGE (2006), 145.964 habitantes na zona urbana e rural; destes, 15.537 (10,64%) estão na faixa etária de 60 anos ou mais, 8.777 de sexo feminino e 6.760 do sexo masculino, o que o caracteriza como um município longevo.

A referida cidade originou-se de uma fazenda denominada Borda da Mata, de propriedade do inconfidente José de Sá Bittencourt, que se refugiou na Bahia após o fracasso da Inconfidência Mineira. Foi distrito de Maracás até 10 de julho de 1897 (ARAÚJO, 1997). Está a 365km de Salvador, capital do Estado, tem uma área geográfica de 3.035,423 km², situa-se na zona limítrofe entre a caatinga e zona da mata. É cercada de morros, tem uma vegetação com predominância de caatinga, mata tropical e mata de cipó, possui clima tropical chuvoso e semi-árido, podendo chegar no verão a temperatura de 45°.

Sua economia é diversificada, baseada principalmente no comércio, indústria, agricultura, pecuária e no setor mineral, com a exploração em pequena escala de jazidas de granito, ferro, mármore e calcário. Na área educacional possui vários estabelecimentos públicos e privados. Possui ensino universitário, básico e fundamental.

No âmbito da saúde, conta com um hospital público regional, clínicas privadas, centros e postos de saúde, equipes de saúde da família, dentre outros. Com relação à saúde da pessoa idosa, o município mantém, na Secretaria de Saúde, as campanhas anuais de vacinação.

O município encontra na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia uma forte aliada na disseminação de conhecimentos acerca do envelhecimento. Pode-se citar a criação, em 1996, do projeto Universidade Aberta com a Terceira Idade - UATI, com o objetivo de desenvolver atividades em prol de um envelhecer saudável. Possui grupos de Convivência, que, para Meira et al. (2005), tem o objetivo de desenvolver ações interdisciplinares, com a inclusão dos idosos em atividades socioculturais e educativas, promover o crescimento pessoal e coletivo e contribuir para o envelhecimento saudável. Conta também com o Centro Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento – CIEPE –, que desenvolve atividades voltadas para o ensino, pesquisa e extensão.

Em 2001, a partir da UATI, nasceu a Associação dos Amigos, Grupos de Convivência e a Universidade Aberta com a Terceira Idade – AAGRUTI –, que hoje é uma Organização

Não-Governamental (ONG) que tem o propósito de contribuir para a conquista da cidadania e melhoria da qualidade de vida dos idosos da cidade. Atualmente, a AAGRUTI compõe-se de 20 grupos distribuídos nas comunidades organizadas. Funciona em sede provisória e é reconhecida como de utilidade pública municipal e estadual.

Nos Grupos de Convivência formados em comunidades organizadas de bairros centrais e periféricos (cada grupo em sua comunidade e com seus líderes), são realizados encontros semanais, geralmente em salas de casas paroquiais ou de outras entidades, quando são promovidas atividades socioculturais e educativas, como caminhadas, festas, encontros e outras.

Para atender à população idosa mais carente, desprovida de recursos e/ou sem condições de permanência no âmbito familiar, que por algum motivo precisa ser institucionalizada, a cidade dispõe de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI. Esta foi selecionada como lócus deste estudo.

O asilo escolhido está localizado na zona urbana de um município na região Sudeste da Bahia, em uma área de aproximadamente 10 hectares. Trata-se de uma instituição filantrópica, idealizada e construída por um ex-prefeito do município, inaugurada em 1º de maio de 1958. É uma instituição sem fins lucrativos que recebe pessoas idosas da referida cidade e dos municípios circunvizinhos. Teve como seus primeiros moradores dois idosos e uma idosa, oriundos das cidades de Alagoinhas, Amargosa e Pojuca, interior da Bahia.

A instituição está localizada em um espaço privilegiado, cercado de árvores frutíferas, local para o cultivo de hortaliças e outros produtos agrícolas para o consumo dos próprios idosos e com espaço para a criação de gado.

A área construída é bastante ampla, está dividida em duas alas, masculina e feminina e conta com quartos tipo enfermaria, com vários leitos, quartos individuais e duplos que são ocupados por idosos com maior grau de independência ou aqueles que não conseguem se adaptar no convívio com outros no mesmo dormitório. Tem sala de enfermagem onde são realizados procedimentos simples, como curativos, administração de medicamentos, nebulização, dentre outros; sala de fisioterapia montada com alguns aparelhos; capela onde são realizadas missas semanais, permanecendo aberta a disposição dos idosos; refeitório, sala de TV, cozinha, sala de costura, área coberta para atividades festivas e recreativas. Possui uma enfermaria com dois quartos e leitos hospitalares onde permanecem os idosos com alterações em seu estado de saúde que necessitam de cuidados constantes, banheiros e dois consultórios médicos. Existem, ainda, anexos construídos em volta do abrigo, a exemplo da

casa das irmãs; espaços onde são desenvolvidos cuidados terapêuticos holísticos (massagem, reflexologia, geoterapia, bandagem e fabricação de xaropes, cremes dentre outros).

Compõe seu quadro funcional dezoito funcionários, sendo duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira especialista em Geriatria e Gerontologia, membro da Congregação que administra o abrigo, uma técnica de enfermagem, atualmente graduanda em Enfermagem, um médico que atende de forma voluntária, um fisioterapeuta contratado pela prefeitura do município, quatro cuidadores de idosos, responsáveis pela higiene, troca de roupas, alimentação dos dependentes e acamados. O pessoal de apoio compreende quatro cozinheiras, duas em cada turno, uma lavadeira, quatro responsáveis pela limpeza da área interna do abrigo e que também ajudam nos cuidados dos idosos.

As irmãs, responsáveis pela administração da instituição, também se encarregam de desenvolver atividades ligadas diretamente ao cuidado dos idosos, como encaminhamento para consultas médicas, exames, compra de medicamentos e outras necessidades que se fizerem necessárias. A Congregação conta ainda com duas aspirantes e uma postulante que reside junto à instituição; elas também ajudam nos cuidados com os idosos.

Entre as dificuldades enfrentadas pela IPLI, estão os poucos recursos financeiros em face das necessidades diárias apresentadas pelos idosos. Este fato contribui para que a instituição conviva com problemas que são comuns a muitas entidades sem fins lucrativos, como a impossibilidade de contratar outros profissionais para aumentar o quadro já existente.

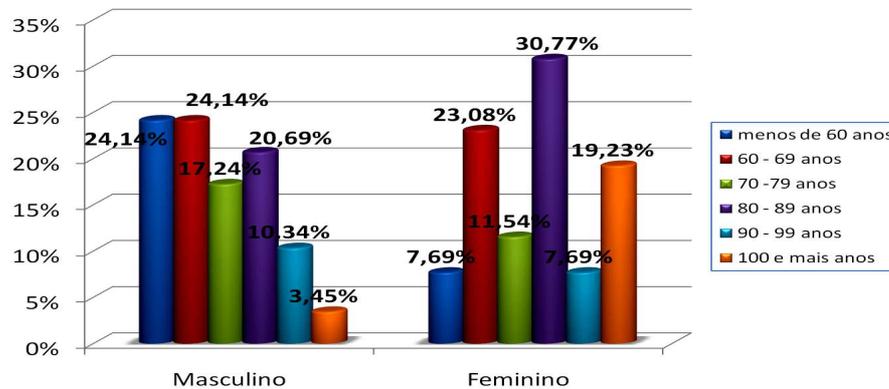
4.3 AS PESSOAS QUE RECEBEM OS CUIDADOS NO ASILO

Para representar os sujeitos que viviam no asilo estudado, buscou-se identificar o perfil sociodemográfico da população considerada como residentes.

O termo residente foi utilizado neste estudo por entender que a maioria que ali se encontra tem no asilo o seu local de residência, pois não teria para onde ir, caso não quisesse/pudesse mais permanecer na instituição.

Residem na ILPI escolhida 55 idosos, cuja distribuição por sexo e faixa etária é apresentada na Figura 1.

Figura 1: Distribuição dos residentes de uma instituição asilar de longa permanência para idosos no interior da Bahia, segundo sexo e faixa etária. Salvador, 2008.



Fonte: Prontuário dos residentes da instituição asilar de longa permanência. Salvador, 2008.

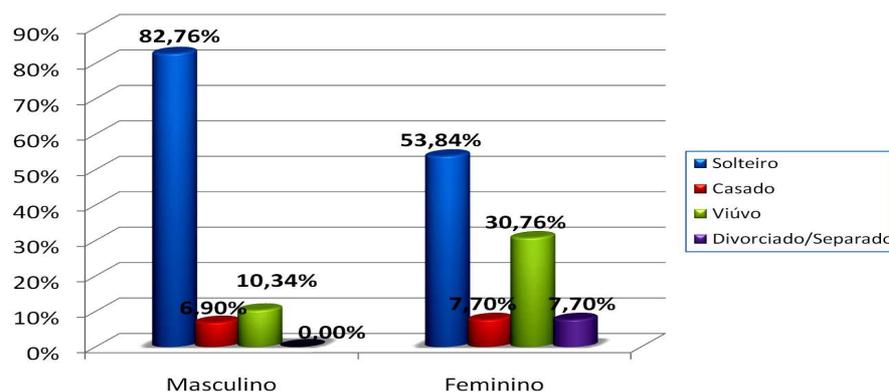
Dos 55 residentes na instituição, 52,73% (29) eram do sexo masculino, com idade variando de 56 a 104 anos (média de 70,93 anos); 47,27% (26), do sexo feminino com idade variando de 59 a 106 anos, (média de 79,57), o que mostra que há um predomínio neste asilo de residentes do sexo masculino, embora o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstre através de pesquisas que o número de mulheres idosas é superior ao de homens na mesma faixa etária.

Deste contingente, 16,36% (09) possuem menos de 60 anos, idade estabelecida como limite para ser considerado idoso, e portanto ser admitido nas ILPIs.

Entre os residentes há concentração em duas faixas etárias por ambos os sexos, a de 60 a 69, com 23,64% (13), e a de 80 a 89 anos, com 25,43% (14) residentes.

Outro indicador considerado no perfil foi a situação conjugal e sua relação com o sexo dos residentes, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2: Distribuição dos residentes de uma instituição asilar de longa permanência para idosos, segundo sexo e situação conjugal. Salvador, 2008.



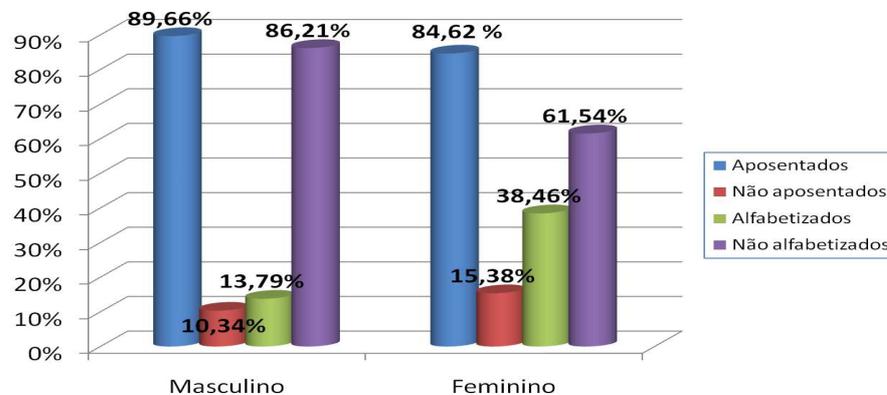
Fonte: Prontuário dos residentes da instituição asilar. Salvador, 2008.

Identifica-se que 82,76% (24) dos idosos pertencem ao sexo masculino, sendo 69,10% (38) solteiros, que são predominantes na ILPI estudada. A viuvez predomina no sexo feminino, com 30,76% (8) das mulheres.

O número de solteiros(as) aparece elevado, demonstrando que a ausência de companheiro (a) na velhice pode ser fator decisivo para a institucionalização.

As variáveis renda e nível de escolaridade foram relacionadas ao sexo das residentes, conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 3: Distribuição dos residentes de uma instituição asila, segundo sexo, renda e nível de escolaridade. Salvador, 2008.



Fonte: Prontuário dos residentes da instituição asilar. Salvador, 2008.

Uma característica marcante desse grupo é a baixa escolaridade, visto que entre os idosos residentes 74,55% (41) não são alfabetizados, com predominância para o sexo masculino com 86,21% (25). O percentual entre as mulheres também é alto 61,54% (16). Os achados demonstram a dificuldade encontrada para o acesso a escola algumas décadas atrás, também motivada pela necessidade de ingressar precocemente no mercado de trabalho para garantir o sustento da família.

Um aspecto positivo é o predomínio de aposentados 87,27% (48) o que possibilita a instituição suprir as despesas dos residentes no que se refere à alimentação, medicamentos, atendimento médico, dentre outras necessidades, com os recursos das pensões e/ou aposentadorias dos idosos residentes.

Com essas informações, traçamos o perfil dos idosos residentes no asilo, visando a conhecer-los melhor.

A instituição funciona em regime semiaberto, permitindo que os residentes lúcidos e independentes possam sair sozinhos. Está classificada, quanto ao tipo de ILPI, em modalidade

mista, por prestar atendimento a idosos nos diferentes graus de dependência, segundo a Portaria SAS nº 073/01 (BRASIL, 2001).

Os recursos econômicos para a manutenção da instituição advêm de doações de pessoas físicas e jurídicas, dos grupos organizados da comunidade, com uma pequena ajuda da prefeitura do município e das aposentadorias de alguns idosos.

A administração da instituição, desde sua inauguração, ficou sob a responsabilidade da Congregação das Irmãs Servas da Sagrada Família, que assumiu a direção da instituição, designando as religiosas para o trabalho, visto que este enquadrava-se com os propósitos da congregação, que é o de cuidar dos pobres e abandonados.

Até a data da coleta dos dados, a instituição tinha registradas em seus livros de ata vinte diretorias administrativas, todas exercidas por membros da referida congregação religiosa. A diretoria atual é composta de Presidente, Secretário e Tesoureiro, eleita para um período de três anos.

A solicitação de vagas para residir na instituição vem de vários segmentos da sociedade, de profissionais de saúde e de familiares de idosos com acentuado grau de dependência. Para concretizar a admissão a direção da instituição faz uma visita ao idoso, a fim de avaliar a real necessidade de institucionalização e a vontade do idoso em ali residir. Há como critério de prioridade para a admissão de idosos a evidência de vulnerabilidade social (violência, inexistência de cuidadores, abandono, dentre outras situações).

4.4 OS SUJEITOS DESTE ESTUDO

Para realizar a seleção dos informantes da pesquisa houve a colaboração da direção da instituição e dos membros da equipe executora do Projeto de Pesquisa, do qual a pesquisadora faz parte. Este projeto, intitulado “Uma proposta de modelo básico de atendimento multidimensional para ILPIs – Instituições de Longa Permanência para Idosos” (de baixa renda), possibilitou o contato com os idosos há um ano e meio e já foram aplicados instrumentos que avaliam a sua cognição, o que facilitou na escolha dos idosos aptos para participar da pesquisa atual.

Foi constatado que existem pessoas com menos de 60 anos residindo na instituição. Este fato foi explicado pela direção ao considerar que o acolhimento a essas pessoas acontece pelo fato de elas não terem família, serem alguns portadores de distúrbios mentais ou físicos e

como a instituição é a única na cidade, acaba funcionando como um abrigo para onde são conduzidos todos aqueles que necessitam de cuidados e não têm quem cuide deles.

É importante lembrar que isso vai de encontro ao que determina a Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera idosas pessoas a partir de 60 anos, que vivem em países em desenvolvimento e, a partir de 65 anos, pessoas de países desenvolvidos. Assim, no Brasil, são idosos os que já alcançaram a sexta década de vida.

Foi realizado um levantamento de todos os residentes na instituição, utilizando, como fonte de informações, os prontuários, as fichas de cadastro do projeto mencionado anteriormente e a caderneta dos idosos.

Do total de 55 (cinquenta e cinco) residentes, foram selecionados 15 (quinze) que atendiam aos critérios estabelecidos:

- a) estar residindo na instituição há pelo menos seis meses;
- b) ter idade a partir de 60 anos, homem ou mulher, lúcido e orientado;
- c) concordar livremente em participar e permitir a gravação da entrevista;
- d) registrar sua anuência, assinando ou imprimindo sua digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos os idosos que não apresentaram condições de responder às perguntas da entrevista, ou seja, aqueles com quadro de demência, os sem condições cognitivas, aqueles com distúrbios psiquiátricos e os que apresentavam dificuldades de expressão oral.

De posse do levantamento, que ocorreu antes de ser iniciada a pesquisa, foi possível identificar o perfil da população residente, conforme Quadro 1.

Quadro 01: Perfil dos Idosos Residentes no Asilo, selecionados para o Estudo.

Nome	Idade	Sexo	Situação conjugal	Alfabetização		Anos na Instituição	Recebe Aposentadoria	
				Sim	Não		Sim	Não
1. <i>Pássaro- preto</i>	81	M	SE		X	16	X	
2. <i>Sabiá</i>	82	F	SE		X	13	X	
3. <i>Calopsita</i>	81	F	V		X	5	X	
4. <i>Colibri</i>	63	F	S	X		5		X
5. <i>Bem-te-vi</i>	68	M	V		X	2	X	
6. <i>Coleira</i>	60	F	S	X		1	X	

7. <i>Sofrê</i>	60	M	S		X	1	X	
8. <i>Andorinha</i>	75	F	S	X		5	X	
9. <i>Azulão</i>	77	M	S	X		1	X	
10. <i>Canário</i>	83	M	S		X	5	X	
11. <i>Patativa</i>	82	F	V		X	2	X	
12. <i>Araponga</i>	60	F	V	X		7 meses		X
13. <i>Pardoca</i>	76	F	V		X	5	X	
14. <i>Cardeal</i>	76	M	S		X	4	X	
15. <i>Arara</i>	60	F	S	X		8	X	

Fonte: Prontuário dos residentes da instituição asilar de longa permanência. 2008.

Legenda: Solteiro (S); Viúvo (V); Separado (SE); Masculino (M); Feminino (F).

Ao longo das entrevistas foi utilizado o critério da saturação, que, para Polit, Beck e Hungler (2004), acontece quando não é mais obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância, isto é, se as informações começarem a se repetir. Bauer e Aarts (2000) afirmam que a saturação é um critério de finalização, investiga-se apenas até que não se encontre nada de novo.

Dos dezesseis que foram selecionados, uma idosa não respondeu à entrevista em virtude de ter sido levada pelos familiares para passar um período fora da instituição para a realização de exames médicos. Restando os quinze cujas informações foram ricas em significados.

4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS

O projeto foi submetido a Exame de Qualificação. Após o exame ele foi encaminhado para apreciação e emissão de parecer pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – CEP/EUFBA – (Anexo C) e da diretoria da instituição de longa permanência para obter autorização do espaço para efetuar a coletas das informações. Antecedendo à coleta, foram efetuados os esclarecimentos necessários aos informantes da pesquisa para a obtenção da sua aquiescência, em duas vias (uma para o idoso e uma para a

pesquisadora), e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice A).

São apresentados a seguir medidas que visam a atender aos preceitos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos, emanados da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

1) Foi assegurado aos informantes da pesquisa o sigilo das informações, a privacidade e o anonimato, assim como o respeito a seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como a seus hábitos e costumes;

2) foi garantido o direito de se afastar da pesquisa no momento que desejasse, sem que isso lhes trouxesse prejuízos morais ou financeiros;

3) foi-lhes garantido que sua saída não interferiria no cuidado/tratamento recebido na instituição;

4) foi assegurado aos participantes o livre acesso às informações obtidas através dos resultados encontrados;

5) foram informados que, deste estudo, serão apresentados os resultados e artigos publicados em congressos, seminários, revistas científicas, dentre outros;

6) foram informados sobre o uso do gravador de áudio e guarda das fitas em lugar seguro por cinco anos;

7) foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que traz informações sobre os objetivos do projeto, a participação voluntária, a garantia do sigilo das informações, consideradas confidenciais, a não remuneração dos pesquisadores e participantes, a preservação da identidade, e informações de que o estudo não se reveste de risco físico, morais, biológicos ou emocionais;

8) como forma de controlar o estresse que em geral uma entrevista gravada pode ocasionar, foi previsto pela pesquisadora um espaço reservado para o encontro, para evitar tal evento;

9) a garantia do esclarecimento de dúvidas a qualquer tempo, assim como poder desistir em qualquer momento da pesquisa, sem danos para eles;

10) o nome da instituição foi preservado por exigência do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – CEP/EUFBA;

11) para manter o anonimato os informantes receberam nomes fictícios escolhidos entre nomes de diferentes pássaros. Para as mulheres, em maior número, os pássaros cujo nome tem uma representação do gênero feminino, como sabiá, patativa, andorinha, coleira, colibri... E, para os homens, os pássaros que representam o gênero masculino, como bem-te-

vi, curió, canário... A escolha se deu por ver nos pássaros seres que alegrem a vida quando povoam e espalham seu canto e encanto por onde passam, como os idosos residentes no abrigo ao preencherem com sua voz o silêncio dos vários espaços da instituição, cantando e contando seus “causos e histórias”.

12) As irmãs (freiras), funcionários do asilo e outras pessoas citados nas entrevistas receberam nomes de árvores, visando a manter também o anonimato.

4.6 OS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

A primeira visita à instituição de longa permanência (para falar do interesse em realizar uma pesquisa) foi efetuada para explicar à direção geral os objetivos do estudo e ao mesmo tempo solicitar permissão para sua realização. A concessão foi solicitada oficialmente no ofício encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, (Anexo A), sendo atendido de imediato em documento assinado pela diretora do abrigo, autorizando a realização da coleta de informações (Anexo B).

De posse da autorização, foram seguidos os trâmites legais exigidos pela Resolução 196/96, sobre pesquisa com seres humanos, já citados anteriormente.

Após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, foram realizadas visitas à instituição de longa permanência com a finalidade de traçar o perfil dos idosos residentes mediante as informações contidas nos prontuários. Após os contatos para identificação e caracterização do total de idosos residentes no abrigo, foi efetuada a seleção da amostra, na perspectiva de uma pesquisa de natureza qualitativa, à luz das Representações Sociais.

O instrumento (Apêndice B) utilizado para a coleta dos discursos dos informantes foi do tipo semiestruturada, utilizando a técnica da entrevista narrativa, com auxílio de um roteiro contendo duas partes. A primeira constando dos dados sociodemográficos, como idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, tempo na instituição. A segunda parte refere-se a questões abertas visando a conhecer as representações sociais na perspectiva dos informantes.

As entrevistas foram realizadas em horário previamente agendado com os idosos, de acordo com sua vontade e disponibilidade, em espaço privativo na própria instituição, procurando dessa forma garantir a sua privacidade. A direção do asilo disponibilizou uma sala onde funciona um consultório médico para a realização das entrevistas. Um dos idosos

entrevistados preferiu ficar no quarto que ocupa sozinho, por necessitar de cadeiras de rodas para sua locomoção. O dia estava chuvoso e o idoso queixando-se de frio, preferindo ficar na cama.

O período de realização das entrevistas foi de maio a julho de 2008 e tiveram duração entre 10 a 50 minutos. Todas foram registradas em gravador digital e ao seu término, transferidas para o computador, para posterior transcrição, todas realizadas pela própria pesquisadora.

4.7 O USO DA ENTREVISTA NARRATIVA

A entrevista narrativa para coleta dos discursos dos informantes foi escolhida por ser considerada por Jovchelovitch e Bauer (2000) como um tipo de entrevista não estruturada, de profundidade e com características específicas.

Enquanto técnica específica de coleta de dados, ela vem sendo amplamente utilizada nas pesquisas sociais em saúde, como forma de se obter as experiências passadas e presentes das pessoas e suas relações representativas, no âmbito individual e social.

Barthes (1993) afirma que “a narrativa está presente no mito, lenda, fábula, conto, novela, epopéia, história, tragédia, drama, comédia, mímica, pintura, vitrais de janela, cinema, histórias em quadrinhos, notícias, conversação” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2000, p. 91).

Segundo os referidos autores, na realização da entrevista narrativa dois tipos de questões são formulados: questões exmanentes, que surgem da revisão de literatura sobre o tema do estudo e refletem o interesse do pesquisador, podendo ser confundidas com as questões da pesquisa; e as questões imanentes, entendidas como aquelas que emergem da narrativa e que permitem esclarecer dúvidas do pesquisador. Elas se referem aos temas, tópicos e relatos de acontecimento que surgem durante a narrativa. No final da entrevista, deve-se traduzir as questões exmanentes em imanentes, ancorando as exmanentes na narração do informante, usando sua linguagem.

Para Jovchelovitch e Bauer (2000), com a narrativa é possível reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível.

A entrevista narrativa é um instrumento capaz de produzir e cristalizar significados, e sempre esteve presente na vida do homem, em qualquer tempo, lugar e situação. Nesse

sentido, o homem modela o mundo através das narrativas, pois fundamentam idéias, crenças e valores, permitindo a eles entender e representar esse mundo de novas maneiras. (BRUNER, 2001)

Assim é que neste estudo buscou-se obter, através da entrevista narrativa, o relato de idosos asilados, suas experiências e vivências, para, a partir daí, encontrar suas representações sociais sobre o cuidado recebido na instituição.

Schutze (1992) aponta que as entrevistas narrativas podem ser úteis em alguns casos, como em projetos que combinem histórias de vida e contexto sociohistóricos, e cita que histórias pessoais expressam contextos sociais e históricos, e as narrativas produzidas pelos indivíduos são, também, construtivas de fenômenos sociohistóricos específicos (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2000, p. 104).

Nesse sentido, a escolha da técnica de narrativa está fundamentada, neste estudo, na possibilidade de construção da representação sobre o ato de cuidar no contexto da instituição de longa permanência.

Para a realização da entrevista narrativa, Jovchelovitch e Bauer (2000, p. 96) aproximaram-se da proposta de Schutze, ao elaborarem fases e regras que, se seguidas corretamente, servirão para guiar e orientar o entrevistador na obtenção de uma narrativa rica sobre um determinado tópico de interesse para o pesquisador.

