



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GERONTOLOGIA**



ANDRÉ LUÍS CABRAL DA SILVA

**FATORES PSICOLÓGICOS E SOCIAIS RELACIONADOS ÀS
ATRIBUIÇÕES DOS CUIDADORES FORMAIS DAS INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
PESSOAS IDOSAS**

RECIFE - PE

2019

ANDRÉ LUÍS CABRAL DA SILVA

**FATORES PSICOLÓGICOS E SOCIAIS RELACIONADOS ÀS
ATRIBUIÇÕES DOS CUIDADORES FORMAIS DAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Linha de pesquisa: Envelhecimento, cultura e sociedade.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Isolda Belo da Fonte

Coorientação: Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Lafayette de Almeida

RECIFE
2019

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

S586f Silva, André Luís Cabral da.
Fatores psicológicos e sociais relacionados às atribuições dos cuidadores formais das instituições de longa permanência para pessoas idosas / André Luís Cabral da Silva. – Recife: o autor, 2019.
105 f.; 30 cm.

Orientadora: Isolda Belo da Fonte.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Gerontologia.
Inclui referências e apêndices.

1. ILPI. 2. Cuidadores. 3. Envelhecimento. I. Fonte, Isolda Belo da (orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 109)

ANDRÉ LUÍS CABRAL DA SILVA

**FATORES RELACIONADOS ÀS ATRIBUIÇÕES DOS CUIDADORES
FORMAIS DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Dissertação aprovada pela banca examinadora em: 11/03/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Isolda Belo da Fonte
(Orientadora)

Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra
(Membro Titular Interno)

Prof^a Dr^a Cristina Maria de Souza Brito Dias
(Membro Titular Externo)

RECIFE
2019

Dedico este trabalho à memória dos meus falecidos avós: Joana Maria de Lima Cabral, Luiz de Lima Cabral, José Néco da Silva e Ilza Nascimento Salgado e, especialmente, a todos os cuidadores formais que sentem vivamente aqueles de quem cuidam.

AGRADECIMENTOS

Sonhos, para que tê-los? Sem dúvida para nos levar ao êxtase de uma realização e ao eterno sabor de (re)vivenciar, mentalmente, cada conquista da vida. Reviver é sentir, e por que não sentir as boas etapas de uma vida? Dessa maneira, eu quero agradecer a todas as pessoas brilhantes que me ajudaram a cruzar as estradas até a realização deste sonho. Ser mestre era um sonho antigo, de mais de vinte anos atrás, e agora é uma realidade que será lembrada por mais de vinte anos a frente. Eu me sinto feliz porque poderei compartilhá-la.

Agradeço, vivamente, aos docentes Prof^a Dr^a. Isolda Belo da Fonte, Prof^a Dr^a. Maria da Conceição Lafayette de Almeida, Prof^a Dr^a. Cristina Maria de Souza Brito, Prof^a Dr^a. Márcia Carrera Campos Leal, Prof^a Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques, Prof^o Dr^o. Edilson Fernandes de Souza e Prof^a Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, que foram os maiores impulsionadores dessa aprendizagem acadêmica, motivando-me, inspirando-me e encorajando-me em busca dessa realização.

Agradeço ao meu esposo Leonardo Lyra, cirurgião-dentista, que esteve ao meu lado, alimentando-me de carinho e incentivo, lendo, dialogando e ouvindo cada nova possibilidade que poderia servir de reflexão aos leitores desta dissertação.

Agradeço aos meus pais, Maria da Glória de Lima Cabral Silva e José Guilherme Nascimento da Silva, que estiveram sempre na minha vida, contribuindo para que o amor fosse algo possível de viver todos os dias, preenchendo meus pensamentos e me dando o abraço necessário que afasta qualquer desamparo.

E por último, especialmente, agradeço aos meus anjos da guarda, que me inspiraram a continuar lutando, vencendo ansiedades e cansaços, muitas vezes maiores em mente do que na realidade concreta. Muito obrigado! Peço que me guiem a serviço da sociedade e do bem.

“Precisamos amar para não adoecer.”

(Sigmund Freud)

RESUMO

O número de pessoas idosas no Brasil cresce e estimativas apontam para 46 milhões de pessoas acima de 60 anos em 2033, conforme publicações de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Esse crescimento populacional impulsiona a criação de mais serviços assistenciais e de saúde para as pessoas idosas, como as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas – ILPIs. Nesse contexto, considera-se a relevância da qualidade desses cuidados institucionais, especialmente as atividades que são executadas pelos cuidadores formais. O objetivo deste estudo consiste em analisar os fatores psicológicos e sociais que interferem nas atribuições dos cuidadores formais das ILPIs da rede pública. Trata-se de um estudo de campo, em abordagem qualitativa e natureza observacional, utilizando para tratamento dos dados a Análise de Conteúdo, na modalidade temática proposta por Laurence Bardin (2016). Três instrumentos foram elaborados e aplicados em seis cuidadores formais: uma técnica projetiva, que estimulou a criação de histórias, uma entrevista semiestruturada, e mais o formulário para coleta dos dados sociodemográficos. Buscando melhores resultados e inferências, realizou-se a triangulação dos dados obtidos. Os resultados foram classificados em duas categorias principais e cada uma delas subdivididas em outras duas subcategorias, considerando a frequência dos temas observados. Verificou-se que sentimentos de abatimento, conflitos, instabilidades emocionais e as diversas faltas referentes ao ambiente institucional estão presentes na rotina de trabalho e não favorecem as práticas de cuidado nas ILPIs. Por outro lado, os sentidos relacionados à ação de ajudar, ao pertencimento ao grupo e satisfação pela realização das práticas dos cuidadores, favorecem a produção do cuidado com mais qualidade e o desejo de fazer mais do que é prescrito. Entretanto, verifica-se que o cuidador formal das ILPIs é um profissional pouco reconhecido e insuficientemente aproveitado em suas potencialidades, necessitando de investimentos para aprimorar suas competências e assumir responsabilidades na inserção social das pessoas idosas.

Palavras-chave: ILPI. Cuidador. Envelhecimento.

ABSTRACT

The number of older people in Brazil grows and estimates point to 46 million people over 60 in 2033, according to the publications of the Brazilian Institute of Geography and Statistics IN 2018. This population growth prompts the creation of more health and care services for the elderly, such as the Long Stay Institutions for the Elderly (ILPIs). In this context, we consider the relevance of the quality of these institutional care, especially the activities that are performed by the formal caregivers. The objective of this study is to analyze the psychological and social factors that interfere in the attributions of the formal caregivers of the ILPIs of the public network. This is a field study, in a qualitative and observational approach, using Content Analysis, in the thematic modality proposed by Laurence Bardin (2016). Three instruments were elaborated and applied to six formal caregivers: a projective technique, which stimulated story creation, a semi-structured interview, and a form for collecting sociodemographic data. In order to obtain better results and inferences, the triangulation of the obtained data was performed. The results were classified into two main categories and each subdivided into two other subcategories, considering the frequency of the themes observed. It was found that feelings of depression, conflicts, emotional instabilities and the various faults related to the institutional environment are present in the work routine and do not favor the care practices in ILPIs. On the other hand, the senses related to the act of helping, belonging to the group and satisfaction with the practice of the caregivers, favor the production of the care with more quality and the desire to do more than is prescribed. However, it is verified that the formal caregiver of ILPIs is a poorly recognized professional and insufficiently exploited in their potential, requiring investments to improve their skills and assume responsibilities in the social insertion of the elderly.

Keywords: ILPI. Caregiver. Aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Imagem I: O idoso e o cuidador.....	34
Figura 2 – Imagem II: Cuidadores	34
Figura 3 – Imagem III: A idosa e a cuidadora.....	35
Figura 4 – Imagem IV: Reunião de equipe	35
Figura 5 - Divisões e subdivisões das categorias presentes no grupo	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Motivações, inclinações em sentimento - Forças propulsoras intrapsíquicas.....	37
Quadro 2 - Forças do ambiente	38
Quadro 3 - Perfil sociodemográfico dos cuidadores formais	47
Quadro 4 - Frequência das motivações, sentimentos e das forças do ambiente.....	84
Quadro 5 - Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas.....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Art. – Artigo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisas

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

HF – História Fantasiada

HTP — *House, Tree, Person*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI(s) – Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PL – Projeto de Lei

R – Realidade

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TAT – Teste de Apercepção Temática

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UR – Unidade de Registro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1 ENVELHECIMENTO E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS: ALGUMAS INFLUÊNCIAS NO CUIDADO	19
1.2 OS CUIDADORES FORMAIS E PROFISSIONAIS	22
1.3 A GERONTOLOGIA E OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS	24
1.4 O CUIDADOR FORMAL NAS ILPIs	26
2 PERGUNTA CONDUTORA	28
3 OBJETIVOS (GERAL E ESPECÍFICOS).....	29
4 CAMINHO METODOLÓGICO	30
4.1 COLETA DE DADOS (INSTRUMENTOS)	30
4.1.1 A técnica projetiva	31
4.1.2 A entrevista semiestruturada	38
4.2 ANÁLISE DOS DADOS	39
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	41
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
5.1 RISCOS E BENEFÍCIOS	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS CUIDADORES FORMAIS ANALISADOS	46
6.2 MOTIVAÇÕES, SENTIMENTOS E FORÇAS AMBIENTAIS DOS CUIDADORES FORMAIS	50
6.2.1 Motivações e sentimentos intrapsíquicos dos cuidadores formais.....	51
6.2.2 Forças ambientais que circundam os cuidadores formais	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86

REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A – Formulário para coleta de dado sociodemográficos.....	99
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	99
APÊNDICE C – TCLE	103

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo crescente que ocorre no Brasil e em muitos países do mundo, apontando para o aumento no número de pessoas com 60 anos ou mais e que tem impulsionado, mundialmente, a criação e ampliação de serviços profissionais referentes aos cuidados às pessoas idosas.

A responsabilidade pelas atividades de cuidados nesse segmento tem sido vinculada à participação do Estado, da família, da sociedade e da própria pessoa idosa (autocuidado), além das instituições e dos cuidadores profissionais. Esses últimos são também chamados de cuidadores formais, ou cuidadores sociais, e atuam multiprofissionalmente, junto às mudanças biológicas, psicológicas e sociais relativas ao envelhecimento humano.

Aumentar o número desses serviços profissionais, pensando na qualidade de cuidados prestados à população idosa, é uma demanda que exige ações multiestratégicas. Essas ações devem compreender as necessidades estruturais e de recursos que são emergentes do território local e, ainda, elucidar os fatores psicológicos e biológicos que influenciam os trabalhadores em suas atividades junto às pessoas idosas, como é o caso dos cuidadores formais.

Os serviços profissionais às pessoas idosas devem ser acompanhados de qualidade no cuidado desde sua implantação, sendo eles cada vez mais necessários. Famílias com dificuldades de espaços adequados para os velhos, pela moradia em pequenos apartamentos e, também, as condições de trabalho dos familiares, exigindo o afastamento dos adultos e jovens da ação de cuidar para o exercício das atividades profissionais, acabou incentivando a busca do apoio de Instituições de Longa Permanência Para Pessoas Idosas – ILPIs. Além disso, o orçamento familiar nem sempre supriu as novas despesas com o idoso, pois ele é, muitas vezes, mais suscetível às alterações de saúde, exigindo a presença de um cuidador formal (OLIVEIRA, 1985).

Dessa maneira, deve-se promover o crescimento dos cuidadores formais, oportunizando mais apoio para esses profissionais, principais realizadores da ação diária do ato de cuidar das pessoas idosas. Em grande parte das ILPIs do Brasil verifica-se que a principal função dos funcionários é a de cuidador de idoso, contratados ou cedidos por órgãos públicos, e a função de técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. (BRASIL, 2010).

Assim, há que se olhar mais para os serviços nas ILPIs públicas, sendo necessária a implantação e a implementação dos arcabouços legais já existentes, visando o

desenvolvimento da prestação dos cuidados realizados, especialmente pelos cuidadores formais/sociais, para melhor atender esta população idosa.

A procura por vagas em ILPIs públicas tende a continuar aumentando, juntamente com outros aspectos responsáveis pela institucionalização, como o abandono, a falta de recursos humanos e materiais, a violência e a dependência física e/ou psíquica sofrida por parte desse coletivo. A maioria das pessoas idosas residentes em ILPIs de origem pública e filantrópica está financeiramente carente, enquanto que nas instituições privadas com fins lucrativos há uma maior predominância de idosos de renda mais elevada (SOUZA; VITORINO; NINOMYA, 2015). Assim, é visível que grupos sociais mais vulneráveis apresentam a necessidade de implantação e qualificação para cuidados com a velhice.

Para essa qualificação supracitada ainda há muito por fazer, como se verifica no Relatório de Inspeção a ILPIs, realizado em 2008 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), por meio de visitas às ILPIs no Brasil. Nesse documento ressaltam-se alguns aspectos considerados negativos, descrevendo o modelo de cuidado asilar predominante como o reflexo de uma cultura que desqualifica, segrega e exclui os idosos do âmbito familiar, econômico e social, colocando-os num lugar de “inutilidade”, o que anula a sua cidadania (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2008), desrespeitando os direitos garantidos nas legislações brasileiras.

O entendimento das representações sociais das instituições que cuidam dos idosos descreve como se depreciam essas moradias quase que automaticamente, pois “temos o hábito de considerar esses estabelecimentos não como um lugar de readaptação, mas como último recurso para velhos difíceis” (BEAUVOIR, 1970, p.674). Por outro lado, Debert (2004) sugere uma visão mais otimista, descrevendo que o “asilo” passaria a ser um projeto atraente entre as opções tidas como possíveis, se pudesse oferecer um tipo de sociabilidade valorizado e desejado pela população.

Considera-se que há entendimentos positivos ou mais otimistas em relação às ILPIs e que poderiam ser mais divulgados socialmente, desfazendo estereótipos negativos, pois elas podem ser consideradas como um local que traz bem-estar, cuidado e atenção pela confiança nos serviços de cuidados por elas oferecidos. Podem, inclusive, ser locais elogiados pelos idosos se comparadas a situações negativas anteriores vividas no seu processo de envelhecimento, como se a instituição fosse um espécie de refúgio que os transportam para

um cenário de acolhimento pelos profissionais, que antes não se tinha (JÚNIOR; BARBOSA, 2015).

Diante do exposto, a institucionalização pode ser entendida como um duplo processo, sendo, primeiro, como espaço onde se vivenciam as perdas e adaptações que acompanham estados da velhice, que muitas vezes são depressivos dependendo das formas como a pessoa idosa sente e vive o ambiente institucional e a si mesma; segundo, como recurso de serviços sociais à moradia, onde recebe assistência (CARDÃO, 2009).

Assistência à moradia na velhice está assegurada no Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003) que garante a habitação da pessoa idosa nas ILPIs estabelecendo que esse serviço deve ser prestado quando se constata a inexistência de grupo familiar, casa/lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios e da família.

No contexto dos cuidadores profissionais em ILPIs, descrevem Silva e Santos (2010) que a equipe multiprofissional presente nas ILPIs deve ser composta por psicólogo, enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, cuidadores formais e responsáveis pelos serviços gerais, para assistir integralmente a pessoa idosa, cabendo a cada trabalhador realizar ações continuadas visando ao desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Considerando-se a determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destaca-se que as unidades institucionais com características domiciliares são definidas pelo grau de dependência dos usuários, que é a condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária. As ILPIs devem ter a capacidade máxima de quatro usuários por quarto e recursos humanos vinculados à assistência social que são: um coordenador, um psicólogo, um assistente social, um educador cultural, mais os cuidadores formais/sociais proporcionais ao número de idosos e dependências, os profissionais de alimentação, profissionais de limpeza e lavanderia, além de um profissional de saúde vinculado a sua equipe de trabalho (BRASIL, 2005).

Em relação ao profissional cuidador e as referências científicas, observa-se que ainda não se chegou a um consenso quanto às nomenclaturas dirigidas aos cuidadores sociais, ora denominando-os cuidadores formais, ora cuidadores profissionais.

Para este estudo, entende-se o cuidador social como o “cuidador formal”, aquele que recebeu formação especial, não necessariamente de nível superior, mas que pode trabalhar como cuidador e se empregar como um assalariado, seja na moradia de uma pessoa idosa ou numa ILPI, ou até em outros serviços (BORN, 2008).

Em relação aos “cuidadores profissionais”, concorda-se com Grison, Alves e Faleiros (2015), que se tratam de pessoas que possuem educação formal de nível superior e exercem funções específicas em conformidade com as legislações das categorias profissionais, porém não possuem o vínculo de obrigação direta com o cuidado do idoso. Nesse grupo temos os psicólogos, os assistentes sociais, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais graduados.

Independentemente de como o cuidador social é denominado, deve-se destacar a importância da qualidade do trabalho dos cuidadores de pessoas idosas institucionalizadas. A condição de vida de muitos dos idosos institucionalizados depende amplamente das atitudes dos cuidadores formais e se beneficiam quando estes visam aos cuidados com qualidade, na concepção holística para o bem-estar biopsicossocial e espiritual dos internos.

É preciso estimular condições de trabalho mais humanizadas aos cuidadores formais, ação que, muitas vezes, parece solicitar a atenção das famílias, da sociedade e do poder público para o reconhecimento e a valorização dos trabalhos que são destinados aos idosos. A humanização no atendimento em saúde se mostra relevante no contexto do envelhecimento, pois a constituição de um atendimento deve ser calcada em princípios como a intersetorialidade, o empoderamento, a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, entre outros, o que demanda a revisão das práticas cotidianas para a criação de espaços de trabalho menos alienantes e que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE; CORREA, 2005).

A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri, em 2002, definiu o Plano de Ação Internacional contra o Envelhecimento, que destacou o envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento. Esse plano contou com três eixos de orientação prioritária: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de ambiente propício e favorável. Também se destacaram objetivos como: melhorar a informação e a capacitação de profissionais de saúde e de serviços sociais quanto às necessidades de pessoas idosas; oferecer assistência e serviços contínuos, de diversas fontes, a idosos e as próprias pessoas que prestam assistência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002; BRASIL, 2018).

Observando-se algumas demandas sociais articuladas ao envelhecimento populacional, interpreta-se, como consequência, a necessidade crescente de serviços de mais qualidade a serem oferecidos para os idosos nas ILPIs. Frisa-se que não se atende adequadamente às demandas dessa população idosa apenas aumentando a quantidade de cuidadores e ILPIs,

destacando-se a ampliação das condições humanizadas de trabalho a cuidadores formais para que ofereçam o cuidado de qualidade.

Isto posto, fica evidenciada a importância deste estudo, cujo objetivo é analisar os fatores psicológicos e sociais que são observados entre cuidadores formais das ILPIs e que interferem no ato de cuidar das pessoas idosas. Logo, se busca identificar os aspectos psicológicos, referidos pelos cuidadores formais, que dificultam e/ou facilitam o cuidado nas ILPIs; e evidenciar a percepção dos cuidadores formais sobre os fatores sociais que interferem positiva ou negativamente nos cuidados realizados nas ILPIs.

Desse modo, este estudo considerou a relevância de fatores relacionados às atribuições dos cuidadores formais das ILPIs públicas, buscando a compreensão da qualidade do cuidado realizado pelo cuidador formal no Brasil. Verificou-se que, no ambiente das Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas, existem poucos recursos sociais disponíveis, escassez de pessoas especializadas que possam dar suporte; e poucas fontes de apoio emocional aos cuidadores profissionais. Considerou-se que a evidência da falta de capacitação, atenção, suporte emocional e social influenciam na qualidade do ato de cuidar.

Isso posto, alguns tópicos preliminares sobre as instituições e os cuidados para as pessoas idosas, usuárias desse serviço, foram apresentados, como se verifica no capítulo “Revisão da literatura”. Subsequentemente, o capítulo intitulado “Caminho metodológico” descreve o desenho deste estudo, facilitando a compreensão e até mesmos as críticas sobre as etapas desenvolvidas nesta pesquisa.

No capítulo “Resultados e discussões”, quadros e outros elementos foram expostos, permitindo análises, confrontações e corroborações sobre dados observados. E, por último, as “Considerações finais”, resgatam e respondem de modo não conclusivo os objetivos deste estudo, anteriormente apresentados, estimulando-se outras pesquisas e ações aos serviços das ILPIs juntamente com os cuidadores formais.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ENVELHECIMENTO E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS: ALGUMAS INFLUÊNCIAS NO CUIDADO

O envelhecimento é muito mais que um processo pertencente apenas ao indivíduo ou a um grupo minoritário, uma vez que nos acompanha por todas as etapas do desenvolvimento humano desde que nascemos, sendo a velhice uma etapa de vida comum à maioria dos sujeitos. Além disso, vivemos o envelhecimento a partir da nossa relação com as pessoas idosas que nos cercam, como nossos familiares ou amigos que alcançam etapas da vida a nossa frente. Esse é, ainda, um processo social que compreende populações inteiras e que pode ser previsível e constatado, empírica e estatisticamente.

Tura e Silva (2012) expõem que o envelhecimento pertencente à velhice, última etapa da vida, é visto como um fenômeno que modifica a pirâmide demográfica da população e acena para uma mudança de cultura e nas políticas públicas, no Brasil e no mundo.

O envelhecimento populacional ocorre, principalmente, como resultado do declínio da mortalidade infantil, da diminuição das mortes de adultos por doenças infecciosas e da redução das taxas de natalidade e fertilidade. E isso vem ocorrendo de forma rápida no Brasil (NERI; YASSUDA, 2012), embora ainda se perceba um alto índice de doenças infectocontagiosas no território brasileiro.

Estatisticamente, a população com mais de 65 anos cresceu e se prevê uma taxa de 7,7% a mais até 2020. Ou seja, a população idosa, “irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para, aproximadamente, 65 milhões em 2050” (TURA; SILVA, 2012, p.70).

Segundo publicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Brasil, a proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total foi de 4,9%, em 1950, e mais que dobra em 2010 para 10,0%. A projeção para os idosos é que eles serão cerca de 20,0% da população total em 2033, aproximadamente 46 milhões de pessoas idosas (BRASIL, 2018).

Ainda considerando o fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil, como processo que já se verificou há décadas atrás e que vem impulsionando mais ações, destaca-se o que escreveu Haddad (1986), focando em aspectos ideológicos e sociais, afirmando que, sendo crescente o número de pessoas idosas, é preciso assistir essa parte considerada

esquecida pela sociedade e, dessa maneira, já alertava para um aspecto pouco observado no âmbito brasileiro, mas que merece mais atenção: a assistência às pessoas idosas.

Bobbio (1997) expõe que, diante do envelhecimento da população, é possível dizer que a velhice se transformou em um grande e pendente desafio social, não apenas porque o número de velhos cresceu, mas também porque aumentou o número de anos em que se vive nessa faixa etária. Assim sendo, a assistência associada à longevidade deve ser pensada para um número cada vez maior de pessoas idosas.

O IBGE constata uma relação entre o crescimento de idosos e a diminuição de jovens (BRASIL, 2004), pois se por um lado aumenta o número de idosos no Brasil, por outro lado há uma diminuição dos jovens e dos familiares que prestariam os cuidados informais aos futuros velhos, e isso requer mais serviços profissionais e cuidadores formais. As “projeções para o Brasil estimam que o número de pessoas sendo cuidadas por não parentes irá duplicar até 2020” (TURA; SILVA, 2012, p.70).