Essas fases e as regras citadas a seguir serão descritas de acordo com o desenvolvimento deste estudo:

- a) preparação – ocorreu quando foi explorado o campo e formulada algumas questões que inquietavam a pesquisadora (questões exmanentes). Elas foram elaboradas durante a visita à instituição asilar;
- b) iniciação – deu-se quando foram formulados os tópicos iniciais para guiar a narrativa, não sendo utilizado recursos visuais. Este momento ocorreu quando foi construído o referencial teórico, o que clareou a definição das questões da pesquisa, antes da entrevista;
- c) eliciação da entrevista – foi efetuada quando a pesquisadora explicou o contexto da investigação, o problema que motivou sua pesquisa, os objetivos e sua relevância. Outro momento da eliciação ocorreu quando a pesquisadora abordava os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos (como sigilo, privacidade, anonimato, o respeito a sua autonomia), com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o respeito ao tempo necessário à compreensão dos informantes para que tomassem a sua decisão e registrassem o seu de acordo, sem qualquer tipo de

constrangimento, e por fim uma breve exposição ao informante sobre possibilidade de retorno da pesquisadora para clarear algum aspecto da entrevista;

- d) introdução do tópico central para desencadear o processo de narração - foram utilizados os critérios propostos por Jovchelovitch e Bauer (2000, p. 98):
1. o cuidado recebido na instituição deveria fazer parte da experiência do informante, para garantir o seu interesse e uma narração rica em detalhes;
 2. o tema cuidados recebidos deveria ter significância para o idoso e sua comunidade;
 3. a pesquisadora deixou de mencionar o interesse e o investimento do idoso sobre o tema, para evitar que eles tomassem posições ou assumissem papéis desde o início da entrevista;
 4. foram elaboradas duas questões norteadoras que permitiram ao idoso desenvolver uma história que partisse de uma situação inicial, passasse por acontecimentos vividos no passado e o levasse a referir à situação atual;
 5. a entrevistadora permaneceu na condição de ouvinte para que as formulações trazidas pelo idoso fossem parte de sua história de vida;
 6. narração central – ocorreu durante o encontro entre a pesquisadora e os idosos no ato da entrevista, quando ela teve o cuidado de não interromper, fazer somente encorajamento não verbal, e repetir as últimas frases, no intuito de estimulá-los na narrativa;
- e) fase conclusiva – nesse momento a pesquisadora esperava pelos sinais de finalização para parar de gravar. Naquele momento foi possível fazer perguntas do tipo “gostaria de acrescentar algo?”. Foram registradas algumas anotações, imediatamente após a entrevista.

4.8 A TÉCNICA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO NO PROCESSAMENTO DAS FALAS DOS INFORMANTES E CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O discurso do sujeito coletivo é “uma proposta explícita de reconstrução de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular”. Embora redigido na primeira pessoa do singular ele reporta a um pensamento coletivo possível, sociologicamente falando, sendo um “recurso para viabilizar as

próprias representações sociais como fatos coletivos atinentes a coletividades qualitativas (de discurso) e quantitativas (de indivíduos).” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006, p. 519).

Para Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 33), “o objetivo de uma pesquisa de representação social é o resgate do imaginário social sobre um dado tema”. Os referidos autores propõem um processo de análise para obtenção das representações sociais dos sujeitos que vivem em coletividade e a esse denominaram de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.

Por ser a narrativa um tipo de entrevista aberta quanto aos procedimentos analíticos que seguem a coleta de dados, de acordo com Lira et al. (2003), é que neste estudo será utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005).

O DSC busca reconstruir, com fragmentos de discursos individuais, tantos discursos-sínteses quantos se julguem necessários para expressar um pensamento ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 19).

Para o desenvolvimento desse processo e alcance do fenômeno “O ato de ser cuidado em um asilo” foram efetuadas adequações, sem perder de vista a proposta dos autores. Assim, são apresentados a seguir os passos desenvolvidos neste estudo, com o uso de figuras metodológicas propostas por Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 37-57):

Fase 1 – Construção sintética dos discursos dos sujeitos individuais transformados em discursos coletivos

Passo 1 – Transcrição integral de todas as narrativas, conforme iam sendo colhidas, tendo-se o cuidado de numerar a ordem de coleta, classificando em Entrevistado 1 a 15 (E.1, E.2, E.3...). Questões de Aproximação 1 e 2 (A.1, A.2). Questões Norteadoras 1 e 2 (N.1, N.2) e Questão Finalizadora 1 (F.1).

Passo 2 – Transporte da transcrição integral dos conteúdos de todas as narrativas por ordem de questão efetuada a todos os informantes. Ex: Questão 1, do informante 1 ao 15, Questão 2, do informante 1 ao 15, e assim sucessivamente até a última questão, conforme modelo de Instrumento de Análise do Discurso 1.

Instrumento de Análise do Discurso – 1

Questão 1: O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?
Informante 1 - <i>O cuidado do pessoal daqui da casa, que cuida da gente, é sempre, eu acho, um cuidar bem... Não tem nada que falar mal sobre esse negócio de cuidado. Cuida muito bem. (E.1.A.1)</i>
Informante 2 - <i>Cuidado é zelar direito de nós. (E.2.A.1)</i>
Informante 3 - <i>Eu entendo por cuidado. Antigamente, primeiramente, vou explicar. Primeiramente, eu trabalhei muito em estrada de rodagem, depois então eu aprendi a dirigir um pouco, né? Aprendi a dirigir, então eu parei, que a visão acabou, não deu. Ai, eu não dirigi mais. Ai, eu comecei, fui trabalhar na roça, lá em casa. Ai, depois disso, eu fui embora. Voltei de novo. Quando eu cheguei, vim para o Km 100. Cheguei lá, a irmã Cajazeira tava lá e falou com o padre pra eu tomar conta de uma igreja que tava lá em construção. E eu ficar tomando conta. Ai, eu fiquei, a irmã Figueira. chegou e me chamou pra ir pra cá, pra eu voltar com 30 dias e tô com essa idade. Eu fiquei gostando, né? Fiquei gostando e então... muita terra pra gente trabalhar. Eu gostava de batalhar um pouco, até hoje. E cheguei e tô até hoje. Nas horas que eu quero trabalho, quando eu não quero, eu fico bem na minha, né? Tem comida na panela (risos). Ai chego, e quando eu termino de cozinhar minha panela eu tiro e fico esperando o sino bater pra ir buscar meu prato, pra ver qual é a comida que tá mais boa (risos). Então... ai eu digo: “olha, eu preciso arrumar uma carinha pra comer assado, me dá, me dá”. Ai, eu digo: “acabou”. Ai, me dá outra. Me dá café, me dá açúcar pra tomar. Ai, agora, eu vou pra roça, batalhar. Então eu fico pensando, eu vou é me embora. “Pra onde é que tu vai, pássaro- preto?” Eu vou outra vez dirigir caminhão. “Como é que tu dirige, cego e nessa idade”... (voz confusa) E tá é bom demais. Eu vou é dormir (risos). Ai, eu digo, eu quero um dinheiro aí. “Não vou dá dinheiro não”. Me dá um dinheiro, me dá um dinheirinho. Ai, eu sai pra rua. Chego lá, fico pisando por lá, pego uns meninos ali, pego um mototáxi, pego Umbuzeiro... (Voz confusa) E vem mais eles. Tem aquele menino também, que é filho de Limoeiro, que ele agora é até sargento. Chega, e eu venho mais eles também. Quando eu chego e saio pela rua assim e demora de aparecer por lá, até as crianças da escola. “Oh! Pássaro-preto, tu tava onde, Pássaro-preto, tava sentindo falta de tu aqui”. “Tava viajando, ó eu aqui” (risos). Até as crianças. Isso dá prazer. Todo mundo nesses bairros que eu ando, aqui em J., todo o mundo me conhece, todo o mundo sabe quem sou eu. (E.3.A.1)</i>
Informante 4 - <i>Bom, o que eu entendo por cuidado é uma pessoa que cuida de mim, né? E... (Pausa) que me ajuda nos momentos difíceis da minha vida, né? Que cuida bem de mim, né? (Pausa) É difícil a pessoa que cuida da outra pessoa dizer não, sempre diz sim. Quando é impossível, manda a pessoa idosa esperar um pouco, ter um pouco de calma, esperar... que eu vou ver o que resolvo por você, o que faço por ti. Pois ninguém pode cuidar sozinho de si. Tá cuidando de mim, né? Mas, às vezes nem sempre no momento que a pessoa precisa, tá precisando, melhor dizendo, é atendido na hora que tá precisando, né? Tá cuidando de mim, bom! Tá cuidando é uma coisa, mas precisar é outro, não é verdade? (E.4.A.1)</i>

Passo 3 – Leitura vertical por questão para identificação e destaque das expressões-chave em todas as narrativas que indicassem idéias centrais ou ancoragem. **Expressões-**

chave: são fragmentos, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser destacadas por revelarem a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 17), conforme modelo de Instrumento de Análise do Discurso 2.

Instrumento de Análise do Discurso – 2

Expressões-chave
<i>O cuidado do pessoal daqui da casa, que cuida da gente, é sempre, eu acho, um cuidar bem [...] (E.1 A.1.1)</i>
<i>Não tem nada que falar mal sobre esse negócio de cuidado. Cuida muito bem. (E.1.A.1.2)</i>

Passo 4 – Releitura do material transcrito e selecionado para identificação e destaque das idéias centrais e de ancoragens, a partir das expressões-chave.

Idéias centrais: são nomes ou expressões linguísticas que revelam e descrevem, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave, e que vão dar nascimento ao DSC, (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 17), conforme pode ser visto no modelo de Instrumento de Análise do Discurso 3.

Instrumento de Análise do Discurso – 3

Expressões Chave	SEXO	Idéias Centrais
<i>O cuidado do pessoal daqui da casa, que cuida da gente, é sempre, eu acho, um cuidar bem [...] (E.1.A.1.1). Não tem nada que falar mal sobre esse negócio de cuidado. Cuida muito bem. (E.1.A.1.2).</i>	M	<i>Cuidado é tratar e ser tratado bem, como o cuidado que os funcionários da casa lhe prestam.</i>
<i>O que eu entendo por cuidado, é que a pessoa tem que saber seus direitos e que tem dignidade e ter um cuidado adequado, né? (E.15.A.1.1). Não deixar que a pessoa fique suja. (E.15.A.1.2). No caso, o paciente que já está acamado fique limpinho</i>	F	<i>Cuidado é ser tratado como pessoa que tem direitos e dignidade, para que se sinta feliz e não excluída e</i>

<p>(E.15.A.1.3). [...]<i> dar o remédio na hora certa, (E.15.A.1.4).</i> [...]<i> alimentação, alimentação adequada, (E.15.A.1.5).</i> [...]<i> e também o carinho, o carinho. (E.15.A.1.6).</i> <i>Ser sensível com a pessoa e carinhoso também com a pessoa pra que a pessoa se sinta a vontade, apesar da sua doença, (E.15.A.1.7).</i> [...]<i> mas que também se sinta feliz. Não se sinta excluído e abandonado por alguém. (E.15.A.1.8).</i></p>		<p><i>abandonada.</i></p> <p><i>Cuidado é dar remédio, alimentação adequada e carinho</i></p>
--	--	---

Passo 5 – Releitura do material destacado dos conteúdos das idéias centrais e ancoragens para agrupar aquelas que possuíam o mesmo sentido, sentidos equivalentes ou complementares e apreender em que estavam ancorados. **Ancoragem:** é uma figura metodológica equivalente à idéia central que, sob a inspiração da Teoria das Representações Sociais, se constitui de manifestações linguísticas explícitas de uma dada teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica, (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.17), conforme modelo de Instrumento de Análise do Discurso 4.

Instrumento de Análise do Discurso – 4

Idéias Centrais	Núcleo Central que Ancoram as Idéias
[...] <i> tratar e ser tratada bem, como o cuidado que os funcionários da casa lhe prestam. (E.1.A.1)</i>	<i>Tratar bem</i>
[...] <i> é zelar direito de nós e das irmãs. (E.2.A.1)</i>	<i>Zelar</i>
[...] <i> é tudo o que eu faço por aqui. Faço horta, planto banana, batata, aipim, quiabo, cuidando das vacas. (E.3.A.2)</i>	<i>Poder fazer tudo</i>
[...] <i> é ser ajudado nos momentos difíceis da vida, pois ninguém pode cuidar sozinho de si. (E.4.A.1)</i>	<i>Ajudar</i>
[...] <i> é alguém tomar conta de uma coisa. (E.5.A.1)</i>	<i>Tomar conta</i>
[...] <i> é ajudar quem não tem condições de andar, de tomar banho, defecar; é não falar o que não sabe e não viu. (E.6.A.1)</i>	<i>Ajudar</i>
[...] <i> é tratar bem e respeitar as crianças, os jovens e os velhos. É ter o prazer de ter amigos. (E.7.A.1)</i>	<i>Tratar bem, respeitar, ter prazer</i>

Passo 6 – Definir cada um dos agrupamentos. Isso implicou em criar uma idéia central ou apreender uma ancoragem síntese que expressasse da melhor forma possível todas as idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido, de sentido equivalente ou de sentido complementar para a construção do discurso do sujeito coletivo.

Discurso síntese do sujeito coletivo: é um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das expressões-chave que têm a mesma idéia central ou ancoragem, (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.18), conforme pode ser verificado no modelo de Instrumento de Análise do Discurso 5.

Instrumento de Análise do Discurso - 5

Ancoragem síntese	Discurso síntese
<p>O cuidado é ... Zelo</p>	<p><i>Cuidado é tratar e ser bem tratado, zelado. É respeitar as crianças, os jovens e os velhos, sendo tratado como pessoa que tem direitos, dignidade. É ser sensível e cuidar de quem não tem condições de andar, de tomar banho, de defecar, para que todos fiquem limpos. Tenha banho, seja alimentado. Como o cuidado que os funcionários da casa prestam. Todos devem ser ajudados nos momentos difíceis da vida, ninguém pode cuidar sozinho de si. Precisa de carinho e amor. Ser tratado com calma, sem brutalidade, não ser maltratado e nem se sentir excluído e abandonado. É ter o prazer e alegria de ter amigos. Ter com quem brincar, rodar, contar, dizer verso e conversar, podendo viver assim até o dia que Deus quiser. Devemos ter fé em Jesus e cuidado com a vida, pois ela é importante e o cuidado de viver é dom de Deus.</i></p>

Passo 7 - De posse de cada agrupamento identificado para construir o DSC, foi elaborado um quadro com duas colunas, uma colocada à esquerda continha todas as expressões-chave referentes à idéia central ou ancoragem, sendo esta denominada de “Expressões-Chave” e outra coluna à direita, denominada de DSC propriamente dito para cada agrupamento, e classificado por ordem numérica.

Instrumento de Análise do Discurso – 6

Expressões-chave sobre o Cuidado	DSC
[...] é zelo	DSC 1
[...] é vivido em relação à própria existência	DSC 2
[...] é ajuda	DSC 3
[...] é vivido na relação com os outros	DSC 4
[...] é dar e receber informações	DSC 5
[...] é atender às necessidades	DSC 6
[...] é ter médico e tratamento: - ter seu médico - ter sempre remédio - ter quem acompanhe	DSC 7
[...] tem relação com a espiritualidade	DSC 8
[...] é acolhimento	DSC 9
[...] é proteger de maus-tratos	DSC 10

Instrumento de Análise do Discurso - 7

Expressões-chave	Discurso síntese do sujeito coletivo
<p>O cuidado é ...</p> <ol style="list-style-type: none"> [...] tratar e ser tratada bem, como o cuidado que os funcionários da casa lhe prestam. [...] zelar direito de nós e das irmãs. [...] tudo o que eu faço por aqui. Faço horta, planto banana, batata, aipim, quiabo, cuido das vacas. [...] ser ajudado nos momentos difíceis da vida, pois ninguém pode cuidar sozinho de si. [...] alguém tomar conta de uma coisa. [...] ajudar quem não tem condições de andar, de tomar banho, defecar; é não falar o que não sabe e não viu. [...] tratar bem e respeitar as crianças, os jovens e os velhos. É ter o prazer de ter amigos. [...] ter cuidado com a vida, pois ela é importante. [...] ter com quem brincar, rodar, contar, dizer verso e conversar; é poder viver assim até o dia que Deus quiser. [...] ser tratado, ter banho, comida, merenda. 	<p>Cuidado é tratar e ser bem tratado, zelado. É respeitar as crianças, os jovens e os velhos, sendo tratado como pessoa que tem direitos, dignidade. É ser sensível e cuidar de quem não tem condições de andar, de tomar banho, de defecar, para que todos fiquem limpos. Tenha banho, seja alimentado, como o cuidado que os funcionários da casa prestam. Todos devem ser ajudados nos momentos difíceis da vida, ninguém pode cuidar sozinho de si. Precisa de carinho e amor, ser tratado com calma, sem brutalidade, não ser maltratado e nem se sentir excluído e abandonado. É ter o prazer e alegria de ter amigos, ter com</p>

<p>11. [...] <i>zelar e saber cuidar das pessoas, tratar direito de todos.</i></p> <p>12. [...] <i>ajudar a pessoa que precisa; é ter fé em Jesus, pois o cuidado de viver é dom de Deus.</i></p> <p>13. [...] <i>falar com a gente com calma, sem brutalidade.</i></p> <p>14. [...] <i>saber como tratar, ter carinho e amor, não maltratar.</i></p> <p>15. [...] <i>ser tratado como pessoa que tem direitos e dignidade, para que se sinta feliz e não excluído e abandonado.</i></p>	<p><i>quem brincar rodar, contar, dizer verso e conversar, podendo viver assim até o dia que Deus quiser. Devemos ter fé em Jesus e cuidado com a vida, pois ela é importante e o cuidado de viver é dom de Deus.</i></p>
--	---

Fase 2 – A construção final do discurso do sujeito coletivo

A partir dos discursos de cada indivíduo, foram elaborados os discursos sínteses de cada tema abordado representando os significados de cuidado, cuidado em saúde, cuidado de saúde recebido no asilo e como espera ser o cuidado para o idoso que vive no asilo.

Para Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 17), as expressões chave se configuram como “uma espécie de prova discursiva/empírica da verdade das idéias centrais e das ancoragens e vice-versa”. [...] “É com a matéria-prima das expressões chave que se constroem os discursos dos sujeitos coletivos”. Nesse sentido é que as sínteses dessas expressões chave permitiram construir o discurso do sujeito individual que pertence a um coletivo. Ou seja, foi possível conhecer a representação social que cada indivíduo em particular possui sobre os temas em estudo.

A seguir são apresentadas as Representações Sociais dos idosos:

Instrumento de Análise do Discurso – 8

Sofrê tem 60 anos de idade, é do sexo masculino, solteiro, não alfabetizado, aposentado e vive na instituição asilar há 1 ano. Suas respostas sobre as questões norteadoras foram:

“Eu entendo **Cuidado** como tratar e ser tratado bem, como o cuidado que os funcionários da casa me prestam. O **Cuidado de saúde** é o remédio que o médico passou, é dormir alimentado, é a higiene, é zelo, é ter banho, cama arrumada e merenda. É recebido do

médico. O **cuidado que recebo no asilo** é ter quem troque minhas roupas quando molhado, sujo, me dê banho, troque de lugar quando desejar e atenda as necessidades alimentares. O cuidado de qualidade é não faltar nada, nem médico, mesmo tendo um problema de saúde. O cuidado de saúde que **espero receber** no asilo deve ser de acolhimento na situação que estiver; melhor do que o cuidado prestado de meus familiares; deve ter possibilidade de estar próximo dos outros, se sentir no céu”.

Pardoca tem 76 anos de idade, é do sexo feminino, viúva, não alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 5 anos. Sobre as questões norteadoras respondeu:

“Eu entendo **Cuidado** como zelar direito de nós e das irmãs. **Cuidado de saúde** é dar o remédio na hora certa, ter médico quando preciso. O cuidado que **recebo no asilo** é banho e comida. O cuidado de saúde **deve ser** de respeito às “irmãs”.

Pássaro-preto tem 81 anos de idade, é do sexo masculino, separado, não alfabetizado, aposentado e vive na instituição asilar há 16 anos. Respondeu as questões norteadoras dizendo:

“Eu entendo **cuidado** como **tudo o que eu faço** por aqui. Faço horta, planto banana, batata, aipim, quiabo, cuido das vacas. E o **cuidado de saúde** é ter o remédio, médico pra operar quando precisa, ter quem leve e busque no hospital. O cuidado **recebido no asilo**, ter médico, exames, quem faça chá, ter gente boa de coração. O cuidado ao idoso que vive no asilo **deve ser** melhor tratado, ser zelado, ter quem dê dinheiro, comida, chapa nova para o fogão e não faltar nada”.

Azulão tem 77 anos de idade, é do sexo masculino, solteiro, alfabetizado, aposentado e vive na instituição asilar há 1 ano. Suas respostas sobre as questões norteadoras foram:

“Entendo **cuidado** como ser ajudado nos momentos difíceis da vida, pois ninguém pode cuidar sozinho de si. O **cuidado de saúde** é se conservar, procurar cuidar de si; evitar abuso de certos alimentos e bebida, que distrai e destrói. O cuidado **recebido no asilo** ter médico, medicamentos, fisioterapia; ter quem me acompanhe no hospital, na cirurgia, ser bem atendido. O cuidado para o idoso que vive no asilo **deve ser** diferente, especial, ser tolerante e paciente principalmente com os que têm defeito físico, de visão”.

Patativa tem 82 anos de idade, é do sexo feminino, viúva, não alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 2 anos. Respondeu as questões norteadoras dizendo:

“Entendo **cuidado** como alguém tomar conta de uma coisa. O **cuidado de saúde** é tudo na vida. É a doença. O cuidado **recebido** no asilo não sei informar. O Cuidado de saúde para o idoso que vive no asilo **deve ser** ficar ali a vida toda; Deus é que dá a vida, é como ele quer”.

Canário tem 83 anos de idade, é do sexo masculino, separado, não alfabetizado, aposentado e vive na instituição asilar há 5 anos. Sobre as questões norteadoras respondeu:

“Entendo **cuidado** como ajudar quem não tem condições de andar, de tomar banho, defecar; é não falar o que não sabe e não viu. O **cuidado de saúde** é ter médico quando precisa. Cuidado **recebido no asilo** é ter acolhimento, mesmo sem documentos. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ser** tratado com paciência; respeito; é falar o que a gente vive, a verdade”.

Bem-te-vi tem 68 anos de idade, é do sexo masculino, viúvo, não alfabetizado, aposentado e vive na instituição asilar há 2 anos. As questões norteadoras respondeu dizendo:

“Entendo **cuidado** como tratar bem e respeitar as crianças, os jovens e os velhos. É ter o prazer de ter amigos. **Cuidado de saúde** é ainda poder **cuidar de si mesmo**. É zelar e gostar da saúde. **Cuidado recebido** no asilo é ter quem converse com a gente sobre a saúde, se toma banho, se veste e se alimenta sozinho. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ser** para todos, bem cuidado, andar limpo, arrumado, com alegria”.

Andorinha tem 75 anos de idade, é do sexo feminino, solteira, alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 5 anos. Suas respostas sobre as questões norteadoras foram:

“Entendo **cuidado** como ter cuidado com a vida, pois ela é importante. **Cuidado de saúde** não sei informar. **Cuidado recebido** no asilo ter pessoas que zelam da gente; tem umas muito grosseiras. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ser** levado ao médico quando precisa, ter remédio, comida na hora certa e ser zelado”.

Calopsita tem 81 anos de idade, é do sexo feminino, viúva, não alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 5 anos. Respondeu as questões norteadoras falando:

“Entendo **cuidado** como ter com quem brincar, rodar, contar, dizer verso e conversar; é poder viver assim até o dia que Deus quiser. **Cuidado de saúde** é ter boa saúde, gozar bem da vida e da saúde pra poder viver mais uns anos. **Cuidado recebido** no asilo é ter quem ajude a caminhar quando tiver com a fraqueza nas pernas. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ter** cuidados e remédio”.

Sabiú tem 82 anos de idade, é do sexo feminino, separada, não alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 13 anos. Sobre as questões norteadoras falou:

“**Cuidado** é ser tratado, ter banho, comida, merenda. **Cuidado de saúde** é ser ajudado, levado ao médico quando sofrer quedas; ter remédio; botar barro nas pernas e braços. **Cuidado recebido** no asilo é ter com quem conversar; é ter remédio. Cuidado de

saúde para idosos que vivem no asilo no **deve ser**: ter comida; poder varrer o refeitório, lavar os pratos e ajudar as irmãs”.

Araponga tem 60 anos de idade, é do sexo feminino, viúva, alfabetizada, sem aposentadoria e vive na instituição asilar há 7 meses. Respondeu as questões norteadoras falando:

“**Cuidado** é zelar e saber cuidar das pessoas, tratar direito de todos. **Cuidado de saúde** é cuidar dos filhos pra não ficar doente, levar pro hospital. **Cuidado recebido** no asilo eu tô recebendo. Cuidado de saúde para idosos que vivem deve ser: ter quem dê banho, vista a roupa e penteie o cabelo, faça tudo direito, sem reclamar”.

Cardeal tem 76 anos de idade, é do sexo masculino, solteiro, não alfabetizado, aposentado e vive na instituição asilar há 4 anos. Sobre as questões norteadoras respondeu:

“**Cuidado** é ajudar a pessoa que precisa; é ter fé em Jesus, pois o cuidado de viver é dom de Deus. **Cuidado de saúde** é manter o costume dos idosos. **Cuidado recebido** no asilo é dar explicação sobre não sujar a cama. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ser** ter quem olhe durante a noite; dê atenção e cuide quando sofrer quedas”.

Coleira tem 60 anos de idade, é do sexo feminino, solteira, alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 1 ano. Respondeu as questões norteadoras falando:

“**Cuidado** é falar com a gente com calma, sem brutalidade. **Cuidado de saúde** é dar remédio a todos. **Cuidado recebido** no asilo é ter quem leve ao médico, ao hospital. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ser** com igualdade, respeito, ter banho, roupa trocada e café na hora certa. Ter a paz de Deus”.

Arara tem 60 anos de idade, é do sexo feminino, solteira, alfabetizada, aposentada e vive na instituição asilar há 8 anos. Respondendo as questões norteadoras, falou:

“**Cuidado** é saber como tratar, ter carinho e amor, não maltratar. **Cuidado de saúde** é se cuidar enquanto é tempo; procurar o médico enquanto tem força, energia. **Cuidado recebido** no asilo é ter cuidados médicos em qualquer situação de saúde. Cuidado de saúde para idosos que vivem no asilo **deve ser** ter quem trate bem, com calma, zelo, carinho e amor”.

Colibri tem 63 anos de idade, é do sexo feminino, solteira, alfabetizada, sem aposentadoria e vive na instituição asilar há 5 anos. Suas respostas sobre as questões norteadoras foram:

“**Cuidado** é ser tratado como pessoa que tem direitos e dignidade, para que se sinta feliz e não excluído e abandonado. **Cuidado de saúde** é controlar a alimentação para ter saúde e vida saudável. **Cuidado recebido** no asilo é recebido das irmãs e enfermeiras depois

das cirurgias. É permitir que fale no rádio sobre o que é necessário para se cuidar da saúde. **Cuidado de saúde** para idosos que vivem **deve ser**: ter alimentação, remédio e banho na hora certa; ter o carinho e o lazer; possibilitar encontros religiosos; ser sensível e cuidadoso com os seres humanos que tem vida, que deve ser cuidada”.

Passo 8 – Efetuar nova transcrição de todas as expressões-chave do Passo 2 de um mesmo agrupamento. Fazendo da mesma maneira com os demais agrupamentos. Buscou-se efetuar novas leituras para identificar as semelhanças e diferenças entre as expressões-chave agrupadas por mesmo sentido, sentidos complementares e sentidos diferentes, para encontrar os temas que representam o fenômeno em estudo.

Passo 9 – Colocar em sequência as expressões-chave para elaborar o discurso síntese por temas emergentes de maneira a atender uma lógica (com começo, meio e fim) utilizando conectivos como: assim, então, logo, enfim, entre outros.

Após sequenciar as expressões-chave e elaborar o discurso, realizou-se nova leitura para efetuar a união entre as partes por conectivos que possibilitaram construir uma expressão gramatical com início, meio e fim, excluindo os eventos particulares, características sociais e demográficas e as repetições de idéias. Buscou-se a coesão do discurso para os temas cuidado, cuidado em saúde, cuidado recebido e cuidado esperado no asilo.

Passo 10 - De posse da releitura destes discursos individuais, passou-se à elaboração do discurso do sujeito coletivo propriamente dito, tendo como preocupação a separação dos conteúdos dos discursos das características dos sujeitos, cujas informações foram utilizadas para a construção do perfil dos idosos residentes.

Assim, foi possível construir as seguintes subcategorias temáticas:

Instrumento de Análise do Discurso – 9

Tema 1 - Eu entendo Cuidado	Tema 2 - Eu entendo o cuidado de saúde
Tema 3 - O cuidado que recebo no asilo	Tema 4 - O cuidado de saúde que espero receber no asilo deve ser

Tema 1 – “Eu entendo Cuidado como saber como tratar as pessoas, ter carinho e amor, não maltratar, tratar bem e respeitar as crianças, os jovens e os velhos. Ser tratado como pessoa que tem direitos e dignidade, para que se sinta feliz e não excluído e abandonado. Como ser tratado, ter banho, comida, merenda. Zelar direito de nós e das irmãs. Como zelar e saber cuidar das pessoas, tratar direito de todos, falar com a gente com calma, sem brutalidade. É ser ajudado nos momentos difíceis da vida, pois ninguém pode cuidar sozinho de si. Como ajudar a pessoa que precisa e a quem não tem condições de andar, de tomar banho, defecar; é não falar o que não sabe e não viu. É como alguém tomar conta de uma coisa. É ter fé em Jesus, pois o cuidado de viver é dom de Deus, como a vida, pois ela é importante. É ter o prazer de ter amigos. Ter com quem brincar, rodar, contar, dizer verso, conversar e poder viver assim até o dia que Deus quiser. É tudo o que eu faço por aqui desde a horta, planto banana, batata, aipim, quiabo e cuido das vacas”.

Tema 2 – “Eu entendo o cuidado de saúde como manter os costumes dos idosos, ou seja, dormir alimentado, ter a higiene, o zelo, o banho, cama arrumada e a merenda. É dar remédio a todos e ter remédio para todos. Usar o remédio que o médico passou. Tomar o remédio na hora certa. Ter o médico quando for preciso levar para o hospital. É ser ajudado, levado ao médico quando sofrer quedas. Ter quem me leve e me busque, ser recebido pelo médico; botar barro nas pernas e braços; seja pra operar, quando preciso. É poder cuidar de si mesmo e procurar o médico enquanto tem força e energia. É se cuidar enquanto é tempo. Se conservar, controlando a alimentação para ter saúde, vida saudável, procurar cuidar de si evitando abuso de certos alimentos e de bebida, que distrai e destrói, aí vem a doença. É zelar por tudo na vida, da saúde, dos filhos pra não ficar doente, gostar de ter boa saúde. É gozar bem da vida e a saúde pra poder viver mais uns anos”.

Tema 3 - O cuidado que recebo no asilo é ter quem troque minhas roupas quando molhada. Quando suja, me dê banho, banho e comida, me troque de lugar quando eu desejar e atenda minhas necessidades alimentares. O cuidado é de qualidade pois não falta nada, nem médico, mesmo tendo um problema de saúde. Tenho médico. Tenho cuidados médicos em qualquer situação de saúde. Tenho fisioterapia, exames, medicamentos. Tenho remédio e quem me acompanhe no hospital e na cirurgia. Tenho quem me leve ao médico, ao hospital. Sou bem atendido porque tem gente boa de coração, como as irmãs e enfermeiras, depois das cirurgias. Aqui tenho quem faça chá, permita que fale no rádio sobre o que é necessário para cuidar da saúde e recebo explicação sobre não sujar a cama. O cuidado que recebi foi de acolhido, mesmo sem documentos. Tenho com quem conversar e quem converse com a gente sobre a saúde, se toma banho, se veste e se alimenta sozinho. Tenho pessoas que zelam da

gente, quem ajude a caminhar quando tiver com a fraqueza nas pernas, mas tem umas, muito grosseiras.

Tema 4 – “O cuidado de saúde que espero receber no asilo deve ser para todos, bem cuidado, andar limpo, arrumado, com alegria. Com acolhimento na situação que estiver; melhor do que o cuidado prestado por meus familiares. Devo ter possibilidade de estar próximo dos outros e me sentir no céu. Espero ficar ali a vida toda. Ter Deus. Ele é quem dá a vida, assim, é como ele quer. Quero ter a possibilidade de encontros religiosos, com pessoas sensíveis e cuidadosas com os seres humanos que tem vida, que deve ser cuidada. Ter quem me trate bem, com calma, zelo, carinho e amor. O cuidado de saúde deve ser de respeito às “irmãs”. Espero ser tratado e zelado melhor. Que me deem dinheiro, comida, chapa nova para o fogão e não falte nada. Eu possa varrer o refeitório, lavar os pratos e ajudar as irmãs. Espero um cuidado diferente, especial, que seja tolerante e paciente principalmente com os que têm defeito físico e de visão. O tratamento deve ser com paciência, respeito, e falar a verdade, o que a gente vive. Espero ter quem me olhe durante a noite, me dê atenção e cuide quando eu sofrer quedas, me dê cuidados e remédio. Me dê alimentação, remédio e banho na hora certa. Espero ter quem me dê banho, vista a roupa e penteie meu cabelo, faça tudo direito, além de dar o carinho e o lazer sem reclamar. Espero ser levado ao médico e quando precisar, eu tenha o remédio e a comida na hora certa. Ter banho, roupa trocada e café na hora certa, assim, ser zelado com igualdade, respeito, poder estar na paz de Deus.”

A construção da estrutura das Representações Sociais sobre o Ato de Ser Cuidado em Instituição Asilar composta de quatro grandes categorias e dezesseis subcategorias que, para melhor compreensão, será apresentada no capítulo seguinte.

5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR

Quando são questionados a respeito do seu entendimento sobre o que representa o **cuidado, o cuidado de saúde, o cuidado recebido no asilo e o cuidado que esperam receber**, os idosos residentes no asilo trazem significados do senso comum, representando o atendimento às suas necessidades de higiene, alimentação, lazer, ser zelado, acolhido, ter carinho, atenção e paciência com as pessoas. Muitos desses significados foram mencionados e valorizados por eles por se cruzarem, ou cristalizarem através de palavras denotando serem fundamentais para o cuidado no atendimento às necessidades cotidianas de todos os idosos que residem na ILPI estudada.

Para Moscovici (1978, p. 27), “uma representação social é o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado”.

As representações sociais dos idosos residentes no asilo sobre os temas mencionados são ricas em significados do senso comum, mas também decorrentes das suas histórias de vida e do contexto sociocultural no qual estão inseridos. Assim, as categorias apresentadas são descritas como: **cuidado representa atender às necessidades; cuidado de saúde representa ter; cuidado é representado pelo zelo; cuidado é representado como um direito de cidadão.**

Para melhor compreensão das representações sociais dos idosos, as categorias e respectivas subcategorias são apresentadas em um quadro síntese que traz a estrutura das representações sociais:

Quadro 02: Distribuição das Categorias e Subcategorias que revelam o cuidado no asilo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
CUIDADO REPRESENTA ATENDER ÀS NECESSIDADES	a- Higiênicas b- Alimentares c- De lazer d- Espirituais e- De ser independente f- De proteção g- De segurança

CUIDADO DE SAÚDE REPRESENTA TER	a- Tratamento médico b- Remédio quando precisa c- Cuidado de enfermagem d- Quem acompanhe a exames e tratamento
CUIDADO É REPRESENTADO PELO ZELO	a- Ao cuidar/ajudar o outro b- Ao ser bem cuidado/tratado c- Ao cuidar de si
CUIDADO É REPRESENTADO COMO UM DIREITO DE CIDADÃO	a- De ser tratado com respeito e dignidade b- De não ser abandonado

CATEGORIA 1 - CUIDADO REPRESENTA ATENDER ÀS NECESSIDADES

As representações de cuidado que emergiram dos discursos dos idosos no asilo nesta categoria, estão ancorados nos valores formados e conservados pelas pessoas ao longo de sua vida, e transmitidas entre as gerações, como: a necessidade de ser alimentado, de ter higiene, tratamento médico, remédio, lazer, religiosidade, ser respeitado, receber cuidados no viver, adoecer e morrer, uma vez que as representações e significados que atribuímos às coisas refletem nossos pensamentos, imagens, atitudes, opiniões, nossas crenças e valores. O que, para Jodelet (2001), com esta totalidade de significações formam-se as representações sociais, como fenômenos complexos, sempre ativados e em ação na vida social.

a) Higiênicas

Higiene, aqui é representada pelo banho, roupa limpa, cama arrumada, que se mostram cuidados necessários para que o idoso sinta bem-estar, esteja confortável, mantendo sua saúde física e emocional.

Se tiver urinado, tem quem troque. Se tiver [...] (pode falar essas coisas, pode?), se tiver de fezes, qualquer coisas, em um instante vai ser logo trocado. O banho nunca falhou, quem desse banho, nunca falhou (Sofrê).

Sofrê, por exemplo, percebe o cuidado relacionado ao banho, à troca das roupas sujas por roupas limpas como o atendimento sempre às suas necessidades, referindo que o banho é uma ação de cuidado que nunca faltou, tendo sempre quem o fizesse.

No que diz respeito à necessidade da manutenção da higiene, Campedelli e Hiramatsu (1996) referem que, nos idosos que apresentam perda frequente de urina e fezes, a manutenção da higiene é fator importante para evitar danos à pele, que, com o envelhecimento, torna-se sem elasticidade, ficando com aparência de seca e fina.

Para **Bem-te-vi**, o cuidado no atendimento às suas necessidades higiênicas se revela quando expressa “[...] aqui tem o banho, seu sabãozinho, sua cama bem arrumadinha e tudo em dias”. Essa representação confere valor ao que lhe pertence como objeto e espaço próprio.

Na relação de dependência a que os idosos estão sujeitos, **Araponga** encontra-se com dificuldade de deambulação por ter sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE), e expressa o diálogo que teve com uma enfermeira.

Ela disse: “Tu não tomou banho, não?” Ó Limeira, eu não tomei banho porque a enfermeira, aquela Jaqueira disse que eu não tomasse banho não, que era perigoso. [...] Limeira chegou... Ai, depois que ela chegou eu não tinha tomado banho. [...] Ontem eu perdi o horário, o relógio atrasou, não sei como foi. Fui tomar banho onze horas da noite, quando eu tomei banho, eu olhei no relógio, era onze horas da noite. [...] (Araponga)

A enfermeira representa o banho sozinho como uma ação que expõe o idoso com limitações ao perigo, e os idosos representam a higiene como um fator de bem-estar que tem relação com seus hábitos de vida, e entre estes está o banho durante o dia e a sensação que sentia após o mesmo. **Araponga** fala “[...] Eu digo, tá! [...] Tomar banho direitinho. Cuidar da gente, dos que não pode se cuidar, vestir a roupinha direitinha. Né? Elas me sentava assim, numa cadeira. [...] Elas me dava banho [...]”.

O que é reforçado por **Arara**, quando diz: “[...] não deixar que a pessoa fique suja. No caso, o paciente que já está acamado, fique limpinho”, demonstrando a preocupação que os mesmos têm com relação à manutenção da higiene dos seus corpos.

Em outro momento, **Araponga** fala “quem vai viver sujo e ainda doente? Quando a gente vai pro médico. Tá com imundice. Aí vai ter reclamação”. Araponga representa o banho como um pré-requisito para o cuidado médico e uma condição de não sofrer censura.

De acordo com Santos (2001), ao realizar ou ajudar os idosos em seus cuidados higiênicos, temos que considerar alguns fatores de ordem **biofisiológicas** (o idoso pode não ter condições de realizar a própria higiene devido às modificações decorrentes do envelhecimento, da presença de uma doença crônica, do mau estado nutricional, de problemas visuais, cognitivos), de ordem **psicológicas** (constrangimento, pudor, imagem corporal alterada, gerando insatisfação), de ordem **culturais e familiares** (a representação da higiene e limpeza na família e na cultura do idoso). É importante acrescentar a esses fatores a dimensão **ambiental**, que no caso do asilo requer adaptação para a locomoção dos idosos em banheiros que ofereçam segurança.

b) Alimentares

Descrever sobre a representação da alimentação como cuidado atribuído pelos idosos no asilo é muito além de revelar falas e discursos, é pensar que os hábitos alimentares têm importância para eles como representação de prazer, de preferência, dos costumes, dos valores culturais de cada um, construídos ao longo de suas vidas e trazidos quando inseridos na comunidade de que ora fazem parte.

Sobre esse aspecto, Moscovici (1978) lembra que as representações sociais se originam e se sustentam nos sentimentos, pensamentos, crenças, costumes, afetos e cognição, que se apresentam em constante mudança em nosso espaço social, no tempo e na história.

Assim, a contundência do pensamento de **Cardeal** demonstra a preocupação com a preservação dos costumes, quando ele diz “[...] porque o que faz a pessoa é o costume. A pessoa velha tem um costume de certas coisas. Já tem aquele costume e não larga por nada”.

Marucci (2000) considera que os hábitos alimentares são adquiridos na infância e se perpetuam por toda a vida, sendo difíceis de serem modificados. Contudo, **Sofrê** faz uma distinção que representa a diferença entre as necessidades alimentares, quando se refere ao café e almoço.

*[...] numa comparação: “eu não vou querer esse café desse jeito”, quer dizer que tem ordem pra vir de outro jeito. Se disser: “eu não quero essa comida. Esse negócio de comida é essa, é essa mesmo”. Eu não gosto de exigir mais, se desejar uma coisa assim, nunca que tem boca pra dizer que não, que não, que não. Quer dizer que o cuidado pra mim seria esse (**Sofrê**).*

Ele representa o almoço como a comida que é fornecida de maneira igual para todos, independente de suas preferências. Em sua fala, **Sofrê** se submete a aceitar a comida oferecida e associa refeições como cuidado recebido no asilo, onde o almoço não pode ser criticado ou recusado, porém para o café existem outras opções.

Coleira comenta sobre o cuidado relacionado ao horário em que a refeição é servida, quando diz, “[...] a pessoa ter o café de manhã, na hora certa. À tarde, o café na hora certa. Tem o cuidado com a gente. Né?”

Podemos perceber que a sua representação de cuidado com as principais refeições está ancorada no rigor com os horários, o que acaba por favorecer a necessidade de sua ingestão em horários pré-estabelecidos.

c) De lazer

O lazer trazido na fala dos idosos representa uma forma de se sentir feliz, com alegria, como comentado por **Colibri** “[...] dar pra eles o lazer, que o lazer é tudo, pra quem quer tá feliz, ter alegria. Pois isso contribui muito para se ter saúde.” O cuidado com o lazer é o fundamento para a plenitude dos idosos asilados. Para eles, o lazer contribui para a saúde.

Com o envelhecimento há uma diminuição ou cessação das atividades laborais, ficando o idoso com muito tempo livre. Tempo que pode e deve ser aproveitado pelos mesmos para expressarem suas preferências relacionadas às atividades de lazer, que lhes proporcionem prazer e alegria.

O cuidado possui significado de lazer que **Calopsita** expressa:

*[...] é ter com quem brincar, rodar, contar [...] cantando, rodando, é brincando, conversando, o que eu posso conversar. É isso. Agora [...] me peça, Ó **Calopsita** canta uma roda aí pra mim. É ligeiramente. Fazer igual o cantador. O que é bom é voz, e eu tenho (**Calopsita**).*

As atividades de lazer como escolha livre, sem imposição e obrigatoriedade, irá proporcionar ao idoso asilado o sentimento de plenitude, por perceber-se como parte do grupo de idosos. O sentimento de pertença está ancorado na recuperação de sua dignidade, quando escolhe livremente participar de atividades compatíveis com as condições de cada um.

O lazer é uma prática que facilita a interação e a comunicação, principalmente entre mulheres idosas residentes no asilo. Os homens têm dificuldade em manter uma relação de compartilhamento, seja de idéias ou de amizade. Esse compartilhamento de cuidados nas relações acaba por isolá-los do convívio social, dentro do asilo.

Neste sentido, Zimerman (2000) expressa:

O que acontece com muitos velhos é que, por uma série de razões, eles acabam não refazendo seus contatos e ficando sem seus grupos, sejam familiares, de trabalho, de lazer e outros. Há uma grande necessidade de fazê-los participar de novos grupos a ajudá-los a se enquadrar naqueles que mais satisfação vão lhes dar. (ZIMERMAN, 2000, p. 75).

No asilo onde foi desenvolvido o estudo, observou-se uma preocupação dos gestores em reintegrar os idosos, e utilizam como estratégia a escolha de um membro para fazer atividades recreativas com os residentes. Entre as atividades lúdicas estão: a presença de estudantes de cursos de graduação em atividades práticas na instituição; a formação de grupos para a prática de canto; uso de instrumentos musicais; atividades manuais, entre outras.

Para Ferrigno, Leite e Abigailil (2006) quando os idosos participam de atividades em grupo, estas exercem um poder restaurador da afetividade, da autoestima e da autoconfiança.

A representação do lazer pelos idosos residentes é de que é um meio de valorizar sua autoestima e afastá-lo do isolamento e da solidão.

d) Espirituais

Para **Coleira**, a fé em Deus se manifesta na esperança de ter seus problemas de saúde resolvidos, e assim expressa: “Eu tenho esperança em Deus, daqui a alguns dias tirar essa sonda. Tá tudo na paz de Deus. Tudo na paz de Jesus. Minha fé em Deus vai me curar”. Na

fala de **Coleira** pode-se ver a representação de uma cura milagrosa, ancorada na fé em Deus milagroso.

A representação social dos cuidados para a cura está ancorada na religião.

Já **Patativa** demonstra resignação, entregando sua vida nas mãos de Deus. “Assim... minha filha, como Deus é servido, como ele quer, não pode ser mais. Né? É isso mesmo? [...] Deus dá uns dias de vida, pra durar mais, pra viver mais. Tudo isso. Né?”

Diante das alterações do processo de envelhecimento, da presença de doenças crônicas, da falta de perspectiva quanto a mudanças em sua vida, muitos idosos do asilo recorrem a sua fé e esperança em Deus numa tentativa de amenizar as adversidades. Quando diz esperar que Deus ainda lhe dê **uns dias de vida**, observamos que **Patativa** não fala em **anos** e sim em **dias**, talvez numa demonstração de que, pela sua idade, não lhe resta muito tempo para ser vivido.

Semelhante ao pensamento de **Patativa**, encontramos na fala de **Calopsita** a resignação e aceitação da chegada da morte como inevitável na velhice e como vontade de Deus, que tudo faz pelos seus filhos, decidindo como e até quando cada um deve viver.

*Quero viver assim até o dia que Deus prometer, até o dia que ele quiser. É isso mesmo, todo o mundo só fala que é assim mesmo. Depois que a gente chega à idade, não tem mais jeito pra gente não. É isso mesmo, só vai esperando o quê? É a morte, não é não? (**Calopsita**).*

A representação social de **Patativa** e **Calopsita** está na compreensão da finitude da vida biológica, ancorada no poder divino.

No pensamento de Bassini (2000), encontramos palavras que ilustram esses momentos vividos pelos idosos no cotidiano asilar.

Num corpo cansado, enrugado e cicatrizado pelo tempo – a imagem corporal do idoso, há uma mente, às vezes, ferida pelos dissabores das relações que também favorecem a percepção do espírito.[...] Seu olhar é mais confiante e seguro, mais altaneiro, pois conhece melhor a sua história carregada de experiências; passaram quase todas as ilusões, há certezas; ninguém lhe roubará o futuro. (BASSINI, 2000, p. 491).

Vários idosos no asilo, como visto abaixo, mencionam o nome de Deus, Jesus e outras entidades espirituais, de acordo com sua crença, para agradecer pela ajuda recebida ou

solicitá-la, enfrentar as vicissitudes da vida, numa demonstração tanto de sua religiosidade como de espiritualidade.

Olha aí! [...] ela que me trouxe para aqui, graças a Deus. [...] Primeiramente Deus, depois de Deus ela [...]. (Canário)

[...] Deus adjutora elas [...] com a abertura de Deus [...]. (Calopsita)

É ter muita fé em Jesus. [...] O cuidado é dom de Deus [...]. (Arara)

[...] eu tô recebendo, graças a Deus. [...]. (Araponga)

Ave Maria! Se não fosse o doutor. A senhora pode crer em Deus. [...] Ave Maria! [...] A tosse braba, Ave Maria! (Sabiá)

Canário e **Calopsita** representam o cuidado prestado pelas irmãs, ancoradas na ajuda divina aos profissionais e a eles, que recebem o cuidado.

E **Arara**, **Araponga** e **Sabiá** representam o cuidado como um dom divino que recebe a força da fé.

Bassini (2000, p. 491-492) explica que, de uma maneira geral, estamos sempre ouvindo da boca dos idosos, expressões como: “se Deus quiser”, “graças a Deus”, “Deus ajuda”, “Deus o abençoe”. Eles utilizam tanto das orações repetitivas (reza) como das expressões livres de orar, para consolar os que sofrem e sentirem-se consolados; transmitir esperança e descobrir o lado positivo, mesmo que o momento seja de desespero.

O cuidado representado pela religiosidade aparece na fala de **Colibri**, quando destaca a celebração da missa. Ela diz achar que os idosos no asilo devem ter encontros religiosos: “É necessário que cada fundação que tem idosos, também dê para eles o religioso. Aqui nós temos as missas no sábado”.

Muitos idosos buscam a religião para enfrentar os momentos de crise, principalmente na presença das enfermidades, o que, segundo Sommerhalder e Goldstein (2006), pode ter um resultado positivo para suas vidas, pois proporciona o equilíbrio para o enfrentamento da situação, oferecendo meios para a aceitação das dificuldades. Ainda para os autores, “A religião pode fornecer um significado à vida que transcende o sofrimento, a perda e a percepção de mortalidade” (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006, p. 1309).

Atender ao poder de decidir e agir livremente representa para os idosos viver com os limites que o envelhecimento traz.

e) De ser independente

Ninguém é totalmente independente, pois somos seres gregários, e, querendo ou não, em algum momento das nossas vidas precisamos da ajuda de outras pessoas, particularmente quando o envelhecimento traz consigo modificações musculoesqueléticas e neurológicas que vão afetar a mobilidade, locomoção e postura de idoso. Passando o mesmo a apresentar uma diminuição do equilíbrio e uma maior lentidão na execução dos movimentos, o que diminui sua capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária, tornando-se então dependente de outros para realizá-las (DIOGO; PASCHOAL; CINTRA, 2000).

A independência pode ser medida através da avaliação da capacidade funcional, onde podemos dizer se o idoso apresenta um grau de dependência que o impede ou não de realizar atividades como: tomar banho, alimentar-se, trocar de roupa, realizar atividades de lazer, dentre outras.

Em pesquisa realizada por Pinto (2008), na cidade de Maringá, a pesquisadora ouviu de um idoso nipônico o seguinte discurso “a gente nasce dependente, fica independente e volta a ficar dependente”. Para a autora, a idéia de dependência, segundo os nipônicos, é algo natural, diferente das concepções dos idosos que vivem no ocidente, que não estão preparados para ficarem dependentes. Refere ainda que na cultura japonesa é o primogênito quem vai tomar conta dos pais na velhice e cabe a ele decidir se os pais serão encaminhados a um asilo, ou internado em uma casa de cuidados, quando há necessidade (PINTO, 2008).

O idoso perde a capacidade de autocuidar-se quando associado às modificações do envelhecimento, somam-se outras em decorrência de doenças ou eventos sofridos por ele, como no caso de **Araponga**, após o AVE, conforme sua fala, “Eu tomava banho sozinha porque não tinha jeito. [...] Eu digo, não, eu agora já tomo meu banho sozinha. [...] Eu já digo a elas: ‘Deixa minha roupa, guardadinha lá, pra não dar trabalho’. Ela achou que eu dava trabalho.”

No discurso de **Araponga** percebemos muito bem a dependência parcial e o esforço para tornar-se independente na realização dos cuidados higiênicos. “Quando eu cheguei logo pra aqui, eu não podia tomar banho sozinha. [...] Eu vou pedir a Deus pra mim treinar e saber tomar meu banho. [...] com muito esforço eu tomei meu banho, [...]”.

Mesmo sem a ocorrência de alterações patológicas, com o avançar dos anos vai ocorrendo uma diminuição ou perda da independência, significando para o idoso ter que contar com o apoio e ajuda de alguém na realização dos seus cuidados. Mesmo que

parcialmente, o idoso fica à mercê da vontade de outros, que, às vezes, fazem com disposição e cuidado e, às vezes, demonstram má vontade e impaciência com o mesmo.

Encontramos ainda na fala de **Araponga** a queixa de impaciência e pressa por parte dos cuidadores “[...] é um banho nas carreiras, quando chegava era com pressa. Pra tomar banho na carreira. Eu digo: ‘Se fosse pra correr eu não tava aqui. Né?’”

A mesma queixa é encontrada no relato de **Arara**, quando lembra as situações abaixo descritas.

[...] E aí, às vezes, ele também não ameniza isso, que tem que ir devagar, que tem... Então, eles às vezes levam por esse lado, assim de qualquer maneira, a pessoa correndo, vamos embora, vamos, arrastando, leva pra tomar banho [...] (Arara).

Esses relatos descrevem o agir de cuidadores de idosos que não possuem o conhecimento suficiente sobre o envelhecimento e cuidado. Parecem esquecerem que essas pessoas necessitam de ajuda para a realização dos seus cuidados e que querem ser tratados com calma, carinho e o respeito que merecem como ser humano, considerando que, a partir da sexta década de vida, é perceptível a mudança no ritmo de cada pessoa. Já não subimos uma escada com a mesma rapidez dos tempos da juventude, não mais corremos com a mesma agilidade de antes, o caminhar se torna mais lento, enfim, o ritmo do idoso é diferente do de uma pessoa jovem. Devemos, pois, respeitar suas limitações, lembrando que o envelhecimento é um processo universal e natural.