Outros fatores sociais corroboram a modificação do cuidado oferecido às pessoas idosas, conforme Tura e Silva (2012), que relatam a mudança de status das mulheres e, conseqüentemente, a mudança nos valores sociais e familiares. O lugar da mulher e a representação da pessoa idosa na sociedade continuarão afetando a disponibilidade para o apoio familiar desses idosos. A família está mudando: tem menos filhos, múltiplos casamentos e a mulher, tradicional cuidadora, progride e participa ativamente do mercado de trabalho. Ela pode ter mais dinheiro para pagar pelo cuidado dos seus membros dependentes, mas tem menos tempo (BRASIL, 2010). Isso aponta para a necessidade crescente da implantação de suportes como as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas - ILPIs e outros meios de cuidados profissionais.

Além disso, há necessidade na qualificação dos cuidadores formais das pessoas idosas e no apoio para reformular os estereótipos negativos existentes, que surgem devido aos aspectos históricos da velhice e das instituições. Historicamente, a velhice foi investida por diferentes representações, das quais duas se destacam: como o horror e a decadência que estão ligados a uma ideia de decrepitude do corpo, desaparecimento da condição desejante do sujeito e aproximação do fim da existência de vida; e na representação da figura do sagrado e honroso, referidos a um acúmulo de saber e virtudes adquiridos com a maturidade (HORN, 2013).

No contexto histórico das instituições, o Cristianismo foi o pioneiro no amparo aos velhos mais necessitados de apoio e há registro de que o primeiro “asilo” foi fundado pelo

Papa Pelágio II (520-590). No Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice digna e "descansada" e, em 1794, no Rio de Janeiro, colocou para funcionar a Casa dos Inválidos (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010). Dessa forma, consideram-se as dependências físicas, psicológicas e a improdutividade ou inatividade como sinônimo posto para entrada aos antigos asilos.

Em Rosén (2012) se lê que, em 1890, foi fundado no Rio de Janeiro o Asilo São Luiz “para a velhice desamparada”, que recebia ajuda pública e cuidados das freiras franciscanas, pois nele eram abrigadas pessoas consideradas em situação de pobreza, os sem lar, os inválidos e excluídos. Hoje, o “asilo” recebe o nome de Casa São Luiz para a Velhice.

Os conceitos sobre as ILPIs foram formados, através da história, como sinônimos para a “invalidade”, e esse sentido foi assimilado por grupos, consequentemente, passando para indivíduos e, dessa forma, concorda-se com Oliveira (1985), que nós devemos modificar os estereótipos negativos. As políticas e programas precisam respeitar culturas e tradições, mas ao mesmo tempo criticar e desmistificar estereótipos ultrapassados e informações errôneas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Sejam ILPIs privadas, filantrópicas ou públicas, o percurso histórico e cultural dos cuidados às pessoas idosas mostra que existem preconceito e pressão social por parte da sociedade, inclusive às famílias que procuram esses locais para institucionalizar o familiar idoso. Essas famílias geralmente são julgadas como praticando o abandono, fazendo-as se sentirem culpadas e gerando sofrimento (ARAÚJO; LOPES, 2010). A institucionalização é vista como excludente, como se as paredes das ILPIs isolassem a pessoa idosa do convívio social e lhe roubasse a autonomia.

Contrariamente, verifica-se que até mesmo os idosos com vínculos familiares têm recorrido às ILPIs por vontade própria. Devemos considerar que a escolha da pessoa idosa que opta pelas ILPIs é, muitas vezes, devida aos conflitos familiares que causam desconfortos diários na dinâmica familiar. Também, a necessidade do atendimento integral às pessoas idosas nas ILPIs se intensifica diante da maior chance de doenças crônicas degenerativas e incapacidades, que exigem cuidados especializados, constantes e que podem ser assumidos por essas instituições (GRISON; ALVES; FALEIROS, 2015).

As representações das ILPIs que são assimiladas pelas pessoas idosas institucionalizadas, se mostram muitas vezes pessimistas, pois falta ao idoso asilar perspectivas otimistas em relação à sua própria vida nesses espaços, considerando que os sentimentos de abandonos e instabilidade são constantes (OLIVEIRA et al., 2006). Júnior e

Barbosa (2015) descrevem a importância das concepções dos próprios profissionais das ILPIs, bem como a forma que lidam com as pessoas idosas, pois também é um fator que diversas vezes atua sobre a subjetividade dos idosos.

As mudanças das nomenclaturas ou eufemismos postos às ILPIs tentam mascarar as características e representações iniciais dos asilos, os ditos “depósitos de velhos”, tidos como locais destinados pela exclusão, doença e pobreza das pessoas idosas. A imagem construída sobre as ILPIs, possivelmente, tenderão a mudar no que se refere a estereótipos negativos, assim como as influências negativas que as representações podem ter aos usuários idosos. Constata-se que, no Brasil, há necessidade de maior consciência e reestruturação das ILPIs como espaços de bem-estar e provisão de cuidados necessários aos que a elas recorrem (MEDEIROS et al., 2015).

Entretanto, é preciso combater as influências negativas que as instituições fechadas podem exercer sobre os sujeitos, como escreveu Erving Goffman (2008), retirando a independência e a autonomia de idosos, como pode ocorrer em ILPIs. De modo geral, as organizações têm uma tendência ao fechamento e ao enfraquecimento da autoimagem do sujeito, a partir das exigências do funcionamento interno institucional. Entre os profissionais e os internos, há uma estrita hierarquia, o que viabiliza que uma possível distância social seja confirmada nos aspectos da vida dos institucionalizados. Isso nos coloca de frente com o poder das instituições, refletindo a importância da relação dos internos com os profissionais e a necessidade de mudanças (GOFFMAN, 2008).

Alguns autores determinaram a qualidade da atenção prestada às pessoas idosas a partir, apenas, da estrutura física das ILPIs, muitas vezes, em função da dificuldade de se avaliar os aspectos subjetivos do processo de cuidado que é oferecido nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (RIBEIRO et al., 2009). Embora as estruturas físicas das ILPIs sejam importantes para avaliar a qualidade de serviço, depende-se bastante das observações sobre os funcionários e colaboradores que atuam nas instituições.

Acredita-se que as estratégias visando à melhora na qualidade dos serviços nas ILPIs devem se voltar mais ao planejamento de ações aos cuidados com os profissionais, que são os realizadores diretos das atividades de cuidar dos idosos institucionalizados. É preciso valorizar, qualificar e apoiar esses cuidadores formais, pois sem eles as ILPIs não funcionam em seu objetivo principal: cuidar.

1.2 OS CUIDADORES FORMAIS E PROFISSIONAIS

São considerados cuidadores formais, aqueles profissionais (de serviços sociais e de saúde) que cuidam de uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Entende-se, ainda, que os cuidadores formais são aqueles que cuidam de idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer dos assistidos (ROSÉN, 2012).

Sejam denominados formais ou profissionais, os cuidadores sociais podem prestar a ação de cuidar às pessoas idosas e isso não é uma atividade simples, é tarefa multifacetada que exige bastante desses trabalhadores. Considera-se o que diz Cardão (2009), que a “velhice”, indicador referente à última fase do ciclo natural de vida, engloba uma série de pessoas diferentes, heterogêneas e únicas ao nível biopsicossocial, o que sugere complexidades a ser entendidas e trabalhadas por aqueles que cuidam.

Constata-se, também, que para os cuidadores formais ou profissionais, o desconhecimento de aspectos psicológicos, emocionais e sociais específicos da pessoa idosa, contribui para as deficiências na compreensão do sujeito e para o atendimento inadequado (CASTRO; DEHUM; CARREIRA, 2013). As poucas condições técnicas podem emergir por falta de capacitação de profissionais cuidadores. Os conhecimentos insuficientes caracterizam uma má qualidade na assistência à população idosa, o que resulta em atendimento de baixa resolubilidade, comprometendo a qualidade de vida dos institucionalizados e a qualidade de trabalho dos próprios cuidadores (ARAÚJO et al., 2014).

Numa perspectiva mais ampliada de cuidado, sugere-se que a capacitação ou treinamento dos cuidadores considere, ainda, os profissionais que trabalham nas ILPIs como corresponsáveis pela implantação e implementação de políticas públicas para o setor. Dessa forma, aponta-se a necessidade da capacitação continuada e mais incentivos para esses fins políticos (SILVA; ALMEIDA, 2013).

Além disso, o excesso de sintomas psicológicos, sociais e físicos vivenciados por cuidadores devem ser observados, pois pode comprometer a habilidade no ato de cuidar com qualidade, juntamente com as condições ambientais desfavoráveis, que podem afetar a qualidade do cuidado e a vida do idoso (GRISON; ALVES; FALEIROS, 2015).

Ainda pode-se destacar que as condições de despreparo dos cuidadores para assistirem ao processo de morrer e, também, às fragilidades frente à velhice, levam a ideia de que é necessário que as instituições disponibilizem a seus profissionais cursos e apoio psicológico (OLIVEIRA et al., 2013).

Dessa forma, é fundamental que se perceba a importância de oferecer uma melhor qualidade de vida, tanto à pessoa cuidada quanto ao cuidador. Entende-se que o papel do cuidador vai se tornando cada vez mais importante, pois o idoso, comumente, pode ser cada vez mais dependente com o passar dos anos. Dessa maneira, a saúde do cuidador deve ser zelada, pois sem o suporte adequado esse sujeito, que é vítima do estresse físico e mental por tempo prolongado, pode esgotar a capacidade de motivação, concentração e atenção, prejudicando a qualidade do trabalho (ROSÉN, 2012).

Desse modo, torna-se indispensável aumentar, qualificar e humanizar o trabalho de cuidar dos idosos e isso nos aproxima da necessidade de compreender as interferências sociais e psicológicas que circundam os cuidadores formais das ILPIs. A compreensão dessas interferências pode contribuir para adequação do ato de cuidar garantindo sua qualidade.

1.3 A GERONTOLOGIA E OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

As influências sociais e psicológicas são reconhecidas pelos estudos da gerontologia, ciência interdisciplinar que considera aspectos do envelhecimento humano além dos fisiológicos. Oliveira (1985) descreve que a gerontologia explica o processo do envelhecimento, buscando as ações para prevenir as condições inadequadas de atuação para além dos campos físicos ou biológicos. Existe uma horizontalidade entre as influências biológicas, psicológicas e sociais que atingem a pessoa idosa e a gerontologia é uma ciência que vem procurando eliminar os estereótipos formados em longas etapas históricas, enfatizando a aceitação das diferenças biológicas individuais, sociais e as distintas condições internas ou psíquicas dos sujeitos (OLIVEIRA, 1985).

Na perspectiva de superar o reducionismo positivista, que foca apenas nas explicações médico-científicas e permeiam mais as possibilidades biológicas de adoecer, deve-se destacar um olhar social e psicológico sobre o ser humano na relação com a sua atividade, como é o caso da realização do trabalho pelo cuidador de idosos. Estima-se a forma pela qual esse prestador de serviços se insere no processo produtivo, além das condições, da organização e

da divisão do trabalho as quais ele se submete. Busca-se reconhecer a subjetividade no trabalho, o significado que os cuidadores atribuem a determinadas situações, o modo como cada um reage a partir da sua história de vida, de seus valores, das suas crenças, das suas experiências e das suas representações sobre a atividade desenvolvida (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008).

Estas influências, sociais e psicológicas, facilitam ou dificultam a qualidade do serviço de cuidar das pessoas idosas e, por isso, devem ser analisadas e interpretadas à luz de teorias, contribuindo com as operações práticas e/ou outros aprofundamentos teóricos e científicos.

Para Eliopoulos (2005) a visão social aborda o impacto da sociedade sobre o sujeito e deste sobre aquele. Com base na World Health Organization (2005) compreende-se que os aspectos do campo social consideram o tempo histórico e a cultura, além das questões econômicas, políticas, familiares e ambientais; que os valores culturais e as tradições determinam como uma sociedade encara as pessoas; e que o apoio social engloba oportunidades de educação e aprendizagem permanente, proteção contra maus-tratos e solidão, isolamento social e exposição a situações de conflito e riscos à saúde.

Nesse contexto, evidencia-se, também, a necessidade da participação dos próprios trabalhadores nas ações voltadas para a proteção e a promoção da saúde dos profissionais, como sujeitos capazes de contribuir com o seu conhecimento para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde e doença, intervindo para transformar a realidade social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2008).

No que concerne aos aspectos psicológicos, entende-se que esses englobam complexidades afetivas ou emocionais ligadas ao bem-estar, que se expressam, interna e externamente, no pensamento e nas relações sociais. As dimensões psicológicas funcionam de forma consciente e inconsciente, abrangendo as funções cognitivas e a formação de psicopatologias.

Os pontos de vista psicológicos são aqueles que exploram os processos mentais e o comportamento, além dos sentimentos das pessoas durante o seu ciclo de vida, observando os mecanismos que são usados para o enfrentamento de suas dificuldades (ELIOPOULOS, 2005).

Os aspectos psicológicos são definidos, em documento proposto para a política do envelhecimento ativo, como a inteligência e a capacidade cognitiva, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas. Essas perdas podem ser compensadas por

ganhos em conhecimento e experiência. Os fatores psicológicos incluem ainda a falta de motivação, de confiança, as baixas expectativas e algumas doenças como a depressão e outros transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

1.4 O CUIDADOR FORMAL NAS ILPIs

O cuidado planejado nas ILPIs tende a ocorrer baseado nos modelos biologizantes, de um cuidado medicamentoso ou curativo, necessitando de mais ações embasadas na perspectiva da promoção para a saúde e prevenção de agravos. Destaca-se o atendimento das necessidades humanas, relacionados à vida comunitária e a inserção social com qualidade de vida, ou seja, há necessidade do cuidado mais humanizado (MEDEIROS et al., 2015).

Mesmo nos cuidados biológicos e medicalizantes considera-se que existem indicadores visíveis da pouca qualidade com as restrições físicas, apontando para o aparecimento das úlceras de pressão ou escaras, do uso de substâncias psicoativas e a falta de documentação que determine as decisões antecipadas, orientando os cuidadores e demais profissionais (CLOS; GROSSI, 2016).

Além disso, evidencia-se a existência de conflito evidente entre as necessidades de cuidado e as possibilidades de recursos para o cuidado nas ILPIs, e, também, a responsabilização ao cuidador pelas condições de seu trabalho, embora exista o esforço das instituições para garantir o número de cuidadores especificados na regulamentação. A ausência de profissionais cuidadores é para ser evitada, pois são obstáculos existentes para os cuidados a partir de uma perspectiva humanizada e bioética. O conjunto de pressões para minimizar número de trabalhadores e ainda cuidar de uma população cada vez mais frágil, visando a manter a margem de lucro, também deve ser evitado (MEDEIROS et al., 2015).

De um modo geral, mesmo enfrentando dificuldades, o desejo dos cuidadores formais de cuidar bem, soma-se aos atributos como a paciência, a honestidade, a solidariedade, e a boa vontade em assistir aos idosos. Esses profissionais cuidadores lidam diretamente com os idosos nas atividades da instituição, em ações que podem se reverter no bem-estar. Entretanto, a insegurança nas tarefas do cuidado diário deixa aparecer a não satisfatória formação desses profissionais (GRISON; ALVES; FALEIROS, 2015).

O bom relacionamento entre a equipe de cuidadores é outro ponto que deve ser fortalecido, pois repercute positivamente na relação do trabalhador na sua atividade laboral. O

trabalho coletivo auxilia na vivência e superação das situações geradoras de sofrimento. Além disso, a criação de laços de amizade, de confiança e bem-estar, influencia não só o cuidado realizado como também a relação dos indivíduos com as tensões existentes em seu contexto laboral e suas superações (MARIANO et al., 2015).

2 PERGUNTA CONDUTORA

Considerando que a qualidade dos serviços ofertados pelas ILPIs é imprescindível à manutenção do bem-estar das pessoas idosas e, ainda, o cuidador formal como um profissional importante às atividades nesses locais, se pergunta: quais os fatores psicológicos e os fatores sociais, identificados pelos cuidadores formais, que interferem, positiva ou negativamente, na qualidade dos cuidados às pessoas idosas institucionalizadas?

3 OBJETIVOS (GERAL E ESPECÍFICOS)

Esta pesquisa objetiva **analisar os fatores psicológicos e sociais entre cuidadores formais das ILPIs, que interferem no ato de cuidar das pessoas idosas**. Logo, se busca, especificamente:

- a) Identificar aspectos psicológicos referidos pelos cuidadores formais, que dificultam e/ou facilitam o cuidado nas ILPIs;
- b) Evidenciar a percepção dos cuidadores formais sobre os fatores sociais que interferem positiva e/ou negativamente no ato de cuidar nas ILPIs.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo de campo e abordagem qualitativa é de natureza observacional e utilizou a Análise de Conteúdo para interpretação dos dados, na modalidade Temática, proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 2016).

Como afirma Minayo (2013), o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das opiniões, que são produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem ou constroem seus artefatos e, assim, sentem e pensam a si mesmos.

O tipo de estudo observacional permite ao investigador atuar como expectador de fenômenos ou fatos, sem realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora possa realizar análises para coleta de dados (FONTELLES et al., 2009).

Intenta-se com a técnica da análise de conteúdo, na modalidade temática, “ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda” (MINAYO, 2013, p. 307).

A modalidade Temática refere-se à noção de tema que se extrai de “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição significa algo a ser considerado para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2016).

Além disso, foi realizada uma triangulação de técnicas coletados a partir de dois instrumentos diferentes, o que permitiu a melhor validade dos resultados das análises. A triangulação é definida como a utilização de mais de uma técnica e que ajudam a prevenir possíveis distorções (FIGARO, 2014).

A triangulação de técnicas é a combinação de perspectivas e de métodos de pesquisa adequados, que sejam apropriados para levar em conta o máximo possível de aspectos distintos de um mesmo problema. Neste estudo a triangulação funcionou como validação, mas também como forma de integrar diferentes perspectivas do objeto pesquisado, como forma de desenvolvimento, no sentido de utilizar sequencialmente as técnicas para que o uso do método inicial informe à utilização do segundo método, proporcionando uma discussão (TUZZO; BRAGA, 2016).

4.1 COLETA DE DADOS (INSTRUMENTOS)

Na coleta de dados foram aplicados, individualmente, dois instrumentos: a entrevista semiestruturada e o método projetivo a partir de imagem, caracterizando duas dimensões de análise. Esse segundo instrumento considerou as afetividades e representações simbólicas dos cuidadores formais em relação ao trabalho de cuidar, originárias das histórias fictícias por eles narradas.

Como numa avaliação psicológica, se os dados da entrevista são relacionados com os dados obtidos nas técnicas projetivas, entende-se que as evidências subjetivas são mais seguras. Isso porque as entrevistas oferecem um conjunto de dados e o método projetivo é indicador de outros dados que, quando comparados e cruzados, podem se complementar, reforçando as inferências nas análises.

4.1.1 A técnica projetiva

Nesta pesquisa se propôs, em primeira dimensão de análise, a apresentação de estímulos pouco estruturados ao examinando, a partir de quatro imagens extraídas da internet e baseadas em cenas que se referem ao ato de cuidar das pessoas idosas, conforme figuras 1, 2, 3 e 4, apresentadas no final desta sessão. Cada imagem foi modificada pela função “desfocar” do *software adobe photoshop*, de modo a permitir criações de diversas histórias para a mesma figura. Utilizou-se, ainda, uma quinta imagem, representada por um quadro em branco, sem qualquer estímulo, permitindo a criação ainda mais livre. Observou-se, entretanto, que a imagem em branco foi descartada por três examinandos na hora da aplicação da técnica. Eles solicitaram a finalização do procedimento da técnica e o início da entrevista, demonstrando indisponibilidade em continuar diante da ausência de estímulos.

Para essa finalidade de projeção buscou-se o modelo da técnica projetiva, já padronizadas, que produziu o Teste de Apercepção Temática - TAT, proposto por Henry Murray, em 1935, juntamente com a fundamentação teórica psicanalítica, interpretando os conteúdos inconscientes e conscientes dos cuidadores das pessoas idosas.

Destacamos que as técnicas projetivas, que se caracterizam pela apresentação de estímulos pouco estruturados e que permitem uma ampla variedade de respostas, proporcionando uma maior interação do psicólogo com o examinando (AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006).

A natureza de estímulos não estruturada, ambígua e amorfa, proporciona a liberdade da resposta e do tempo diante de estímulos vagos. Se o material for definido ou preciso, ao

falar sobre ele, a pessoa estaria bem próxima de uma descrição objetiva da realidade apresentada. Frente às indefinições do material, o sujeito está mais próximo de expressar seu mundo interior, dando sentidos à ambiguidade pela sua interpretação subjetiva (PINTO, 2014).

Em 1939, Frank abordou “as técnicas projetivas”, apontando uma dinâmica holística da personalidade, onde os elementos se integram a partir do discurso e a pessoa expressa a sua fantasia numa atividade construtiva e interpretativa. Na medida em que os estímulos pouco ou nada estruturados são apresentados ao sujeito, a resposta é projetiva, reveladora de sua maneira de ver a situação, de sentir e interpretar (FORMIGA; MELO, 2000).

Relatos livres foram solicitados e considerados também, depois que os examinados desta pesquisa completaram suas tarefas expressivas, tal como é uma prática mais ou menos comum em aplicações de outros testes, como os desenhos do HTP – *House, Tree, Person* – de Buck (PINTO, 2014) e o teste de Rorschach.

As técnicas projetivas permitem, em psicologia clínica, fazer surgir espontaneamente associações de palavras e ajudar a localizar as zonas de bloqueamento e de recalçamento de um indivíduo (BARDIN, 2016).

Os procedimentos projetivos oferecem muitas vantagens na aplicabilidade à pesquisa, pois existem os sujeitos que evitam expressar ideias e sentimentos de acordo com o modo esperado à coleta de dados. Dessa forma, procedimentos que promovem um caráter indireto às respostas, podem diminuir as exigências dos sujeitos na elaboração dos discursos, especialmente aqueles com características mais instruídas do ponto de vista da educação formal (AIELLO-VAISBERG, 1995).

O fundamento teórico da hipótese projetiva deve ser creditado ao conceito de projeção, que teve um longo percurso na psicanálise com Freud, em 1895-96, descrevendo movimentos de defesa psíquica na paranoia. A projeção, com sentido atribuído pela psicanálise, consiste em uma operação em que o sujeito retira conteúdos de si mesmo e atribui a uma pessoa ou coisa, como qualidades, sentimentos, desejos, ou mesmo afetos que ele desconhece, não estão conscientes ou recusa nele próprio (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

É possível detectar informações projetivas, tanto quando se tratar de fatores socioculturais ou de fatores de variáveis internas, compreendendo a constituição das características psicológicas como um processo histórico-cultural. O método projetivo não se

detém somente à quantificação, mas em compreender o sujeito no que faz e não faz, na forma como faz, quando e porque faz (FORMIGA; MELO, 2000).

Verificou-se que toda percepção subjetiva repousa em um trabalho de interpretação que decorre das problemáticas internas do sujeito e que podem ser projetadas para estímulos ambíguos. A situação do manejo das técnicas projetivas reside, ainda, no examinador, que deve ser o mais neutro possível a fim de não influenciar a natureza das percepções e da projeção dos sujeitos (MARCELLI; COHEN, 2010).

As imagens apresentadas aos cuidadores formais favoreceram a preparação de uma história. Entendeu-se que na elaboração de temas e contos, os sujeitos revelam seus conflitos e desejos fundamentais, suas expectativas, modelos de reação, mecanismos de defesa e os momentos da sua trajetória de vida (PINTO, 2014).