Com relação à dependência do grupo etário de 60 anos ou mais, segundo Rodrigues e Rauth (2006), as projeções indicam que, em 2020, serão quase 44 idosos por grupo de 100 pessoas em idade produtiva.

Para Zimerman (2000, p.26), “Em uma sociedade onde as pessoas são avaliadas pelo que produzem, pelo que dão, pedir algo é muito difícil”. A mesma autora ainda lembra que “é muito grande o fardo que o próprio velho obriga-se a carregar, exigindo-se a mesma independência que tinha nas outras fases da vida”. Lembra também que o velho evita pedir ajuda porque: “não quer incomodar; acha que está tirando o tempo de alguém; tem medo de se sentir peso, dentre outros motivos”.

Azulão demonstra vontade de realizar coisas que fazia antes de tornar-se dependente, como percebemos em sua fala.

Às vezes a pessoa é inválida, não está com a saúde perfeita, às vezes tem defeito físico, ou visão. Né? Como a senhora vê, tem isso tudo aqui. Né? [...] Às vezes quero fazer alguma coisa, que eu tenho vontade de fazer e não posso. Eu vejo alguém fazendo aí, um trabalho que eu sei fazer e já fiz, mas não posso fazer. Não tenho condições físicas. Mas vontade eu tenho. Eu por exemplo, só enxergo de uma vista, da vista esquerda, que foi operada agora. E tenho problemas, tenho artrite, tenho hérnia de disco na coluna, problema de coluna (Azulão).

A representação de independência para **Azulão** mostra-se na vontade de realizar trabalhos que ele sabe e já fez, mas que suas limitações físicas já não permitem mais.

Sobre esse aspecto, segundo Leduc (2006), os idosos com mais de 75 anos apresentam um declínio funcional acentuado, tornando-se idosos fragilizados, com dependência total, muitos com diversas alterações crônico-degenerativas, vivendo em instituições de longa permanência. Alguns desses idosos evoluem para outras complicações, como a síndrome de imobilização (SI).

A síndrome da imobilização, como lembra Leduc (2006), foi descrita pela primeira vez por Pietro de Nicola e é encontrada na literatura também como: imobilidade e repouso prolongado no leito.

O referido autor a define como “complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade de mudanças de postura” (LEDUC, 2006, p. 973).

Na ILPI, lócus deste estudo, podemos encontrar idosos com mais de 75 anos de idade, alguns já centenários, vivendo em condições de completa dependência e necessitando de cuidados totais.

f) De proteção

A proteção é esperada pelos idosos quando estão numa condição de dependência de cuidados, quando sabem que não têm quem os defenda, e muitos não têm para onde ir, se tiver necessidades de sair do asilo. A falta dessa proteção é representada quando utilizam palavras em seus discursos com significados de: negligência, abandono, descuido, indiferença, descaso com os cuidados que necessitam.

Quando os idosos fazem referência a situações onde são tratados de forma grosseira pelos cuidadores ou mesmo por outros idosos e ainda pela família, indiretamente, estão falando da falta de proteção, ficando evidente em alguns casos a presença de maus-tratos.

Segundo Machado e Queiroz (2006) a maior parte dos autores que estudam a violência contra o idoso a classifica em: maus-tratos físicos, psicológicos, financeiro, abuso sexual e negligência, que pode ser ativa (intencional) ou passiva (sem intencionalidade). Existe ainda uma proposta de se considerarem os níveis de violência contra o idoso segundo a dimensão de seu alcance, onde aparece o último nível como a micro, que diz respeito aos conflitos que ocorrem no âmbito doméstico entre os idosos, seus familiares e cuidadores. Esses conflitos aparecem nas falas dos idosos institucionalizados, principalmente nas suas histórias de vida, anteriores a sua vinda para o asilo, levando a crer que, para muitos deles, tenha sido o principal motivo da institucionalização.

A representação social determina os comportamentos e ações do indivíduo. Ela funciona explicando as relações do homem com seu espaço social. Nesse contexto, encontramos nos idosos residentes no asilo comportamentos e percepções diversas sobre o cuidado no asilo ou anterior a ele.

Assim, podemos perceber algumas funções das representações sociais nos discursos dos idosos. Na fala de **Araponga**, a função de orientação aparece quando a idosa escolhe ir para o asilo em virtude da sua doença e da negligência ativa dos filhos. A outra função é a justificadora, que mostra a firme decisão dela em ir viver no asilo, por não ter o apoio dos filhos para conviver com seu problema de saúde, e para não continuar sendo maltratada por eles.

*Ela disse: “**Araponga**, tu quer ir para o abrigo? [Ela respondeu] Do jeito que eu tô aqui, tão me negando um prato de comida. (Choro) Eu só almoço duas horas da tarde. Quando eu tava na casa da nora, quando eu pedia um café, ela saía pra casa dos vizinhos. Dava duas horas, eu tava ainda sem almoçar, tava que não aguentava de fome, as pernas endurecia. [Ela perguntou] [...] Aí ela perguntou se eu ia pro abrigo. Eu disse: “Eu vou, Pitangueira”. “Será que seus filhos deixa?”- Eu falei: “Eu não tenho nada com os filhos não, eu tenho é comigo”. “O que eu tô passando na minha vida aqui, só Deus é que sabe. Eu vou. Ninguém vai me impedir não”. (**Araponga**).*

A fala de **Araponga** é reveladora de muitos sentimentos, como a emoção acompanhada do choro ao relatar alguns episódios da sua vida.

No cotidiano da vida asilar, mesmo sem intencionalidade, ocorrem situações que podemos caracterizar como maus-tratos ao idoso, considerando que até um insulto com palavras pode ser considerada como violência. Como podemos ver na fala de **Andorinha** “Já, umas pessoas zelam da gente [...] outras são muito grosseiras.” **Pardoca** reforça o que foi dito por **Andorinha**, quando diz “[...] Tem muita gente bruta, muita gente bruta”.

A expressão utilizada por **Coleira** “Não falar com a gente com brutez”. Deixando-nos entender que “brutez” para ela representa brutalidade na forma de ser tratada, assim, representa violência emocional.

Araponga se lembra do constrangimento que sentiu quando a cuidadora reclamava porque ela não conseguia tomar banho sozinha. Tal fato fez com que a mesma tentasse superar sua dependência física, se esforçando para conseguir realizar o cuidado higiênico sem ajuda, como uma forma de não ser repreendida.

“Aí ela me reclamou. ‘Por que não tomou banho Araponga? As idosas que toma banho sozinha, não fica esperando, que a gente tem muita coisa aqui’[...] Ela perguntou: Tu tomou banho? Eu disse: ‘Tomei’, porque ela me reclamou porque eu não tomei banho. Né? Ela disse: ‘Tu tomava banho sozinha, lá na tua casa. E porque aqui tu me espera?’ Eu digo, não, porque me reclamaram [...] aí eu aprendi. [...] Por isso aí, eu não gosto de ninguém me reclama. (Araponga).

Para **Arara**, o fato de ser idosa é condição principal para ser cuidada com calma e paciência, mostrando que, para ela, não tratar bem o idoso, considerando sua condição de pessoa que se encontra no processo de envelhecimento, representa maltratar.

Tem que saber que já tá de idade, tem que olhar direitinho [...] não maltratar, não [...] levar com jeito, cuidar das pessoas direito [...] Tem que andar mais devagar, sair mais lento [...] Então, essas pessoas que trabalham com idosos têm que amenizar dessa maneira. Né? (Arara).

Mesmo tendo afirmado anteriormente, não existir maus-tratos no asilo, estes discursos dos idosos representam evidências de maus-tratos.

Machado e Queiroz (2006) lembram que é difícil conhecer exatamente a extensão dos maus-tratos aos idosos, uma vez que, eles silenciam, por considerar sua dependência física, emocional e, às vezes, financeira da família ou da instituição que o abriga.

g) De segurança

A capacidade de deambular livremente, com segurança e sem ajuda é importante para qualquer pessoa. Para o idoso, poder andar para onde desejar significa independência funcional. Esta independência vai sendo perdida com a evolução do envelhecimento.

Outro aspecto que envolve o atender das necessidades de segurança está relacionado às quedas, que se encontram entre as causas geradoras de impossibilidade da deambulação do idoso. Santos (2001) define queda como um evento não esperado, levando a pessoa a cair do mesmo nível ou de um nível superior, sendo comum entre os idosos, com mais frequência do que se estima. Muitas vezes a queda é interpretada como um acontecimento inevitável do envelhecimento e, raramente, é comunicada aos profissionais de saúde, pois para eles esse evento só causa preocupação quando determina alguma alteração mais grave.

Sabiá conta com detalhes as quedas sofridas no asilo, as dores e as consequências das mesmas. Ela faz questão de mostrar as sequelas e de falar sobre o que significa hoje ter que conviver com seus braços deformados pela má consolidação das estruturas ósseas.

*Quando eu vi tava aquele espumeiro assim, eu disse: “Como é que eu faço?” Eu vinha do lado da varanda. Não deu nem tempo de segurar. Eu fui pisando em cima da cama e fui caindo no chão. Foi uma dor, levei uma queda doida. A havaiana de repente escorregou também, e senti o cotovelo no chão, abriu assim. Eu também senti uma dor terrível, quebrando que seja, morgando, morgou [...] Ave Maria! Eu dei um grito tão grande. Ai! Ai! Me acode. Já sofri por causa desses braços, duas quedas, nos dois braços [...] um em um, outro em outro. A perna também ficou grossa, minha filha. Já vivia inchado [...] e com esse negócio dessa queda, ficou assim (**Sabiá**).*

O relato de **Sabiá** é um alerta para as condições ambientais que devem oferecer segurança ao idoso, principalmente no asilo, onde o número de idosos é grande e muitos destes já apresentam dificuldades de deambulação por declínio funcional.

Os idosos ao sofrerem quedas passam a experimentar medo de novos eventos, ficando assim mais restritos em suas atividades, o que, para Paixão Júnior e Heckman (2006), pode contribuir para a perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, causando piora do declínio funcional, depressão, sentimentos de inutilidade e até isolamento social.

Os referidos autores, na mesma obra, afirmam que em pessoas idosas os acidentes são a quinta causa de morte e as quedas constituem dois terços dessas mortes acidentais. Mesmo não sendo possível prevenir todas as quedas, estas devem ser uma preocupação de todos que coabitam com idosos, considerando os prejuízos e morbidades relacionadas a esses eventos.

A segurança a que se referem os idosos no asilo se relaciona a outros aspectos além do físico. Nos depoimentos e nas representações desses idosos, fica evidente que eles também sentem segurança quando têm quem lhes assegure cuidados com alimentação, higiene, tratamento de saúde, lazer, e, principalmente, por ter um lugar que os abrigue com a presença de pessoas sensíveis e humanas.

Os idosos entrevistados não fizeram nenhuma referência ao repouso como representação de cuidado recebido no asilo, e por nós entendido como uma necessidade básica a ser atendida como geradora de bem-estar na velhice — talvez por ter tempo livre suficiente para realizar o repouso sempre que essa necessidade seja sentida.

CATEGORIA 2 - CUIDADO DE SAÚDE REPRESENTA TER

a) Tratamento médico

O cuidado de saúde representado pelos idosos como “ter médico quando precisa” circulou e esteve presente na maioria das entrevistas, comprovando o que em pesquisas realizadas sobre a temática aparece como um dos motivos para a institucionalização do idoso, representado pelo acesso aos serviços de saúde. A assistência à saúde é hoje dificultada pelo processo desenvolvido no sistema de saúde vigente no Brasil, onde o número de consultas médicas, exames diagnósticos, internações hospitalares e acesso a medicamentos de alto custo não tem atendido a demanda existente.

A família e o idoso buscam a institucionalização como forma de ter garantido o atendimento médico, hospitalização e medicamentos, quando necessários, ancorada na compreensão de que nessa fase da vida as doenças são mais presentes e múltiplas.

Com relação à existência dessas doenças, o que para os idosos justifica a procura do médico, **Arara** representa o atendimento a seus múltiplos problemas de saúde, quando faz referência a várias alterações com as quais já convive.

Então, se aparecer qualquer coisa dentro da gente, alguma coisa, algum problema de saúde, a gente tem que procurar um médico. Né isso? Procurar um médico pra poder dizer o que é que tá ocorrendo [...] Eu procuro e sempre procurei também porque, também, na área de otorrino, vesícula, ver também a vesícula como é que anda e tudo [...] tem que procurar um médico para ver o que tá ocorrendo, aí [...] vem a vesícula, uma verminose, coisa assim e tal, uma renite, daí eu corri logo, corri logo. No abrigo [...] Correr logo para levar pro médico. Né? (Arara).

Esta procura lhe proporciona a segurança de que receberá tratamento. Já **Sabiá**, representa a confiança no saber do médico, colocando-o numa escala de valores, próximo ao divino, ancorado na representação da solução para o seu problema.

[...] Eu disse agora pronto, perdi foi meu braço. O braço virou todo assim. Foi aquele Dr. Juazeiro, abaixo de Deus. Se fosse cortar, cortava. Só a senhora vendo, Ave Maria! [...] se não fosse o doutor. A senhora pode crer em Deus (Sabiá).

Colibri também representa o poder de cura do médico a um ato milagroso, quando ele anuncia para todo o mundo sua sobrevivência à cirurgia.

[...] fiz três cirurgia e, dessas três cirurgias, cada uma mais perigosa que a outra. A primeira os médicos falaram pra todo mundo, que eu não ia sobreviver porque, a apêndice já tinha sido estrangulada há muito tempo e já tinha até colado a trompa. Já tinha colado com o reto. Né? (Colibri).

Tanto **Arara**, **Sabiá** como **Colibri** veem na figura do médico a representação do poder de cura para todos os males do corpo. O médico representa aquele que resolve todos os problemas de saúde apresentados pelos idosos. Tal representação se ancora no modelo médico tradicional a que esses e outros idosos estiveram e estão acostumados a conviver ao longo da vida.

O médico é representado como a única pessoa e profissional a quem eles podem recorrer com confiança quando alguma alteração no estado de saúde vier a acontecer.

Eu não sou passado por outro médico, a não ser ele, que seja meu médico [...] se quando eu der uma dor, qualquer coisa [...] tenho certeza que tem

que ter médico. Ai tem que aparecer médico. Porque Dr. Coqueiro é médico e tal, mas quer dizer, ele é o médico dos outros aí. Né? (Sofrê).

Sofrê procura deixar claro que tem um médico que o atende de maneira particular, que conhece seu problema de saúde, e sabe o que fazer. Ele representa o médico especialista como único nas relações com ele. O médico clínico que não possui especialidade não é reconhecido como aquele que pode cuidar dele.

b) Remédios quando precisa

Os idosos representam o medicamento como a solução para os seus problemas de saúde e atribuem uma grande valorização ao “remédio”. Para eles o medicamento é um símbolo da cura, de alívio da dor e diminuição dos males sofridos, ancorado no modelo biomédico, pois as pessoas de forma geral veem no medicamento a única solução para os seus problemas de saúde.

É frequente encontrarmos idosos que fazem uso constante de vários medicamentos e muitos deles realizando a automedicação, consumindo-os sem prescrição ou orientação médica ou de qualquer outro profissional de saúde. Este é o caso de **Coleira**, quando relata: “Eu tomo Ampicilina”.

A homeopatia também representa tratamento utilizado pelos idosos do asilo, conforme **Colibri** expressa: “Agora me ensinaram tomar comprimido de Beladona. Ela me deu uma caixa de comprimidos”.

Na fala de **Coleira**, podemos observar o costume da automedicação, e na fala de **Colibri**, o hábito da indicação do medicamento por outra pessoa, o que significa que a maneira como o idoso se comporta com relação ao uso dos medicamentos representa o senso comum, de uma forma de conhecimento compartilhado, o que acaba por favorecer a construção de uma realidade comum a todos eles.

Nesse sentido, Lefèvre (1991), afirma que:

[...] o poder simbólico do medicamento pode estar relacionado à crença de que ele é uma constante na cena terapêutica, ou seja, que ele deve estar sempre presente quando se trata de enfrentar a enfermidade, entendida como

uma realidade basicamente orgânica. A crença postula que, frente à doença, a saúde só pode vir de um objeto (como o medicamento), que passa assim incorporá-la, a representá-la, a simbolizá-la (LEFÈVRE, 1991, p. 79).

O medicamento é também representado por **Pássaro-preto** como elemento do cuidado de saúde, quando diz “Cuidado de saúde deve ser dar um remédio, e aí é cuidado de saúde. Eu acho que o cuidado que deve ter com o camarada é ter o medicamento.” Para **Pássaro-preto** o cuidado de saúde está associado ao medicamento, e este representando a saúde. O que encontramos bem claro no pensamento de Lefèvre (1991, p. 52), ao afirmar: “[...] o medicamento é o modo como se ‘escreve’ ou se ‘fala’ a saúde”.

A preocupação com a administração em horário determinado é expresso por **Colibri**: “[...] dar o remédio na hora certa [...] Remédios que eles necessitam, no horário certo” e representa uma preocupação com a constância do seu uso, como forma de garantir-lhe o efeito desejado.

c) Cuidado de enfermagem

No asilo estudado são poucos os idosos que têm a posse dos medicamentos que fazem uso, sendo os mesmos administrados pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem que ali atuam.

A representação que os idosos asilados fazem do cuidado de enfermagem está ancorado no senso comum de que as pessoas que cuidam da saúde, na administração de medicamentos, são as enfermeiras.

Fica claro que, como muitas pessoas, o idoso não consegue fazer a distinção entre a enfermeira e os outros membros de equipe de enfermagem, quando chama a todos que cuidam deles de “enfermeiras”. Para **Pássaro-preto**, tanto a enfermeira quanto a cuidadora são enfermeiras, conforme pode ser observado em sua fala “[...] Eu mesmo uso colírio, a enfermeira Jaqueira, essa outra menina, a cuidadora Jabuticabeira. Eu uso só um colírio, é só o colírio, de manhã e de tarde, mais nada [...] (Voz confusa).” A enfermeira Jaqueira, a quem **Pássaro-preto** se refere é a auxiliar de enfermagem, e Jabuticabeira é uma cuidadora leiga que auxilia nos cuidados higiênicos dos idosos dependentes.

Verifica-se na fala de **Colibri** a semelhança com o pensamento de **Pássaro-preto** com relação aos cuidados de enfermagem, “[...] Aí teve que fazer colostomia e aí eu tive muitos cuidados daqui mesmo, do pessoal daqui, das irmãs, das enfermeiras, também que cuidaram”. Este discurso representa um não conhecimento das atribuições específicas no exercício da função das enfermeiras, técnicas, auxiliares de enfermagem e cuidadores. **Colibri** representa a distância que a enfermeira tem na relação com ele ao citá-la como a última a lhe prestar cuidados de saúde no asilo, como um cuidado secundário.

A enfermeira, no discurso de **Cardeal**, representa alguém que cuida de quem, por algum motivo, precisa de cuidados de saúde “Se tivesse alguma coisa, aí precisava a enfermeira dar massagem, cuidar dele. Né?” Observamos que a representação do cuidado de enfermagem é mostrada como um ato de relação.

Nesta subcategoria, a representação social dos idosos vem ancorada no senso comum, que mostra o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem ainda sem clareza para muitas pessoas, principalmente as menos esclarecidos, que acham que “todos que vestem branco” são enfermeiras. Considerando ainda que a enfermagem é feminina por excelência, toda mulher vestida de branco e atuando em local onde existem pessoas necessitando dos cuidados desses profissionais é considerada como enfermeira.

Para Gonçalves, Alvarez e Santos (2000, p. 103), “é impossível dar conta desta demanda crescente de idoso somente por profissionais” e argumentam que habilitar pessoas leigas para prestar os cuidados que os idosos necessitam constitui-se numa responsabilidade sem par, considerando que o idoso precisa de atendimento específico e complexo, na medida em que a evolução no seu estado de vida e na saúde vai se tornando comprometida.

Sobre essa questão, verifica-se que no asilo há necessidade de cuidadores treinados para auxiliar nos cuidados gerais aos idosos, de forma que todos recebam a atenção de que precisam, devendo, no entanto, ficar os cuidados de saúde a cargo de profissionais preparados técnico e cientificamente para tal.

Acredito que a representação dos cuidados de enfermagem não tenha sido construída de maneira significativa na fala dos idosos, pelo fato de as poucas enfermeiras que atuam no asilo não fazem sua prática de modo diferente, mesmo diante da instituição de longa permanência não possuir em seu quadro funcional um número expressivo de profissionais de enfermagem para que o cuidado prestado por eles apareça de forma mais evidente. Esse cuidado no asilo está, em sua maioria, sob a responsabilidade das freiras e de pessoas leigas, sem conhecimento das especificidades do processo de envelhecimento.

d) Quem acompanhe a exames e tratamento

O idoso asilado que progressivamente passa a apresentar alterações em seu estado de saúde, decorrente de pluripotologias, torna-se quase sempre fragilizado e, muitas vezes, necessita de acompanhamento às consultas médicas, exames e internações hospitalares.

A maioria dos idosos é atendida pelo Sistema Único de Saúde - SUS. No caso específico dos idosos asilados entrevistados, a situação se repete, salvo em condições especiais de recursos próprios dos idosos. Alguns exames e/ou procedimentos que não são realizados na cidade pelo SUS, ou mesmo mediante pagamento, o idoso é encaminhado para a capital do Estado, Salvador, ou para cidades vizinhas, como Itabuna, Vitória da Conquista. Em todas as situações o idoso precisa de acompanhamento, o que normalmente é feito pelas irmãs ou alguém providenciado por elas.

Azulão representa a satisfação com o cuidado recebido, com a presença de um acompanhante a exames e tratamento quando teve necessidade de ser conduzido para Salvador para realização de cirurgia.

“[...] Fui para Salvador. Eu operei no Hospital Santa Luzia, aquela nossa patrona, nossa patrona da nossa visão. [...] Da parte médica, da parte de fisioterapia, essas coisas. Né? [...] A pessoa, minha acompanhante, também gostei. Né? Me acompanhou muito bem. Né?” (Azulão).

Ter quem o acompanhasse durante a realização dos exames, a cirurgia e no período de internação representou para **Azulão** a segurança por saber que tinha uma pessoa de seu conhecimento, de suas relações, com quem pudesse contar a qualquer momento.

Podemos observar também no depoimento de **Pássaro-preto** a satisfação por ter realizado vários exames, por já estar com a garantia de que a revisão da cirurgia seria realizada e, ao mesmo tempo, saber que tem quem se preocupe com sua saúde, seu tratamento, bem como em ter quem o acompanhe nos exames.

“Se eu viajar, você pede as outras irmãs aí, pra lhe levar”. Quando é agora, segunda-feira, eu vou duas horas, fazer outra revisão da vista esquerda. Uma não tá muito boa, mas uma sozinha, não dá. Mas as duas já melhora um pouco [...] Fiz exames de próstata, fiz exame de uretra, fiz exame de sangue (Pássaro-preto).

O idoso representa o cuidado que recebe com satisfação, na medida em que atribui significado a atenção que lhe é dispensada. O cuidado humano, na perspectiva de Waldow (2004, p.176), “é responsabilidade, compromisso, envolvimento.” Todos esses elementos encontrados no cuidado prestado a **Pássaro-Preto**.

Coleira também percebe o cuidado com a mesma representação dos outros idosos citados acima, quando lembra: “Elas levam no médico. Uma noite a sonda deu pra doer. Ela veio aqui chamou um carro, um táxi e me levou no hospital. Tem muito cuidado.” **Coleira** enfatiza o cuidado que recebeu de uma das irmãs, demonstrando gratidão ao ser atendida em seus problemas de saúde.

CATEGORIA 3 - CUIDADO É REPRESENTADO PELO ZELO

Os constituintes de significados que revelaram a categoria “cuidado é zelo” aparece de forma constante nos discursos representacionais dos idosos, como um conjunto amplo e complexo de símbolos, valores e significados relacionados à dimensão do cuidar e ser cuidado.

Para os idosos, no asilo, o cuidado recebido é representado por: **cuidar bem, tratar, ajudar o outro, zelar, ser bem cuidado, ser acolhido, ter paciência, saber cuidar, ter cuidado, ter carinho, ter amor, saber como lidar**, dentre outras formas de fazer referência ao cuidado.

Assim, os idosos no asilo formulam suas representações sociais sobre o cuidado a partir das suas crenças, valores, histórias de vida e suas experiências e vivências no cotidiano asilar.

No que se refere aos aspectos geradores de significados, Fragoso (2008) considera que:

O mundo de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) é o ambiente de geração de significados que vai constituir um sistema de significados, rico em simbolismos de rotinas, de costumes, de crenças, de rituais. Para compreendê-los faz-se necessário ouvir, observar e interpretar o comportamento e sentir do idoso. Só tendo em conta esta gerações de significados pessoais e desenvolvendo a arte da escuta é que poderemos compreender o significado que as pessoas expressam para as diferentes experiências do seu cotidiano. (FRAGOSO, 2008, p. 53)

Com base no pensamento de Fragoso (2008), quando considera a instituição asilar como local impregnado de simbolismo e gerador de significados, podemos inferir que aí nascem as representações sociais, não como simples abstrações, mas como pensada por Moscovici (1978, p. 28) “um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquica graças as quais os homens tornam inteligíveis a realidade física e social, inserindo-se num grupo” [...] e liberam os poderes de sua imaginação.

Passamos a descrever nesta subcategoria o **cuidar bem do outro**, que mostra o idoso residente no asilo com capacidade de querer prover o cuidado ao outro, parte do seu grupo de pertença, que não se encontra em condições de cuidar de si.

a) Ao cuidar/ajudar o outro

Atitudes de cuidado entre os idosos no asilo é percebida principalmente entre aqueles que demonstram compartilhamento de preferências e sentimentos, muitas vezes dividindo o mesmo quarto, realizando atividades juntos e mantendo um diálogo mais constante, numa demonstração de relação de amizade.

O cuidado com representação de ajuda e amparo fica claro no discurso de **Canário**, quando ele diz.

[...] a gente tem que ajudar. Se a pessoa não tem condições de ir na privada, nós temos de ajudar. A pessoa, quando ela tenta ajudar levar outra pessoa onde vai defecar [...] Cuidado é o seguinte. Se a pessoa precisa de uma ajuda [...] (Canário).

Para cuidar do outro é preciso conhecer suas necessidades e limitações, é também se perceber no outro que precisa de cuidados. No asilo não é difícil se colocar no lugar daquele que se encontra em situação de dependência mais acentuada, saber que qualquer um ali pode tornar-se dependente de cuidados e ajuda. Essa é a realidade vivida no dia-a-dia desses idosos.