As técnicas projetivas, a partir das imagens desfocadas para esse estudo, como se vê nas figuras 1, 2, 3 e 4, proporcionaram um amplo campo de interpretação, no que se tratou do resgate do inconsciente no indivíduo, pois complementam, reforçam ou fundamentam, clinicamente, os dados obtidos, permitindo a valorização dos aspectos psicológicos. Como afirmam Formiga e Melo (2000), a força do inconsciente não se manifesta apenas pelo material clínico, mas como se vê em muitos artistas, se manifesta também em obras como os seus quadros que expressaram muito do seu mundo psíquico e realidade humana.

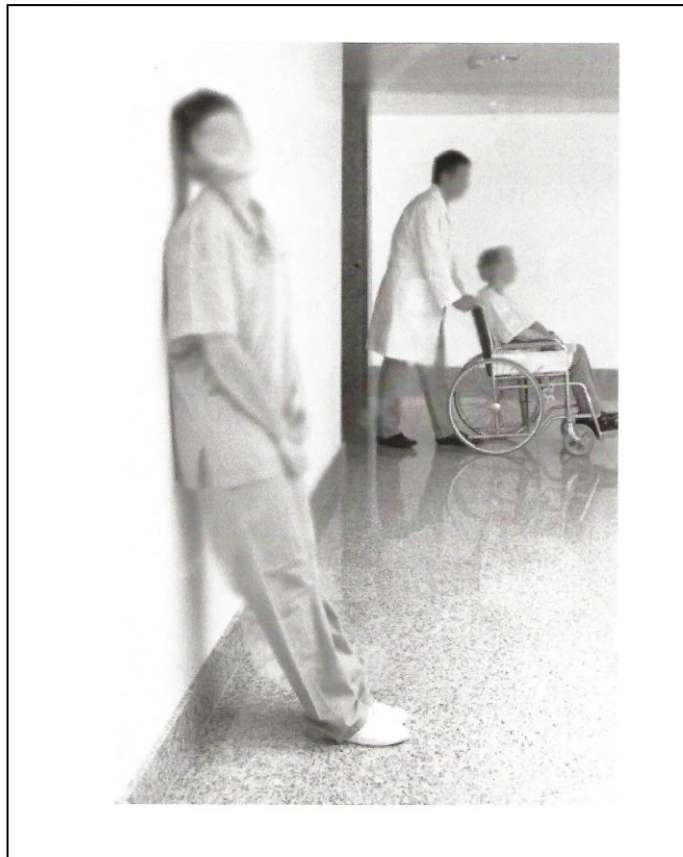
Desse modo, para este estudo se considerou os apontamentos freudianos sobre obras de arte que foram fundamentadores das técnicas projetivas e afirmaram a possibilidade de dizermos algo sobre alguém por meio de sua produção, de suas visões diante de estímulos ambíguos. Considerou-se, também, que as experiências vividas influenciam as percepções humanas, produzem entrelaçamentos que podem se materializar nas fantasias criadas frente a estímulos ambíguos, e tais criações acabam constituindo uma amostra válida e confiável do modo de ser da pessoa (PINTO, 2014).

Figura 1 – Imagem I: O idoso e o cuidador



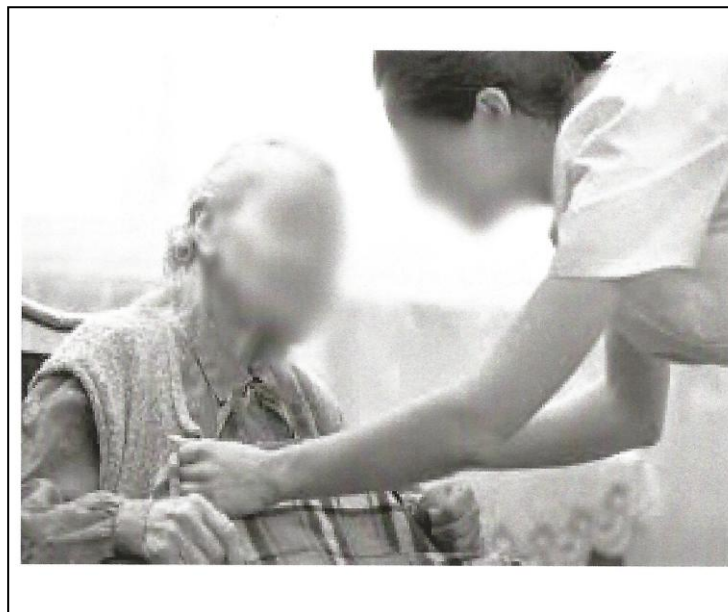
Fonte: Internet, editada pelo autor (2018)

Figura 2 – Imagem II: Cuidadores



Fonte: Internet, editada pelo autor (2018)

Figura 3 – Imagem III: A idosa e a cuidadora



Fonte: Internet, editada pelo autor (2018)

Figura 4 – Imagem IV: Reunião de equipe



Fonte: Internet, editada pelo autor (2018)

A técnica projetiva considerou os sentimentos e motivações dos personagens das histórias projetadas; e as pressões do ambiente das histórias projetadas, que são as demandas do meio externo e que se somam aos sentimentos e motivações, interferindo no comportamento dos personagens. A entrevista semiestruturada, como segunda análise, considerou os temas que foram evidenciados a partir da frequência da primeira dimensão de análise, além de outros temas com maior aparição de Unidades de Registros – URs.

Para a melhor compreensão das URs criou-se a tipificação: R = Realidade; HF = História Fantasiada. As do tipo R são Unidades de Registros extraídas das entrevistas semiestruturadas, e as do tipo HF são URs extraídas das técnicas projetivas. As tipificações HF são acompanhadas das numerações 1, 2, 3 e 4, que são referentes às imagens postas nas figuras 1, 2, 3 e 4. Dessa maneira, quando uma História Fantasiada a partir do método projetivo for referente à imagem mostrada na figura 2, ela será sinalizada como “HF-2” e assim por diante. As HFs que se referem à imagem em branco foram sinalizadas como “HF – Em branco”.

Baseando-se no TAT, foram extraídos quatorze índices representantes das “forças propulsoras”. Os índices foram classificados conforme o objetivo imediato, atribuído por cada cuidador aos personagens nas atividades narradas que, consideradas como Unidades de Registros – URs, representam as tendências para comportamentos. Também foram utilizados mais nove índices representantes dos tipos de forças ou condições ambientais. Esses índices foram classificados a partir das “forças do ambiente” sobre os personagens das histórias, encontrados em trechos narrados e considerados URs. Os índices representantes das forças extraídas foram expostos nos Quadros 1 e 2:

Foi analisada a relação das forças que emanam dos personagens – Sentimentos e motivações, com as forças que são originárias do ambiente das histórias – Pressões ambientais. Observaram-se, também, os desfechos das narrações, se eram favoráveis ou desfavoráveis em direção às condições para se ter êxito, progresso ou afabilidades nas ações.

Houve uma triangulação dos resultados a partir dos cruzamentos entre as URs das histórias narradas utilizando as imagens em técnica projetiva, com as Unidades de Registros observadas a partir das entrevistas semiestruturadas, permitindo concordâncias ou discordâncias nos resultados obtidos, além de inferências necessárias para se articular à fundamentação teórica.

Quadro 1 - Motivações, inclinações em sentimento - Forças propulsoras intrapsíquicas

Motivações, inclinações em sentimento - Forças propulsoras intrapsíquicas

1. **Abatimento** - Sensação de desapontamento, desilusão, depressão, tristeza, sofrimento, infelicidade, melancolia e desespero.
2. **Agressão emocional e verbal** - Odiar ou zangar-se. Envolver-se numa discussão verbal; amaldiçoar; criticar, depreciar, reprovar, censurar, ridicularizar e citar agressão contra outra pessoa por meio de uma crítica em público.
3. **Agressão física ou social** - Lutar ou matar para se defender ou defender um objeto de amor. Revidar um insulto não provocado. Lutar pela pátria ou por uma boa causa. Revidar uma ofensa por meio de uma punição. Perseguir, agarrar ou aprisionar criminoso ou inimigo.
4. **Ajuda** - Procurar auxílio ou consolo, solicitar ou depender de alguém para ser estimulado, para ter clemência, apoio, proteção, cuidados. Ter prazer em receber simpatia alimentação ou presentes. Sentir-se solitário quando desacompanhado, nostálgico no lugar estranho, desesperado numa crise. A autoajuda como consolar-se, ter autopiedade, obter algum prazer por meio do sofrimento, buscar consolo na bebida ou drogas.
5. **Autoagressão** - Recriminar-se, criticar-se, reprovar-se ou desprezar-se por cometer erros, agir totalmente ou falhar. Sofrer de sentimento de inferioridade, culpa ou remorso. Punir-se fisicamente, cometer suicídio.
6. **Conflito** - Estado de incerteza, indecisão ou perplexidade momentânea. Oposição entre impulsos, necessidades, desejos ou objetivos. Conflito moral ou inibições paralisantes.
7. **Degradação** - Submeter-se a coerção ou a imposições para evitar repreensões, punição, dor ou morte. Sofrer uma pressão desagradável (insulto, injúria, malogro) sem fazer oposição. Confessar, desculpar-se, prometer fazer melhor, expiar, reformar-se, render-se passivamente a condições difíceis de serem suportadas. Masoquismo.
8. **Desvelo** - Expressar simpatia na ação, ser bondoso e respeitoso dos sentimentos alheios. Encorajar, apiedar-se e consolar, ajudar, proteger, defender ou resgatar objetivo.
9. **Dominância** - Tentar influenciar o comportamento, os sentimentos e as ideias alheias. Empenhar-se em alcançar uma posição executiva. Liderar, gerir, governar, impor, restringir, aprisionar.
10. **Instabilidade emocional** – experimentar uma marcante mudança de sentimentos para com alguém. Ser vacilante, inconsistente ou instável nos seus afetos. Mostrar flutuações de humor ou de temperamento, ocorrência de exaltação de pressão numa mesma história. Ser intolerante com a uniformidade e a constância. Procurar novas pessoas, novos interesses ou uma nova profissão.
11. **Realização** - trabalhar em alguma coisa importante com energia e persistência. Empenhar-se para realizar algo sério, adiantar-se no negócio, persuadir e liderar um grupo para criar alguma coisa. Ambição manifestada na ação.
12. **Sexo** - buscar e desfrutar a companhia de pessoas do sexo oposto (ou mesmo sexo), ter relações sexuais, apaixonar-se, casar.
13. **Outras necessidades** – afiliação.
14. **Outros estados interiores** - exaltação e ansiedade.

Fonte: Murray (2005).

Quadro 2 - Forças do ambiente

Forças do ambiente	
1. Afiliação associativa	- O personagem projetado pelo entrevistado tem um ou mais amigos ou companheiros. É membro de um grupo com quem tem afinidades.
2. Afiliação emocional	- Uma pessoa, genitor, parente ou amante está afetuosamente ligada. O personagem tem um caso amoroso, mutuamente correspondido ou se casa.
3. Agressão física e social	- O personagem procede erradamente e alguém se defende dele, ataca em revide, persegue, aprisiona, mata o personagem. Uma autoridade legítima castiga o personagem.
4. Ajuda	- Uma pessoa, alimenta, protege, auxilia e estimula, consola, perdoa o personagem.
5. Dano físico	- O personagem é ferido por uma pessoa. Há agressão por um animal, acidentalmente, ou perigo físico. Seu corpo é mutilado ou desfigurado.
6. Dominância por coerção	- Alguém tenta forçar o personagem a fazer alguma coisa. Ele fica exposto a imposições, ordens ou persuasões violentas.
7. Dominância por indução ou sedução	- Uma pessoa tenta influenciar o personagem a fazer ou não alguma coisa, por uma suave persuasão, estimulação, por ágil estratégia ou sedução.
8. Falta	- O personagem carece do indispensável para viver, ou por ter êxito, ou ser feliz. É pobre, sem família, ou carece de status, influência, amigos. Não existe oportunidade de trazer o progresso.
9. Perda	- O personagem perde algo, ou alguém morre ou perde objeto querido, no decorrer da história.

Fonte: Murray (2005).

A frequência total de cada uma das forças associadas aos índices temáticos foi observada na sequência das histórias, de modo a permitir inferências sobre o que é mais comum entre os cuidadores formais, seja em sentimentos e motivações, seja nas forças ambientais existentes e, disso, resultaram duas categorias, compreendendo que as aparições mais frequentes são mais fidedignas à realidade dos profissionais analisados.

4.1.2 A entrevista semiestruturada

Neste estudo utilizou-se, em segunda dimensão de análise, a entrevista semiestruturada, que tem como característica formular os questionamentos básicos, de certa forma mais livres, e que se relacionam ao tema pesquisado para promover hipóteses a partir das respostas dos informantes (MANZINI, 2004).

Um roteiro para a entrevista semiestruturada, como afirma Minayo (2013), que também é conhecida como entrevista semidirigida, foi elaborado considerando uma lista de

temas que desdobram indicadores qualitativos de uma investigação, buscando atingir várias faces do objeto investigado, conforme Apêndice B deste estudo.

Considerando-se a abrangência dos aspectos psicológicos e sociais, os pontos a serem investigados neste estudo foram sistematizados, baseando-se nos indicativos postos pela World Health Organization (2005), em:

a) **Aspectos sociais** – Influências econômicas e salariais; apoio político e envolvimento dos cuidadores em políticas públicas; dificuldades ambientais na estrutura física e nos recursos para o trabalho; relações entre os membros da equipe, os superiores, as pessoas idosas e outros cuidadores; valores culturais que determinam como uma sociedade encara os profissionais cuidadores; a capacitação e treinamento permanente; e o apoio à saúde dos cuidadores.

b) **Aspectos Psicológicos** – Motivação e satisfação em cuidar; percepção de ganhos em experiência e conhecimento; sintomas e possíveis transtornos mentais relacionados ao trabalho como cuidadores; percepção sobre a importância do ato de cuidar para eles mesmos, as pessoas idosas e para a equipe de trabalho; aspectos que prejudicam a atenção e a concentração no ato de cuidar; capacidade de enfrentar as perdas, acidentes e a morte das pessoas idosas; capacidade e autonomia para resolver problemas na rotina; a visão pessoal sobre o envelhecimento; relação com a autonomia e a independência dos idosos.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Buscou-se ultrapassar o senso comum do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante as entrevistas, as técnicas projetivas e resultados observados. Partiu-se de uma leitura do primeiro plano das falas ao nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Articulou-se, ainda, os enunciados dos textos com fatores que determinam suas características, como os contextos sociodemográficos, dando consistência interna às operações, segundo perspectivas apontadas por Minayo (2013).

A análise de conteúdo está entre o rigor da objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade e, assim, a análise temática se fez pela contagem de vários itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, como é o caso das frases ou períodos (BARDIN, 2016).

Na primeira dimensão de análise, observaram-se os dados sociodemográficos e foram verificados os temas e as frequências nas histórias criadas, a partir de imagens selecionadas

para a técnica projetiva, permitindo a criação dos sistemas de categorias para classificar as unidades de significação coletadas nos discursos. Na segunda dimensão da análise os temas e as frequências que emergiam das técnicas projetivas foram buscados nas entrevistas semiestruturadas, permitindo mais precisão ao conjunto das informações para análise no plano das inferências.

Os principais fundamentos teóricos escolhidos para a interpretação dos dados vêm da psicanálise, dos conceitos psicanalíticos postos pela psicodinâmica do trabalho e de algumas leis e normas brasileiras, além de outras teorias, proporcionando:

a) Por meio da Psicanálise: “capacitar-nos a compreender mais integralmente as relações dinâmicas dentro da mente e descrevê-las mais claramente” (FREUD, 1996 p.53);

b) Por meio da Psicodinâmica do Trabalho: explicar os conflitos entre organização do trabalho e funcionamento psíquico; e instrumentar-nos nessa teoria para perceber as possibilidades do trabalho como estruturante psíquico, os possíveis encaminhamentos do sofrimento em direção ao prazer e à saúde (ATHAYDE, 2005);

c) Por meio de algumas leis e normas brasileiras, como a Constituição Federal de 1988: aproximar-nos parcialmente da realidade dos direitos e dos deveres dos cuidadores formais.

Em relação à psicanálise, esta é compreendida como uma disciplina científica que comporta bases epistemológicas e éticas para a realização de pesquisas. Freud, ao aproximar-se da concepção de “inconsciente” e de suas singulares formas de expressão, buscou métodos de pesquisa que passaram a ser necessários, sobretudo, porque o inconsciente não é um objeto de estudo delimitado, necessitando de observações específicas (SILVA; MACEDO, 2016).

O inconsciente se faz presente no discurso do sujeito e em sua produção psíquica, e sua interpretação pode se dar na “transposição de certas conclusões retiradas da psicopatologia para a psicologia do indivíduo normal” (GARCIA-ROZA, 2009, p.43).

O curso desses eventos inconscientes no psiquismo é invariavelmente colocado em movimento por tensão ou estímulos internos e externos e deve ser estudado sobre os pontos de vista concernentes à psicanálise (FREUD, 1996).

Complementarmente às explicações da psicanálise freudiana, a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho agrega às interpretações desta pesquisa na medida em que Christophe Dejours, apresentador dessa abordagem, propõe ser esse o estudo das vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, pensando nas nuances do trabalho prescrito e do trabalho real, além de considerar a construção da identidade do trabalhador. Essa teoria estuda as

novas configurações das organizações do trabalho, as estratégias defensivas, as patologias sociais e o sentido das vivências de trabalho (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

Segundo a teoria da psicodinâmica, o sofrimento pode estar presente em sujeitos desmotivados com seu trabalho, não fazendo o que realmente gostam, percebendo que o seu trabalho não permite uma descarga em busca de prazer e não representa, assim, um substituto de outras experiências prazerosas (VASCONCELOS; FARIAS, 2008).

Com relação ao arcabouço legal brasileiro e projetos de leis que descrevem a atual realidade dos cuidadores formais e profissionais nas ILPIs, buscou-se estimular algumas reflexões para frisar a importância das políticas públicas como ferramentas de transformação social.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada nas duas ILPIs públicas da Cidade do Recife, pois se considera a importância desse aparato assistencial para o município, entendendo que a demanda de usuários para esse serviço é maior do que o que ele pode ofertar. A distribuição da população brasileira em seus municípios mostra uma alta concentração em grandes centros urbanos e, também, se verifica uma escassez de estudos sobre a temática das ILPIs públicas.

As metrópoles dos países em processo de desenvolvimento, como é o caso do Recife, no Brasil, são grandes exemplos do fenômeno do envelhecimento. Dentre as capitais do Norte e Nordeste, Recife é uma das que concentra maior contingente de população idosa, o que representa socialmente uma metrópole, que, em tese, necessita de uma maior atenção em relação às políticas públicas que contemplem a inserção dos idosos (NÓBREGA, 2010).

As ILPIs pesquisadas, localizadas nos bairros de Iputinga e nos Torrões, acolhem pessoas idosas de ambos os sexos, sendo que uma delas abrigava, no momento da pesquisa, 40 pessoas idosas com o maior número de mulheres e a outra 20 pessoas, a maioria do sexo masculino.

Os instrumentos para a coleta de dados foram aplicados, individualmente, em seis cuidadores formais das duas ILPIs públicas que são administradas pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos da Prefeitura da Cidade do Recife, sendo três de uma ILPI e mais três da outra.

O fechamento da amostra em seis cuidadores considerou a saturação dos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas. Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), por

fechamento amostral pela saturação, entende-se que é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

As entrevistas semiestruturadas com os seis cuidadores formais das duas ILPIs, juntamente com a aplicação da técnica projetiva com as cinco imagens, ocorreram nos dias 24, 25, 26 e 29 de julho de 2018, nos turnos da tarde e da noite, com duração máxima de 1h20 e mínima de 52 minutos. Tanto as entrevistas quanto as histórias coletadas pelo recurso projetivo foram gravadas e transcritas na íntegra, de modo a favorecer a análise de conteúdo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As pessoas selecionadas precisavam ser profissionais com vínculos de trabalho há mais de seis meses, nas ILPIs públicas do Recife, e de ambos os sexos. Considerou-se que os cuidadores sociais contratados há menos de seis meses poderiam apresentar poucas experiências no serviço, contribuindo menos que o esperado para esta pesquisa. Os participantes precisavam ter idade mínima de 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice C deste estudo.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão foram utilizados: quaisquer dificuldades na comunicação dos cuidadores formais que inviabilizassem a escuta ou confundissem a análise dos dados, seja por doenças psicopatológicas ou físicas, que podem comprometer a cognição, seja por outros mecanismos que se encontravam prejudicados e que eram responsáveis pela linguagem.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo se comprometeu com a Resolução nº 466/2012 do CNS/MS que rege os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e as formalidades do Código de Ética do Profissional Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005). Considerou-se a necessidade da assinatura em todas as laudas do TCLE, pelos participantes, e a preservação da identidade, por meio do sigilo e ocultação do nome daqueles que aceitaram colaborar com este estudo.

Levou-se em consideração, também, os princípios da autonomia, riscos e benefícios e proteção aos sujeitos dessa pesquisa. Conforme entendimentos, a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisas. O investimento financeiro desta pesquisa foi de inteira responsabilidade do pesquisador principal. Os dados coletados nesta pesquisa foram: gravações, entrevistas e filmagens, ficando armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal do pesquisador, sob sua responsabilidade.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo CEP, vinculado a Universidade Federal de Pernambuco, conforme pode-se verificar na Plataforma Brasil, pelo número 79731617.7.00005208.

Em conformidade com as normas éticas atribuídas ao profissional de psicologia, destaca-se o uso exclusivo de alguns instrumentos psicológicos por psicólogos e, por isso, o método projetivo proposto neste estudo difere de testes projetivos já validados pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP, conforme norma de padronização determinada em resolução, que transforma dados em escores para a interpretação, a partir de procedimentos específicos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003).

Considerou-se como benefício secundário, reflexões para profissionais de psicologia sobre os propósitos para os quais os métodos projetivos são pensados, motivando outros pesquisadores psicólogos que atuam com gerontologia à criação de instrumentos e padronização em futuras pesquisas científicas. Com isso, sugere-se uma validação de mais testes de precisão por escores, que contribuam ainda mais com o trabalho dentro da ILPIs.

5.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

Foi considerado risco aos participantes nesta pesquisa, a situação de constrangimento no decorrer das entrevistas. Essa situação exige do pesquisador um manejo adequado para oferecer o conforto necessário ao participante, durante a condução dos diálogos.

Fez parte desse manejo adequado os esclarecimentos iniciais sobre o processo desta pesquisa, além de esclarecimentos durante e após a coleta de dados; o destaque à preservação da identidade dos participantes; as reflexões com os membros participantes desta pesquisa, individualmente, acerca de possíveis constrangimentos percebidos, buscando o conforto dos examinandos, gerando um clima de acolhimento.

A coleta dos dados nas entrevistas foi realizada em local reservado, evitando interferências externas, preservando a privacidade e a confidencialidade das informações, sendo explicitadas a ética e a confidencialidade.

Em relação aos benefícios, se espera que os resultados sirvam de suporte para intervenções que favoreçam os serviços nas ILPIs, contribuindo para melhorar a qualidade de trabalho e a qualidade de vida da pessoa idosa. Compreendeu-se que aprimorar as práticas dos cuidadores de idosos, ampliar formas de treinamentos e apoio, além de incentivar a participação social na formação das políticas públicas necessárias, serão possíveis a partir deste estudo.

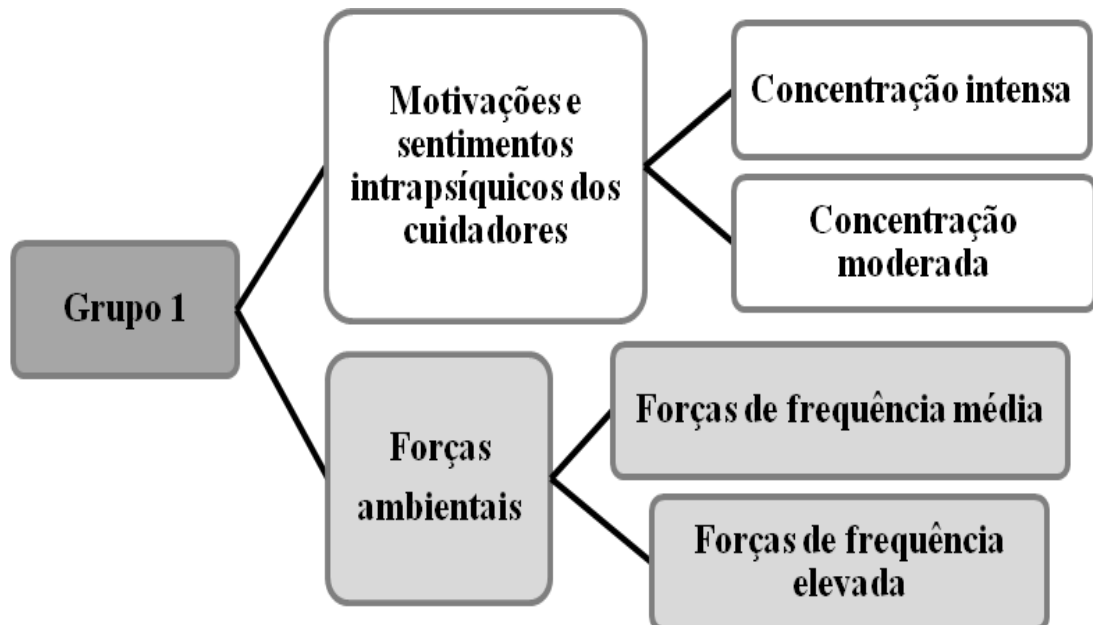
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A discussão de resultados é o procedimento posterior às duas dimensões da Análise de Conteúdo, na modalidade temática, sendo: a técnica projetiva e a entrevista semiestruturada.

O perfil sociodemográfico dos cuidadores formais analisados foi posto como uma categoria considerada importante para a compreensão dos resultados da entrevista semiestruturada, das motivações e sentimentos, e forças ambientais vivenciadas pelos cuidadores das ILPIs pesquisadas. As informações sociodemográficas permitem uma maior compreensão e outras inferências, quando analisadas e cruzadas com os demais resultados obtidos nas duas dimensões da análise.

Após a realização das duas dimensões da Análise de Conteúdo e considerando o objetivo principal desta pesquisa, foi possível estabelecer um grupo de resultados, devidamente categorizados. Esse grupo de resultados foi decorrente de uma das dimensões da Análise de Conteúdo, utilizando as imagens em técnica projetiva, e que resultou em duas categorias principais, sendo: (1) Motivações e sentimentos intrapsíquicos dos cuidadores, que se subdividiu em duas, (a) Concentração Intensa e (b) Concentração Moderada; e (2) Forças ambientais, subdividida em duas, (a) Forças de frequência elevada e (b) Forças de frequência média, conforme a Figura 5.

Figura 5 - Divisões e subdivisões das categorias presentes no grupo



Fonte: Autor, 2018.

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS CUIDADORES FORMAIS ANALISADOS

Considerando o perfil sociodemográfico dos seis cuidadores examinados, observou-se que a maioria é do sexo feminino e idade maior que 33 anos e menor que 50 anos.

Os dados corroboram com pesquisas realizadas em outros estados do Brasil, reforçando um perfil sociodemográfico comum dos cuidadores formais no país, pois há o predomínio de mulheres com idade média de 33 anos em quatro ILPIs do Vale do Paraíba, litoral norte do estado de São Paulo, em uma população estudada que foi composta por 32 colaboradores que cuidam da assistência ao idoso (ARAÚJO et al., 2014). Dentre as características observadas em 26 cuidadores de cinco Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas, no município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais, destaca-se o sexo feminino correspondendo a 96,2% dos respondentes, pois apenas um era do sexo masculino.

Quadro 3 - Perfil sociodemográfico dos cuidadores formais

Dados Sociodemográficos						
Cuidadores:	1 Senhora Amor	2 Senhorita Esperança	3 Senhora Razão	4 Senhor Saúde	5 Senhora Remuneração	6 Senhorita Cansaço
Sexo:	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade:	50 anos	37 anos	33 anos	45 anos	42 anos	39 anos
Natural:	Recife-PE	Recife-PE	Paulista-PE	Recife-PE	Cupira-PE	Recife-PE
Escolaridade	Ensino Médio; Superior incompleto em Serviço Social	Ensino Médio; Técnico em enfermagem; Superior incompleto em Psicologia	Ensino Médio	Ensino Médio; Técnico em enfermagem	Ensino Médio	Ensino Médio; Técnico em enfermagem
Religião:	Católica	Evangélica	Católica	Católico	Católica	Não tem
Estado Civil:	Casada	Mora com companheiro	Mora com companheiro	Casado	Casada	Solteira
Nº de Filhos:	1 filha: 16 anos	1 filho: 12 anos	3 filhos: 1, 11 e 16 anos	5 filhos: 10,12,17,20 e 22 anos	1 filho: 17 anos	2 filhos: 19 anos e 21 anos
Possui outros empregos?	Não	Não	Não	Sim (mais dois)	Não	Sim (mais um)
Cursos em envelhecimento	Capacitações pela prefeitura	Capacitações na ILPI	Capacitações pela prefeitura	Palestras em outros locais	Cuidador de idosos: 1 mês	Capacitações na ILPI
Remuneração	1 salário mínimo + insalubridade	1 salário mínimo + insalubridade	1 salário mínimo + insalubridade	1 salário mínimo + insalubridade + outro emprego	1 salário mínimo + insalubridade	1 salário mínimo + insalubridade + outro emprego
Horas de trabalho	Plantão 12/36h	Plantão 12/36h	Plantão 12/36h	Plantão 12/36h + 16h em outros locais	Plantão 12/36h	Plantão 12/36h + 24h em outro local
Experiência profissional anterior com idosos	Não	Sim. Em domicílio por 3 anos e 8 meses	Sim. Em domicílio por 1 ano	Sim	Sim. Em domicílio por 1 ano	Não
Tempo de trabalho como cuidador na ILPI	5 anos	7 meses	6 anos	4 anos numa ILPI e 7 meses em outra ILPI	1 ano e 2 meses na ILPI	8 anos na ILPI
Horas de lazer por semana	Não tem	Não tem	Não tem	1 dia por semana	Não tem	Não tem

Fonte: Autor, 2018.

Quanto à idade sobressaiu a faixa etária entre os de 30 a 35 anos. Em dois serviços de Longa Permanência para Idosos no estado da Bahia, com uma amostra de 18 (dezoito) cuidadores, verificou-se que o perfil dos cuidadores formais é do sexo feminino e a faixa etária menor que 39 anos; e valor de renda de 1 (um) salário mínimo (REIS et al., 2015).

Os seis cuidadores formais das duas ILPIs desta pesquisa têm seus serviços terceirizados e são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Todos confirmaram o valor da remuneração pelo serviço prestado aos usuários idosos, em um salário mínimo, mais o percentual de 20% desse valor, equivalente à insalubridade, obtendo uma média de R\$ 1.100,00, no ano de realização das entrevistas. Constatou-se que dois deles possuem vínculos trabalhistas em outros locais, com o objetivo de aumentar a renda salarial.

Outros estudos confirmam essa realidade no Brasil, como é o caso do estado do Ceará, que por meio de pesquisa com sete cuidadores formais de ILPIs, verificou-se que um deles tinha outro emprego e os outros seis recebiam somente um salário mínimo (VIEIRA et al., 2011). Outro estudo feito na cidade de Belo Horizonte mostra um perfil de cuidadores do sexo feminino, com menos de 50 anos de idade, e com remuneração mensal de menos de dois salários mínimos (RIBEIRO et al., 2009).

A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu Art. 7, define como direito dos trabalhadores urbanos e rurais o salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas, e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim (BRASIL, 1988).

O artigo 192 da CLT prevê o adicional de insalubridade que vai incidir sobre o salário mínimo. Os agentes e condições insalubres, bem como o nível do respectivo adicional são observados pelas Normas Regulamentadoras - NR, como a NR-15, definida pelo Ministério do Trabalho (BRASIL, 2015a).

Outra realidade, entre os cuidadores formais examinados, é não ter horas disponibilizadas para atividades de lazer e até cuidados pessoais como exercícios físicos. Além disso, todos eles tinham filhos no momento da pesquisa e relataram as dificuldades financeiras com o autocuidado e a manutenção dos seus dependentes. Em relação às famílias dos cuidadores pesquisados, três eram casados, dois deles moravam com companheiros e apenas um era solteiro. A idade dos filhos varia entre 1 e 22 anos, sendo cinco deles crianças entre 1 e 12 anos; quatro entre 16 e 17 anos; e três entre 19 e 22 anos.

Em relação à escolaridade, todos os cuidadores entrevistados têm o ensino médio completo. Dois deles cursavam ensino superior, sendo um em psicologia e um em serviço social, e três dos cuidadores concluíram cursos técnicos em enfermagem. Nenhum deles fez uma formação específica para cuidar de pessoas idosas com horas cursadas iguais ou maiores

que 160 horas-aula. Os cursos de formação como cuidadores de idosos foram capacitações realizadas nas ILPIs, oferecidos pela Prefeitura, e palestras com temáticas específicas em relação ao cuidado integral às pessoas idosas.

Observa-se que a profissão de cuidador de idosos, embora esteja prevista no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), sob o número 5162-10, ainda não foi regulamentada e esse profissional é contratado como empregado doméstico. Há projetos de lei – PL, como o PL 284/2011 e PL 11/2016, que estão em tramitação no Senado e elencam as atribuições do profissional cuidador. Os PLs estabelecem que poderá exercer a profissão de cuidador de idosos, o maior de 18 anos, que tenha concluído o ensino fundamental, e que tenha curso de cuidador conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, com bons antecedentes criminais e atestados de aptidão física e mental (BRASIL, 2011, 2016).

As condições que regulamentam a profissão dos cuidadores variam entre os Estados do Brasil, como se observa na Lei nº 7.332, de 14 de julho de 2016, do estado do Rio de Janeiro. Nessa disposição legal lê-se que os cuidadores que não possuam certificado de curso para qualificação de cuidador de pessoa idosa ou a escolaridade mínima exigida, têm o prazo de cinco anos, após a publicação desta Lei, para complementarem a formação. Define ainda que os cursos regulares de cuidador de pessoa idosa deverão ter, no mínimo, a duração de 160 horas-aula, com conteúdos teórico e prático, com acompanhamento e supervisão. Deve compor o corpo docente profissionais relacionados ao campo da gerontologia, tais como: geriatras, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, cirurgiões-dentistas e assistentes sociais (RIO DE JANEIRO, 2016).

No estado da Paraíba existe a Lei nº 11.182, de 17 de julho de 2018, que dispõe sobre a criação do cadastro estadual de profissionais que trabalham ou cuidam de idosos e pessoas com deficiência, com o objetivo de acompanhamento e assistência à pessoa com necessidade temporária ou permanente, mediante ações institucionais de cuidado de curta ou longa permanência. Caso sejam comprovados maus-tratos e violência por parte do cuidador contratado, o profissional é imediatamente excluído do cadastro (PARAÍBA, 2018).

A respeito das experiências, a maioria dos cuidadores mostrou ter experiência com os cuidados às pessoas idosas no domicílio particular. Apenas dois deles não tinham experiências anteriores em cuidados diretos com idosos, sendo uma delas funcionária de serviços gerais da ILPI. Os cuidadores mostraram, ainda, vínculos mais longos com as atividades realizados nas ILPIs, sendo quatro deles com 4, 5, 6 e 8 anos trabalhados na função referente à cuidadoria dos usuários; e apenas dois deles com até 1 ano na função.

As horas trabalhadas correspondem ao regime de um plantão de 12 horas de atividades e 36 horas para descanso para todos os cuidadores das ILPIs pesquisadas. Os profissionais se dividem por turnos, sendo os que trabalham durante o dia e os que trabalham durante a noite. No momento das entrevistas um dos cuidadores possuía mais um vínculo de trabalho e outro estava com dois vínculos a mais de trabalho.

A Lei Complementar nº 150 de 2015 determina que a jornada diária do trabalhador doméstico, que inclui o cuidador de idosos, deve ser no máximo de 8 horas diárias ou 44 horas semanais. A jornada pode ser negociada com o cuidador e, segundo a lei, podem ser negociadas jornadas de 12 horas seguidas por 36 horas de descanso. Ultrapassadas às 44 horas semanais, o trabalhador tem direito ao pagamento de horas extras, calculadas entre segunda e sábado, com acréscimo de, no mínimo, 50% do salário. As horas extras em domingos e feriados são calculadas com 100% de acréscimo (BRASIL, 2015b). Com relação à religião, quatro deles eram católicos, um evangélico e outro relatou não ter religião. Em outro estudo, relativo à religião, 65,6% declararam ser católicos; 25,0%, evangélicos e 3,1%, sem religião (ARAÚJO et al., 2014), corroborando com a realidade dos cuidadores pesquisados.

6.2 MOTIVAÇÕES, SENTIMENTOS E FORÇAS AMBIENTAIS DOS CUIDADORES FORMAIS

Os resultados a seguir são originados da análise do conteúdo das histórias, observando cada evento narrado pelos cuidadores formais no momento da aplicação da técnica projetiva, baseada no Teste de Apercepção Temática – TAT.

Salienta-se que, nesta pesquisa, de modo algum se intentou interferir na validade e fidedignidade de instrumentos próprios da Psicologia como o TAT, adulterando seus resultados ou fazendo declarações falsas. Respeitou-se o código de ética do psicólogo, em seu Art. 18, e teve-se o cuidado de não divulgar o teste, evitando a facilitação do exercício ilegal da profissão, sendo o TAT um instrumento exclusivo da psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003).

Também se destaca a Resolução nº 005 de 2012 do Conselho Federal de Psicologia, que determina que os testes psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método de uso privativo do psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012). Dessa forma, optou-se pela criação de uma técnica projetiva inspirada nos indicadores do Teste de Apercepção Temática, buscando

lâminas ou imagens diferentes das do teste, porém, mais próximas à realidade dos cuidadores formais no trabalho, preservando o sigilo concernente ao TAT, mas sem deixar de fazer uso do embasamento científico desse teste.

Conforme acrescenta o Manual do TAT, tudo depende do que se pretendeu saber sobre o sujeito, pois o psicólogo poderia estar interessado em evidências dos traços bipolares de extroversão-introversão, de masculinidade-feminilidade, de ascendência-submissão, ou poderia estar procurando indícios de ansiedade, culpa ou inferioridade e, assim, incluir esses ou outros traços em seu plano de estudo (MURRAY, 2005).

Considerando as subjetividades, os sentimentos e as motivações, é importante ressaltar que algumas das Unidades de Registros apresentaram situações de coocorrências, ou seja, presenças simultâneas de duas ou mais possibilidades para a classificação nos índices.

6.2.1 Motivações e sentimentos intrapsíquicos dos cuidadores formais

Nessa categoria são observadas as forças de sentimentos e motivações provenientes das reações dos personagens nas histórias projetadas e narradas pelos cuidadores. Elas revelaram evidências de alguns traços da personalidade dos profissionais e, assim, como pensam, sentem ou fazem ações.

As tendências observadas pertencem, também, ao passado do cuidador examinado, o que ele desejou ou fez, ou podem ser tendências do presente, como pensamentos e sentimentos, ou até tendências esperadas pelos cuidadores no futuro, como algo que gostaria ou não de fazer e, por isso, são antecipadas em pensamento (MURRAY, 2005). De uma forma ou de outra, os cuidadores formais poderiam estar mais ou menos inconscientes dessas tendências em sua personalidade no momento da criação e narração das histórias.

Em alguns momentos dessa análise se utilizou o termo “fantasia”, na conceituação, para especificar a ação em que os cuidadores formais criam o roteiro imaginário, a partir das imagens, em que se colocam presentes nos personagens, de modo mais ou menos deformado por processos psíquicos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Os resultados de frequências dos índices foram extraídos das análises de 27 histórias que foram contadas pelos seis cuidadores formais. Três forças, consideradas de motivações e sentimentos intrapsíquicos, se destacaram pela maior frequência, sendo elas: o índice “Desvelo”, que aparece como o mais frequente, totalizando quinze aparições – os aspectos desse índice foram considerados como motivação positiva para o cuidado às pessoas idosas,

destacando os sentimentos como facilitadores do ato de cuidar, por tenderem a gerar prazer em quem os sente; o índice “Ajuda” vem em seguida, com quatorze aparições, também sendo considerado positivo por mostrar o sentimento de aceitação em ajudar na forma de cuidado; subsequentemente, “Abatimento”, com onze frequências, expressa dificuldades entre os cuidadores formais já que experimentam sentimentos desprazerosos, sendo considerados negativos.

Para a discussão, essas três forças mais frequentes, consideradas motivações e sentimentos intrapsíquicos, citadas anteriormente, foram agrupadas na subcategoria (a) “concentração intensa” e entende-se que elas interferem bastante na rotina do ato de cuidar nas ILPIs investigadas.

a) Concentração intensa

Como foi dito, os resultados da análise destacaram, em primeiro lugar, a frequência do índice “Desvelo”, que sugere a existência de simpatia nas ações realizadas pelos cuidadores formais às pessoas idosas e o prazer em ser bondoso e respeitoso em relação aos sentimentos alheios, como tendência. Sugere, ainda, atitudes como encorajar, apiedar-se e consolar, além de ajudar, proteger, defender ou resgatar objetivos, sendo essas atitudes presentes entre os cuidadores. Foi possível observar a presença dessas forças em algumas histórias como vemos a seguir:

Aqui, era uma vez, uma senhora que estava bem sozinha, aí veio uma pessoa para cuidar dela, que acaba ajudando a dar o que ela há muito tempo não recebia: carinho, atenção e, principalmente, escutar ela. (Senhora Amor, HF-3)

Essa aí, pelo que eu estou vendo, é um rapaz que é um cuidador, né? Está cuidando, tentando ter a maior paciência com o idoso que, aparentemente, ele parece agressivo. E ele, com a maior paciência do mundo, tá tentando fazer as coisas da melhor maneira possível. E, sem perder a paciência e a postura também. E ele tá corretíssimo. (Senhor Saúde, HF-1)

As fantasias, como roteiros imaginários da realidade de desejos, são conscientes ou sonhos acordados, mas pode haver as fantasias inconscientes, subjacente ao conteúdo manifestado (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Nas URs das entrevistas semiestruturadas, foi possível observar que as histórias fantasiadas emergiram de realidades muitas vezes conscientes, vivenciadas pelos cuidadores formais.

Essas realidades do passado ou do presente confirmaram que experiências vividas são introjetadas. Elas passam a fazer parte da realidade intrapsíquica dos profissionais, já que, de uma forma mais ou menos inconsciente, os cuidadores formais fantasiam as histórias, se embasando nas próprias experiências. A introjeção é um movimento dinâmico e continuado na vida de todos os sujeitos e que consiste em passar de “fora” para “dentro”, de sua realidade psíquica, qualidades inerentes aos objetos externos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Em uma narração fantasiada, o Senhor Saúde, mostrando respeito aos sentimentos alheios, criou um personagem de um idoso agressivo e que se relaciona com um cuidador paciente. Estas fantasias foram projeções de realidades vividas, como podemos ver no trecho retirado da entrevista:

(...) chegou essa semana um idoso. Há umas duas semanas e ele está um pouco mais agressivo. Mas é uma fase dele. Por que disso aí? Você chegou de rua, não é? Você chegou de rua! Você é acostumado com a rua, com dormida, a questão de alimentação e de tudo que você precisava. Aí você se encontra aqui dentro, num ambiente fechado?! Mesmo, por mais que você tem aquele cuidado diferenciado, porque muitos, né? De rua. Mas você sente. E aos poucos é que você vai se adaptando. Aí essa agressividade, isso para mim é uma coisa normal, tá entendendo? E você tem que lidar com isso aí. Saber lidar. (Senhor Saúde) (R)

Da mesma maneira, as realidades vividas são observadas nas fantasias colocadas nas técnicas projetivas, como é o caso da Senhora Amor, que narra à história de uma idosa que recebe da cuidadora, numa posição de consolo, um carinho que há muito tempo não recebia devido à solidão. Essa fantasia emerge de realidades vividas pela Senhora Amor:

Tem hora que eu sento, assim... não sei se você viu. Fulana quando pega alguém para conversar, ela fala demais. Às vezes eu paro para escutar ela, e ela reclama: Senhora Amor, você é a única pessoa que me escuta aqui, ninguém quer me escutar. Eu sinto aquele, entendesse? Aquele negócio por dentro do coração. Porque, pô, a mulher tem filhos, a mulher tem irmão, a mulher tem irmã, e tá aqui dentro por medida protetiva (...). (Senhora Amor, R)

Outras expressões de “Desvelo” ficam evidentes em outras URs:

(...) A gente dava denço a ela, a Joanelha, né? Não fala isso para ninguém que a gente dava denço a Joanelha, não. (Senhora Remuneração, R)

Inferese que as atitudes dos cuidadores dentro das ILPIs estão carregadas de sentimentos que se encontram no índice “Desvelo”, seja pela expressão da simpatia e pelo ideal de ser bondoso e respeitoso aos sentimentos dos usuários idosos, seja na construção da

identidade desses profissionais, como se houvesse algo antes introjetado e que inspirasse as ações.

Eu sou muito daquilo, daquela pessoa de: isso é uma **injustiça**! Isso é..., sabe? Que às vezes a gente não pode levar as coisas assim. Mas eu gosto muito, muito. (Senhor Saúde, R)

A construção da identidade é um processo que resulta do reconhecimento e da elaboração das distintas identificações parciais e que, desde os primórdios, se incorporam nos sujeitos pela introjeção dos códigos de valores da sociedade (ZIMERMAN, 1999). Assim, observou-se que o valor da bondade e do respeito aos sentimentos alheios, são introjetados pelos cuidadores formais entrevistados durante a vida, desde a infância, e tendem a se concentrar intensamente no ato de cuidar das pessoas idosas.

Os valores introjetados são peças fundamentais na construção da personalidade, quando esses passam a fazer parte da construção de modelos a serem seguidos, passando a serem ideais escolhidos. Os sujeitos, de um modo geral, ficam submetidos às aspirações dos outros, sobre o que ele deve ser ou ter, sendo esses os ideais a se seguirem, e ,quando não são atingidos, geram sentimentos de vergonha. Essa dinâmica psicológica se forma desde a infância a partir do que é vivenciado com os pais ou primeiros cuidadores, passando a ser conjugado num tempo futuro e até condicional: eu deverei ser assim (ZIMERMAN, 1999). Verificou-se, entre alguns dos cuidadores formais, que a formação dos ideais de bondade e respeito aos sentimentos alheios surgiram desde a infância.