Assim, mesmo necessitando de cuidados para si, muitos dos idosos no asilo mantêm a capacidade de cuidar do outro, numa atitude de solidariedade, ajudando para que o outro também se sinta confortável. É comum encontrarmos algum idoso encaminhando o outro até o banheiro, oferecendo um copo de água, conduzindo outro idoso em cadeira de rodas para a

capela, para que ele também participe dos encontros religiosos, dentre outros comportamentos de ajuda.

Para Backes et al. (2006, p. 72), “enquanto ser relacional e de múltiplas interações, o ser humano é dotado de atitudes de cuidado, seja na dimensão física, psíquica, social e/ou espiritual”.

No que diz respeito ao cuidado com representação de ajuda ao outro, **Azulão** também expressa em seu discurso, o mesmo pensamento de **Canário**. Como podemos ver na fala de **Azulão** “[...] o que eu entendo por cuidado é uma pessoa que cuida de mim. Né? [...] que me ajuda nos momentos difíceis da minha vida. Né?” Ele considera que é nos momentos difíceis da vida que o idoso necessita da ajuda do outro, como uma provisão de cuidados.

Já **Bem-te-vi**, quando refere “Meus amigos é tudo bem cuidado, tudo zeladinho. E aí que é bom pra gente. Cuidado. Né?”, representa o cuidado aos amigos pela demonstração de satisfação com o zelo que todos recebem, considerando bom ser zelado e ser bem cuidado.

Relato uma situação presenciada no asilo em uma das idas para a realização das entrevistas, onde pude observar o cuidado de uma idosa ao oferecer sementes de romã, para sua companheira de quarto, dizendo que era “um santo remédio para garganta inflamada”, numa demonstração de cuidado com o outro. A idosa com muito cuidado colocou as sementes diretamente na boca da outra, orientando-a para que mastigasse devagar e engolissem lentamente para que surtisse o efeito desejado.

O cuidado alternativo ancorado na crença da cura é representado pelo agir de outra moradora do asilo que estava próxima, quando solicitou um pouco das sementes dizendo que também precisava fazer uso por sua ação antiinflamatória ressaltando que a fruta “se consumida no último dia do ano, traz sorte e dinheiro.” Essa afirmativa deixou animadas todas as outras idosas que se encontravam próxima ao local, elas pediram alegremente que deixassem algumas frutas para consumirem na virada do ano.

Podemos pensar na atitude da idosa como uma prática ancorada nos saberes do senso comum, na utilização das práticas alternativas de saúde, explicada por Collière (2003) como um conjunto de práticas correntes e saberes, que ao ritualizarem-se, tornaram-se tradições e crenças.

[...] Saber de experiências, feitas por tentativas, ensaios e erros, a partir da relação que homens e mulheres teceram com o universo que os envolve [...] levando-os a agir sobre ele para o tornar um aliado, dando assim origem à imensa diversidade dos saberes empíricos. (COLLIÈRE 2003, p.103).

A atitude da idosa mostra claramente que ela não só reproduziu seu conhecimento do cuidado empírico com a saúde, como também o reformulou, modificando-o. E para Moscovici (1978, p. 58) “representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstruí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto”.

O cuidado com o outro ainda emerge na fala de **Canário**, quando diz “[...] o cuidado é cuidar de uma pessoa que não tem condições pra andar [...]”. Esse comportamento de preocupação com o cuidado para com o outro expresso por **Canário** está ancorado na dificuldade vivida pelas múltiplas disfunções próprias do envelhecimento, que o faz sentir-se dependente de cuidados e da importância de saber que pode contar com a ajuda de alguém para dar-lhe suporte em seu viver diário.

b) Ao ser bem cuidado/tratado

Ser bem cuidado para o idoso no asilo significa ter quem atenda suas necessidades, quem lhe trate bem e seja bem tratado por eles, como refere **Sofrê**, quando diz “Tratar a gente bem, a gente também tratar as pessoas bem, também. Eu acho que o cuidado é isso, pra mim é isso”.

O cuidado na fala de **Sofrê** tem a representação de relação de reciprocidade, ser bem tratado para também tratar bem o outro. Como lembrado por Backes et al. (2006), quando diz que o cuidado faz parte da existência humana como expressão de compartilhamento, de troca e de reciprocidade.

Sofrê também fala dos cuidados recebidos no asilo, comparando-os com o que recebia da sua família, representando um estado de satisfação e gratidão com o momento e os cuidados recebidos no asilo.

[...] Graças a Deus é muito bem cuidado, melhor muito mais. Não tem pai, não tem mãe, não tem ninguém, pra ser cuidado como eu sou aqui, não. Porque [...] Graças a Deus sou bem zelado, tenho meu banho, tenho minhas coisas, tudo zelado, cama tudo arrumada, tudo organizado, tem as minhas comidas, as merendas. [...] Posso dizer que estou muito melhor, muito melhor do que na casa da família minha, porque a família não me liga, não cuidou. Aqui eu posso dizer que estou no céu [...] (Sofrê).

O asilo que é visto por algumas pessoas como um lugar sombrio, de sofrimento e solidão, onde muitos não gostariam de ir morar, para outros, como descreve Born e Boechat (2006), pode representar um lugar seguro, acolhedor e tranquilo, onde qualquer um poderia viver. Para **Sofrê**, que veio de um convívio familiar conflituoso, onde não recebia os cuidados que necessitava durante sua permanência na casa de suas irmãs e não tendo quem se preocupasse em atender suas necessidades de cuidados com atenção e zelo, viver e ser cuidado no asilo é como “estar no céu”.

Arara, em seu discurso, representa o cuidado como “É ter cuidado com as pessoas. Que é gente também [...] Ter cuidado, ter carinho, ter amor, saber como lidar, saber como cuidar, então eu acho assim.” Ter cuidado para **Arara** está ancorado na relação do cuidado com a afetividade, representada pelo carinho e amor, tão necessários na prática do cuidado como qualquer outro atributo de quem cuida.

Amor como elemento primordial nas relações humanas é aqui representado pela atitude do cuidador com o ser cuidado, como encontrado no Livro I de Coríntios, capítulo 13, versículo 1: “Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos e não tivesse **amor**, seria como o metal que soa ou como o sino que tine”. (CORÍNTIOS, 1995, p.1179). O cuidado é pensado por (BOFF, 1999, p. 190) na relação com o amor: “O cuidado vive do amor primal, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivibilidade, da medida justa em todas as coisas”.

Os idosos asilados, muitos já se encontrando afastados do convívio social, da família, dos amigos dentre muitas outras perdas, precisam não somente de cuidados centrados na dimensão física e biológica, mas também da dimensão psicoemocional.

Arara representa o cuidado no asilo como sentir-se acolhido, e saber que sua existência é reconhecida e valorizada. Em outras palavras, sentindo que é gente também que cuida de gente.

O “saber como lidar e saber como cuidar” também foi encontrado na fala de **Arara**, cuja representação do cuidado está ancorada na atitude de envolvimento, de dedicação e afeição, de atenção e preocupação com o outro. Estes são elementos proporcionadores de bem-estar, tão valorizados pelos idosos no asilo como por qualquer outra pessoa que precisa de cuidados, em qualquer outra fase da vida.

Alguns idosos fazem referência, em seus relatos, ao cuidado como representação de carinho, atenção e afeto recebido dos cuidadores, irmãs e médicos.

É o caso de **Pássaro-preto** quando fala, referindo-se ao **Dr. Coqueiro**.

*[...] Ele veio aqui num dia de quinta-feira. Ele disse. “Você velho, olha” (levantou o polegar direito, fazendo sinal de positivo). Ele veio trazer os resultados, **Dr Coqueiro** [...] É por isso que eu gosto dele, de coração, gente boa [...] (**Pássaro-preto**).*

Pássaro-preto demonstra a afeição que sente pelo médico, que ao comparecer ao asilo, fora do seu dia normal de atendimento, apenas para levar os resultados de exames do idoso, o faz como demonstração de afetividade, expressa pela dedicação e zelo.

Canário também representa o cuidado da mesma maneira que **Pássaro-preto**. Ele abre seu coração com sinceridade e diz que fará o que for preciso pela irmã **Goiabeira**, pela atenção e zelo que lhe é dispensado pela mesma.

*Quando eu vim pra aqui, eu não tinha registro. Depois [...] a irmã Goiabeira tirou pra mim [...] Ela arruma médico, quando eu preciso. Gosto dela [...] Primeiramente Deus, depois de Deus ela, o que me mandar fazer pra ela eu faço. Com fé em Jesus Cristo. [...] (**Canário**)*

Os outros cuidadores, com pouco ou nenhum conhecimento acerca do processo de envelhecimento, bem como das necessidades psicoafetivas tão aflorada nessa fase da vida, não demonstram atitudes de carinho, ternura e afetividade com os idosos. Muitas vezes, por estarem empenhados no cumprimento das suas tarefas diárias de trabalho no asilo, não deixam perceptíveis esses sentimentos na relação com a maioria dos idosos.

Monteiro (2006) considera que o afeto e as relações são as bases da vida, e que construímos nosso mundo a partir dos laços afetivos. A autora compara o afeto e o amor é como uma cola que mantém o universo unido.

Para os idosos essa união significa criar novos laços de amizade, importante para enfrentar os momentos de solidão que muitos vivem nos asilos.

c) Ao cuidar de si

Caldas (2006) considera que em qualquer lugar do mundo, os idosos são responsáveis pelo aumento dos gastos com hospitalização. Quando necessitam de cuidados de saúde no

contexto hospitalar, passam mais tempo internados, considerando que com o avançar da idade há o surgimento das doenças crônicas e degenerativas que elevam os gastos com os tratamentos.

Segundo a referida autora, na mesma obra, grandes investimentos em tecnologias hospitalares não garantem efetividade das ações dos profissionais, sendo necessárias mudanças nos princípios que determinam a atenção à saúde do idoso, que valorizem o autocuidado e busquem, como resultado, a promoção da saúde e um viver saudável.

[...] ninguém pode cuidar sozinho de si. [...] Bom, cuidado de saúde, no meu ponto de vista, eu cuidar de mim, primeiramente de mim. Eu procurar cuidar de mim. Procurar me conservar. Evitar certas alimentações que eu não posso comer e às vezes eu abuso e como. Né? Por exemplo, a bebida. Né? Porque a bebida, ela distrai e destrói ao mesmo tempo. Né? É isso pra mim [...] (Azulão).

Para **Azulão** o cuidar de si perpassa pelo controle da alimentação, pelo não uso da bebida, como uma forma de se manter saudável. Mesmo reconhecendo que ninguém pode cuidar sozinho de si, ele lembra que cuida primeiramente dele, mostrando como é essencial para o idoso continuar ocupando-se da sua saúde. Cuidar de si representa uma maneira de se sentir útil e ao mesmo tempo não depender completamente de outros para cuidar da saúde. A representação de cuidar de si para **Azulão** e outros idosos está ancorada nos princípios do autocuidado, na vontade do idoso de querer fazer o possível para manter-se ativo e participativo nas atividades que lhes dizem respeito, até quando for possível.

O depoimento de **Bem-te-vi** complementa o de **Azulão**, quando diz: “A pessoa cuidar de si mesmo. Ainda poder cuidar da sua saúde.” Revelando um significado de autonomia, representado pelo “poder cuidar”. O idoso, ao querer ainda cuidar de si e da sua saúde, quer demonstrar responsabilidade e compromisso para com a própria vida.

O idoso enquanto ser biopsicoespiritual, quando motivado, é promotor de autocuidado, e com capacidade de ser responsável por si e agir em seu próprio benefício. Sobre esse aspecto, Caldas (2006) traz do modelo assistencial de Orem que autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos e orientada a um objetivo, é dirigida a si mesmo e funciona em benefício de sua vida, saúde e bem-estar.

Para **Arara**, a constatação da finitude da vida diminui a possibilidade de o idoso continuar realizando o autocuidado, como quando se encontrava sadio.

[...] cuidado de saúde eu acho assim, que a gente tem que se cuidar enquanto tem tempo [...] enquanto a gente pode, ainda tem força, tem energia [...] porque depois que aparecer a doença aí fica mais difícil, não é isso? [...] Depois que já tá, já arriada, fica mais difícil de dizer onde sente. Porque a doença quando aparece dói tudo. Né isso? Dói tudo e a gente fica confusa, não sabe se é aqui, não sabe se é ali e a gente se atrapalha [...] com mais tempo (Arara).

Arara representa a doença como uma preocupação com relação ao tempo de vida e o envelhecimento humano, que traz mudanças no corpo, outras causadas pelas manifestações das doenças, que vai diminuindo as energias, ficando mais difícil dizer o que sente e onde sente. Nesse sentido Boff (1999) expressa: “através do corpo se mostra a fragilidade humana. A vida corporal é mortal. Ela vai perdendo seu capital energético, seus equilíbrios, adoece e finalmente morre” (BOFF, 1999, p. 143).

O idoso no asilo precisa ser motivado e estimulado a exercer o autocuidado, participando, quando possível, de alguns cuidados que lhes são dispensados, como forma de garantir sua autonomia e autoestima. Mesmo que de forma mínima, realizando pequenas atividades, estaremos possibilitando que ele usufrua de alguma potencialidade ainda preservada.

CATEGORIA 4 - CUIDADO É REPRESENTADO COMO UM DIREITO DE CIDADÃO

Conhecendo ou não sobre a legislação que lhes conferem alguns direitos, os idosos representam o cuidado que esperam receber no asilo como um direito de cidadão ancorado no respeito e na dignidade da pessoa humana.

As expressões sobre o respeito e a dignidade foram agrupadas para formar a subcategoria que será apresentada a seguir.

a) De ser tratado com respeito e dignidade

O respeito ao outro, representado por **Bem-te-vi**, é um dever, não importando a idade da pessoa, e sim a demonstração da preocupação com a preservação da intimidade,

privacidade e integridade de cada um, nas relações de cuidado, enquanto ser dotado de pensamento e vida própria.

*[...] Cuidado é tratar todo mundo bem, respeitar as crianças, os velhos e os jovens. Né? Tem que respeitar. Não andar com certas conversas, conversando de A e B. Vida dos outros, não pode conversar. Né? O que viu deixou lá. Não andar comentando para os outros, respeitar. Né? [...] (**Bem-te-vi**).*

Para **Bem-te-vi** a “fofoca” é um agir que desrespeita o outro em sua integralidade e no asilo evitar esta prática é um cuidado a dignidade do outro.

Já **Colibri**, demonstrando ser conhecedora de alguns dos seus direitos de cidadã, lembra que ter cuidado é sentir-se feliz, não ser excluído nem abandonado, sendo respeitado em seus direitos.

*O que eu entendo por cuidado, é que a pessoa tem que saber seus direito e que tem dignidade e ter um cuidado adequado. Né?[...] que também se sinta feliz. Não se sinta excluído e abandonado por alguém [...] Todos os cuidados que eles necessitam como seres humanos [...] (**Colibri**).*

A dignidade lembrada por **Colibri** é garantida na Constituição Federal, no Art. 230. “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” (BRASIL, 1988).

A Política Nacional do Idoso – PNI – e o Estatuto do Idoso também trazem em seu bojo dispositivos legais que dão amparo ao idoso, assegurando-lhe o direito a vida com respeito e dignidade.

Segundo Alcântara (2004, p. 39), “embora a PNI contemple ações de todos os setores – da saúde ao lazer –, sua implementação ainda é incipiente. A distância entre o ideal e o possível é percebida no cotidiano das instituições”.

Assim, sabemos que muitos desses direitos outorgados aos idosos não são respeitados pela família, pela sociedade e pelo Estado como deveriam. Exemplo disso é o que assistimos em nosso dia a dia, o idoso sendo tratado como cidadão de segunda qualidade, com sua baixa

aposentadoria, com o desrespeito no transporte público, como alvo da violência doméstica e urbana, com a ausência de políticas públicas que lhes deem possibilidades de serem bem cuidados nos asilos, enfim, com uma variedade de atitudes de descuido, que o impede de ter uma vida digna, tão almejada por todos.

Embora saibamos que uma velhice sofrida e cheia de privações, estas não serão resolvidas apenas com criação de leis, é necessário a co-responsabilidade da sociedade na implementação e respeito das já aprovadas.

b) De não ser abandonado

O sentimento de abandono aparece de maneira bastante clara na fala de **Araponga** quando lembra que depois que passou a viver no asilo ainda não teve a visita dos filhos.

[...] depois que eu tô aqui, nunca veio uma filha minha me vê, eu aqui. (Voz embargada). No dia das mães, eu esperava que eles vinha aqui! Não apareceu ninguém aqui. (Olhos cheios de lágrimas) Filho nenhum! (Araponga).

Araponga tem uma triste história de vida. Tem sete filhos e quarenta netos, e, como qualquer pessoa idosa que já criou muitos filhos, tem a esperança de ser amparado por alguns deles quando chegar à velhice. Não foi o que aconteceu com essa idosa, que com tristeza e choro faz o relato dos momentos tristes vividos em família. Para **Araponga** o sentimento de abandono representa-se mais forte em dias festivos, como os dias das Mães, quando o vazio revela a ausência de um membro da família que lembre dela.

Para Herédia, Cortelletti e Casara (2004), a mudança para uma instituição asilar representa para o idoso mais que uma simples mudança de ambiente. Ele terá que adaptar-se ao novo lar mais do que o lar a ele, e passa a sentir-se abandonado, ansioso e com medo de passar seus últimos anos de vida em um lugar desconhecido, cercado por pessoas estranhas.

Sobre o abandono por parte da família, Zimerman (2000) comenta que no início o idoso internado em asilos recebe visita da família em média três vezes por semana, diminuindo até chegar a duas ou uma vez por ano. Ainda lembra a autora que muitos familiares dão endereços e telefones errados para não serem localizados.

O discurso de **Cardeal** representa o abandono pelo olhar de um idoso asilado. “Como tá aí [...] Se não tiver quem olha essas pessoas idosas, fica tudo largado. De noite mesmo, tem gente que fica rodando de um lado pra outro”.

Podemos observar também a representação do abandono na expressão “fica tudo largado”, demonstrando a dificuldade que aos asilos têm em prover cuidados integrais aos idosos ali residentes. Muitos não contam com número suficiente de funcionários durante o período noturno, ficando os idosos independentes e orientados encarregados de dar apoio e atenção aos outros menos independentes.

Para **Sofrê**, o cuidado recebido no asilo representa o oposto ao descuido enfrentado pelo sofrimento junto à família.

[...] Eu vim pra aqui numa situação péssima [...] parente não me acolheu. Vim num sistema horroroso para aqui. [...] Eu piorei mais, eu me queixo que eu piorei mais por falta de higiene da casa que eu tava lá, com as irmãs minhas, falta de higiene, não teve higiene [...] (Sofrê).

Analisando o discurso de **Sofrê**, observamos que ele faz referência ao asilo como um lugar que lhe abrigou, livrando-o do descuido e abandono que sofria quando vivia com familiares. Havendo oposição entre as representações trazidas por **Araponga** e **Cardeal**.

5 CONSIDERAÇÕES QUASE FINAIS

*“Se eu pudesse te escolher, pra botar no meu jardim,
quando fosse tempo das flores, eu ia colher você pra mim”.*
Calopsita, 81 anos

Para cuidar do idoso no asilo é preciso conhecer sua história passada e presente. A partir do conhecimento do contexto socioeconômico e cultural, das experiências, desejos e anseios é que se pode atender às suas necessidades de cuidados.

Realizar esta pesquisa oportunizou conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ato de ser cuidado em asilo.

Os significados atribuídos ao ato de cuidar e de cuidado no asilo estão impregnados por representações que precisam ser conhecidas e divulgadas junto a todos aqueles que cuidam ou cuidarão de idosos, seja no âmbito das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIS – ou em outro local.

Este estudo traz a voz de idosos asilados sobre valores e senso comum que ancoram as suas expressões de conhecimentos, sentimentos, vivências, emoções e necessidades sentidas diante do ato de ser cuidado.

Os idosos demonstram em seus discursos, emitidos na primeira pessoa do singular, os significados do ato de ser cuidado, do cuidado de saúde, do cuidado recebido no asilo e do cuidado de saúde que espera receber enquanto viver no asilo.

O entendimento de cuidado de saúde inclui o cuidado de si mesmo, sono, alimentação, higiene, zelo, além de ter remédio e médico na hora certa e levar para o hospital quando for preciso.

O cuidado recebido no asilo é representado por atos desenvolvidos por outras pessoas como a troca de roupas molhadas, sujas, o banho e a alimentação. A garantia de ter médico, fisioterapia, exames, medicamentos e chá.

O cuidado de saúde esperado pelo idoso asilado deve ser igual para todos envolvendo, roupa limpa, andar arrumado e com alegria. O ato de acolher, independente da condição do idoso, representa um ato melhor do que o cuidado prestado por seus familiares.

Há esperança de permanecer no asilo até o fim da vida recebendo cuidados de pessoas sensíveis, cuidadosas, calmas, zelosas, carinhosas e amorosas.

Alguns idosos representam o asilo como um paraíso e a vida como um dom que só pode ser retirado por Deus.

As categorias e subcategorias permitiram conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ato de ser cuidado em asilo, como um objeto socialmente valorizado.

As representações do ato de ser cuidado no asilo ao serem criadas pelos idosos adquiriram uma vida própria e deram oportunidade a conhecer novas representações, que poderão desaparecer quando novas surgirem.

Ao conhecer os significados que os idosos atribuem ao cuidado no asilo, outras representações foram identificadas como: necessidades básicas, esperança, tratamento ético.

Na primeira categoria, os idosos representaram o cuidado no asilo como atender as necessidades higiênicas, alimentares, de lazer, espirituais, de liberdade, de proteção e segurança.

Na segunda categoria, os idosos representam o cuidado à saúde na institucionalização como forma de ter a garantia da assistência e tratamento sem ônus, pois a maioria, apesar de possuir aposentadoria, não tem recursos suficientes para possuir um plano de saúde numa fase da vida em que os processos degenerativos são mais presentes.

Na terceira categoria, os idosos representam o ato de ser cuidado através de valores e significados representados por cuidar bem, tratar, cuidar de si, ajudar o outro, zelar, ser acolhido, ter carinho, paciência, amor, estar no céu.

Na quarta categoria o idoso se vê como cidadão que não gostaria de ser abandonado e maltratado, querendo ser respeitado como pessoa portadora de direitos e dignidade, em qualquer circunstância de sua vida.

As representações dependem da história vivida e trazida por cada um, do seu contexto biopsicossocial, econômico e cultural, do compartilhamento de vivências e saberes no cotidiano asilar.

Ficou evidente durante a pesquisa que viver no asilo não foi uma escolha da maioria dos idosos. O desejo de encontrar-se hoje junto à família, tendo a possibilidade de exercer autonomia e liberdade sobre sua vida, foi mencionado por muitos deles.

A Política Nacional do Idoso não consegue implementar e gerir os programas necessários para evitar a institucionalização do idoso. Essa institucionalização ainda hoje mostrada como “um mal necessário”, como uma responsabilidade somente da família e do Estado, é dever de todos nós, profissionais de saúde e conhecedores das reais necessidades de cuidados dessas pessoas que esperam encontrar nos asilos um ambiente saudável, onde possam permanecer até a finitude de suas vidas.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina (org.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: Ab, 2000. 328p.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Brasília, 2005.
- ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos**. Campinas, SP: Alínea, 2004.
- ANNAN, Kofi. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**, 2002 / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003, v. 1.
- ARAÚJO, Émerson Pinto. **Capítulos da História de Jequié**. Salvador: EGB Editora, 1997.
- BACKES, Dirce Stein et al. Concepções de Cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. SC: v. 15 nº Esp. 2006.
- BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado Espiritual: espaço para o sagrado. In: **Cuidar – Cuidado: reflexões contemporâneas**. SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M.S. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. Cap. 3, p.47-58.
- BALDESSIN, Anísio. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- BASSINI, Pedro Felix. Dimensão Espiritual e a Terceira Idade. In: DUARTE, Y. A de O.; D'ELBOUX DIOGO, M. J. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 35, p. 487-498.
- BAUER, M.W.; AARTS. B. A Construção do Corpus: um principio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. Cap. 2, p. 39-63.
- BONFIM, Zulmira Áurea Cruz; ALMEIDA, Sandra Francesca Conte de. Representação Social: conceituação, dimensão e funções. **Revista de Psicologia**. Fortaleza: v. 9 (1/2), v. 10 (1/2); p. 75-89, Jan/Dez. 1991/92.
- BOOF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do Humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BORN, Tomiko. Cuidado ao idoso em instituição In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 36, p. 403-413.

BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 119, p. 1131-1141.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Edição Especial, São Paulo: Encyclopedias Britannica do Brasil, 1988.

_____. **Portaria nº. 810** (1989) Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Diário Oficial da União. Brasília, 1989.

_____. Ministério da Justiça. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842 de 04 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília: 4 de julho de 1996. Seção 1.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. **Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil**. Brasília, 2001.

_____. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 19**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRUNER, Jerome. **A Cultura da Educação**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BULLA, Leonia Capaverde; MEDIONDO, Marisa Zazzetta. Velhice, dependência e vida cotidiano institucional. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (Org.) **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educs, Edipucrs, 2004. Cap. 3, p. 87-107.

CALDAS, Célia Pereira. O autocuidado na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.117, p. 1117-1121.

CAMPEDELLI, Maria Coeli; HIRAMATSU, Cecília Sumie. A Pele do Idoso: prevenção de escaras e massagens de conforto. In: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. **Como cuidar de Idoso**. Campinas, SP: Papirus, 1996. Cap. 3, p. 25-32.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COLLIÉRE, Marie Françoise. **Promover a Vida**. Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: 1999.

_____. **Cuidar...** primeira arte da vida 2. ed. Lourdes: Lusociência. 2003.

CORÍNTIOS. Livro 1, Capítulo 13, Versículo 1. In: **BÍBLIA Sagrada**: o velho e o novo testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Revista e Corrigida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

CREMA, Roberto. Paradigma do cuidado numa sociedade em transformação. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Salvador-Ba. Set/1998.

CRUZ NETO, Otávio. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Susana Maria Miranda; LIMA, Vilma Maria de. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 3, Ribeirão Preto: mai./jun., 2004.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, FAPESP, 1999.

DEUTERONÔMIO. Capítulo 4, Versículo 15. In: **BÍBLIA Sagrada**: o velho e o novo testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Revista e Corrigida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

_____. Capítulo 8, Versículo 1. In: **BÍBLIA Sagrada**: o velho e o novo testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Revista e Corrigida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

DIOGO, Maria José D' Elboux; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco; CINTRA, Fernanda Aparecida. Avaliação Global do Idoso. In: DUARTE, Y. A de O.; D'ELBOUX DIOGO, M. J. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 11, p. 145-171.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso. **Manual de Enfermagem**. 2001, Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 20 de jul. 2007.

ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer; SILVA, Ilda Cecília Moreira. **Adoçando o Fel do Pesquisar**: A doce descoberta das Representações Sociais. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ, 1997.

FELTES, Heloisa Pedroso de Moraes. Prefácio. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M.(Org). **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educ, Edipucrs; 2004. 133p.

FERRIGNO, José Carlos; LEITE, Maria Luciana Carneiro de Barros; ABIGALIL, Albaria. Centros e Grupos de Convivência de Idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 156, p. 1436-1442.

FILHO, Eurico T. de C.; ALENCAR, Yolanda M. G. Teorias do Envelhecimento. In: PAPANÉO NETTO, M. (org.). **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 1, p.1-8.

FRAGOSO, Vitor. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. **Revista IGT na Rede**. v. 5, n. 8, Portugal: 2008, p. 51-61. Disponível em: <http://www.igt.psc.br>. Acesso em: 17 de Nov. 2008.

FRANKL, Victor Emil. **Psicoterapia e Sentido da Vida**. São Paulo: Quadrante, 1991.

FREITAS, E. V. Demografia e Epidemiologia de Envelhecimento. In: PY. L. et al. **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

GEORGE, Júlia. B. e Col. **Teoria de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre-RS: Artes Medicas, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 5. ed., São Paulo: Perspectiva, 1996.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. O Cuidado na Enfermagem Gerontogeriatría: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 116, p. 1110-1116.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Os Cuidadores Leigos de Pessoas Idosas. In: DUARTE, Y. A de O.; D'ELBOUX DIOGO, M. J. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 9 (9.1), p. 102-110.

HERÉDIA, V. B.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. Institucionalização do Idoso: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M.(Org). **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educs, Edipucrs; 2004. Cap. 1, p. 13-60.

HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti et al. A realidade do Idoso Institucionalizado. **Textos sobre Envelhecimento**. UnATI/UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov>> Acesso em: dez. 2006.

_____. **Indicadores Sociodemográficos** - Prospectivos para o Brasil 1991-2030 - Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: jul. 2006.

JODELET, Denise. **As representações sociais**. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações Sociais e Esfera Pública**: a construção simbólica dos espaços público no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. Cap. 4. p. 90-113.

- KALACHE, Alexandre. **A inversão da pirâmide etária**. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/entrevistas/entrevistas88.htm>. Acesso em: 09 de jul. 2007.
- KARSCH, Úrsula Margarida. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19 n. 3. Rio de Janeiro, jun/2003.
- LEDUC, Mauro Marcos Sander. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 100, p. 972-980.
- LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005 (Desdobramentos).
- _____. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n. 20, p. 517-24, jul/dez. 2006. Disponível em: <www.ipdsc.com.br>. Acesso em: 22 de set. 2007.
- LIRA, Geison Vasconcelos, CATRIB, Ana Maria Fontenelle, NATIONS, Marilyn Kay. A Narrativa na Pesquisa Social em Saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 1-2, Fortaleza, 2003.
- MACHADO, Laura; QUEIROZ, Zally Vasconcellos. Negligência e Maus-tratos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.121, p.1152-1159.
- MAIA, Ana Rosete; VAGHETTI, Helena Heidtmann, O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUZA, F. G. M e KOERICH, M. S. (org). **Cuidar-Cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis. Papa-Livro, 2008. Cap. 1, p. 15-33.
- MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Alimentação e Hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A de O.; D'ELBOUX DIOGO, M. J. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 17, p. 223-235.
- MEIRA, Edméia Campos et al. Universidade Aberta da Terceira Idade Extra Muros: promovendo o envelhecimento saudável. **Revista Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1/2, p. 76-84, jan/dez., Florianópolis, SC, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. 3. ed. São Paulo. HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MOSCIVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NOBREGA, Sheva Maia. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (org.) **Representações Sociais: Teoria e Prática.** João Pessoa: Ed. Universitária. Autor Associado, 2001.

PACHECO, Jaime Lisandro. Os Conflitos Familiares e o Idoso. In: SALDANHA, A. L. e CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso – A arte de cuidar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Interciencia, 2004.

PAIXÃO JR, C. M; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 21, n. 1. Rio de Janeiro: jan./fev., 2005.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas. In: FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 98, p. 950-960.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE, José Ribeiro. Envelhecimento: desafios na transição de século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 1, p. 3-25.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 3, p. 26-43.

PESSINI, Léo. **Envelhecimento Humano – desafios e perspectivas.** Pontifício Instituto Missões Exterior P. I. M. E Net Brasil, v. 94, 2005. Disponível em: http://pime.org.br/noticias.inc.php?&id_sessão=2#topo. Acesso em: 20 de jul. 2007.

PINTO, Meyre Eiras de Barros, **Cuidar de idosos é inerente aos nipo-brasileiros.** Portal do Envelhecimento (Artigos). Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2356.htm. Acesso em: 30 de set. 2008.

POLIT, D.; BECK, C. T, HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 18, p. 186-191.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DIOGO, Maria José D'elboux. **Como cuidar dos idosos.** 2. ed. Campinas: Papirus, 2000.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Revista Texto & Contexto,** v. 16, n. 3, Florianópolis, jul/set, 2007.

ROLIM, Marcos. **Projeto de Lei Nº. 6.163 de 2002:** Estabelece normas básicas para o funcionamento de estabelecimentos que prestam atendimento integral instrucional a idosos, como: Asilos, Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e congêneres e dá outras providências. Brasília: 2002. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>. Acesso em: 02 de agos. 2007.

SÁ, Celso Pereira. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1989.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Enfermagem Gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG – Seção São Paulo. **Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência - Manual de Funcionamento**, São Paulo, 2003.

SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O Papel da Espiritualidade e da Religiosidade na Vida Adulta e na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 139, p. 1307-1314.

SOUZA, Andréa Santos; MEIRA, Edméia Campos; SOUZA, Deusélia Moreira de; SANTOS, Isleide Santana Cardoso; ASSUNÇÃO, Paula Lisiane. Cuidando do Idoso na Família e na Comunidade. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, Belo Horizonte, 2004.

UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Joséia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Coleção Antropologia e Saúde: antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VALA, Jorge. Representações Sociais e psicologia do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (coords.). **Psicologia Social**. Serviço de Educação Fundação Colouste Gulbenkian. 4. ed. Lisboa: 2000.

VERAS, Renato Peixoto. O Brasil envelhecido e o Preconceito Social. In: VERAS, R. P. **Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, UnATI, 1999.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, 19(3): 705-715, Rio de Janeiro: mai./jun. 2003.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Atualização do cuidar. Aquichán**. [online]. jan./jun. 2008, vol. 8, nº 1 [citado 17 Novembro 2008], p. 85-96. Disponível na World Wide Web em: <http://www.scielo.org.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=pt&nrm=iso>.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed. 2000.

ANEXO A – Ofício de solicitação para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Of 07/08

Salvador, 28 de janeiro de 2008.

Ilm^a Sra

Irmã Maria da Conceição Correia da Silva

DD. Presidenta da Fundação LEUR BRITO

Vimos pelo presente solicitar de V. S^a autorização para que a aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Enfermeira Deusélia Moreira de Souza, possa efetuar a coleta de dados do seu projeto de Dissertação Intitulado "Representações sociais de idosos sobre ser cuidado em instituição asilar". Aproveito a oportunidade para informar que a coleta só será realizada após a liberação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo prevista para ocorrer nos meses de março e abril de 2008.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva

Coordenadora do Colegiado do Programa
 de Pós Graduação em Enfermagem

ENFERMAGEM
 ESCOLA

PROGRAMA DE PÓS
 GRADUAÇÃO

Rua Dr. Augusto Vianna, S/N, 7º andar. Vale do Canela. CEP 40110-060. Salvador/Bahia
 FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452
 Página na Internet: Endereço Eletrônico:

ANEXO B – Ofício de autorização para coleta de dados

FUNDAÇÃO LEUR BRITTO
FLB – Obra de Assistência Social de Amparo à velhice, Abrigo dos velhos.

Registrada no Cartório de
14158802/0001-39

Títulos e Documentos em
26 de Julho de 1958

Inaugurada em 1º de Maio de 1958

Utilidade Pública:

Municipal nº. 311 em 23.12.1958

Estadual nº. 7865 em 28.06.2001

Rua Dr. João Braga, s/n - Jequeizinho.

CEP: 45205-011

E-mail: flbabrigadosidosos@bol.com.br

Registro no Conselho Nacional de

Serviço Social nº.113.361/58/13.03.75

Utilidade Pública Federal, Lei nº

10.455/84 D.O.de Brasília 12-02-85

CNPJ

FONE FAX (73)
3525 1027.

Jequié, 04 de fevereiro de 2008

Ilm^ª. Sra.

Prof^ª Dr^ª. Mirian Santos Paiva

Coordenadora do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Prezada Senhora

Em atendimento a solicitação de V. Sa., venho através deste autorizar a aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem desta escola, Deusélia Moreira de Souza a realizar coleta de dados nesta instituição, para elaboração da sua dissertação intitulada: “Representações Sociais de idosos sobre ser cuidado em instituição asilar”.

Cordialmente,

Imã Maria da Conceição Correia da Silva
 Imã Maria da Conceição Correia da Silva
 Presidente da Fundação Leur Brito

Deusélia

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (071) / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA Nº. 02/2008 – Folha de Rosto nº 175431 aprovado na Reunião Plenária do CEPEE UFBA realizada em 05 março de 2008, tendo em vista que atendeu as sugestões do relator e re-apresentou à Coordenação do CEP.

- Aprovado**
- Não Aprovado
- Projeto com Pendências
- Aprovado com Recomendação

Salvador, 05 de março de 2008

Darci Santa Rose

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR

INFORMAÇÕES AO COLABORADOR

Eu, Deusélia Moreira de Souza, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-la (o) para participar da pesquisa intitulada **“Representações Sociais de idosos sobre ser cuidado em instituição asilar”**. A pesquisa pretende contribuir para a melhoria dos cuidados prestados por todos os profissionais, que atuam em instituições asilares e oferecer subsídios para o planejamento e implementação do cuidado de enfermagem de qualidade.

Estabelecemos como objetivo desta pesquisa: Conhecer as representações sociais dos idosos sobre ser cuidado em uma instituição asilar.

Com este documento fornecemos informações sobre a pesquisa, para sua compreensão, e possível participação, que será de forma voluntária. Você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa da mesma, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde n 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Não haverá benefícios financeiros, quer seja para mim como pesquisadora ou para o participante.

O instrumento para coleta das informações (dados) será a entrevista narrativa, que consiste numa conversa com duas questões de aproximação e duas questões norteadoras. Você poderá falar abertamente sobre o assunto, sendo que sua fala será registrada em gravador, para o qual solicitamos sua autorização. Posteriormente a entrevista será transcrita.

As fitas gravadas permanecerão em minha posse, serão guardadas por cinco anos, e ao final, você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Para manter o sigilo e anonimato a sua fala receberá um nome fictício.

As datas e horários das entrevistas serão acordadas entre nós, entrevistado e entrevistador, e será realizada em local privativo.

Os resultados da pesquisa serão transformados na Dissertação de Mestrado e artigos científicos. As transcrições estarão disponíveis para a instituição e entrevistados, para consultas e análise a qualquer tempo, para esclarecer dúvidas.

Você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, para as quais solicito a sua assinatura, caso concorde em participar. Destas duas, você ficará com o original e nós com a cópia.

Se houver desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local e horário combinado, ambas as partes devem remarcar outro dia e horário.

Afirmo que você não será submetido (a) a coação, indução ou intimidação.

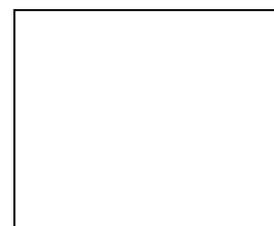
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Representações Sociais de idosos sobre o ato de ser cuidado em instituição asilar**”, li o conteúdo do texto “Informações ao Colaborador” e entendi as informações relacionadas a minha participação nesta pesquisa. Conversei com a mestrande Deusélia Moreira de Souza, sobre a minha participação voluntária na pesquisa.

Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo, ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido (a) à coação, indução ou intimação.

Jequié, ___/___/___ _____

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta pesquisa.

Jequié, ___/___/___ _____

Assinatura da pesquisadora

Deusélia Moreira de Souza
Rua Dr. João Braga, 769, Jequiezinho. Jequié-BA
Fone: 73-3525-5010
deusams@gmail.com

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE O ATO DE SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR****Dados de Identificação:**

Iniciais _____ Nº _____

1. Idade _____ 2. Sexo M () F () 3. Situação conjugal _____
 4. Escolaridade _____
 5. Tempo na instituição _____
 6. Condição cognitiva _____
 7. Condição econômica:

Aposentado	recebe remuneração ()
	sem remuneração ()
Não aposentado	recebe ajuda financeira ()
	não recebe ajuda financeira ()

8. Aceitou participar da pesquisa: Sim () Não ()

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?
2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?
2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

APÊNDICE C - Entrevistas transcritas

ENTREVISTA Nº 01 - *SOFRÊ*

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *O cuidado do pessoal daqui da casa, que cuida da gente, é sempre, eu acho, um cuidar bem... Não tem nada que falar mal sobre esse negócio de cuidado. Cuida muito bem.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Cuidado de saúde pra mim é o cuidado do pessoal da casa que cuida de gente, e o do médico. O cuidado é a higiene, é as pessoas ter paciência de cuidar das pessoas idosas e das pessoas doentes. Tratar a gente bem, a gente também tratar as pessoas bem, também. Eu acho que o cuidado é isso, pra mim é isso.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Não, porque... a minha saúde... minha saúde, já sabe como é? O meu problema, eu só tenho um médico só. Quem cuida de mim é Dr. Cajueiro é ele, e então... pode aparecer o que aparecer, quer dizer, que a queixa só vai pra ele. Não tem mais outro problema nenhum. Eu não sou passado por outro médico, a não ser ele, que seja meu médico. Os problemas que eu tenho, a senhora mesmo já sabe, o problema que eu tenho, a hanseníase, a hanseníase. Quer dizer, que o problema é esse mesmo. O médico já sabe o que eu sinto. Quer dizer que aquele remédio, aquela medicação que ele passou pra mim, é aquela, é aquela. Eu tenho que usar aquela medicação e não tem mais nada de queixa. Vamos que eu tenho problema, eu tenho muitos outros problemas, mas, ele diz que só vai ser realizado com cinco anos pra frente, não tem mais nada.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *A qualidade é a mesmo, que eles estão cuidando, não falta nada... Graças a Deus não falta nada, né? Se tiver urinado, tem quem troque. Se tiver... (pode falar essas coisas, pode?), se tiver de fezes, qualquer coisas, em um instante vai ser logo trocado. O banho nunca falhou, quem desse banho, nunca falhou. Se tiver na cama e falar: “eu não quero ficar na cama”, tem quem coloque pra fora. Se tiver lá fora, e disser: “eu não quero ficar aqui”, tem quem venha e coloque na cama. Se disser, numa comparação: “eu não vou querer esse café desse jeito”, quer dizer que tem ordem pra vir de outro jeito. Se disser: “eu não quero essa comida. Esse negócio de comida é essa, é essa mesmo”. Eu não gosto de exigir mais, se desejar uma coisa assim, nunca que tem boca pra dizer que não, que não, que não. Quer dizer que o cuidado pra mim seria esse. Se quando eu der uma dor, qualquer coisa... tenho certeza que tem que ter médico. Ai tem que aparecer médico. Porque Dr. Coqueiro é médico e tal, mas quer dizer, ele é o médico dos outros aí, né? Quer dizer que meu problema, o meu médico é esse que eu tô falando. Graças a Deus eu sou muito bem cuidado, não tenho nada de dizer*

que tem nada contra aqui não. Dizer de cuidado é o que eu tô dizendo. Agora, outra coisa eu posso. Tudo direitinho, tudo arrumado, cama, tudo, tudo, não falta nada, nada, nada. Eu me sinto amparado. É melhor do que tá com a própria família, muito melhor, porque a família não cuida direito, não. Eu vim pra aqui numa situação péssima e, Graças a Deus, que parente não me acolheu. Então... eu vim pra aqui e quem me acolheu foram elas aqui, Graças a Deus! Não posso dizer que estou bom, ainda tem muita tarefa daqui pra frente, ainda, mas, Graças a Deus, eu estou numa boa aqui, não me falta nada na vida, eu estou zelado. Vim num sistema horroroso para aqui. Hoje em dia, presentemente, eu estou sentado numa cadeira, que tô conhecendo todo mundo, tô vendo todo mundo. Não posso me queixar nada mal daqui, não é? O que eu posso dizer é isso.

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - Não, o meu caso é esse somente, o que eu tenho pra dizer é isso. Mais outra coisa, não. Graças a Deus é muito bem cuidado, melhor muito mais. Não tem pai, não tem mãe, não tem ninguém pra ser cuidado como eu sou aqui, não. Porque ... Graças a Deus sou bem zelado, tenho meu banho, tenho minhas coisas, tudo zelado, cama tudo arrumada, tudo organizado, tem as minhas comidas, as merendas. Nunca dormi ... pra dizer que dormi sem tomar café, só se eu não quiser. Eu tenho uns problemas, que não posso tá todo dia me alimentando, mas é problema meu mesmo, mas outras coisas não falta, nada, nada, nada da vida, graças a Deus. Posso dizer que estou muito melhor, muito melhor do que na casa da família minha, porque a família não me liga, não cuidou. Eu piorei, eu me queixo que eu piorei mais por falta de higiene da casa que eu tava lá, com as irmãs minhas, falta de higiene, não teve higiene. Se a pessoa não tiver higiene, aí agora a doença se multiplica mais e piora, se torna uma coisa até pior. E graças a Deus aqui não. Aqui eu posso dizer que estou no céu, aqui, sobre isso é, (se a senhora quiser perguntar mais coisa pode perguntar, não tem problema).

ENTREVISTA Nº 02 - PARDOCA

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - Cuidado é zelar direito de nós.

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - Cuidado de saúde é zelar. É dar remédio na hora certa, dar banho, dar comida. (Pausa longa) Eu acho que é essas coisas assim....

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - É ter médico quando precisa, né? Tomar remédio. As coisas certas.

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Bom... é andar direito, né? Não responder às irmãs. Respeitar.*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Zelar das irmãs. Não responder. Não ser bruta, tratar bem. Pronto, tudo certo... eu acho certo. Tem muita gente bruta, muita gente bruta.*

ENTREVISTA Nº 03 - PÁSSARO PRETO

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *Eu entendo por cuidado. Antigamente, primeiramente, vou explicar. Primeiramente, eu trabalhei muito em estrada de rodagem, depois então eu aprendi a dirigir um pouco, né? Aprendi a dirigir, então eu parei, que a visão acabou, não deu. Aí, eu não dirigi mais. Aí, eu comecei, fui trabalhar na roça, lá em casa. Aí, depois disso, eu fui embora. Voltei de novo. Quando eu cheguei, vim para o Km 100. Cheguei lá, a irmã Cajazeira tava lá e falou com o padre pra eu tomar conta de uma igreja que tava lá em construção. E eu ficar tomando conta. Aí, eu fiquei, a irmã Figueira chegou e me chamou pra ir pra cá, pra eu voltar com 30 dias e tô com essa idade. Eu fiquei gostando, né? Fiquei gostando e então... muito terra pra gente trabalhar. Eu gostava de batalhar um pouco, até hoje. E cheguei e tô até hoje. Nas horas que eu quero trabalho, quando eu não quero, eu fico bem na minha, né? Tem comida na panela. (Risos) Aí chego, e quando eu termino de cozinhar minha panela eu tiro e fico esperando o sino bater pra ir buscar meu prato, pra ver qual é a comida que tá mais boa (Risos). Então... aí eu digo: “olha, eu preciso arrumar uma carniinha pra comer assado, me dá, me dá”. Aí, eu digo: “acabou”. Aí, me dá outra. Me dá café, me dá açúcar pra tomar. Ai, agora, eu vou pra roça, batalhar. Então eu fico pensando, eu vou é me embora. “Pra onde é que tu vai Pássaro preto?” Eu vou outra vez dirigir caminhão. “Como é que tu dirigi, cego e nessa idade”... (voz confusa) E tá é bom demais. Eu vou é dormir. (risos). Aí, eu digo, eu quero um dinheiro aí. “Não vou dá dinheiro não”. Me dá um dinheiro, me dá um dinheirinho. Aí, eu sai pra rua. Chego lá, fico pisando por lá, pego uns meninos ali, pego um moto táxi, pego Umbuzeiro (Voz confusa) E vem mais eles. Tem aquele menino também que é filho de Limoeiro, que ele agora é até sargento. Chega, e eu venho mais eles também. Quando eu chego e saio pela rua assim e demora de aparecer por lá, até as crianças da escola. “Oh! Pássaro preto, tu tava onde, Pássaro preto, tava sentindo falta de tu aqui”. “Tava viajando, ó eu aqui” (Risos). Até as crianças. Isso dá prazer. Todo mundo nesses bairros que eu ando, aqui em J, todo o mundo me conhece, todo o mundo sabe quem sou eu.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Cuidado de saúde deve ser dar um remédio, e aí é cuidado de saúde. Esse Dr. Coqueiro, que tá aqui. Eu tinha uma hérnia. Aí, ele chegou e falou com a irmã Videira. Quando for amanhã você vai, Dr. Coqueiro, era lá, aí você vai lá conversar com o médico. Eu fui*

conversar com ele. “Isso é uma hérnia. Leva ele lá 2 horas”. Eu fui. Quando chegou lá ele disse “Pássaro-preto, vai levar faca”. Você tá doido, doutor? (Risos). Num dia de quinta-feira ele me operou, quando foi na sexta-feira. Tudo muito bem... da operação. “Esse homem não tá operado, não. O homem já levantou 4h, já tomou banho”. Eu disse, não é comigo, eu quero ir embora. “Não, você agora dê o exemplo”. Quando foi no sábado, eram umas seis horas a irmã veio me buscar, quando deu seis horas, nós foi embora. Quando nós chegou aqui, eu saltei. Aí embaixo era umas tábuas. Aí, eu pensei, vou limpar isso aqui pra plantar arroz. Chegou Videira, e mandou a gente pra cá. Me deu um esporro grande. Nossa, eu só tô espiando, rapaz. Aí voltei. Quando ela entrou pra cá eu voltei de novo. Foi assim que eu entrei aqui. A irmã Laranjeira, me deu uns esporros muito grande. Eu voltei e disse, vou quietar. Quando tirou os pontos, aí agora eu fui cuidar das vacas. Conseguir fazer isso aí tudinho. Tem algumas coisas que eu não achei e Mamoeiro, que tinha uma casa de negócios lá no centro. “Oh! Pássaro-preto, pra tu achar só lá em Conquista”. Eu disse: “tá bom”. Eu fiz uma horta bonita. Eu pensei, eu vou é ali no bispo, pegar umas mudas de capim pra eu plantar. Eu fui no bispo, arrumei umas mudas de capim e plantei. Aí, quando tava bonito eu falei pra irmã Laranjeira: “Irmã Laranjeira, vou botar esse gado aí!” Fiz uma cerca, amarrei com palha de banana, que era os grampos, né? Aí, quando o capim... “Não, não, isso aí não... isso aí é pra uma reserva”. Fui lá, queimei as botas e joguei o gado dentro e corri pra cá. A irmã laranjeira, disse “É vaca ladrona, quebrou a cerca”. E sendo eu. (Risos) Ela desconfiou que fui eu. Tá bom! Fui eu mesmo, já que o gado tá com fome. Agora eu vou largar de mão e deixa pra lá. O gado morrer. Aí acabou. Lá no canto tinha uma moita de capim, aí na roça. Aí, eu disse, sabe o que eu vou fazer? Eu vou furar um buraco lá no canto, perto da Exposição e joga o gado dentro. Aí eu corro pra cá e falo que quebrou a cerca. E sendo eu. E o gado tudo dentro da roça. Depois, eu disse que fui eu que tinha feito. O gado estava com fome. (Fala confusa). Tudo que eu faço aí é tudo pra aqui, tudo pra aqui. Planto banana da terra, banana da prata, banana d’água, quiabo, batata do reino, aipim. Ontem mesmo eu tirei duas vezes pra aqui. Cada pratão que se comeu, né? Na hora do café se comeu o aipim todo. É assim, eu gosto de batalhar.

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - Então... de saúde. A irmã foi lá e falou comigo... Primeiramente, eu fui fazer a cirurgia lá em Itabuna. Aí, eu foi mais a irmã Videira, e a outra irmã que tá em Salvador. Então... eu fiz e voltei, quando é agora de novo. Eu fiz da direita, mais a esquerda ficou ruim. Então quando foi essa semana a irmã Goiabeira. Teve lá e falou que no dia 26, que vai cair numa segunda-feira, duas horas da tarde. “Se eu viajar, você pede as outras aí, pra lhe levar”. É segunda-feira, dia 26, duas horas, você vai. Quando é agora, segunda-feira, eu vou duas horas, fazer outra revisão da vista esquerda. Uma não tá muito boa, mais uma sozinha, não dá. Mais as duas já melhora um pouco. Eu planto um bocado de coisas e não vejo não. (voz confusa). Em Dr. Coqueiro, foi da vez que eu fui, com Dr. Coqueiro, foi dessa vez. Tô com essa idade aqui, e nunca vim aqui, no consultório dele. Sadio, graças a Deus. Fiz exames de próstata, fiz exame de uretra, fiz exame de sangue. Ele veio aqui num dia de quinta-feira. Ele disse. “Você velho, olha” (levantou o polegar direito, fazendo sinal de positivo). Ele veio trazer os resultados, Dr. Coqueiro. É por isso que eu gosto dele, de coração, gente boa... Graças a Deus.