Eu gosto muito de cuidar. Eu sempre digo, em casa, que eu herdei isso da minha mãe. Ela era uma pessoa que gostava muito de cuidar do próximo. Então, você cresce vendo aquilo. Você cresce vendo uma super mãe, que ela tira dela para dar para os outros. Não importa se é filho, se é família, não importa. Eu aprendi muito uma coisa assim, eu tive essa base familiar: pode ser um mendigo, você tem que dar bom dia. Porque ele é um ser humano, entendeu? E assim, ela era uma pessoa muito boa. (Senhora Remuneração, R)

Rapaz, eu sempre gostei de cuidar. Porque eu fui muito apegado com minha avó. Muito mesmo. Assim, eu gosto muito. Eu tenho uma aqui que eu disse: puxa, parece demais com vovó. Eu sinto aquela coisa de você cuidar. (Senhor Saúde, R)

Desde a infância eu tinha interesse em cuidar do outro. A minha primeira opção era ser pediatra. Depois da infância eu via que algumas crianças sofriam muito, aí eu quis ser professora. (Senhora Esperança, R)

Além do “Desvelo”, outra concentração intensa de forças está nas motivações dos personagens associadas ao índice “Ajuda”, revelando que existe o sentimento mais frequente em auxílio ou consolo, solicitação ou dependência de alguém para ser estimulado, receber apoio, proteção e cuidados. Nesse índice também se evidenciou o prazer em receber simpatia, alimentação ou presentes, além dos sentimentos de solidão, nostalgia e desespero diante de crise.

Acho que ela tá cuidando de um idoso, uma idosa. Não sei se está dando alguma coisa para ela se alimentar, uma bandeja, será? Acho que tá cuidando de uma idosa. Está cuidando de uma idosa. Talvez seja num abrigo, né? Dando um pouco de cuidado, de carinho, de atenção. Como a gente faz, né? Acho que a gente dá um pouco da gente para esses idosos. No final a idosa ficou super feliz e agradecida com os cuidados. (Senhorita Cansaço, HF-3)

No meu ponto de vista, assim, analisando assim rapidamente, um profissional, né? Que ele tá ajudando idoso em alguma situação difícil, alguma coisa desse tipo. Eu sei que está ajudando de alguma forma. Tá cuidando. A imagem é tão torcida! Eu no lugar, eu cuidaria do meu idoso deixava ele limpinho, alimentado, todo organizadinho e o final ia ser a caminha dele. É mais ou menos isso. (Senhora Remuneração, HF-1)

A necessidade de ajuda estava presente nas histórias, especialmente entre os personagens representantes das pessoas idosas, mas havia motivação para ajudar. Verificou-se, em outros estudos, que esse resultado corrobora com os sentimentos de outros cuidadores formais, pois na concepção deles, o trabalho realizado por eles e o comprometimento que tem com os idosos se configura em um gesto de ajuda, o que promove a qualidade de vida aos receptores destes cuidados. Essa importância dada ao cuidado prestado como ajuda serve como reconhecimento do trabalho realizado, apontando para a satisfação com o serviço (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013).

Podemos observar, conforme as URs extraídas das entrevistas e histórias fantasiadas, que a solicitação e a dependência dos usuários das ILPIs são frequentes na rotina, mobilizando a proteção e os serviços dos cuidadores formais, despertando, nos idosos e cuidadores, sentimentos de prazer em receber e dar o apoio.

Assim, para mim é gratificante o meu idoso tá limpo, ele tá bem cuidado. Nossa! Eu já cheguei no meu idoso e ele olhou para mim e disse: não, outra pessoa não entra aqui para cuidar de mim, não. Você acredita que eu era a única cuidadora, ninguém mais entrava. Ele não aceitava ninguém. Ele só aceitava a mim. Então é muita confiança, não é? Isso tem preço? Isso não tem preço. (Senhora Remuneração, R)

Eu acho que tem muitos idosos que diz assim (chora)... Desculpe. Acho que quando a gente está cuidando, a gratificação da gente é ver o agradecimento deles, né? Tipo, já aconteceu de eu passar plantão, para eu poder sair de férias e aí quando voltar, a idosa dizer: “Você voltou! Eu tava com saudade!” Aí a gente vê que tem uma importância na vida deles. (Senhorita Cansaço, R)

Por outro lado, os serviços que são oferecidos pelos cuidadores formais se deparam com limitações, pois devem procurar a execução sempre em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, partilhando as responsabilidades dos idosos (SILVA, et al., 2009). Entretanto, constatou-se também que os cuidadores formais tendem a atender às solicitações dos idosos, muitas vezes ajudando mais do que é possível, considerando as limitações das atribuições da função profissional, como se verificou em trechos referentes tanto às histórias fantasiadas, quanto às vivências reais:

(...) É um senhor vibrando com alguma coisa. Médico? Acredito que seja um técnico de enfermagem que tá fazendo algum tipo de fisioterapia. Não, isso é um médico consultando o idoso ou mandando fazer algum tipo de exercício para tentar escutá-lo. Não, escutar também não é. Esse senhor está numa consulta médica, é isso? Aposto que ele tava com alguma dor. (Senhora Amor, HF-1)

(...) Inclusive tem uma idosa aqui que ela chegou com uma sequela de um AVC, só que ela queria porque queria andar. E ninguém deixava ela andar, mas eu botei ela para andar. E fui criticada por isso. Aí eu falei: mas ela quer andar. Disseram que ela para andar precisava ter uma fisioterapeuta. É, ela tem que ter. Mas aí algumas pessoas não gostavam, aí eu preferi não me meter. É, mas também eu não corri atrás, entendesse? Como ela é aposentada, ela tem um dinheirinho dela, então eu acreditei que ela fazendo fisioterapia, ela podia voltar andar, mas, não quiseram. Deixa para lá, né? (Senhora Amor, R)

Verificou-se que, no ato do cuidado, as transferências denominadas positivas, partindo dos cuidadores aos idosos, foram observadas como concentração intensa a partir da frequência de sentimentos e motivações do índice “Ajuda” e dos temas emergentes nas unidades de registro. Segundo a psicanálise, a transferência positiva é uma denominação que se refere especialmente a sentimentos carinhosos e amistosos, incluindo outros desejos na forma de amor não sexual (ZIMERMAN, 1999).

Entende-se, conforme a Psicanálise, que os sujeitos passam a transferir as relações vividas e introjetadas com os objetos do passado a outros sujeitos no presente, pois as experiências anteriores ainda configuram o mundo interno das pessoas de modo muitas vezes inconsciente (CORDIOLI, 2008).

As relações humanas se formam desde a infância, misturando as necessidades, como a fome, com a satisfação experimentada junto aos cuidados recebidos pelos primeiros cuidadores, sendo denominadas pela psicanálise como relações objetais. Esse conceito designa o modo de relação dos sujeitos com seu mundo externo e que se modifica em momentos evolutivos da personalidade (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Sendo as relações uma ação constante de introjeção e projeção, verifica-se que podemos nos deparar com sentimentos de identificação com aqueles que nos relacionamos. Identificação é o termo empregado para designar o processo central pelo qual o sujeito se constitui e se transforma, assimilando os aspectos, atributos ou traços dos seres humanos que o cercam (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Nas relações de cuidado, além de ideais de “Desvelo” e motivações para a “Ajuda”, podemos nos deparar com sentimentos de “Abatimento”, sendo muitas vezes sentidos, projetados e introjetados. Entre os cuidadores formais, sentimentos e motivações observados são vivenciados de modo gratificante, mas também frustrante, como se observa na concentração intensa, por frequência analisada, do índice “Abatimento” que concerne à sensação de desapontamento, desilusão, depressão, tristeza, sofrimento, infelicidade, melancolia ou desespero, conforme se evidenciou nas histórias fantasiadas.

Nossa, aí é um profissional super cansado, né? Que é um que tá cuidando, que ainda tá levando uma pessoa. O outro que tá... aparentemente a gente vendo assim... a imagem tá distorcida. Mas eu tô vendo, assim: a pessoa super cansada, super, insatisfeita, talvez com a profissão, com o que ganha. (Senhora Remuneração, HF-2)

Nesse caso aí é usuária, né? Essa? Ela é usuária que pode estar no momento pensativo. Que, às vezes, as pessoas ficam afastadas um pouco, no ambiente e outra a pessoa cuidando. O que dá assim, ao meu ver, é que passa uma reflexão na mente dessa pessoa muito afastada. Uma pessoa que está aparentemente afastada das outras. O que realmente acontece, né? Tem muitas que se afastam, às vezes na fase depressiva e não querem conversa. (Senhor Saúde, HF-2)

Está cada vez mais embaçado as imagens. Parece uma reunião de família, só que não tá uma reunião bem animada não, né? Tipo: eles estão na mesa para comer alguma coisa, para jantar alguma coisa, não sei. E essa menina chega meio “derrubadinha” e parece que não deu uma boa notícia, que ela tá meio assim, e geralmente quando as pessoas estão com o ombro meio caído não estão bem, e acaba que não transmitem o melhor para as outras pessoas. Eu acho não sei. Dependendo da notícia todo mundo vai ficar triste, aqui. (Senhora Amor, HF-4)

Sofrimentos como cansaço, desilusão, tristeza ou depressão, foram observados nas falas dos cuidadores formais, contribuindo com estados mentais considerados desprazerosos e que podem interferir nas atribuições dos cuidadores. Em outro estudo realizado no estado de São Paulo, salientou-se que alguns pontos desfavoráveis ao exercício profissional dos cuidadores formais foram o excesso de responsabilidade para com as pessoas idosas e a remuneração incompatível ao serviço prestado (SILVA; FALCÃO, 2014).

Eu sempre saio cansado, porque tem uns que pesam muito, outros que têm outras necessidades, né? (Senhor Saúde, R)

Ver o cuidador empurrar um idoso. O idoso dar uma tapa e devolver com duas. O idoso falar com você gritando e eu dar um grito maior. Porque eu Sou cuidadora e estou novinha? E o cuidado? Não tem família e as paredes não têm ouvidos, entre aspas, então não tenho que fazer? Isso me entristece! (Senhora Esperança, R)

Se você tá doente, como eu tive que me internar, veio um monte de desconto no meu salário. Nossa, quando eu vi, me matou. Você já conta com aquele dinheiro que é pouco, né? Eu vou dizer uma coisa para você. Se você me perguntar: Senhora Remuneração, quantas vezes você faltou sem ser por falta justificada, porque tive internamento? Sabe quantas vezes eu digo para você? Nenhuma, nunca faltei. Então assim, nunca ninguém viu isso! Nunca ninguém viu isso. Agora se eu faltar o único dia, pode ter certeza no outro dia, tá meu telefone, não para. Eu vou ser chamada na firma e ainda desconta do meu salário. (Senhora Remuneração, R)

Quando eu saio de casa que eu penso na minha bebê: meu Deus com quem minha menina vai ficar? Eu passo o dia mal. Eu faço minha atividade, mas eu sei que eu não estou legal. Que eu vejo que eu não estou rendendo, sabe? Eu... olha, não me leva a mal não, mas hoje tu faz para mim, que eu não tô legal. (Senhora Razão, R)

Esse mesmo estudo de Silva e Falcão (2014), corrobora com a realidade dos cuidadores formais entrevistados em Recife, destacando que o contato dos cuidadores com a morte é algo rotineiro, podendo desencadear sobrecarga emocional como depressão.

As meninas da gente, a gente fala assim. Então a gente perdeu uma idosa, Joaquina, muito querida ela, né? Eu chorava. Ela era um bebê. (Senhora Remuneração, R)

Às vezes eu tento esquecer, entendesse? Para não passar o que eu estou sentindo para ninguém. Aí eu tenho que brincar, conversar com as outras pessoas para tirar de mente, para não passar. Já teve senhoras daqui ou senhores que morreram aqui e que eu não senti tanto como senti por ela, entendesse? Mas você acaba criando um vínculo. (Senhora Amor, R)

Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo, que podem se caracterizar por uma multiplicidade de sintomas afetivos, ideativos e instintivos, e são reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública, sendo considerada uma causa de incapacidades (DALGALARRONDO, 2008). A depressão é um dos problemas de saúde mental mais comuns no mundo e considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o "mal do século" (BRASIL, 2019b).

Verificou-se, em outras pesquisas, que os cuidadores que possuem habilidades ineficazes ou pouco adaptáveis são mais prováveis de experimentar estresse, depressão, ansiedade e piora em saúde, e, dessa forma, uma das maneiras de enfrentamento aos sentimentos de abatimento é o apoio psicológico e as capacitações (GHANDOUR; PADOVANI; BATISTONI, 2014).

Os sentimentos de “Abatimento”, em relação às mortes dos idosos, também são vivenciados de forma particular por cada um dos cuidadores formais, e a experiência em lidar com sucessivas mortes acarretou maior capacidade de enfrentamento em alguns dos cuidadores. Entretanto, sentimentos de “Abatimento” não deixam de ser vivenciados, de forma mais ou menos intensa, entre os cuidadores formais.

Porque quando eu cheguei aqui no meu primeiro final de semana, eu tive que emergenciar um idoso. Eu não sabia o que era, o que ele sentia. Porque eu estava levando para o médico. Como eu era novata, aí geralmente as novatas vão para o hospital. Aí quando chegou lá, o médico falou para mim: ele tem o quê? Eu disse: não sei. Vocês vão fazer o que aqui com ele? Eu disse: não sei. E para que você veio? Aí eu fui, liguei para enfermeira daqui e fiz: o que ele tem? Aí ela foi explicar o que ele tinha. Esse idoso passou lá internado uns 8 dias e morreu. Aí eu fiz: meu Deus do céu o vôzinho morreu e agora? Aí as meninas: “Relaxa, porque daqui a pouco chega alguém para ficar no lugar dele.” Vocês não sentem não a morte? Vocês trabalham com as pessoas e não sentem não? Elas: “Senhora Amor, a gente já está acostumada.” (Senhora Amor, R)

Trabalhadores que cuidam precisam refletir sobre seus próprios valores e crenças e, somente assim, será possível o enfrentamento das perdas de forma mais tranquila. Muitos profissionais de saúde que convivem diariamente com a possibilidade de morte de um paciente sentem uma necessidade de atendimento ou acompanhamento psicológico (OLIVEIRA et al., 2013).

Além da morte de usuários, as vivências familiares dos cuidadores formais ficaram evidentes em algumas histórias fantasiadas. Lutos recentes de familiares podem se somar aos

lutos e outras realidades da rotina de cuidados nas ILPIs, com sentimentos mais intensos de tristeza e sensação de desapontamento, como ficou evidente nos relatos da Senhora Amor.

Aqui, essa menina é uma enfermeira. Essa menina podia ser uma pessoa que trabalha em hospital e que algum **parente** dela está bem doente, está indo para fazer algum exame e deve ser um exame bem sério e ela não está querendo acompanhar. Pelos traços dela eu acredito que não deve acabar muito bem porque do jeito que ela tá aqui, meia tristinha, não deve ter acabado muito bem. Ou descobriu que o **paciente** tá com um problema muito sério, ou deve ter partido. (Senhora Amor, HF-2)

A projeção de conteúdos introjetados por vivências familiares recentes, como a morte do pai, mais a rotina de cuidado da Senhora Amor, se confundem na narração quando a cuidadora utiliza as palavras “parente” e “paciente” para o mesmo personagem da história.

Foram observadas nas URs extraídas da entrevista semiestruturada, que os conteúdos intrapsíquicos da cuidadora eram “condensados” à construção das histórias fantasiadas, sugerindo que os sentimentos podem coexistir e serem misturados e direcionados aos objetos externos.

A condensação é um dos mecanismos essenciais do funcionamento de processos inconscientes e se trata de uma representação única mas que representa, por si só, várias associações, sendo um ponto de interseção (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Foi justamente aqui que eu aprendi a cuidar de idosos para poder cuidar do meu pai e transmitir o que sabia a meus irmãos para cuidar dele. Que foi assim... desculpa... (chora). Que eu agradeço muito a Deus... por eu ter aprendido tudo isso. Passar para meus irmãos, meu marido, meu cunhado como cuidar do meu pai. Tudo bem que ele passou pouco tempo doente, mas foi o pouco tempo que a gente tinha para dar uma certa aproximação a mais do que a gente já tinha. (Senhora Amor, R)

Algumas histórias narradas fizeram autorreferências diretas aos próprios cuidadores formais, como se eles estivessem mais conscientes e sentindo mais prazer em falar diretamente sobre eles. O sentimento de prazer em serem ouvidos ficou evidenciado, como afirma um deles ao exclamar que “essa pesquisa caiu do céu!” (Senhora Remuneração).

Algumas autorreferências nas histórias narradas junto as imagens foram consideradas como URs, favorecendo inferências, como veremos nesse exemplo que se mostra no índice “Abatimento”:

Essa daí eu acho que sou eu cansada no final de um plantão, louca para largar e ir para casa descansar. Eu largo estressadíssima, cabeça doendo para caramba, e vou para casa. Espero o ônibus muito tempo, para chegar em casa! Chego em casa, tomo banho, brinco um pouquinho com minha neta. Na maioria das vezes eu vou dormir sem comer. (Senhorita Cansaço, HF-2)

Verifica-se a necessidade de cuidar dos aspectos que se referem ao excesso de cansaço entre os cuidadores formais, pois o esgotamento repetitivo pode ser revertido na má qualidade das atividades referentes ao cuidado. O excesso de estímulos ou tensões sentidas pelos sujeitos provoca desprazer e é associada com a imagem do objeto que provoca essa dor, podendo hostilizá-lo. O desprazer impulsiona os sujeitos para movimentos de descarga que, se não forem bem conduzidas, revertem em comportamentos impulsivos, repulsivos ou até agressivos (GARCIA-ROZA, 2009).

Além disso, a reação à tensão emocional crônica que envolve os contextos profissionais pode gerar doenças para os cuidadores, como a Síndrome de Burnout (MARIANO et al., 2015). A Síndrome de *Burnout* é um estado físico, emocional e mental de exaustão, oriunda do acúmulo excessivo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes e/ou estressantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade, comuns nas áreas de educação e saúde (BRASIL, 2019b). Exigências às responsabilidades foram observadas entre os cuidadores, além de competitividade, como se lê através da Senhora Esperança, Senhora Razão e Senhora Amor.

(...) Deveria haver algo que quando se percebesse o adoecimento do cuidador... eu vou falar agora: aqui tem cuidador que tem uma síndrome... de *burnout*, eu não sei como se fala. E eu que sei: ele deveria ter uma atenção e um acolhimento (...). (Senhora Esperança, R)

O cuidador em relação ao cuidador, eu percebo ciúme e inveja. Em relação ao superior ela me trata muito bem e eu percebo que uma pessoa que ela demonstra ter confiança é em mim. Não que ela não tenha nos outros. E as pessoas sempre alegam que é por conta desse curso superior, mas eu não me sinto superior, porque afinal de contas não concluí o curso (...). (Senhora Esperança, R)

Outro dia a gestora: Ah! Senhora Amor, eu te amo tanto. Aí tem uma menina que não vai muito com minha cara e disse: ô pra isso! Porque sempre tem, né? Você não agrada todos, né isso? Aí eu fiz: Gerente, não fala isso não, pelo amor de Deus (Senhora Amor, R)

Eu me sinto em constante vigilância. Eu me sinto observada, vigiada pelos próprios cuidadores. Não é nem pelo superior, é pelo cuidador que não tem capacidade de chegar e dizer para o outro: eu não gostei, é assim. Ficam observando até, você não sabe, tiram foto dos erros para ter o prazer de

mostrar ao superior. Então trabalhar no lugar desses é trabalhar vigiada (...).
(Senhora Esperança, R)

Quando eu tô ali, dando banho, fazendo tudo que tem que se fazer, que alguém diz assim: oia, falta passar o lanche! Oxente, por que falta passar o lanche? Eu não tô aqui, trabalhando? Por que a menina não foi passar o lanche? Aí parece que eu esfrio, eu fico chateado com isso. Por que, eu não estou fazendo? Eu não tô trabalhando? (Senhora Razão, R)

b) Concentração Moderada

Para essa subcategoria, atentou-se para os índices que emergiram em frequência intermediária e foram considerados influentes no trabalho dos cuidadores formais pela intensidade nas unidades de registro, são eles: “Conflito”, “Realização” e “Instabilidade Emocional”.

As frequências referentes ao índice “Conflito” se concentraram sobre um total de seis registros verificados, mostrando uma interferência moderada sobre os cuidadores formais, a partir de oposições internas/intrapsíquicas ou, ainda, relacionais. O índice diz respeito aos estados de incerteza, indecisão ou perplexidade momentânea, vivenciados pelos cuidadores em situações, ou mesmo nos relacionamentos dentro das ILPIs.

(...) Acho que eles estão sentindo, acho que eles estão não sei, acho que tão, conversando. Não estão, que tá um com o rosto para frente e o outro tá para trás. Acho que estão... fazendo um carinho nele? O que é coisa que não pode fazer: um carinho no idoso (homem), né?! Pode tratar bem, mas carinho não pode. (Senhora Razão, HF-1)

A imagem demonstra que o cuidador está fazendo algo que o idoso não quer. O idoso tenta reagir. Essa é a visão que eu tenho. (Senhora Esperança, HF-1)

Eu tô vendo assim... uma interação, uma coisa mais conjunta. Rapaz, eu acho que acaba que, assim, cada um sai com um pensamento diferente. Eu acho que tanto para melhor ou na mesma. Porque às vezes você, sai com pensamento super... você tem uma reunião e você sai com pensamento super diferente do que você tava pensando. E, às vezes, a pessoa, com que tava pensando, sai até pior. (Senhor Saúde, HF-4)

Considerando o psiquismo do cuidador formal, entende-se que desejos e conflitos estão presentes em todos os sujeitos e em suas relações, mobilizando sentimentos e comportamentos. A noção de conflito intrapsíquico é a de que os sujeitos opõem uma ideia à outra, empenhando uma luta em que uma ideia reage para se realizar e a outra funciona tentando impedir ou dificultando que isso aconteça. E, numa busca por menos tensão nos

conflitos, os processos psíquicos se caracterizam por esforços, consumindo certa quantidade de energia dos sujeitos (GARCIA-ROZA, 2009). Evidentemente, se esses conflitos são frequentes, muita energia pode ser consumida levando os sujeitos a vivências constantes de desprazer e, com isso, ele pode se colocar em mecanismos defensivos diante das situações causadoras de “Conflitos”.

Observou-se que conflitos internos existem quando os cuidadores formais se colocam diante da antecipação da velhice, fantasiando uma dependência para realizar o autocuidado, o que gera angústia. Como fenômeno automático e como sinal de alarme, a angústia surge a partir de um estado de desamparo real ou imaginário, sendo uma resposta espontânea do organismo a essa situação ou reprodução dela (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

(...) E aí eu dou o meu melhor, tudo que eu faço por eles ou para ele eu estou pensando na minha velhice amanhã, porque a gente colhe o que a gente planta e colhe o que não planta, e eu me preocupo com minha velhice. Eu só tenho um filho, como será? Será que esse filho vai cuidar de mim bem? Então, eu tô fazendo hoje por eles porque, ainda que meu filho não faça, mas na frente, com certeza Deus enviará anjos para cuidar de mim. Enquanto isso, eu vou fazer a minha rotina tentando construir minhas pedrinhas para o amanhã. (Senhora Esperança, R)

Em estudo sobre cuidadores de idosos no estado de Minas Gerais, também emergiu esse fenômeno de desamparo, impulsionando cuidadores à visão negativa acerca do envelhecimento e gerando defesas psicológicas quando, ao se projetarem para o futuro, não conseguem se imaginar como idosos (SAMPAIO et al., 2011).