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Eu acho que o cuidado que deve ter com o camarada é ter o medicamento. Ter o zelo de tratar, né? E assim, eu penso que seja. Eu mesmo uso colírio, a enfermeira Jaqueira, essa outra menina, Jabuticabeira. Eu uso só um colírio, é só o colírio, de manhã e de tarde, mais nada... (Voz confusa). Um dia eu tava doente, a irmã foi lá e fez um chá e me deu. Eu joguei fora. "Aí, tá querendo é cachaça". (Risos) Eu saio, pois eu bebo umas mesmo. Elas mesmas dizem, que eu sou uma pessoa que sai, toma umas e vem embora. Quando eu chego, vou pra roça, molhar as coisas.*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Eu queria falar mais um pouco, assim... Eu queria que elas me tratasse mais ainda do que elas já me trata. (Risos) Aquela irmã Bananeira, mesmo ela disse, eu conversando. Que minha chapa do fogão quebrou tudo. Olha o fogão como tá velho. Ela comprou outra chapa novinha, eu botei hoje. (Risos). Olha aí, é a inauguração, é? A inauguração é amanhã. Mas precisa de carne, pra assar, pro churrasco. E pra mim não falta nada, falar a verdade.... eu preciso de um dinheiro, aí, ela pega dez conto e me dá. Eu não tô nem aí. Ali mesmo em Feira de Santana, quando eu passava, o tenente (voz confusa) ele me conhecia, quando eu passava pelo Tomba e ia buzinando desde cá de riba. Ele dizia: "Aquele é Pássaro-preto..." A camisa vermelha, tirava a camisa, jogava no ombro. Eu parava pra conversar. Depois de conversar eu ia pra Salvador. (Pausa) Já tive muita atividade na vida. (Pausa) Nesse mundo que eu andei, não deixei um inimigo, deixei tudo amigo, tudo amigo. Esse menino, que era prefeito, Jambeiro, que é de Brejões, ele gosta muito de mim. Então... Aquele de Planaltino, esse ... Abacateiro, (Voz confusa) ele vinha na frente puxando a linha do gado, numa D20. Ele parou. "Tá fazendo o que, Pássaro-preto?" "Arrancando capim"! Quando ele fez a campanha. (Voz confusa). Ele queria que seu J., D., Dona C., N. e S. trazer os títulos deles, pra ir para Planaltino pra votar pra ele. Ali em Marcionilio Souza, Tamborí, quando eu passava por lá, parava no posto, chegava... Esse menino chegou lá um dia e perguntou se me conhecia. "E onde é que tá Pássaro-preto?" (Voz confusa, de difícil compreensão).*

ENTREVISTA Nº 04 - AZULÃO

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *Bom, o que eu entendo por cuidado é uma pessoa que cuida de mim, né? E. (Pausa) que me ajuda nos momentos difíceis da minha vida, né? Que cuida bem de mim, né? (Pausa) É difícil à pessoa que cuida da outra pessoa dizer não, sempre diz sim. Quando é impossível, manda a pessoa idosa esperar um pouco, ter um pouco de calma, espera que eu vou ver o que resolvo por você, o que faço por ti. Pois ninguém pode cuidar sozinho de si. Tá cuidando de mim, né? Mas, às vezes nem sempre no momento que a pessoa precisa, tá precisando, melhor dizendo, é atendido na hora que tá precisando, né? Tá cuidando de mim, bom! Tá cuidando é uma coisa, mas precisar é outro, não é verdade?*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Bom, cuidado de saúde, bom, no meu ponto de vista, eu cuidar de mim, primeiramente de mim. Eu procurar cuidar de mim. Procurar me conservar. Evitar certas alimentações que eu não posso comer e às vezes eu abuso e como, né? Por exemplo, a bebida, né? Porque a bebida, ela distrai e destrói ao mesmo tempo, né? É isso pra mim.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Não, eu pelo menos eu já recebi, agora mesmo eu operei. Fui operado da vista esquerdo, né? Fui para Salvador. Eu operei no Hospital Santa Luzia, aquela nossa patrona, nossa patrona da nossa visão. Gostei muito daquele hospital, fui bem recebido. A pessoa, minha acompanhante, também gostei, né? Me acompanhou muito bem, né? E aqui, tudo que diz respeito à saúde eu não tenho nada a dizer. Sempre fui muito bem atendido, né? Da parte médica, da parte de fisioterapia, essas coisas, né? Medicamentos, eu precisando, eu sempre tenho, né? Tudo isso.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Bom. Eu acho que o cuidado das pessoas idosas que vivem num abrigo, tem que ser um cuidado especial, né? É idoso, né? Às vezes a pessoa é inválida, não está com a saúde perfeita, as vezes tem defeito físico, ou visão, né? Como a senhora vê, tem isso tudo aqui, né? Então ... eu acho que tem que ter um cuidado especial, com o idoso que tem defeito físico. Eu por exemplo, só enxergo de uma vista, da vista esquerda, que foi operada agora. E tenho problemas, tenho artrite, tenho hérnia de disco na coluna, problema de coluna. Tem que ter um tratamento diferente. Às vezes quero fazer alguma coisa, que eu tenho vontade de fazer e não posso. Eu vejo alguém fazendo aí, um trabalho que eu sei fazer e já fiz, mas não posso fazer. Não tenho condições físicas. Mas vontade eu tenho.*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Não, eu não tenho mais nada a dizer, né? Eu estou muito satisfeito aqui. Eu fico feliz da vida quando alguém me procura, né? Não só a senhora, como as estudantes de Medicina que vem aqui. Eu fico feliz da vida quando elas vêm aqui. Fico mesmo. Fico vendo um bocado de gente, tudo de branco. Fico cercado de gente jovem. (Risos). Eu fico feliz da vida. Fico alegre.*

ENTREVISTA Nº 05 – PATATIVA

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *O cuidado é alguém tomar conta de uma coisa, não é, minha filha? Tá certo? É assim, a pessoa ficar num lugar, ali toda a vida, não sai nunca, é assim (risos).*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Cuidado de saúde é tudo falando na vida. Quer dizer que é a doença. É doença. Né filha?*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Eu não sei mais. Né?*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Assim... minha filha, como Deus é servido, como ele quer, não pode ser mais, né? É isso mesmo? Pensar assim na vida, né? Deus dá uns dias de vida, pra durar mais, pra viver mais. Tudo isso, né?*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - Não.

ENTREVISTA Nº 06 - CANÁRIO

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *O cuidado... cuidado é cuidar de uma pessoa que não tem condições pra andar, a gente tem que ajudar. Se a pessoa não tem condições de ir na privada, nós temos de ajudar. A pessoa, quando ela tenta ajudar levar outra pessoa onde vai defecar. Depois... quando tem condições a gente leva no banheiro pra tomar um banho. É. Aí ela... aí o paciente ia levando, eu dizia não... não responde não. O que Deus passou pra ele, passa pra mim, passa pra tu. Até a doença. Tem que tratar bem tudo mundo, ter paciência. Deus é nosso pai. Olha aí!*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Cuidado de saúde eu não sei dizer não.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Quando minha mãe, minha mãe morreu, eu vim de lá pra cá. Vim de Ibicuí. Ai eu cheguei e pedi numa casa e Caramboleira me trouxe pra aqui, me levou pra Dona Aceroleira. Da Dona Aceroleira a Jabuticabeira foi pra São Paulo, que tem como marido o Tamarineiro, e me trouxe pra aqui. Eu digo, olha aí! (Risos) A Jabuticabeira é uma pessoa boa, é do tipo da senhora, é educada, a Jabuticabeira. É, foi ela que me trouxe para aqui, graças a Deus. Quando eu vim pra aqui, eu não tinha registro. Depois... a irmã Goiabeira tirou pra mim, aí. Ela arruma médico, quando eu preciso. Gosto dela. Primeiramente Deus, depois de Deus ela, o que me mandar fazer pra ela eu faço. Com fé em Jesus Cristo.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Cuidado é o seguinte. Se a pessoa precisa de uma ajuda, a pessoa não pode murmurar conversa que ele viu, ficar conversando, não. Peça a Deus que ajude, mas não toque a língua na pobre pessoa, não falar o que não sabe e não viu. Essas pessoas não têm a mente certa. A coisa melhor que a pessoa tem é ter a mente certa. Que, o que passou com o paciente a pessoa tem que pensar... depois que abrir a boca pra falar. Tem que pensar pra depois falar. Olha, seu negócio não tá certo. (Risos) Oi, meu Deus!*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Quando eu vim aqui. Não, eu estou aqui. Graças a Deus. Gosto também desse Sapotizeiro que tem uma oficina desse outro lado de lá. Ele mora pra aí. É uma pessoa boa. Ai, teve uma brincadeira aí. Ai, eu dançando mais ela e ela morrendo de ri. Ai eu disse, por que a senhora tá rindo? Ai, eu reparei, eu digo, eu sei o que a senhora tá rindo. “Então fala, Seu Canário”. Eu digo, não, na hora que nós tiver terminando eu digo por que a senhora tá rindo. Eu disse, oh esse aí. Ela começou a ri. Eu digo, se eu tivesse conversando besteira com ela, ela “pã” no ouvido do Sapotizeiro. Só isso aí. Tem que falar a verdade, o que a gente vivi, né? Porque andar conversando besteirinha, tem que falar certinho que é pra pessoa escutar o que a gente tá dizendo. Eu gosto primeiramente de Deus, de vocês, mas eu gosto bastante dessa casa aqui. Primeiramente de Deus, depois de Deus essa casa aqui. É uma casa boa. Quando eu vejo que não tem um sal, não tem carne, como eles falam aí. Eu como pouco e deixo, e digo que foi uma laranja que eu chupei, pra não conversar bobagem, umas coisas assim. Conversar com você eu converso, mas conversar com outros, vai pra cozinha e conversa (Risos).*

ENTREVISTA Nº 07 - BEM-TE-VI

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *Por cuidado... Cuidado é tratar todo mundo bem, respeitar as crianças, os velhos e os jovens, né? Tem que respeitar. Não andar com certas conversas, conversando de A e B... vida dos outros, não pode conversar, né? O que viu, deixou lá. Não andar comentando para os outros. E mais... minha saúde. Eu zelo e cuido dela. Eu gosto muito de minha saúde, né? É um prazer que nós temos todos.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Pessoa andar bem cuidado, né? A pessoa cuidar de si mesmo. Ainda poder cuidar da sua saúde. Não andar sujo, nem rasgado. Andar direitinho, bem apresentado.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Conversam muito com a gente aí sobre a saúde. Se preocupam se podemos tomar banho sozinho, se come sozinho, se veste roupa sozinho, se anda, se passeia por aí, se sai na rua. Uns sai, outros não sai não. Quem tá aí na cama não sai não, né? Quem pode andar vai na rua e volta, né? Eu faço tudo isso sozinho. Eu vou na rua comprar uma bolachinha, um negócio e volto logo pra trás. Né?*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Com alegria, não é? Com os próximos meu, né? Com amizade com os colegas aí, e pronto. Meus amigos é tudo bem cuidado, tudo zeladinho. E aí que é bom pra gente. Cuidado, né? Aqui tem o banho, seu sabãozinho, sua cama bem arrumadinha e tudo em dias.*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Naquele tempo que a gente estudava o ABC, né? Eu ia para a escola e daí lia o ABC todo, relia e lia. Depois do ABC passava para a cartilha, da cartilha agora passava para o primeiro e para o terceiro, não sei mais, né? Estudei muito, mas não aprendi nada. Levei 4 anos na escola. Meus colegas tudo é doutor, uns é médico, outro é padre, outro é sargento. A leitura na minha cabeça não entrou nunca. Eles têm situação, tudo rico. Acabou-se tudo, fui pelo mundo... me desgostei e saí. Vim para aqui para estudar na pena, no tinteiro, aí escrevia na pena. A pena tinha dois biquinhos, bico de pato, botava no tinteiro e agora escrevia no papel. Também o quadro da gente, da escola, era um cabo de vassoura, quando abria aquelas florzinhas era onze horas, ia merendar, ia para a merenda. Para sair para o xixi, tinha a licença. Você pegava a licença, apanhava, chegava lá, fazia o xixi, voltava e entregava ao outro. O outro saía, sem a licença não podia sair. A gente ficava também de castigo na escola. Se não desse a lição, a turma ia pro sol e os outros ficavam presos lá no quarto, até dar a lição, se não desse, ficava de castigo com um letreiro nas costas, com as costas para a rua e a frente para o professor. Né?*

ENTREVISTA Nº 08 – *ANDORINHA*

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *Cuidado e ter cuidado com a vida, não? Acho que a vida é importante, não é?*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Eu não sei dizer.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Já, umas pessoas zelam da gente... outras são muito grosseiras.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Ter cuidado com a gente. Dar a comida na hora certa, dar remédio, zelar, quando tiver doente, levar ao médico, né?*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Comer coisa doce me enjoo. Por causa da diabetes. Falta sono de noite (voz confusa) fico morrendo de frio (voz confusa). Um morreu. Né?*

ENTREVISTA Nº 09 – *CALOPSITA*

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *Eu não sei te dizer. É ter com quem brincar, rodar, contar. Porque... negócio de costura eu não quero mais, negócio de ...essas coisas assim, eu não quero mais. Quero viver assim até o dia que Deus prometer, até o dia que ele quiser. Cantando, rodando, é brincando, conversando, o que eu posso conversar. É isso. Outro dia a professora me perguntou. “Dona Calopsita, depois de idade, o que é que você se interessa?” Eu sei muita coisa, eu sei bordar, na máquina de pé, né? Na de mão, fazer bordado, bainha aberta, crivo, tudo isso eu faço. Mas hoje eu não faço mais nada disso. (Risos) Agora... me peça, Ó Calopsita canta uma roda aí pra mim. É ligeiramente. Fazer igual o cantador. O que é bom é voz, e eu tenho. Quer dizer que o que eu consigo é isso. Mas dizer que eu vou mais aprender leitura, eu não me interessa. Eu vou mais aprender certas coisas? Para que eu quero mais? Agora, se fosse no tempo de eu moderna e tivesse escola Mobral. Porque no tempo nosso, teve escola, teve escola e muita. Era mais dificultoso. Pra gente achar assim, como é hoje. Nós já tava*

matriculada, mas não sei o que foi que teve, resolveram. Aí, nós bateu palma. (Risos) Menino não aprende a leitura, por causa que ele esquece. Eles vão para a escola pra brigar. Não é não? Ou tu acha que não é? É igual eu vou te fazer uma pergunta. Qual é o Deus do menino? Deus tem menino por ele? Qual é o Deus dele? Quero que você me explica. “É o nosso, não é?” “É o mesmo nosso.” É o mesmo nosso, mas ele não tem o entendimento de saber que Jesus é o nosso pai. O Deus dele é o pai. Quando nós vai fazer uma coisa errada, que nós acha que nós errou. Meu Jesus, me perdoa Pai! Não é? E o menino, de quem é que ele tem medo? Quando ele erra, de quem é que ele primeiro lembra? Dos pais. Não é não? Ele não lembra de Deus. Meu pai me bate! (Risos) (fala confusa) Eu sei uma babinha aberta, que se eu fizer aqui pra vocês ver, vocês fica tudo... mas eu não faço. Eu tinha um transmissor de tirar. Tudo eu tinha. Pra costurar... um transmissor. Não sei se ainda tem até hoje? Ali tira uma mulher qualquer, ali tira galinha, tira boi, tira tudo que quiser, por ele (Fala confusa). Por cima, ele tá por baixo. Eu estou errada sobre o menino? (Risos) Ele joga um pau no outro, bate e coisa e tal. De quem é que ele se lembra. Faça isso não, que pai me bate, e mãe. E nós se errar, de quem é que nós se lembra? É Jesus, não é? Oh, meu Deus, eu errei!

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - Aí agora eu não sei te responder. É ter boa saúde, gozar bem da vida e da saúde. Não sei te responder não. Eu já te disse, eu não tenho vontade mais de aprender. Quando eu tava na base de 09, de 10, 12 a 15 anos, tudo que eu via eu aprendia, de verso, música. Mas agora, depois da idade, eu tô vendo... fica assim na cabeça, e depois desaparece, esquece. É a memória que não tá boa. (Risos). É isso mesmo, todo o mundo só fala que é assim mesmo. Depois que a gente chega à idade, não tem mais jeito pra gente não. É isso mesmo, só vai esperando o quê? É a morte, não é não? Pode até viver ainda um bando de anos mais. A gente quando tá novo, ainda aproveita a amanhã. Quer vestir bonito, quero roupa bonita pra vestir. Não é assim? Eu tô errada?

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - Eu tenho saúde. Não sou uma pessoa doentia. Só me falta, sabe o que é? É uma fraqueza que eu sinto nas pernas. Essa fraqueza... não vê eu andando com essa bichinha aqui? (se referindo ao andador) é a fraqueza. O povo diz “Calopsita, é porque tu já acostudou.” Tem hora que eu penso que é mesmo. Eu já acostumei nela, quando eu fico sem ela. Se eu for andando, dá duas ou três passadas sozinha, agora eu encostando aqui no negócio, encostando no teu braço, vai embora. Mas sozinha, não posso, não posso conseguir.

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - Ter os cuidado que precisa, ter os medicamentos. Deus adjutora elas, que aquelas que tiver numa cadeira de roda e com a abertura de Deus, e botar elas para andar. Eu acho assim um pouco difícil. Quanto mais vai seguindo pra frente, a pessoa vai endurecendo os nervos. Tudo isso eu penso. Que nem aquele Sofrê mesmo. É um coitadinho. Eu tenho pena daquele homem. Ele faz de um tudo, ele luta. Emenda cobertor. Ele emendou uma coberta que foi naqueles mundo. É uma pessoa boa, mas naquele estado. E ele não tem muita fé na vida dele não. Aquela Pardoca, aquela rouxona. Quando eu cheguei pra aqui já encontrei naquele estado ali. Eu tô com cinco anos, vai inteirar agora em agosto, no dia dois. Eu já topei ela ali. Cada mais os dias passa, mais os nervos vão endurecendo, não é? Fica

dependendo de outras pessoas. Só aquelas pomadazinhas, aqueles comprimidozinhos, aqueles negocinhos, é ela não bota o pé no chão. Aquela Cajazeira-mirim chegou os tocos. Tu sabe Cajazeira-mirim qual é, não sabe? Magrinha, o povo acha peso para tirar ela da cadeira de rodas.

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - Só estas coisas que eu tô falando. É o que eu tô dizendo. Eu sei fazer renda. Eu sei um negócio que me ensinaram lá, a gente desfia pra fazer as borboletas. Tudo lisinha. Eu só não sei fazer tricô. Negócio de lã, não. Bainha aberta eu faço. Roupas, só nunca costurei roupas de homem, mas de mulher eu fazia, corto vestido volante. Antigamente não se fazia duas saias? Hoje tá fazendo também, tendo o mesmo molde. Duas saias, dois babados, eu fazia a mesma coisa, costurava. Calantava, catava meus café. Nós brincava, nós dançava, nós sambava, era um batuquejé brabo. Mas já hoje eu não quero mais nada disso. Eu brinco, quando é tempo de festa que as professores pede pra nós. Nós canta, nós pega o microfone, é roda, é verso. “Se eu pudesse te escolher, pra botar no meu jardim, quando fosse tempo das flores, eu colher você pra mim.” Tudo isso eu digo. Qualquer hora que me pedir, eu não tenho cerimônia. Agora é isso que eu tô dizendo. (Voz confusa) Fazer bordado na mão, eu sei. Faz na máquina e faz na mão também, não é? Ponto atrás, ponto de corrente eu faço. Eu não me interesse mais por essas coisas assim, não. Só me interessa o que eu tô te dizendo, um pouquinho, um pouquinho. Cantar, dizer um verso, uma coisa aí. Pode me procurar qualquer hora, me dá o microfone que a coisa eu boto pra... (voz confusa). Outra coisa não me interessa mais não.

ENTREVISTA Nº 10 – SABIÁ

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - Olha, minha filha, somente as coisas que eu fico fazendo aqui mesmo. Somente isso. Outras coisas mais nada, eu não tenho lembrança de nada dessa vida, mais não. Eu só lembro do tempo que eu vivia com minha mãe, meu pai. Eu fiquei largada do meu marido, fiquei uns quatro anos mais ele, depois fiquei largada. Só vivia na casa de curador. Tive na casa de uma curandeira uns tempos. (Fala confusa) Da casa dela, lá no Pau Ferro. Tive ruim. Eu saí e depois eu tornei voltar outra vez. Menina, foi coisa, foi coisa. (Fala confusa) Mamãe ficou tão triste que nem saia, coitadinha... não saia mais de junto de mim. Se eu tivesse viajado pra outro mundo, não podia, com mamãe assim. (Fala confusa). Quando foi com muito tempo eu saí da casa dela. Mamãe foi me buscar. Fui para a casa de Castanheira, lá em cima, numa rua que passa assim. Uma mulher barriguda, que tinha uma barriga enorme. Botava uma cruz de espada de Ogum. Ela se chamava Ingazeira, e o homem que trabalhava mais ela se chamava Maracujazeiro. Menina... foi um caso sério. Tive lá na casa dela. Cheguei lá dei um bocado de ataque na casa dela. Ia descendo umas escadas assim, um guia me pegava, me acoitava, assim. Deu trabalho prá pobrezinha da mulher, ela me panhava, com cuidado e tudo. Quando eu cheguei logo, dei um ataque que fiquei mais de

uma hora morte. Sempre eu dava uns ataques feios assim. *Aí, ela pegou a cozinhar uma lata de banho pra mim. Menina, eu fiquei lá um ano, na casa dela. Na casa de Ingazeira. Ela levou um bando de dias me dando banho. Botava uma lata de gás no fogo, cheio de folha pra cozinhar. Me deu tanto banho. Botava o banho pra esfriar e eu ficava despida e ela jogava água em mim. Eu tava com um cabelão. Era uma casa simples. Eu tava com 16 anos, tava moderninha. Cajaraneira tava mais eu ainda, tava completando três a quatro anos. Passei dois anos assim. Eu rezei pra Santa Barbara, rezei pra São Cosme. Rezei dois anos. Com poucas horas o guia começou a se manifestar, que foi um caso sério. Quando eu vi eu já tava na casa de Dona Pitombeira. Da casa de Pitombeira passei pra casa de Ingazeira. Eu levei um ano na casa de Ingazeira. Na outra eu levei poucos tempos. *Aí, eu levei um ano na casa de Ingazeira, depois sair da casa dela. Quando interei um ano, não fiquei mais. Quando ela chegou e disse: “Olha Jabuticabeira branca, eu não vou ficar aqui mais não”. Ela chegou, me arrumou toda. A gente tá num lugar, com um ano, minha filha, né? A pessoa já pode sair, já tá com um ano que eu tô aqui. Já tava com tanto tempo. Já tava fortezinha, já tava mais saradazinha. Arrumei os paninhos. (Fala confusa) Quando eu cheguei cá, passei uma... quando eu cheguei cá em casa, mais mamãe, na Siqueira Campos. Fui pra minha casa, mas... fiquei lá. Quando foi num dia de sábado, lá vem a mulher de novo, uma mulhezona preta. Morava lá pela Suíça, na casa de seu Mangostãozeiro, lá na Suíça, tinha casa lá e tudo. Depois ela disse: Ô Jabuticabeira branca, “Eu vim cá chamar vocês pra ir para a casa de Abieiro, lá nos Três Morros” (Risos) Um bairro chamado Três Morros. Diz que era pra ir prá lá, que a família toda morava lá mais ela, e não sei o que. Pra fazer um tratamento lá mais ela, que era muito bom o Abieiro. E essa moça já tinha morado mais mamãe na rua do Cochicho, o povo chamava rua do Cochicho. A gente morava mais mamãe. Eu era pequena, quando ela chegou, M., I., L., M., um bocado de mulher, tudo morando lá dentro de casa. *Aí, ia fazer comida, umas comia por fora, outras ia fazer comida dentro de casa. Era uma casona grande. (Fala confusa). Não tem aquela ruinha que tem do lado de baixo? Fora a de cima... fora o de cima, fora o de baixo, perto do alfaiate. (Fala confusa) Nós bateu pra Três Morros, sem fim, sem fim. Com poucas horas eu tava pra ter menino. Eu digo: Como é que esse menino apareceu assim? Com poucos dias, com poucos tempos que eu saí de um lugar pra cá. (Risos) Oh, minha filha, apareceu um menino com poucos dias que eu tava dentro de casa! Eu fui assim, no pote beber água, quando eu vi cair, quando eu abri as pernas caiu o menino lá. Foi outras moças que tinha lá que espionou, né? Quando viu, olha o menino. Elas panharam, foram tratar desse menino... ficaram criando, né? Diz que deu a um doutor pra criar. Deu a Dr. Açaizeiro pra criar esse menino. Eu vi um rapazinho assim de longe. (Fala confusa) Eu acho que foi tombo que ele levou. Levou um tombo. Eu não sabia, com poucos tempos, já com tanto tempo que eu não... Quando eu me casei com esse rapaz, o primeiro menino que eu tive foi com três meses, tornei botar fora também. Não vou ter sorte com esse menino não. Apareceu um leite lá prá menina tomar, a menina da irmã dele tomar. *Aí, quando eu vi, fiquei tonta. Já tava sentindo, (risos) achando que era fome, achando que era verme. Eu achei que podia tomar também. O outro eu tomei, né? O que eu via eu queria fazer. *Aí botei esse menino fora também. *Aí, enterrei lá, lá no quintal, botei um bocado de terra e fiz uma barrocona, botei umas folhas de mamão. Deixa ele aí. Não teve a sorte de crescer mais, né? Se levasse mais tempo, crescia, não é? Eu não tinha condições de criar, não. O primeiro e o segundo foi que criou. Já esse daí não tive sorte, o que eu podia fazer, não é? Por muito tempo também fiquei separada dele. Apareceu três casamentos pra mim. Tinha o primeiro, né? Depois tive um rolo terrível mais ele, eu não queria se aborrecer mais ele. *Aí, ele viajou pra Itabira e chegou lá e falou que ia demorar um ano. Eu disse: Se aparecer outro rapaz pra mim, o que é que eu faço? Ele disse, não tem importância não, isso e aquilo outro. Já tinha tratado de ir com um cunhado dele. *Aí, eu disse: “Vai tua viagem assim mesmo, se tiver que ser, se não tiver”. A gente moça assim, minha filha, se aparecer********

um casamento, como é que fica. Tem que dizer: “Eu quero fulano, eu quero cicrano”. Eu ficava assim lembrando, assim, mais não tinha... (Fala confusa) Eu fui comprar um gás aí. Entrei numa venda de Maracujazeiro, da venda dele entrei na outro. Quando eu vi tinha um caixeiro velho assim. Eu digo: misericórdia! Esse caixeiro eu lembro até hoje. Se eu for contar, é muita coisa.

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - Com essa inchação que eu tenho em minha perna. Eu já levei também duas quedas terríveis. Que eu não sabia de nada. Pisei assim na carreira. Essa daqui foi quebrada, foi também escorregando. Quase eu perdia os dois braços, quase, quase. Eu já botei gesso duas vezes, rachou um. Tornou botar outro, outra vez, foi na Servir. Doutor Juazeiro, abaixo de Deus. Eu fiquei toda aleijada. Eu não era assim, não. Era novinha, toda certa. Era igualzinha essa daqui... Só o braço que coisou. Agora a mão não fecha mais nada (mostrando a mão) Levei uma queda, caí pra trás, não vi e caí em cima daquela poltrona. O braço virou todo e a mão já ia entortando toda (mostrando o braço que quebrou) Ô, Sabiá caiu e quebrou o braço. Aí quando olharam eu tava.. Mas foi porque eu esqueci, minha filha. Eu tinha tomado banho aquela hora, mais tava com a precata de borracha, dessas passando dois dedos, era de borracha. (Fala confusa) Quando eu vi, eu caí assim pra trás, com o braço assim pra trás. Eu disse agora pronto, perdi foi meu braço. O braço virou todo assim. Foi aquele Dr. Juazeiro, abaixo de Deus. Ainda fui pra rua. Essa mão, essa mão entortou toda, foi um caso sério. Foi num ano isso, quando foi no outro ano, olha esse braço, caí de novo, outra vez, tornei vir de lá pra cá de novo na carreira, em vez deu me lembrar das coisas, que lembrar que nada... (Fala confusa) Aí, tava jogando espuma aqui, nos canto da cama. Ali agora, quando a pessoa viesse se tivesse tempo passava, não era? Via aquela espuma e se tivesse tempo, voltava pra trás. Quando eu vi tava aquele espumeiro assim, eu disse: “Como é que eu faço?” Eu vinha do lado da varanda. Não deu nem tempo de segurar. Devia ter voltado pra trás, pegar outro caminho por trás, mas, a coisa quando é pra pessoa ter, né? A senhora pode crer que quando eu fui chegando aqui, que eu vi a espuma, ao invés de esbarrar. Quando eu fui pisando assim, bem junto da cama, a menina que tava assim aqui disse: “Gravioleira o que é isso?” Mas ela não sabia de nada e jogou a espuma. E eu não sabia de nada também, né? Eu fui pisando em cima da cama e fui caindo no chão. Foi uma dor, levei uma queda doida. A havaiana de repente escorregou também, e senti o cotovelo no chão, abriu assim. Se fosse cortar, cortava. Só a senhora vendo, Ave Maria! se não fosse o doutor. A senhora pode crer em Deus. Eu tive uma dor, doeu mais do que o de cá que quebrou. Eu também senti uma dor terrível, quebrando que seja, morgando, morgou... Ave Maria! Ai, Dr. Juazeiro... Menina... fui aguentando uma dor a pulso, que quando abria assim, a carne chegava junto do osso. O carro vai tudo negociadinho assim, quando chega...machucava tudo. Quando chegou lá, ainda foi fazer... não sei se foi a irmã Laranjeira. Aí foi uma dor tão terrível, que misericórdia. Chegou lá, foi na Servir pra poder engessar o braço. Passou no RX, vixe, foi uma dor tão grande... Eu dei um grito tão grande. Ai! Ai! me acode. Trancou assim... Eu dei foi aquele grito. Eu dei aquele grito enorme... Ficou botando barro ainda... Ficou dois meses, dois em um e dois em outro. Foi um negócio assim. Já sofri por causa desses braços, duas quedas, nos dois braços... um em um, outro em outro. Agora... se eu ficasse assim nos dois braços. (Risos). Nem vestia, nem café bebia na mesa. A perna também ficou grossa, minha filha. Já vivia inchado... e com esse negócio desse queda, ficou assim. De vez em quando a irmã bota barro, bota na perna. Bota em todas as duas. Bota em uma, bota na outra. Tem vez que ela só faz pra uma. Que essa daqui é mais grossa. É mais inchada. Tem vez que ela bota nas duas. Agora mesmo na fogueira, não sei se dá tempo botar. Só depois que passar a fogueira.

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Já, minha filha. Tenho recebido sim, as meninas têm conversado comigo, diz uma coisa assim, elas chegam aqui, prosa mais eu, conversa, cuida de mim, dizendo as coisas. Essas meninas do estágio conversa mais eu, conversa, conversa, tira... aquele negócio do braço. Dá remédio pra tomar. Eu já tomei muito remédio, quando a gripe ataca em mim, vem forte. Eu tomo xarope. Elas me dão xarope de elixir. As tosses braba, quando pega as pessoas, né? A tosse braba, Ave Maria!*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Não posso dizer a senhora mais não. A gente vai levando a vida assim. As coisas que precisar, e tudo mais. Não posso saber mais de outra coisa, né? Eu não possa dizer a senhora, se não o sistema que a gente vai levando aqui, de fazer as coisas. Eu varro o refeitório, varrer bem varridinho, lavo pratos, ajudo as irmãs na arrumação das mesa. É só o que eu posso fazer, somente. Agora mesmo eu nem merendei. Vim conversar um pouquinho com a senhora, daqui a pouco eu vou comer um negocinho. Uma farinhazinha, um punhadinho de farinha na boca e tomar um pouquinho de café. (Fala confusa) A senhora vai me soltar agora?*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Eu já contei esses casos à senhora. (Fala confusa) É tanta coisa que Ave Maria! É tanta coisa, não é? Eu já tive na Bahia também, mais mamãe, há muito tempo, tive internada lá, por causa de eclampsia, tem mais de dez anos. (Fala confusa) Depois que eu me separei do marido. Eu fui na casa de mamãe, tomar um remédio. Quando eu voltei, fiquei mais minha mãe, fiquei toda a vida. Com pouca hora ela morreu. Eu fiquei sozinha e Deus, fiquei sozinha e Deus. Eu fui pra casa de papai. Quando cheguei na casa de paizinho. Quando passou uns tempos, apareceu umas coisas aí, umas conversada... (Risos) levou poucos anos, poucos tempos. Ele teve lá no hospital, com poucas horas ele faleceu. Aí, eu vim aqui pro abrigo. Já tô com esse bando de tempo. (Risos) Já tô com esse bando de tempo. Eu vou lá dentro fazer uma merenda, viu minha filha?*

ENTREVISTA Nº 11 – ARAPONGA**Questões de aproximação:**

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *Cuidado é zelar das pessoas direitinho, né? Saber cuidar da pessoa, né? Tratar de todos direito, ter consciência que as pessoas precisa de cuidado.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *É cuidar pra não ficar doente. Ao cuidar dos filhos. É ir para o hospital e cuidar dos filhos. Ficar cuidando direitinho. A mãe ficar cuidando direitinho dos filhos dela. (Fala confusa) Quando o filho saía e minha nora saía, ele dizia. Mainha vem aqui em casa que Pupunheira saiu. Ele não sabe cuidar do pé do fogão. Aí, eu ia pra cozinha, chegava lá cuidava... varria a casa, fazia tudo pra ele em casa. Depois que eu adoeci, até um neto que eu tenho. Eu tenho 40 netos. A casa do meu filho é de chão, cheio de buraco, né? Eu pra não cair no buraco, pedia ao neto um copo com água. Era difícil pra me dá um copo de água. Era um trabalho. E pra levar água para minha casa... tinha preguiça. Não tinha tanque, não tinha água encanada. E meu irmão tava aí, ele ia pra casa com um balde. Depois eu mandava o neto encher e levar lá em casa. Quando acabava, chegava e dizia: “Vó, me dá uma moeda” Eu não tenho dinheiro não. Era pago, tinha que ser pago. E eu não tinha nada.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Já. Eu tô recebendo, graças a Deus. Depois que eu tô aqui, nunca veio uma filha minha me vê eu aqui. (Voz embargada) No dia das mães, eu esperava que eles vinha aqui. Não apareceu ninguém aqui. (Olhos cheios de lágrimas) Filho nenhum. E eles têm tempo de vir. Mora na Barragem, tudo em uma rua. Agora a filha que não sabe onde eu tô, é a que mora na Paraíba, ela não sabe que eu tô aqui não, ela vem em junho, aqui pra casa dela. E um filho que mora em Itaité, ele pesca fora, é pescador. Disse que vem em junho. Esse também não sabe que eu tô aqui.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Tomar banho direitinho. Cuidar da gente, dos que não pode se cuidar, vestir a roupinha direitinha, né? Cuidar da gente como pode cuidar. É isso que eu acho. Assim, bem cuidadinho. Quando eu cheguei logo pra aqui, eu não podia tomar banho sozinha. Elas me sentava assim, numa cadeira. Me dava um remorso. Elas me dava banho. Elas me carregando e voltando com eu, me dava remorso, demais. Eu digo, Oh! Eu vou pedir a Deus pra mim treinar e saber tomar meu banho. Aí, até que eu, quando ela saiu, depois de seis horas, oito horas... ia e tomava meu banho. Depois, aquela menina falou que eu esperasse a enfermeira chegar. Aí eu esperei, fiquei esperando ela chegar, depois que ela chegou, Limeira chegou... Aí, depois que ela chegou eu não tinha tomado banho. Ela disse: “Tu não tomou banho, não?” Ó Limeira, eu não tomei banho porque a enfermeira, aquela Jaqueira, disse que eu não tomasse banho não, que era perigoso. Eu digo, tá! Aí ela me reclamou. “Por que não tomou banho Araponga?” “As idosas que toma banho sozinha, não fica esperando, que a gente tem muita coisa aqui” Eu digo: “Não, Limeira eu tava esperando porque Jaqueira me falou que não tomasse banho não”. Agora... é um banho nas carreira, quando chegava era com pressa. Pra tomar banho na carreira. Eu digo: “Se fosse pra correr eu não tava aqui. Né?” Aí, com muito esforço eu tomei meu banho, eu não aceitei mais, tomei banho, me troquei. Ontem eu perdi o horário, o relógio atrasou, não sei como foi. Fui tomar banho onze horas da noite, quando eu tomei banho, eu olhei no relógio, era onze horas da noite. Eu tomei banho, me troquei e deitei de novo. Ela perguntou: “Tu tomou banho? Eu disse: “Tomei”, porque ela me reclamou porque eu não tomei banho, né? Ela disse: “Tu tomava banho sozinha, lá na tua casa. E por que aqui tu me espera?” Eu digo, não, porque me reclamaram... aí eu aprendi. Eu tomava banho sozinha porque não tinha jeito. Eu mandava*

encher com a mangueira, puxava e enchi a bacia no chão, sentava em uma pedrinha e tomava banho do lado de fora. Quem vai viver sujo e ainda doente? Quando a gente vai pro médico. Tá com imundice. Aí vai ter reclamação. Eu digo, não, eu agora já tomo meu banho. Eu já digo a elas: “Deixa minha roupa, guardadinha lá, pra não dá trabalho”. Ela achou que eu dava trabalho. Por isso aí, eu não gosto de ninguém me reclamar.

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - Quando eu me vi assim (mostrando o braço, sem movimento) Quero ir pra abrigo... Eu dizia a uma filha minha: “Ó Serigueleira, penteia meu cabelo”. Ele tava grande, né? Ela não penteava não, mandava a filha dela pentear. Mas ela não penteava não, passava o pente assim por cima só. Ó Vi, penteia direito. Ela dizia: “Ó mainha, a senhora tem língua grande”. Aí eu sofria. Ela dizia que ia me castigar mesmo. (Fala confusa) Ela só enrolava e deixava. Não é porque a gente tá doente que vai se desprezar não. Aí, ela dizia que eu tinha a língua grande. Não, minha filha, eu tô dizendo a verdade. Ó mainha, eu vou te castigar um bando, a senhora vai ver, porque tu conversa muito. Eu digo: “Ó minha filha, onde eu achei eu deixei, tu é minha filha, tu faz isso comigo, e agora?” O que eu posso fazer é entregar a Deus. Ela é cheia de filhos e eu ainda ajudava ela. O povo me dava feira, me dava cesta básica. O povo da Chesf me dava cesta básica, aí eu deixava na casa dela. Toda dia eu ia pra casa dela. Aí, quando chegou um dia, o meu genro falou assim: que eu não ia pra ajudar, mas ia pra tomar café, almoçar e jantar. Que eu tava calada demais. De manhã eu tomava café na casa do meu filho e aí eu fui na casa dela. Sentei no quintal da vizinha e aí eu ouvi o genro falar: Ó Cupuaçuzeiro, eu vou botar chumbinho no café aqui. Ele achava que eu ia atrás de café, né? Pra que isso, Mucajazeiro? Pra não dá café a gente aqui. (Fala confusa) Achando que eu tava dando trabalho, né? Aí, eu parei de ir na casa dessa filha. Perto de mim, assim, tinha uma vizinha, uma vizinha minha... O povo me dava feira... uns me dava dinheiro...A casa não tinha energia não, era no escuro. O povo passava e me dava dinheiro, eu mandava comprar, chamava a vizinha em casa e mandava comprar vela na vendinha de um vizinho que tinha lá. Eu mandava comprar vela. E quando eu ia deitar... não tinha quem fforasse a cama não, eu não podia com um braço só, prá arrumar. Eu chegava, sentava na cama e botava a vela virada assim, botava o fósforo na perna. Riscava o fósforo, acendia a vela e botava em cima de um banco. Aí eu deitava com cuidado. Um dia eu saí pra casa de um vizinho e minha filha ficou na casa, foi ficar na casa. Pediu a chave e eu mandei. Aí ela pediu a um vizinho lá, que é pertinho. Um vizinho de confiança. Aí ele puxou um fio e botou, aquela lâmpada é dessas sem tomada, precisava rodar. Agora... eu ficava no escuro até a vizinha chegar pra ligar a minha lâmpada. Aí, ela ligava a lâmpada. Tinha que esperar ela chegar. E depois tinha de esperar ela chegar pra apagar. Era um sofrimento, eu não dormia. Aí, Pitangueira soube e chegou lá em casa perguntando se cuidavam de mim. Quem ia falar? Eu ia dizer a verdade na hora que o homem foi lá, Butiazeiro foi lá, perguntou se eles cuidavam de mim direitinho. Ele disse que cuidava. Se quando eles iam jantar, ia comer, se alguém levava pra mim. Ele disse que levava. Eles queria negar a verdade, né? Porque ele tava perto de mim. Eu disse que cuidava, pois eles estavam perto de mim pra escutar. Eu menti, porque ele estava perto de mim. Eu não quis falar. Aí Pitangueira conheceu que eu queria falar a verdade, mas não podia falar, porque o filho estava de junto. Ela foi sozinha, me perguntar. “Hein, Araponga, e aí, tu não falou a verdade?” Eu falei: Ó Pitangueira, é assim minha filha. Tu conhece o meu passado não é? Ela disse: “Araponga. tu quer ir para o abrigo? Do jeito que eu tô aqui, tão me negando um prato de comida. (Choro) Eu só almoçava duas horas da tarde. Quando eu tava na casa da nora, quando eu pedia um café,

ela saía pra casa dos vizinhos . Dava duas horas, eu já tava ainda sem almoçar, tava que não aguentava de fome, as pernas endurecia. Aí, tinha uma vizinha que tinha um barzinho. Eu pedia: Ó Pindaibeira, dá um cafezinho aí Pindaibeira. Eu já não aguentava mais. Era só um cafezinho. Eu ia com vergonha, mais eu não aguentava, era obrigado eu ir, né? Aí foi quando Pitangueira, acho que souberam, né? Pois se espalhou pelos vizinhos ali. Aí ela perguntou se eu ia pro abrigo. Eu disse: “Eu vou, Pitangueira”. “ Será que seus filhos deixa?” Eu falei: “Eu não tenho nada com os filhos não, eu tenho é comigo”. O que eu tô passando na minha vida aqui, só Deus é que sabe. Eu vou. Ninguém vai me impedir não. Então... vem te buscar. Eu vou, sim. Diz que o povo aqui vivia sofrendo, que aqui se judiava das velhas. Eu digo: “Não, eu vou”. Quando foi segunda-feira, eu tava em casa. Aí veio um recado. Ó Araponga, seu Butiazeiro azedo disse que é pra você tomar banho e se arrumar pra ir pro médico, fazer exame, 8 horas. Eu digo: “Tá, eu vou”. Aí, quando foi 8 horas, eu tomei banho, troquei de roupa e esperei sentada. Eu disse assim, exame 9 horas, 10 horas. Se ficar pra de tarde, eu não vou não, pra mais de meio dia, eu não vou não. Aí quando foi 10 horas, eu fui pra casa do filho, eu não sabia, fui esperar o médico chegar. Aí, quando foi 10 horas o carro chegou, com Pitangueira. Foi ela que mandou o recado pra que eu me arrumasse, né? Eu vou pra onde? É pro médico. Não, é pro abrigo. Tu vai? Eu digo: “Eu vou sim”. Arruma tua roupa aí, e vamos embora. E ninguém sabia que eu vinha pra aqui não. Era pro médico. Ninguém sabia, nem filho não sabia não. Nem viu na hora que eu saí. Ninguém sabia que eu vinha pra aqui não. Se eles não judiasse de mim, eu não ia dizer pra ninguém, não, né? Eles não tiveram compaixão de mim, não.(Fala confusa) É, sete filhos. Agora eu não estou sofrendo, não. Estou no céu, diferente de como eu era tratada pela minha família. Graças a Deus por isso!

ENTREVISTA Nº 12 - CARDEAL

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *É ter muita fé em Jesus. Se tiver alguma condição que precisa fazer alguma coisa, pra ter a vida. O cuidado é dom de Deus, é cuidado do viver. Como tá aí... Se não tiver quem olha essas pessoas idosas, fica tudo largado.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *É uma ajuda à pessoa que precisa. (Pausa) Porque o que faz a pessoa é o costume. A pessoa velha tem um costume de certas coisas. Já tem aquele costume e não larga por nada.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Já minha, filha, já teve alguma explicaçõzinha. Sobre terra, não deixar terra na cama. Né. (Pausa) Bate o pé, pra não sujar a cama.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *É a pessoa tem muita atenção a eles, pra cuidar. De noite mesmo, tem gente que fica rodando de um lado pra outro. Tem de olhar muitos eles, né? (Pausa) Ontem mesmo, o banco de madeira emborcou aqui em riba... virou assim ... ele senta na ponta do banco... Não teve nada não. Se tivesse alguma coisa, aí precisava a enfermeira dar massagem, cuidar. Né?*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Não, nada.*

ENTREVISTA Nº 13 - COLEIRA

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *A pessoa ter o café de manhã na hora certa. À tarde, o café na hora certa. Ter o cuidado com a gente. Não falar com a gente com britez. Falar com a gente com calma. Tudo na paz de Deus. É isso aí.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *É dar remédio. Agora, eu não tomo remédio delas. Porque minha doença é diferente. É uma inflamação no lugar da sonda. Eu tomo Ampicilina e agora me ensinaram tomar comprimido de Beladona. Ela me deu uma caixa de comprimidos. Eu estou me dando bem. Eu tinha uma sangueira, saía era sangue toda hora. Agora parou tudo. Eu estou melhorando. Eu tenho esperança em Deus, daqui a alguns dias tirar essa sonda. Minha fé em Deus vai me curar.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Elas levam no médico. Tem muito cuidado. Uma noite a sonda deu pra doer. Ela veio aqui chamou um carro, um táxi e me levou no hospital. Tem muito cuidado.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Minha filha, pra mim tá tudo bom. Elas têm cuidado com todas. Dá remédio aos que estão na cama, a todos, dá o banho na hora competente. Todo dia troca a roupa. Não xinga ninguém. Tá tudo na paz de Deus. Tudo na paz de Jesus.*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Se eu melhorar, eu não vou ficar. Quando eu tirar essa sonda, Deus é quem sabe. Agora, eu tenho muitos parentes aqui. Tenho irmão, tem o padre Cajueiro anão, tem Aguaizeiro que é irmão do padre Cajueiro anão, tem Mangabeira, tem Goiabeira branca que é filha adotiva e mora com seu Caquizeiro. Você conhece seu Caquizeiro? Ainda ontem eu mandei um recado para o padre Cajueiro anão ver cá. Eu quero dar uma prosa com ele. Eu quero conversar com o padre Cajueiro anão e com Seu Caquizeiro. Olha essa mulher aí, tem um tratamento. Paga uma empregada pra dormir de noite, pra cuidar dela. Pra mim tá tudo na paz de Deus. Tá tudo bom.*

ENTREVISTA Nº 14 - ARARA**Questões de aproximação:**

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - *É ter cuidado com as pessoas. Que é gente também. Tem que saber que já tá de idade, tem que olhar direitinho, não maltratar, não, como é que diz; levar com jeito, cuidar das pessoas direito, que às vezes, muitas vezes a gente amanhece, a junta fica meio dura, né? Tem que andar mais devagar, sair mais lento. Então, essas pessoas que trabalham com idosos têm que amenizar dessa maneira, né? Ter cuidado, ter carinho, ter amor, saber como lidar, saber como cuidar, então eu acho assim.*

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Cuidado de saúde, né? Então, cuidado de saúde eu acho assim, que a gente tem que se cuidar enquanto tem tempo, enquanto a gente pode, ainda tem força, tem energia. Então, se aparecer qualquer coisa dentro da gente, alguma coisa, algum problema de saúde, a gente tem que procurar um médico. Né isso? Procurar um médico pra poder dizer o que é que tá ocorrendo, qual o problema que tá, a nossa situação de saúde, onde tá localizado o problema, o que a gente tá passando a noite, durante o dia, então eu acho que o cuidado é isso. A gente tem que se cuidar enquanto é tempo, porque depois que aparecer a doença aí fica mais difícil, não é isso? Então, eu acho que o cuidado da gente é esse: cuidar enquanto tivemos na saúde, em tudo, na saúde, na beleza, em tudo... cada vez mais o que a gente puder, quanto tem tempo e enquanto a gente tem noção, né? Depois que já tá, já arriada, fica mais difícil de dizer onde sente. Porque a doença quando aparece dói tudo. Né isso? Dói tudo e a gente fica confusa, não sabe se é aqui, não sabe se é ali e a gente se atrapalha... com mais tempo.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Já, já recebi de doutor Coqueiro, dos médicos aí de fora, Pacobeira da terra, muitos médicos por aí. Eu procuro e sempre procurei, também porque, também na área de otorrino,*

vesícula, ver também a vesícula como é que anda e tudo, já recorri a eles tudo, e recorri logo cedo, comecei a sentir, comecei sentir e nada de ir ao médico, demorava, demorava, mas agora eu já aprendi, tem que procurar um médico para ver o que tá ocorrendo, aí... vem a vesícula, uma verminose, coisa assim e tal, uma rinite, daí eu corri logo, corri logo.

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - No abrigo, correr logo, quando as pessoas chegar tem que internar, né? Correr logo para levar pro médico, né? Pra ver como tá a situação, como é que tá a situação da pessoa, como é que a pessoa tá, como é que se diz: vivendo, se tá bem, se tá mal, se tem algum problema de saúde. Então, assim que chegar, o paciente tem que chegar e internar, tem que correr e levar logo pro médico, né? Fazer uma pesquisa, fazer um geral, fazer um chek-up pra ver o que a pessoa tem de anormal na saúde, cuidar bem, zelar, pode ser também, né? Banho, zelar, cuidar, cuidar das bactérias, olhar direitinho que isso tudo é cuidar da saúde.

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - Às vezes tem aquela gente assim, às vezes não é a coisa, é o dia-a-dia da pessoa que não compreende o funcionário, né? E aí, às vezes, ele também não ameniza isso, que tem que ir devagar, que tem... Então, eles às vezes levam por esse lado, assim de qualquer maneira, a pessoa correndo, vamos embora, vamos, arrastando, leva pra tomar banho; às vezes a água quente, água mais fria, né? Às vezes de manhã cedo taca na água fria, as pessoa idosos fica mais (fala confusa), mais ainda, então tem que saber a temperatura da água, como é que tá o banho, se tá quente, se tá quente demais, se é uma aguinha mais temperada, né? Eu concordo dessa maneira assim, as pessoas têm que tratar o idoso assim, olhar, amenizar bem. Na hora do banho de manhã, porque de manhã amanhece em jejum, às vezes não se alimentou direito, o corpo fica bem fraco, pra receber uma água gelada não é? Aí deixa a pessoa mais fraca, e fica mais doente, começa mais os problemas, às vezes um reumatismo, as junta começa endurecer e aí o negócio já vai decaindo. Então, acho que as pessoas na hora do cuidado com os idosos têm que olhar esse lado e procurar saber como fazer com mais amor, carinho, mesmo que o serviço seja depressa, mas na hora de um banho, de olhar um idoso tem que ir mais lentamente, mais cuidado, olhar, verificar, saber, né? Fazer perguntas também aos idosos se dormiu bem, se amanheceu bem para dar um banho melhor, né? Para saber se a água pode ser mais quente, pode ser mais fria, para poder olhar direitinho.

ENTREVISTA Nº 15 - COLIBRI

Questões de aproximação:

1. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado?

R - O que eu entendo por cuidado, é que a pessoa tem que saber seus direito e que tem dignidade e ter um cuidado adequado, né? Não deixar que a pessoa fique suja. No caso, o paciente que já está acamado fique limpinho, dar o remédio na hora certa, alimentação, alimentação adequada, e também o carinho, o carinho. Ser sensível com a pessoa e carinhoso também com a pessoa pra que a pessoa se sinta à vontade, apesar da sua doença, mas que também se sinta feliz. Não se sinta excluído e abandonado por alguém.

2. Para o (a) senhor (a) o que é cuidado de saúde?

R - *Cuidado de saúde, em primeiro lugar, a gente tem que controlar a alimentação. Se eu não posso tomar o açúcar, eu tenho que tomar um adoçante, ou sem açúcar, que não é problema nenhum, é também evitar se eu não posso. Por exemplo, a gente tem diabetes, né? Não pode comer muita massa, a gente evita, até as frutas têm que ser controladas, uma fruta, não duas ou três. A gente tem que cuidar da nossa saúde a partir da alimentação, controlando alimentação, pra que a gente tenha uma saúde saudável. Cuidar da pressão, se a pressão está alta a gente não pode comer muito sal, diminuir o sal, é isso. Se for necessário a gente come até sem sal, evita o uso de sal o máximo pra cuidar da nossa saúde que é mais importante.*

Questões Norteadoras:

1. Durante o tempo em que o (a) senhor (a) vive no asilo, recebeu/recebe algum cuidado de saúde do qual gostaria de falar?

R - *Sim, porque já fomos entrevistados pela rádio, não lembro se foi FM. Fomos entrevistados sobre o cuidado da saúde, como cuidar da saúde e o que é necessário para cuidar da saúde, quais as ervas que nós devemos usar para saúde e o tipo de alimentação também. Sim, fiz três cirurgia e, dessas três cirurgia, cada uma mais perigosa que a outra. A primeira os médico falaram pra todo mundo, que eu não ia sobreviver porque, a apêndice já tinha sido estrangulada há muito tempo e já tinha até colado a trompa. Já tinha colado com o reto, né? Aí teve que fazer colostomia e aí eu tive muitos cuidados daqui mesmo, do pessoal daqui, das irmãs, enfermeiras, também que cuidaram.*

2. Como o (a) senhor (a) acha que deve ser o cuidado de saúde para as pessoas idosas que vivem no asilo?

R - *Primeiro, partindo da alimentação, cuidado com a alimentação, depois o carinho. Dar pra eles o lazer, que o lazer é tudo, pra quem quer tá feliz, ter alegria. Pois isso contribui muito para se ter saúde. Remédios que eles necessitam, no horário certo, banho também no horário certo. É necessário que cada fundação que tem idosos, também dê para eles o religioso. Aqui nós temos as missas no sábado. Todos os cuidados que eles necessitam, como seres humano, que têm uma vida, que essa vida deve ser cuidada.*

Questão para finalizar a entrevista:

1. O que gostaria de acrescentar?

R - *Não, só.*