Ai, eu já pensei nisso! Meu Deus, como é que vai ser? Eu já pensei nisso, não sei. Bem, se eu tiver a felicidade de chegar até lá, eu já estou caminhando para isso, né? Se não, eu vou fazer o quê? Não sei. Eu espero que alguém cuide. Eu fico preocupada. Eu fico nervosa, ai meu Deus do céu, eu vou ficar velha. (...) Eu não penso nisso, sabe? A gente está conversando aqui. Você tocou no assunto, eu te respondi. Mas eu não penso nisso. (Senhora Razão, R)

O olhar temeroso à velhice faz o cuidador muitas vezes recuar e querer estar imune às possíveis e naturais alterações em um estilo de vida. Essa posição mostra uma distância do cuidador profissional para uma preparação psicológica adequada, seja ela para enfrentar os cuidados com as pessoas idosas ou para se tornarem idosos com maior qualidade de vida no futuro (SAMPAIO et al., 2011).

Considerando as entrevistas semiestruturadas evidenciou-se a presença de conflitos relacionais, além dos conflitos internos entre os cuidadores formais, gerando tensões nas relações. Coocorrências podem ser evidenciadas nesse momento de análise das relações dos cuidadores e os conflitos internos, uma vez que essas relações interpessoais expressam também forças do ambiente e, ao mesmo tempo, mobilizam embates intrapsíquicos. Mas, sendo uma luta apenas interna ou, ainda, do ambiente exterior para o interior dos cuidadores, é importante sublinhar que os conflitos são fontes de tensão e consumo de energia e que podem ser suavizados, quando resolvidos, evitando ações impulsivas do interior dos sujeitos para o ambiente externo.

Existe uma tendência básica do sistema nervoso, que é a de evitar a dor ou desprazer resultante de um acúmulo excessivo de tensão provocando desgastes, colocando os sujeitos num movimento de defesa dos objetos com que se relacionam (GARCIA-ROZA, 2009). O desgaste psicológico pode gerar afastamento afetivo entre cuidadores e os indivíduos cuidados, podendo afetar diretamente na qualidade desse ato de cuidado e, até mesmo, desistência da profissão (GHANDOUR; PADOVANI; BATISTONI, 2014).

No que se refere aos cuidadores formais examinados e os conflitos com os membros da equipe e os idosos, observou-se que esses emergem rotineiramente nas relações dentro das ILPIs, gerando desgastes mentais, como se confirma nos relatos dos profissionais.

Olha, às vezes, tem casos que é bem difícil. Porque, até pelo fato do idoso ter autonomia, ele se acha que é o dono da situação. Ele acha que você não é nada, e não lhe respeita. (Senhora Razão, R)

Eu acho que a falta de paciência é mesmo da pessoa. Tanto que eu percebo assim, que essa pessoa, é porque é uma pessoa só, que me incomoda. Essa pessoa, ela é muito mau caráter, entendesse? Ela não consegue ter paciência com os idosos. Ela não consegue ser amiga dos colegas. Ela não consegue ter coleguismo, ela não consegue. Então, faz parte da personalidade dela. (Senhorita Cansaço, R)

Eu tô com a língua afiada para dizer. Eu tiraria uma cuidadora que tem aqui, que ela é muito demente, lenta. Ela não acompanha a gente, é diferente. Talvez, não sei se é porque... não é que eu seja nova, porque eu tenho 33 e ela tem 50 e “tá, rá, rá” não sei, eu faria isso! Se fosse para melhorar, eu tiraria ela da equipe (Senhora Razão, R)

Eu percebo que a maioria dos idosos aqui, tem uma grande proximidade de mim. Isso eu também percebo que gera conflitos em outros cuidadores, os mais antigos. Porque aí: ah, ela é boazinha. Ah, ela é a santinha! (...) Tua babona... Eu escuto isso. (Senhora Esperança, R)

Considera-se que os conflitos podem ser destrutivos, prejudicando o desempenho do grupo. Entretanto, existem aqueles que melhoram o desempenho de um grupo ou de uma relação. Dessa forma, nem todos os conflitos são prejudiciais, mas eles podem ter consequências negativas, a depender de como os envolvidos lidam com eles. Nem sempre o surgimento do conflito está associado a situações e sentimentos objetivos e claros, surgindo de percepções diferentes dentro de um relacionamento, pois as compreensões da realidade são parciais e, em geral, ocorrem em um contexto de falha na comunicação (ENAM, 2014).

Porque eu vinha para cuidar, vinha para trabalhar e essa pessoa, enquanto eu tava fazendo com calma, a pessoa só queria fazer nas pressas e me empurrava. Me jogava para o lado. E cada um tem um temperamento. Eu sou muito calma e sinto prazer em cuidar, mas eu não gosto de ser ofendida. Eu acho que profissional nenhum gosta e eu passei por isso aqui. (...) Essa pessoa no momento certo veio dizer assim: “Tudo que eu fiz contigo me perdoa.” Você está perdoada. Que bom que você tem consciência de que você fez coisa errada. (Senhora Esperança, R)

Eu passei por uma situação, de uma menina lá, porque no caso ela é de enfermagem. Ela é da enfermagem ela disse: “Não, mas você não precisa resolver isso aqui não, porque você aqui é um simples cuidador.” Ela disse! Aí eu guardei isso. Eu disse: poxa, essa menina entrou hoje! Ela aqui é auxiliar de enfermagem. Lá fora ela pode ser enfermeira, ela pode ter sido formada, ela pode ser o que for. Mas aqui ela é uma auxiliar de enfermagem. Eu sou técnico também. (Senhor Saúde, R)

No senso comum, o termo realidade é algo inquestionável, porém a ideia de *realidade psíquica*, ou seja, como cada sujeito percebe o mundo, contradiz completamente esse corriqueiro sentido preestabelecido para realidade. Para entender a realidade, ou seja, a realidade material que é comum a todos, é preciso que cada sujeito empregue um conteúdo psíquico seu, que são as realidades psíquicas já introjetadas com as vivências passadas, sendo únicas e parcialmente inconscientes.

As realidades psíquicas são como telas necessárias para que a representação do nosso cotidiano possa ter consistência e sentido, e são assim que, sendo elas subjetivas, os conflitos devido às visões de mundo diferentes podem emergir, consciente ou inconscientemente (COSTA, 2006).

Em um estudo realizado em ILPIs do estado do Paraná, constatou-se que a maior parte do trabalho era realizada por técnicos/auxiliares de enfermagem e cuidadores formais, havendo um acúmulo de responsabilidades e conflitos entre a equipe, gerando desgaste psicológico diante das decisões que devem ser tomadas. Essa realidade pode comprometer a

assistência ao idoso bem como a saúde física e mental dos trabalhadores (MARIANO et al., 2015).

Aspectos de “Realização” foram considerados, inclusive por evidenciar forças favoráveis de motivações e empenho dos cuidadores formais ao ato de cuidar, apresentando igualmente seis registros totais, computados por frequência. O agrupamento de sentimentos no índice “Realização” expressa a consideração de se trabalhar em alguma coisa importante, empregando energia e persistência. Mostra a capacidade para se empenhar e realizar algo sério, como se observou nas histórias fantasiadas:

Acredito que essa reunião seja para falar sobre o ambiente, em que melhorar. O que está acontecendo na casa? Como a gente deve... como a gente deve fazer para melhorar. Acredito que seja isso. (...) Olha essa história terminaria em melhorar sempre. (Senhora Remuneração, HF-4)

Eu acho que seja aqui, gerente, assistente social, psicólogo, educador e um técnico de enfermagem ou até o próprio cuidador, né? Para discutir conversar e chegar no entendimento em relação ao usuário, que eles estão aqui, né? Tentando resolver a situação dele ou mandar para outro abrigo ou devolver ele para família ou inserir ele na sociedade. (Senhora Razão, HF-4)

A realização do ato de cuidar é vista como algo sério e também se mostra em URs extraídas das entrevistas semiestruturadas, confirmando que o cuidador tende a valorizar seu próprio trabalho:

O cuidador é a peça fundamental dessas casas. Não tem outro! Você pode ter administração, você pode ter psicólogo, pode ter assistente social, pode ter todo mundo. Se você não tiver um bom cuidador, as coisas não andam, tá entendendo? De jeito nenhum, é uma peça fundamental. (Senhor Saúde, R)

(...) O cuidador aqui, ele faz tudo. Ele tem o cuidado de fazer tudo. E eu antes eu não via dessa forma não. Porque eu achava que cuidar era você acompanhar, e qualquer pessoa pode fazer isso. Mas você tem que ter o conhecimento. (...) Acho que cuidado é o que eu faço, então assim, é responsabilidade, é coisa séria. É coisa séria. (Senhora Razão, R)

As unidades de registros extraídas das entrevistas também expressaram motivações entre os cuidadores formais, num sentido de realização para além do que é prescrito como atividades para a função, havendo a valorização, por eles, dessas outras ações exercidas.

A motivação é verificada como a predisposição dos cuidadores em realizar certas ações e atender a fins, mais do que como um comportamento diretivo, sendo maior do que os hábitos de rotina estabelecida (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Você tenta melhorar o ambiente de trabalho, mesmo que o ambiente de trabalho não lhe dê condições. (Senhor Saúde, R)

Eu sou cuidadora e, às vezes, eu me perco na função, porque eu sou filha delas, porque eles têm a idade de ser meus pais. Sou cuidadora porque minha carteira está assinada para isso. E ao mesmo tempo eu sou mãe, eu sou tia, eu sou irmã e eu sou advogada. Eu sou psicóloga, eu sou cozinheira, eu sou serviço gerais. (...) feriados finais de semanas, nós somos o SAMU a UPA, a médica, assistente social a psicóloga. Nós ficamos confinadas. (Senhora Esperança, R)

Porque não adianta a pessoa dizer que tem dois empregos e vai continuar com a mesma qualidade do trabalho. Não continua e eu me preocupo muito com isso, porque eu gosto de qualidade. Eu gosto de cuidar mais das meninas, botar uma musiquinha que elas gostam. Eu gosto de cuidar das meninas sorrindo, contando história. Contando alguma coisa para distrair. Então, imagina, eu cansada, eu chegar de outro plantão? (Senhora Remuneração, R)

Observou-se que os aspectos de “Realização” estiveram presentes como prazer entre os cuidadores, como afirmam Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), que a realização bem feita das atividades podem ser associadas a uma dimensão considerada narcísica do Ego. É como se o cuidador afirmasse: sou eu quem realiza este trabalho; além de uma dimensão socialmente ideal: faço algo que todos deveriam fazer.

Esse prazer experimentado impulsiona os cuidadores para uma tentativa de repetição dos sentimentos que são vistos no índice de “Realização”, em busca do mesmo prazer, enfrentando estímulos, e motivados pela aproximação de um ideal narcísico que, como descrevem Laplanche e Pontalis (2001) é um ideal socialmente valorizado e que permite o amor pela imagem de si mesmo.

Eu vou fazer da melhor maneira possível o que eu puder e com a consciência tranquila de dizer assim: poxa, eu fui embora, mas Fulano teve o asseio, se alimentou muito bem, não apresentou febre, tá com autoestima muito boa. Eu vou sair daqui hoje tranquilo. Tranquilo e de alma lavada com o que eu fiz! (Senhor Saúde, R)

Dessa maneira, concorda-se com a afirmação de Silva e Falcão (2014), que o ato de cuidar favorece o cuidador com sentimentos de realização, orgulho e habilidades para enfrentar novos desafios.

O índice **“Instabilidade Emocional”** fecha essa subcategoria, e foi considerado pela intensidade em que emergiu nas histórias narradas, sendo computados pelo método da frequência, totalizando cinco aparições. Esse índice concerne às experiências que mobilizam uma marcante mudança de sentimentos para com alguém. Envolve inconsistências ou instabilidade nos afetos e mostram flutuações de humor ou de temperamento, ocorrências de exaltação e depressão, numa mesma história. Aqui também estão presentes as posturas de intolerância com a uniformidade e a constância, possibilitando a procura por novas pessoas, novos interesses ou uma nova profissão.

Era uma vez uma cuidadora que chegou numa casa de longa permanência e se deu muito bem com a usuária que tinha lá porque ela não recebia a visita de ninguém. E ela tinha aquele apego, né? (...) Só que chegou um tempo, né, que você vai procurando outros ares, outras coisas e teve-se que se desvincular da unidade, aí o final não foi muito feliz para a idosa. Ou então vice-versa porque pode acontecer da idosa também vir a óbito. (Senhora Razão, HF-3)

As unidades de registros extraídas das entrevistas permitem uma compreensão de “Instabilidade Emocional”, destacando tendências frequentes entre os cuidadores formais analisados. Observa-se que existe um movimento de contágio entre os cuidadores e os idosos e vice-versa, estimulando as instabilidades e exigindo um controle de afetos dos cuidadores formais.

O contágio é um fenômeno cuja presença é fácil de se estabelecer entre os sujeitos, podendo ser classificado entre aqueles fenômenos de ordem hipnótica. Num grupo, todo sentimento e todo ato são contagiosos, e contagiosos em tal grau, que o indivíduo prontamente sacrifica seu interesse pessoal ao interesse coletivo. Trata-se de aptidão bastante contrária à natureza impulsiva dos sujeitos e da qual um homem dificilmente é capaz, exceto quando faz parte de um grupo (FREUD, 1996).

E não é sempre que você está com paciência para cuidar, não é sempre que você está legal, não é sempre que você está com sorriso no rosto. Que você queira ou não você traz seus problemas para seu trabalho. Quantas vezes você não pode deixar seu trabalho do lado de fora? Você tenta, mas você não consegue. Tenho os problemas, mas eu tenho que separar, entendesse? Para não passar para eles. (Senhora Amor, R).

Os cuidadores formais, de modo mais ou menos inconsciente, mostraram reagir às emoções dos idosos, como sugestões. O fenômeno da sugestão ocorre, segundo Freud, por consequências da influência magnética emanada do grupo, se assemelhando muito a um estado de quase fascinação (FREUD, 1996), em que o cuidador parece se encontrar diante dos idosos.

Meu prazer? Ah é vê, é assim ver quando tem algum tipo de festa a gente ver eles tudo arrumadinhos, que eles ficam tudo assim bem animado, parecendo noite de gala mesmo. Aí fica aquele riso, todo mundo rindo à toa, ah isso me causa maior prazer. E desprazer, quando eles estão assim para baixo... tipo como eu te falei mesmo tipo um lanche que falta para eles, é horrível eles mesmos sentem. Ficam bem estressados, porque fome dá estresse nas pessoas, né? (Senhora Amor, R).

As instabilidades emocionais manifestam-se, também, quando o cuidador formal vivencia as instabilidades no envolvimento da equipe e, novamente, se verifica um aumento de tensão relacional que desestabiliza emoções, gerando movimentos de defesa.

Eu acho que eles estão muito preocupados. Porque tem gente que se empenha bem, né? Que realmente a gente vê que trabalha com muito empenho, mas tem gente que a gente vê que não tá nem aí. A realidade é essa. Eu acho que seja isso. (Senhora Razão, HF-4)

Uma pesquisa feita para identificar a satisfação de idosos residentes em uma ILPI na cidade de Maringá, verificou, entre cuidadores formais e idosos, que existem instabilidades emocionais como, por exemplo, barreiras à criação do vínculo, o medo de se apegar afetivamente aos senis e ter que lidar com a posterior separação. Ainda assim, o suprimento da carência afetiva das pessoas idosas por meio dos sentimentos cultivados no relacionamento foi destacado como tão importante quanto o acompanhamento técnico, sendo um o complemento do outro (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013).

Assim sabe, logo que eu entrei aqui eu ficava num desespero, ficava... Eu fico bem sentida ainda, mas não é mais como antes. Porque com o tempo a gente vai aprendendo que a gente trabalha com amor, lógico, mas aqui a gente tem que trabalhar com a razão. Porque se a gente se apegar demais também, trabalhar muito com o coração, o emocional da gente vai lá para baixo. Então eu trabalho com a razão, entendesse? (Senhora Razão, R)

Verificou-se que há uma tentativa de autoconservação entre os cuidadores formais, que mobiliza um enfrentamento aos sentimentos investidos nas pessoas idosas das ILPIs, caracterizando a vivência de sentimentos instáveis e ambivalentes.

A ambivalência é entendida como a presença simultânea, na relação com os idosos, de tendências, atitudes e sentimentos opostos, fundamentados em sentimentos amorosos e repulsivos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Por meio da psicanálise podemos entender que existe um ponto de interdependência entre as relações e que pode funcionar como ideal nas relações entre cuidadores e idosos nas ILPIs. Segundo as teorias psicanalíticas, as relações ocorrem desde a infância e se deparam com estágios de desenvolvimento humano que impulsionam o sujeito numa linha crescente. As primeiras relações se iniciam numa dependência absoluta, pois um bebê é essencialmente parte de alguém, já que não pode existir sozinho. Posteriormente, com o acúmulo de memórias de cuidados e o início do uso do intelecto, segue rumo à independência. A independência total, entretanto, implicaria num isolamento ou patologia e a maturidade saudável se daria numa interdependência que permita a relação com o ambiente, sem realmente depender dele (NEWMAN, 2003), sendo esse um ponto menos tenso para as relações.

Desejos pessoais não realizados pelos cuidadores no trabalho, também mobilizam a “Instabilidade emocional”, incitando-os a fantasiar e replanejar a profissão.

Considera-se que o cuidador formal não chega a seu local de trabalho como uma máquina, sendo ele permanentemente objeto de excitações endógenas e exógenas. Eles possuem, ainda, uma história pessoal que se concretiza nas suas aspirações, desejos, motivações e necessidades, que emergem a partir de suas histórias passadas, conferindo a cada um dos cuidadores características únicas e pessoais. Concorde-se com a afirmação de Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) de que há nos sujeitos o desejo de reencontrar a satisfação passando a fantasiar e sonhar.

Se eu ganhasse R\$ 1.500,00, R\$ 1.600,00, eu não tava procurando outro. Mas eu tô procurando. Porque não dá, não tem condições. Então, eu já fico preocupada, por quê? Porque a qualidade do meu trabalho vai cair. (Senhora Remuneração, R)

As experiências que eu tenho desse trabalho, são as experiências que eu não levaria para canto nenhum mais. Que a partir do momento que eu for demitida, a bagagem daqui eu não quero levar para canto nenhum: as omissões. (...) E escolhi psicologia porque, voltada para o sonho lá atrás de ser pediatra, eu queria ser médica. Eu queria cuidar do outro, então eu vi na

psicologia a chance de cuidar sem precisar medicar. Sem precisar dar uma injeção ou fazer uma cirurgia, mas porque eu acredito que palavras curam. (Senhora Esperança, R)

6.2.2 Forças ambientais que circundam os cuidadores formais

Essa categoria foi criada para contemplar as análises observadas quanto à natureza das situações que circundam os cuidadores formais, baseando-se nas histórias fantasiadas, através da técnica projetiva com as imagens.

Observou-se, nas narrações das histórias, as relações dos personagens com os objetos materiais e humanos, classificando-os pelos índices sugeridos através do TAT, conforme Figura 4 e, novamente, se extraiu: a frequência dos índices, considerando as intensidades que mais se destacaram de cada um deles. A análise segue juntamente ao cruzamento dos resultados extraídos das entrevistas semiestruturadas.

É importante pensar as forças ambientais analisadas nessa categoria como retrato das interferências que permeiam as relações e o ambiente real dos cuidadores formais. Dessa forma, buscando as forças existentes no ambiente, foram construídas duas subcategorias: (a) Forças de frequência elevada; e, (b) Forças de frequência média.

a) Forças de frequência elevada

Dos índices verificados que se referem ao ambiente, “Ajuda” foi o mais frequente, apresentando o número de quatorze registros. Esse índice se refere ao ambiente que concerne às pessoas que alimentam, protegem, auxiliam, estimulam, consolam e perdoam outras pessoas. Diferente do índice “Ajuda” da primeira subcategoria, que diz respeito a sentimentos e motivações, esse segundo se refere às ações que ocorrem no ambiente de trabalho dos cuidadores, como se constata nas histórias fantasiadas:

(...) Como cuidador a gente não pode voltar o olhar só para mim, voltar para todo o contexto. Se eu estivesse nesse lugar eu iria perguntar: o que é que tá acontecendo? Eu ia tentar modificar aqui, eu ia ajudar de alguma maneira. Esse seria o fim (...). (Senhora Esperança, HF -2)

Dá para perceber que é um profissional que tá zelando pelo seu idoso, né? Que ele tá com a manta quentinha, né? Que tem o cuidado. (Senhora Remuneração, HF-3)

Compreende-se que o ato de cuidar está como a atividade mais predominante nas ILPIs, uma vez que o maior número de profissionais das duas instituições são cuidadores formais. Destaca-se que o trabalho de cuidador, também definido em inglês como *care work*, vem com seu significado atribuído ao cuidado, solicitude, atenção ao outro, preocupar-se e estar atento às necessidades daqueles que precisam e, ainda, podem ser considerados a prática profissional como uma disposição moral. O *care*, termo polissêmico, multívoco, tem como sinônimo *aid*, que no português é definido como ajuda (HIRATA, GUIMARÃES, 2012), assim, como *care work*, que significa trabalho de cuidador, pode ser *aide* ou ajudante.

“Ajuda” é considerado um dos resultados mais positivos entre os cuidadores, porque, entre os entrevistados, o próprio conceito de cuidar incluía tendências ao cuidado integral. Conforme estudo realizado em João Pessoa, nas ILPIs havia uma organização focada nas normas biomédicas, estabelecidas para instituições de saúde no Brasil, entretanto, o atendimento precisaria estar centrado na integralidade e não em aspectos apenas de ordem assistencialista, que inibe a promoção do envelhecimento ativo e se volta apenas a ações focadas na demanda de atividades cotidianas e controle de doenças (MEDEIROS et al., 2015). A integralidade é um dos princípios compreendidos como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, alcançando melhores níveis de saúde. A integralidade considera a visão do ser humano como um todo único e indivisível, extrapolando a atenção apenas no aspecto biológico e considerando questões afetivas, espirituais e socioculturais (AGUIAR, 2011). Os cuidadores formais entrevistados se aproximaram dessa perspectiva do cuidado integral:

Cuidado... é a gente ter aquela... aquele amor. Saber escutar, saber lidar com aquela pessoa, e saber ver o que aquela pessoa tem, entendesse? Tentar ajudar de alguma forma. (Senhora Amor, R)

Para mim cuidado é zelo. Não é só cuidar de trocar a fralda, o cuidado para mim é cuidar de escutar meu idoso. É cuidar, dele querer falar alguma coisa que aconteceu durante o dia e eu parar nem que seja um minuto. Eu tenho que ter um minuto para parar para escutar o meu idoso. (Senhora Remuneração, R)

Cuidado para mim acho que é tudo. Cuidado é você abraçar tudo daquela pessoa, você acatar, e chamar a responsabilidade para você. E você saber o que você tá fazendo. E você sempre tentar ouvir cada um. Porque tem muitas histórias diferentes. Cada um tem um jeito de se expressar ou de se dedicar ao que você tá fazendo. (...) Às vezes é um simples passeio com eles, pelo menos para esquecer naquele momento todas as preocupações. E por que não tem com frequência? Ajudaria muito, mas a maioria não tá nem aí. (Senhor Saúde, R)

Ressalta-se que os cuidadores formais estão vinculados às ILPIs públicas, sendo administradas pelo município do Recife e que tem princípios ligados à proteção social especial de alta complexidade. As ILPIs buscam os serviços que garantem a proteção integral como a moradia, a alimentação, a higienização e o trabalho, visando à reintegração familiar ou comunitária (BRASIL, 2019a).

Os ideais de atendimentos realizados pela equipe devem ser focados na assistência integral da pessoa idosa, levando em conta que cada membro dessa população apresenta necessidades específicas, subjetivas, à prestação do cuidado individualizado (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013). Observou-se que os cuidadores formais são exigidos em seu ambiente para a ajuda ou cuidado de idosos heterogêneos, isso exige, ainda, conhecimentos específicos complexos:

Fulano é “doido”. Eu não vejo “doidice” em ninguém! Eu vejo um transtorno, certo? De pessoas que pensam diferente, outras para mais e outras para menos. E que você precisa trabalhar mais com aquilo ali. Tem muitos aqui que têm problemas psiquiátricos. Aí você tem que trabalhar em cima disso. (Senhor Saúde) (R)

A gente tem um público muito diferente. Assim, usuário que vem da rua, usuário que é alcoólatra. Assim... bebida, álcool, droga é tudo misturado... Ex-presidiário... a gente trabalha assim. (Senhora Razão) (R)

Dessa forma, o cuidador e a pessoa idosa estão, em seu meio ambiente, imersos no clima de “Ajuda”, seja para achar-se no sentimento de ajuda, como se verificou na subcategoria “Motivações e sentimentos”, ou para presenciar a existência dela no ambiente, e atendê-la. De uma forma ou de outra, o clima de “Ajuda” foi o mais encontrado nas Unidades de Registros, sendo um sinônimo para o ato de cuidar, e se fez presente em grande parte dos contextos de todas as entrevistas.

Chegou um novato, um usuário que tava no hospital internado e passou não sei quanto tempo se tratando da tuberculose. Esse homem não tá bom. Por que da transferência hospitalar? Você já vê as coisas de uma maneira diferente, tá entendendo? Então, não vem dizer para mim, que Fulano tá bem, que Fulano tá aqui com essa tosse e que para você é normal. Se eles adoecerem, 3 ou 4 adoecem, adoecem todo mundo! Tá entendendo?! Mas a gente que é o cuidador, a gente sempre vai lá, a gente lembra de Fulano. (Senhor Saúde, R)

Outro dia mesmo precisou ir 3 idosos ser emergenciados e não tinha técnico de enfermagem para ir. Aí eu já fui preparar a medicação. Eu fui separar as

pastas, porque tem que levar o prontuário de cada um deles. Aí a gerente fez: Senhora Amor do céu, tá faltando às pastas! Aí eu disse: já separei todas. (Senhora Amor, R)

Às vezes já aconteceu de, na época que eu estudava ainda, não tinha curso nem nada e o idoso ‘parou’ ali no quarto. E todo mundo ficou correndo, sem saber o que fazer, né? Se eu tivesse um curso, uma preparação, eu ia iniciar uma massagem, ao perceber que ele tinha tido uma parada cardiorrespiratória, e iniciar massagem e ligar para o SAMU. Ajudar, tá entendendo? (Senhorita Cansaço, R)

Conforme concordam alguns autores, existe uma tendência ao tecnicismo sem emoção, gerando descuido, indiferença e até abandono, mas “felizmente estamos começando a ter mais exemplos de sensibilidade e solidariedade competentes em relação ao cuidado da vida humana vulnerabilizada pela doença e pelo sofrimento” (LACERDA; COSTENARO, 2013, p. 21), psicológico e social.

Tem idoso aqui que ninguém suporta, mas eu sempre converso numa boa, entendesse? Que tem idoso aqui que é difícil, mas eu sento, eu converso: como é que o senhor está? Está precisando de alguma coisa? Tudo bem, que se eu não vá fazer, né? Mas só o fato de você perguntar, eu acho que já é uma grande coisa, entendesse? (Senhora Amor, R)

Um grande desafio para a qualidade do ato de cuidar é não considerar as pessoas como um corpo, transformando-as apenas em sua biologia. É necessário uma visão multi, inter e transdisciplinar, respeitando o ser humano em suas relações, pois além do corpo, existe um psiquismo, um “coração” que cultiva esperança e cresce em perspectiva de valores (LACERDA; COSTENARO, 2013).

Entre os cuidadores entrevistados, verificou-se que, além da solicitação de ajuda que partia das pessoas idosas caracterizando o ambiente, a ação de ajudar era sentida como prazer e acompanhada do valor atribuído pelo cuidador, como se analisou em “Desvelo”. O valor do trabalho depende, antes de tudo, do que é importante para nós, em função de ter sido de experiências que não se reduzem àquelas do trabalho assalariado, mas diz respeito ao mundo no qual queremos viver (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

Além de “Ajuda”, “Afiliação Associativa” foi o segundo índice procedente da análise por frequências, com o total de onze presenças, representando o ambiente com relações de amizade ou companheirismo, ou sentimento de pertencer a um grupo com afinidades.

Os sujeitos se constituem por meio do campo da linguagem, que é formada na relação com as outras pessoas, no campo social. É na relação com o outro que significantes vão sendo

introjetados e se associando com outros significantes, e vão gerando sentidos, inclusive para as próprias relações com os objetos (SBARDELOTTO et al., 2016), como se percebe em algumas histórias narradas.

Depois de uma reunião sempre você sai com outras ideias. Porque você troca, você aprende você ensina outra pessoa. A pessoa que tá do outro lado, né? Que tá liderando, enfim você tem, você aprende, você ensina. Acho que sempre é uma troca, acho que sempre sai melhor. (Senhora Remuneração, HF-4)

Esses dois aqui, essas duas aqui estão com olhar para essa. Os de cá apesar da imagem, também. O final dessa história é que talvez a conversa, o diálogo aqui está sendo proveitoso para eles. (Senhora Razão, HF-4)

Acho que essa moça deve estar apresentando algum trabalho dela, alguma coisa assim, do tipo. Acho que é. Acho que eles estão prestando atenção no que ela está falando, respeitando ela. (Senhorita Cansaço, HF-4)

Considera-se que o ser humano é gregário por natureza e ele somente existe em função dos seus inter-relacionamentos grupais, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (ZIMERMAN, 2007).

Verificou-se que o valor dado ao grupo, entre os cuidadores profissionais, está na representação de um ideal daqueles que contribuem para diminuição da sobrecarga e alívio das tensões do trabalho. Observou-se que o bom entrosamento da equipe proporciona mais efetividade no cumprimento das tarefas, participação uniforme dos membros nas atividades a serem cumpridas (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013).

Eu valorizo muito minha equipe. Eu acho que a gente só, não faz nada. Na verdade a gente é uma equipe, por isso está dizendo: equipe. Eu preciso dela, ela precisa de mim. Quer dizer vai ter dia que ela não vai estar tão bem. Então, vai precisar de mim. Eu vou suprir ela naquele momento. Vai ter um dia que eu vou chegar, não vou tá tão bem. Quer dizer é uma equipe. (Senhora Remuneração, R)

O valor dado pelos cuidadores analisados ao sentimento de estar inserido ao grupo daqueles que cuidam, também foi verificado conforme a valorização das relações entre eles e os usuários idosos. A fantasia de estar entre “membros da família” foi verificado entre os cuidadores formais, e com isso mostrou-se a tendência à percepção de suas próprias identidades, como se elas fossem parte de um coletivo familiar.

Na realidade aqui é a segunda casa da gente. Porque assim, passa 12 horas aqui, aí larga, vai para casa, chega às 9h, 10h. Aí passa a manhã, o dia. No outro dia tá aqui. É duas casas, uma em casa e outra aqui. O que eu aprendo aqui ajuda em casa e o que eu sei em casa ajuda aqui. (Senhora Razão, R)

Eu sempre digo assim: é uma segunda família. Porque não adianta dizer assim: ah não, você não pode ter amizade no plantão. Já falei aqui em reunião: tem que ter! Porque se eu não tô bem com minha equipe, eu não vou trabalhar bem. Tem que ter! (Senhora Remuneração, R)

Dentro do grupo, as relações dos cuidadores com os objetos, cuidadores e idosos, se formam a partir da personalidade de cada um deles, da apreensão mais ou menos fantasiada dos objetos, e dos tipos de defesas psíquicas que se estabelecem (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). As fantasias que se referem à família mostram-se como um elo das relações de cuidado, muitas vezes numa tentativa de preenchimento de algo que falta às pessoas idosas, como foi verificado:

Tem uma Senhorinha aqui que é muito boa. Porque ela diz assim: minha filha não dá um cheiro assim. Então você é meu filho, né? Eu digo: é, eu sou seu filho. Quer dizer isso já...Você fica, né? (Senhor Saúde, R)

E muita gente diz assim: não porque a Senhora Amor dá muito dengo! Mas não é dengo, é amor. Sabe quando o cara vem parar numa situação dessa aqui, já tá para lá de depois. Você de repente ter sua família e vir parar aqui dentro. Depender de A e de B para comer, para olhar para você, para te escutar?! (Senhora Amor, R)

Daqui que vem a família ver, eles estão entregue na mão da gente. Eles estão entregue na mão da gente! Quer dizer, eles dependem da gente para tudo, né? (Senhora Remuneração, R)

O sujeito não pode se desenvolver submetido ao desejo dos outros. É necessário se separar, num exercício que se dá desde a infância, para se tornar adulto e se constituir a partir do seu próprio desejo. Entretanto, é a separação que torna o sujeito desejante, porque, ao se separar de outras pessoas, é evidenciado um vazio que move o sujeito em direção à realização, ao preenchimento, inclusive o de reviver outras relações. Em outras palavras, é a desvinculação dos pais ou cuidadores iniciais, que permite a inserção na comunidade, deixando de tomá-los como objetos, transferindo os desejos para outros objetos no mundo externo (COUTO, 2017).

Dessa maneira, os desejos por relações objetais dos idosos podem ser transferidos para os cuidadores, colocando esses profissionais, muitas vezes inconscientemente, numa posição representativa e influente à saúde mental dos idosos. É preciso que aqueles que cuidam,

mesmo sentindo vários tipos de sentimentos ambivalentes e comuns às relações de objetos, continuem a existir na vida desses idosos, inclusive quando os usuários agem de modo a despertar impulsos hostis (NEWMAN, 2003).

b) Forças de frequência média

O índice “Falta” tem uma frequência considerada média, pois se mostrou por oito aparições nas histórias narradas, a partir das observações das imagens. As “Faltas” existentes nos ambientes que circundam os cuidadores formais foram verificadas através das entrevistas semiestruturadas, se mostrando tanto em aspectos psicológicos, quanto nos sociais.

Esse índice mostrou coocorrência com os demais índices encontrados nas subcategorias já analisadas, interferindo em aspectos da “Ajuda”, “Abatimento”, “Conflitos”, “Instabilidades Emocionais”, “Filiações Associativas”, e “Ajuda” em relação ao ambiente. O índice “Falta” expressa a carência de algo indispensável para se viver, ou para se ter êxito, ou para ser feliz, como dificuldades financeiras, falta de família, ou carência de status, influências e amigos.

Uma vida que... passou, que não teve muito perspectiva e que nada levou, não construiu, nem teve frutos e acabou. (Senhora Amor, HF - Em branco)

Era uma vez um usuário que chegou aqui no ano de 2013. Uma pessoa assim, deficiente visual. A família até hoje a gente nunca soube. Soubemos depois, né? O histórico da família, que ele foi bem ruim para família. Enfim, até hoje tenta fazer a cirurgia da vista e não consegue. Parece que tem um bloqueio, sabe? Não consegue fazer essa cirurgia. (Senhora Razão, HF- Em branco)

As “Faltas” que emergem dos idosos são presentes de modo intenso no ambiente das ILPIs, sendo compartilhadas pelos cuidadores formais, e frequentes nas análises das entrevistas semiestruturadas.

É complicado você depender dos outros. Porque, assim, tem muito idoso aqui que ele é autônomo. Assim, né? Assim, ele faz tudo só. Mas tem idoso que não é, tem suas dependências, né? Aí você vai vendo que você pode ter dinheiro, mas dinheiro não é tudo. Você pode ter o dinheiro que for, mas está num lugar desse aqui? (Senhora Razão, R)

Eu tive recentemente no enterro de uma idosa daqui, a gerente determinou que eu fosse. Eu representando as cuidadoras e o educador representando o abrigo. A gente foi. Cheguei lá, só estava o filho. Eu olhei assim e disse:

Deus só o filho mais ninguém. Somos nós a família? Que negócio triste. Meu Deus, eu vou ter que pegar no caixão? (Senhora Esperança, R)

Tem usuário aqui que tem família. Tem uma usuária que ela tem duas filhas, se eu não me engano, mas que dificilmente vem ver ela. Eu sei que tem história de mães que não foram boas, né? Que não criaram seus filhos, que talvez fosse até o caso dos filhos hoje não ligar por causa disso, porque não tiveram uma mãe de verdade. Mas é mãe, né bicho? É mãe, por pior que tenha sido. (Senhorita Cansaço, R)

Outra falta que emergiu refere-se à relação entre os cuidadores com a gestão direta e administração pública, sendo a pouca atenção e pouca valorização expressadas como sofrimento. Sentimentos de injustiça face ao reconhecimento do serviço, ou o não reconhecimento dos méritos específicos de cada agente, são descritos pela Psicodinâmica do Trabalho como impulsionadores de defesas contra essas tensões, levando ao desinvestimento no trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Você tem que estar sempre observando tudo um pouco. E, às vezes, tem uns que passam e não dá nem o bom dia! Volta para tua sala de novo, entra na tua sala e não tá nem aí. Mas se for uma coisa que é para ele saber, que é de interesse dele, tá entendendo? Aí é que vai: “Ah, foi você que foi com ele? Como é que foi lá?” Poxa, tu passasse por mim nesse instante, não desse nem um bom dia. Agora tu me chama para...(...) (Senhor Saúde, R)

Devem melhorar atenção com a gente também, porque às vezes a gente conversa, fala alguma coisa, não levam muito em conta a opinião da gente. Porque a gente que está com usuário 12 horas, acho que a gente conhece eles melhor do que qualquer um, não é isso? A gente que percebe as coisas, né? Neles! (Senhorita Cansaço, R)

Peço só que olhasse mais para a gente. Olhassem mais, porque não tão nem aí, eu não vou mentir. Se as coisas estão bem, é porque, então tá ótimo. Mas qualquer coisa que acontece fora do normal o culpado é o cuidador, não botam nada para o sistema ou para o que está faltando, as dificuldades que tem. Isso adoce até o cuidador, infelizmente, né? A gente tem que conviver com isso aí. (Senhor Saúde, R)

Esse pessoal (Gestão) é muito reservado, são muito assim. É porque aqui o pessoal tem mania de dizer assim, né? Ah! CLT são terceirizadas. Tem essa exclusão, né? Porque eu sou concursado e vocês são terceirizados, enfim. Mas quem segura isso aqui no final de semana é o cuidador, entendesse? (Senhorita Razão, R)

A falta de material indispensável para o cuidado das pessoas idosas, que tem necessidade, inclusive às particulares para cada usuário, é algo vivenciado entre os cuidadores, gerando ansiedades na espera por providências. Segundo Dejours, Abdoucheli e

Jayet (1994) esperas e morosidades, muitas vezes prolongadas e constantes, passam a ser uma destruição mental, mobilizando tensões ou mesmo exasperações, atingindo grandes intensidades.

Tipo, às vezes, o idoso sai de manhã para fazer o exame, muitas vezes o idoso vai colher sangue de manhã. Eu vou aqui, na cozinha: olha eu quero algo para o idoso comer. Ah! Senhora Amor, não tem lanche não. Me dê um biscoito, uma banana alguma coisa para o idoso levar. Às vezes eu tiro do meu bolso para compra alguma coisa, um lanche para ele. (...) Aí eu fico envenenada, visse. (Senhora Amor, R)

É como se você tivesse enxugando gelo. Você fica de mãos atadas. Mas não quer dizer que ah, isso aí, poxa não tem a medicação, não tem uma medicação, não tem uma alimentação adequada, mas não quer dizer que você não vai deixar de cuidar, tá entendendo? (Senhora Saúde, R)

Eu vir para o meu plantão e não tem uma luva para colocar. Não existe! Eu outro dia eu estava pensando até em desistir. Porque tem coisas, pequenas coisas que não precisava. Eu não preciso usar luva? Como é que eu vou trocar a fralda sem luva? Por exemplo, faltar uma medicação, uma medicação importante?! Como que o idoso ele tá com tuberculose não tem uma medicação? Não existe, não existe! (Senhora Remuneração, R)

Não temos lugar para repousar. A gente tem direito a uma hora de almoço e descanso. De onde? Como? Quando que a gente come vem olhar os idosos. (Senhora Esperança, R)

A ampliação do diálogo entre usuários, profissionais, gestores de serviços da rede pública e formuladores de políticas facilitaria a criação de políticas de amparo nas ILPIs, que atualmente são voltadas à prevenção e reversão de fragilidade, melhora da capacidade funcional, promoção da inclusão social, atenção integral e humanizada aos idosos, bem como ao aprimoramento e qualificação dos seus profissionais (SILVA; ALMEIDA, 2013).

Nesse contexto, foi observado que os cuidadores formais ainda carecem de informação e estímulos para o envolvimento de ações, sendo esses profissionais de grande valia para a “Ajuda” nas ILPIs, pois estão próximos aos idosos, percebendo e, muitas vezes, sentindo as realidades desses usuários.

Verificou-se que é preciso continuar os investimentos nos treinamentos e cursos para os cuidadores formais, pois se considera a necessidade de mais profissionais conhecedores da realidade social e de saúde dessa população, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos para o desenvolvimento de ações críticas e construtivas (SILVA; ALMEIDA, 2013).

Sobre as políticas públicas, considera-se que são processos democráticos e que convém a todos para a satisfação da necessidade compartilhada pelos cidadãos, com a participação entre governados e governantes, visando as ações, normas, planos, objetivos e metas governamentais voltadas à solução de problemas (NERI, 2014). A existência dos aspectos encontrados no índice “Falta” se verificou, ainda, pela pouca aproximação dos cuidadores formais com as políticas, sistemas públicos e, também, pela ausência de participação na construção de políticas públicas, o que contribui com escassez de ações que mobilizem mudanças nas necessidades desses profissionais.

E quando se trata de política eu fujo mais do assunto, porque eu não gosto de política. Mesmo sabendo que a gente tem que exercer nossa função, tem que fazer as cobranças, mas eu não. (Senhora Amor, R)

Deveria existir alguém que lutasse junto, porque não tem não. A massa é muito fraca. Não tem quem corra atrás porque, não tem quem reivindique, não tem. (Senhora Razão, R)

É Sindicato a palavra que eu queria dizer. Nós temos um sindicato que não faz nada pela gente. Não rever essa questão de salário. (Senhora Esperança, R)

A gente não tem um, tipo um representante, assim feito algumas categorias têm. Isso a gente não tem. É cada um por si. Eu acho que a gente nem tem piso salarial para os cuidadores, acho que a gente não tem. (Senhora Cansaço, R)

Muitos estudos concordam com a aprendizagem continuada, pois é essencial conhecer os significados atribuídos pelos cuidadores formais, a fim de promover a capacitação profissional e as prestações de cuidados favoráveis ao bem-estar dos idosos (SILVA; FALCÃO, 2014). O problema, em muitos locais, é justamente a falta de condições técnicas, seja por falta de capacitação de seus profissionais, quanto a conhecimentos, ou mesmo quanto à falta de materiais, caracterizando uma má qualidade da assistência, o que resulta em atendimento de baixa resolubilidade, comprometedor da qualidade de vida dos idosos institucionalizados (ARAÚJO et al., 2014).

Ao analisar o índice “Falta”, outros temas emergiram a partir das entrevistas semiestruturadas, mostrando demandas que poderiam ser trabalhadas em capacitações, como: sexualidade, transtornos mentais, direitos humanos das pessoas idosas, aspectos voltados a capacidade funcional dos idosos, álcool e drogas, e treinamentos comportamentais para administrar conflitos, gerenciar autocuidado dos cuidadores e reconhecer estereotípias, como a infantilização das pessoas idosas.

Tem que continuar fazendo capacitação melhor e específica. Onde tinha que pelo menos citar as síndromes e transtornos que existem aqui e os sintomas. O comportamento de como lidar com o idoso, como trabalhar com idoso, como ouvir o idoso. Especificar os cuidados que o cuidador deve ter com ele mesmo, para não adoecer. (...) E não deviam deixar homem junto de mulher, os usuários. Deveria ter um abrigo só mulher, um abrigo só homem. (Senhora Esperança, R)

O próprio curso de técnico de enfermagem e depois você ir mais além. Porque eu sempre penso também, em psicologia também. Porque também, quando você trabalha com outras coisas e você tem que estar sempre ali, muito inteirado, isso mexe muito com seu ser humano. (Senhor Saúde, R)

Todos os cuidadores, que nem todos têm, faltam fazer o básico: cuidador. Sabe, curso de cuidador? Mas não é aquele curso de cuidador que você aprende a trocar uma fralda, não. Porque os cuidadores que tem, que não tenho curso, eles são doutores nisso. Mas não só é isso. É o curso que é avançado, porque a gente chega aqui, a gente não é só cuidador. Então, eu acho que o curso melhoraria era esse. (Senhora Remuneração, R)

Unidades de Registros retiradas das entrevistas semiestruturadas, revelaram a presença de “Falta” quando se observou a dificuldade no essencial para se conservar a saúde das pessoas idosas das ILPIs: atendimento à saúde. A rotina de acompanhamento dos serviços próprios da rede de saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS, foi relatada pelos cuidadores como insatisfatória, pois dificultava a realização dos cuidados e atendimentos aos usuários, caracterizando a necessidade de um compartilhamento mais sistemático entre os equipamentos do SUS e as ILPIs, evitando, inclusive, exclusão social de idosos dependentes. Nesse caso, o artigo número 15 do Estatuto do Idoso deve ser efetivado, pois garante o atendimento preferencial no SUS, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, garantindo-lhe o acesso integral (BRASIL, 2003).

Me sinto com os pés e as mãos atadas. Porque tem coisa que realmente você não consegue resolver, entendesse? Tem idoso que precisa ser tratado em consultório, que a gente tem o posto e tem uma médica que atende todos os idosos daqui. A cada 8 dias, na terça e na quinta, vai dois os idosos para lá. E ela está de férias, então nós não temos médico, entendesse? Aí até ela voltar, o idoso tá doente, fez exame hoje, então quando ela voltar a gente ainda tem que conseguir uma vaga para mostrar o exame, para poder ela ser medicada. Aí eu acho isso muito... A gente fica assim mesmo, sem saber o que fazer, entendesse? Aí eu fico muito triste por conta disso. (Senhora Amor, R)

De uma maneira geral, a “Falta” se revelou no escasso reconhecimento da sociedade em relação ao trabalho dos cuidadores formais, mesmo sendo uma das profissões que mais

cresce no Brasil e que vem sendo apontada pelas mídias como uma das funções do presente, e mais ainda do futuro. A pouca importância dada ao trabalho prestado pode ser interpretada pelo profissional como o não reconhecimento do trabalho realizado, apontando insatisfação com o serviço e desinvestimento nas atividades realizadas.

Rapaz eles não confiam muito na gente não. Porque quando a gente tá em hospital mesmo: é de abrigo é? Vocês cuidam bem deles lá? É a primeira pergunta que fazem. Eu digo a gente cuida sim, não é porque é um abrigo, e um abrigo público, que são maltratados não. Pelo contrário eles são muito bem cuidados. (Senhora Cansaço, R)

Eu acho que só quem observa mais o cuidador de idoso, é quem tem idoso em casa e tem um cuidador. Porque a sociedade, quem não tem o cuidador, acho que não liga muito, entendeu? Você cuidador? Tem pessoas que chegam para mim... Ah, você é cuidadora? Ah, você é cuidadora? Como se não fosse nada! (Senhora Remuneração, R)

As pessoas hoje em dia, pensam que cuidador... você tem que ter um profissional qualificado. Pensa que o cuidador vai chegar na sua casa, no caso, para o parente, uma mãe, um pai, seu seja lá o que for, e você vai ficar sentado numa cadeira só olhando. (Senhor Saúde, R)

Nesse contexto, destaca-se a importância do reconhecimento social e a necessidade de se pensar em políticas de incentivos, inclusive salariais, para os cuidadores de idosos, bem como a garantia de seus direitos trabalhistas, pois um funcionário que recebe um salário digno e é valorizado, sente-se mais satisfeito, revertendo seus esforços numa maior produtividade e no melhor desempenho em sua função (REIS et al., 2015).

A partir da análise de resultados, e considerando o objetivo principal desta pesquisa, destaca-se que na subcategoria referente a “Motivações e sentimentos”, as interferências que se apresentaram como favoráveis ao ato de cuidar foram observadas nos índices “Desvelo” e “Ajuda”, enquanto “Abatimento”, “Conflito” e “Instabilidade Emocional” foram observados como índices que revelam as dificuldades no ato de cuidar.

Em relação as “Forças do ambiente”, consideraram-se facilitadoras das ações de cuidar os aspectos presentes no índice “Ajuda” e “Afiliação Associativa”. O índice “Falta” representa as dificuldades no trabalho dos cuidadores nas ILPIs pesquisadas, sendo desafios a serem enfrentados. O índice “Ajuda” (ambiente) foi considerado positivo, entretanto, ao se relacionar com a heterogeneidade do envelhecimento existente nas ILPIs examinadas, foram observadas tensões existentes no ato de cuidar e que merecem atenção.

Destaca-se também que, ao analisarmos os desfechos das narrativas, verificou-se 27 histórias, sendo que dezoito delas apresentaram desenlace favorável, expressando êxito,

satisfação, solução de problemas e otimismo, mostrando que existe boa capacidade para enfrentamento das dificuldades observadas pelos cuidadores formais entrevistados, sendo possível inferir a boa inclinação desses profissionais para a resiliência.

Os demais índices não subcategorizados foram mostrados nas figuras 3 e 4, pois emergiram nas URs com baixa frequência, sendo considerados como forças de pouca interferência no trabalho dos cuidadores formais estudados. Entretanto, não se descarta a importância de estudos referentes a essas temáticas, pois elas também aparecem no universo das ILPIs públicas da cidade do Recife, mesmo que menos frequentemente. Para uma melhor compreensão dos índices e suas frequências, nas técnicas projetivas e entrevistas semiestruturadas, disponibilizou-se os quadros 4 e 5.

Quadro 4 - Frequência das motivações, sentimentos e das forças do ambiente

Frequência das motivações, inclinações em sentimento dos personagens e das forças propulsoras do ambiente								
Ref.	Descrição das Forças Externas e Sentimento	Cuidadores						TOTAL
		Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	
Motivações, inclinações em sentimento dos heróis (personagens)								
I	Abatimento	3	1	2	1	1	3	11
II	Agressão emocional e verbal				1			1
III	Agressão física ou social		1					1
IV	Ajuda	3	3	2	1	3	2	14
V	Auto-agressão					1		1
VI	Conflito		2	2		1	1	6
VII	Degradação	1						1
VIII	Desvelo	2	3	3	3	2	2	15
IX	Dominância		1	1		1		3
X	Instabilidade emocional			2	1		2	5
XI	Realização	1	1	1	1	1	1	6
XII	Sexo			2				2
XIII	Outras necessidades – afiliação	1		2			1	4
XIV	Outros estados interiores - exaltação e ansiedade	2						2
Forças propulsoras do ambiente								
XV	Afiliação associativa	1	2	4	1	1	2	11
XVI	Afiliação emocional	1		1			2	4
XVII	Agressão emocional e verbal							
XVII I	Agressão física e social		1					1
XIX	Ajuda	1	2	2	4	3	2	14
XX	Dano físico			1			1	2
XXI	Dominância Coerção		1					1
XXII I	Dominância constrangimento							
XXI V	Dominância indução sedução			1		2		3
XXV	Falta	1	2	2	1	2		8
XXV I	Perda	2		1				3
Desfecho das forças observadas								
Total de Desfechos favoráveis		2	5	3	2	3	3	18
Total de Desfechos desfavoráveis		3		2	2	1	1	9

Fonte: Autor, 2018.

Quadro 5 - Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas

Análise de conteúdo – Enumeração dos dados na entrevista semi-estruturada					
ÍNDICES		Nº de URs	Interferência em relação ao cuidado		
Nº	Descrição		Favorável	Neutro	Desfavorável
01	(Des)motivação e (in)satisfação: fatores que influenciam a motivação e no(a) cuidador(a).	103	03	0	03
02	Ganhos adquiridos pelas experiências e conhecimentos no ato de cuidar.	41	05	0	01
03	Emoções, sintomas físicos e mentais ou possíveis transtornos relacionadas às atividades do cuidador(a) e ao campo que o(a) circunda.	142	01	0	05
04	A valorização dada ao ato de cuidar, seja pelo(a) cuidador(a), idosos(as) ou equipe de trabalho.	60	05	0	01
05	Fatores diversos que comprometem a atenção e a concentração nas atividades do(a) cuidador(a).	21	01	02	03
06	Capacidades dos(as) cuidadores(as) para enfrentar as perdas, os acidentes e as doenças dos(as) idosos(as).	47	02	0	04
07	Liberdade e autonomia do (a) cuidador para realizar as atividades.	25	03	03	0
08	Compreensão sobre o cuidado, a autonomia e a independência dos(as) idosos(as) usuários(as).	131	06	0	0
09	Visão sobre o envelhecimento pessoal e as influências no cuidado.	21	03	01	02
10	Influências econômicas e salariais para o(a) cuidador(a).	26	0	0	06
11	Percepções do(a) cuidador(a) sobre apoio e o envolvimento político	28	0	0	06
12	Estrutura física, recursos disponíveis e as influências no cuidado.	49	0	0	06
13	Relacionamentos com a equipe de trabalho, os(as) idosos(as) e a família dos(as) usuários(as).	126	03	0	03
14	Percepção da sociedade sobre os (as) cuidadores(as): estereótipos e valores atribuídos.	12	0	04	02
15	Cursos, treinamentos, aperfeiçoamentos e as Influências para os(as) cuidadores(as).	37	03	01	02

Fonte: Autor, 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cresce o número de pessoas idosas no Brasil, bem como a necessidade de serviços e as ações junto aos cuidadores formais das ILPIs. Os cuidadores formais compõem o maior número de funcionários das ILPIs vinculadas à assistência pública, como as da cidade do Recife. Esses cuidadores têm o papel essencial ao funcionamento institucional, estando eles no exercício do cuidado integral, numa relação dinâmica e, muitas vezes, bastante próxima dos usuários idosos desses serviços públicos.

Os serviços oferecidos pelos cuidadores formais mostrou-se ser pouco aproveitado em suas potencialidades disponíveis e à favor das pessoas idosas institucinalizadas nas ILPIs públicas. Verificou-se que estes profissionais podem contribuir muito mais do que se atribui, atualmente, em suas rotinas de trabalho. Dessa maneira, é preciso mais investimentos na aprendizagem, nos salários e na carreira, além de incentivos à credibilidade ao trabalho dos profissionais cuidadores formais.

A dimensão afetiva nas relações entre cuidadores formais e usuários idosos também deve ser valorizada e observada tecnicamente, pois afetos bem direcionados favorecem a (re)construção de vidas humanizadas. Na rotina diária, no encontro entre sujeitos com suas diferentes histórias, é possível estimular novas potencialidades, pensamentos e ações. É importante a compreensão e o respeito à autonomia e independência nas relações de cuidado, reconhecendo as subjetividades, cooperando com projetos de vida individualizados e coletivos para as pessoas idosas.

Em síntese, neste estudo, buscou-se identificar fatores psicológicos e sociais que interferem na qualidade do serviço dos cuidadores formais nas ILPIs, de modo a contribuir com o cuidado às pessoas idosas. Como fatores favoráveis às ações de cuidar, observaram-se: a existência da empatia nas ações de apoio, realizadas pelos cuidadores formais às pessoas idosas; o prazer dos cuidadores em serem bondosos e respeitosos em relação aos sentimentos das pessoas idosas; a valorização da própria profissão pelos cuidadores; o acúmulo de experiências vividas na ação de cuidar; o respeito, dado pelos cuidadores, à autonomia das pessoas idosas; a liberdade e a autonomia dos cuidadores sociais para a realização das atividades rotineiras no serviço; a disponibilidade em aprender junto a equipe e diante dos desafios diários; e o reconhecimento dos idosos sobre a importância dos cuidadores sociais para o bem-estar.

Os sentimentos mais frequentemente observados entre os cuidadores formais, estimulam ao auxílio, à solicitação, ao trato com as dependências e independências, estimulando, apoiando, protegendo e cuidando das pessoas idosas, além de demonstrar uma inclinação dos cuidadores formais para a resiliência diante dos desafios dentro das ILPIs. Os cuidadores mostraram tendências para superar as dificuldades na profissão, inclusive pela valorização da ação de cuidar, como atividade próxima das pessoas idosas, a um ideal social que deve ser garantido.

Por outro lado, foram fatores considerados desfavoráveis para o serviço de cuidados nas ILPIs, a sensação, entre os cuidadores formais, de desapontamento, sofrimento, desilusão, estados depressivos e sentimentos frequentes como a tristeza. Verificou-se que as emoções e os sentimentos das pessoas idosas são compartilhados pelos cuidadores, que muitas vezes se projetam como pessoas idosas no presente e para o futuro, fantasiando a própria velhice, além de sentirem com mais proximidade as perdas, as mortes das pessoas idosas, e as complexidades e sofrimentos de diversos transtornos mentais oriundos dos usuários. Observaram-se, ainda, conflitos internos, psicológicos, e externos, inter-relacionais ou institucionais. Constataram-se, também, as instabilidades emocionais vivenciadas junto com os usuários e a equipe de trabalho, que se revelavam nas relações com os idosos e nas disputas entre os próprios cuidadores sociais e nas dificuldades pessoais concernentes às famílias desses profissionais, dificultando a motivação no cuidado das pessoas idosas.

Similarmente, revelaram-se fatores como desfavoráveis às práticas de cuidados nas ILPIs: o pouco reconhecimento da sociedade e da equipe de trabalho em relação aos cuidadores sociais; a escassez de material para a realização das atividades básicas e necessárias ao cuidado integral das pessoas idosas; a necessidade de uma formação continuada para lidar com os aspectos que se mostram frequentes entre os usuários; o pouco engajamento nas políticas que podem contribuir com a valorização da profissão dos cuidadores formais; a insuficiência salarial associada às responsabilidades exigidas na execução das atribuições; o vínculo empregatício instável definido pelos contratos de terceirização e a ausência de um plano de carreira; a necessidade de uma rotina de cuidados mais apropriada entre a assistência das ILPIs e a saúde oferecida pelos serviços públicos para garantia ao cuidado integral; e o pouco tempo dedicado para o autocuidado e ao lazer dos cuidadores formais.

Para a qualidade no exercício do ato de cuidar de pessoas idosas, o cuidador formal, os gestores das ILPIs e os representantes do poder público devem reconhecer as forças

endógenas e exógenas que interferem no cuidado aos usuários dos serviços, dividindo a responsabilidade de melhorar. Nesse movimento, é necessário se aproximar o mais profundamente possível dessa realidade de cuidados, mapeando os espaços físicos e a rotina dos cuidadores formais, buscando estratégias de enfrentamento para as insuficiências ambientais, e promover a regulação emocional individual e grupal.

Os desafios ambientais das, somente duas, ILPIs públicas existentes no município do Recife, são forças exógenas, mas interferem diretamente no estado emocional dos cuidadores formais, gerando, entre eles, pressões internas que são enfrentadas na rotina dentro e fora das ILPIs. Dentre essas pressões, lidar com a realidade heterogênea de homens e mulheres idosas com ou sem doenças crônicas, transtornos mentais, dependências, independências e autonomies, originadas de lugares tão diferentes como a rua, hospitais psiquiátricos, interdições familiares, sistemas prisionais e outras situações, parece exigir bastante de trabalhadores que são pouco valorizados, porém muito solicitados.

Embora os cuidadores formais lidem com muitos idosos com diagnósticos de transtornos mentais, as ILPIs estão longe de ser hospitais psiquiátricos, espaços que inclusive já foram suprimidos, considerando a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os cuidadores, muitos sem conhecimentos específicos e no desafio das suas funções, perdem-se entre emoções e técnicas, vivenciando conflitos internos e na equipe.

Sabe-se, a partir de aparato legal, que é direito daqueles com transtornos mentais o acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde, de forma a oferecer assistência integral, serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer. O não cumprimento desse direito afeta os cuidadores formais, desmotivando-os em suas atividades.

Desse modo, estando numa perspectiva assistencial e extra-hospitalar, as ILPIs precisam intensamente do apoio das redes de saúde e da assistência às pessoas idosas institucionalizadas. Esse apoio deve existir de maneira mais atuante e consciente, seja no acompanhamento de prevenção, tratamento, palição ou promoção à saúde, seja pela atenção domiciliar complementar ou por outras formas de moradia, como as residências terapêuticas. De uma forma ou de outra, será sempre importante que o poder público, os gestores e os profissionais vinculados à saúde e a assistência pública possam assegurar a informação adequada ao cuidador formal, para o auxílio continuado e efetivo das pessoas idosas em suas necessidades.

Em todos esses âmbitos deve-se considerar a ultrapassagem de um conceito de cura versus doença, entendendo que há produção de vida, de sentidos para o mundo e a

possibilidade de utilizar o espaço público para se conviver com mais prazer. Deve-se, também, considerar as pessoas idosas em suas realidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e as possibilidades de exclusão, até mesmo nas áreas da saúde, que podem gerar hierarquias e que não favorecem aqueles de poucos recursos psicológicos ou materiais.

A inexistência de um modelo mais normatizado e consciente, referente ao apoio das redes de saúde às ILPIs públicas, é uma falta que deve ser combatida, pois entrega as práticas às concepções de outros trabalhadores que estão subordinados aos serviços, mudando rotinas. Sobre esses pontos citados, os cuidadores formais se deparam com emergências e sentem o sofrimento das pessoas idosas. Esses profissionais se percebem de “mãos atadas”, mergulhando muitas vezes numa realidade que não gostariam de vivenciar, se abatendo junto as tantas faltas desse contexto asilar.

Os cuidadores formais enfrentam as faltas e conflitos de suas próprias vidas e, imersos nas atividades rotineiras, ainda compartilham as instabilidades emocionais das pessoas idosas, pois dividem as histórias daqueles com quem se vinculam no trabalho. Na prestação de apoio emocional e na convivência social dos idosos, compartilham os afetos dos usuários que sentem a ILPI como um ambiente seguro para suas faltas, um local de onde a transferência para outro espaço comunitário é, muitas vezes, vivida com o luto e o sofrimento e, também, ao contrário, como local representante de abandono e solidão.

Para oportunizar o cuidado ao cuidador, tema bastante debatido nos últimos anos, é preciso ampliar as pesquisas e proporcionar as ações preconizadas por esses instrumentos, pois diante desses fatores psicológicos e sociais, muito há que se fazer para melhorar a qualidade do cuidado nas ILPIs. Os cuidadores formais têm muito a contribuir com o cuidado integral e os projetos individuais aplicados aos usuários idosos, porém é preciso investir e valorizar esses profissionais. As capacitações técnicas e comportamentais realizadas pelos profissionais da gerontologia, o planejamento da carreira do cuidador formal a partir de instrumentos legais, o reconhecimento público para vínculos de trabalho mais seguros e melhor remunerados, além do apoio psicoterapêutico continuado são ações a serem investidas e sistematizadas. Essas ações, sendo constantes, podem beneficiar as pessoas idosas, os cuidadores formais e a uma parcela significativa da sociedade que, em um futuro próximo, fará uso desses serviços.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 103-127, 1995. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34524/37262>. Acesso em: 04/02/2019.

AMARAL, V. A. A. E.; PASQUALINI-CASADO, L. A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF*, v. 11, n. 2, p. 185-193, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v11n2/v11n2a07.pdf>. Acesso em: 07/02/2019.

ARAÚJO, C. L. O.; LOPES, C. M.; SANTOS, G. R.; JUNQUEIRA, L. P. Perfil dos colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). *Rev. Kairós*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 219-230, mar. 2014. Disponível: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20894>. Acesso em: 04/02/2019.

ARAÚJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Eletrônica Hist. Enferm.*, v. 1, n. 2, p. 250-262, dez. 2010. Disponível em: <http://enfermagem.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=140>. Acesso em: 04/02/2019.

ARAÚJO, E. N. P.; LOPES, R. G. C. Instituições de longa permanência para idosos: possibilidades contemporâneas de moradia. *Rev. Kairós*, São Paulo, v. 13, n. 8, p. 45-60, nov. 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/20940/15425>. Acesso em: 04/02/2019.

ATHAYDE, M. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 989-990, jun. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300039>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300039. Acesso em: 07/02/2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

BOBBIO, N. **O Tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BORN, T. (org.). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf. Acesso em: 04/02/2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 04/02/2019.

BRASIL. Escola Virtual do Governo. **Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2019a. Disponível em: <https://escolavirtual.gov.br>. Acesso em janeiro, 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Insalubridade – Atividades e Operações – NR15**. Ministério do Trabalho: Norma Regulamentadora nº 15, 2015a. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/insalubridade.htm>. Acesso em: 06/02/2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais**: grupos populacionais específicos e uso do tempo. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101562.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil**. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtm>. Acesso em: 16/10/2015.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: região Sudeste**. Coordenação geral: CAMARANO, A. A. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_caractdasinstituicoesregiao1.pdf. Acesso em: 09/02/2019

BRASIL. **Lei Complementar nº 150, de 1 de junho de 2015**. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2015b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp150.htm. Acesso em: 04/02/2019.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2003]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 16/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução - RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005**. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 20 set. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 06/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 12, dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 04/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Síndrome de Burnout: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Portal do Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 06/02/2019

BRASIL. **Projeto de Lei da Câmara nº 11, de 2016**. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, [2016]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4037414&ts=1547854527284&disposition=inline>. Acesso em: 04/02/2019.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 284, 26 de maio de 2011**. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Brasília: Senado Federal, [2011]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4217447&ts=1543140483076&disposition=inline>. Acesso em: 04/02/2019.

CARDÃO, S. **O idoso institucionalizado**. Lisboa: Coisas de Ler, 2009.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, fev. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04/02/2019.

CASTRO, V. C.; DERHUN, F. M.; CARREIRA, L. Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, v. 5, n. 4, p. 493-502, dez. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2282/pdf_1008. Acesso em: 07/02/2019.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Rev. bioét.**, v. 24, n. 2, p. 395-406, jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasília. **Resolução CFP nº 002, de 24 de março de 2003**. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Brasília, 2003. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/05/resoluxo022003.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasília. **Resolução CFP nº 005, de 08 de março de 2012**. Altera a Resolução CFP nº 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Brasília, 2012. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BlTapvgHmnoJ:https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/Resolucao_CFP_005_12_1.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 04/02/2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasília. **Resolução CFP nº 010, de 21 de julho de 2005**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005.

Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasília. **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)**. Brasília: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, jun. 2008. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/artes-graficas/arquivos/2008-CREPOP-Saude-Trabalhador.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Brasília. **Relatório de inspeção de Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, jun. 2008. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/relatorio_ilpis_a5.pdf. Acesso em: 04/02/2019.

CORDIOLI, A. V. (org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 886 p.

COSTA, A. **Sonhos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

COUTO, D. P. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. **Psicol. Pesq.**, Juiz de Fora, v. 11, n 1, p. 1-2, jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/201700110010094>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n1/04.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Djouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Tradução BETIOL, Maria Irene Stocco et al. São Paulo: Atlas, 1994.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. Tradução YOSHITOME, Aparecida Yoshie; THORELL, Ana. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ENAM. Escola Nacional de Mediação e Conciliação. **O conflito**. Brasília: UnB: Fundamentos da Mediação Comunitária, Guia do Estudante, 2014. Disponível em: <http://institutoelo.org.br/site/files/arquivos/d1aee6d8a529d6737b303af6e4909d6.pdf>. Acesso em: 06/02/2019.

FIGARO, R. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Revista Fronteiras – estudos midiáticos**, São Leopoldo, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/fronteiras/article/viewFile/fem.2014.162.06/4196>. Acesso em: 06/02/2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 09/02/2019.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 23, n. 3, set. 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 04/02/2019.

FORMIGA, N. S.; MELLO, I. Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 12-19, jun. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000200004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000200004. Acesso em: 04/02/2019.

FREUD, S. Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922). Separata de: FREUD, F. Obras **Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. ed. 24, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GHANDOUR, A.; PADOVANI, R. C.; BATISTONI, S. S. T. Habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idoso. **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 239-255, jun. 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/21738/16012>. Acesso em: 04/02/2019.

GIONGO, C. R.; MONTEIRO, J. K.; SOBROSA, G. M. R., Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 803-814, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-01>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400002. Acesso em: 07/02/2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GRISON, E. M. C.; ALVES, V. P.; FALEIROS, V. P. O Imaginário de um Grupo de Cuidadores de Idosos Institucionalizados no Cotidiano Asilar. **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 177-197, mar. 2015. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25134>. Acesso em: 04/02/2019.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

HORN, V. Q. **A imagem da velhice na contemporaneidade**. 2013. Monografia (Graduação em Psicologia) – Departamento de Humanidades e Educação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, Santa Rosa, 2013. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2381/A%20imagem%20da%20velhice%20na%20contemporaneidade.pdf?sequence=1>. Acesso em: 06/02/2019.

JÚNIOR, S.; BARBOSA, L. **Saúde do idoso: uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Edupa, 2015.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Quem cuida de quem cuida?** Quem cuida do cuidador? As teias de possibilidades de quem cuida. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2013. 212 p.

LAPLANCHE, Jean Louis; PONTALIS, Jean-Bertrand Lefebvre. **Vocabulário da psicanálise**. Direção LAGACHE, Daniel. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais [...]**. Bauru: USC, 2004. CD-ROOM. ISBN:85-98623-01-6. 10p.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e psicopatologia**. 8. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

MARIANO, P. P.; BALDISSERA, V. D. A.; MARTINS, J. T.; CARREIRA, L. Organização do trabalho de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos: relação com o prazer e sofrimento laboral. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 756-765, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150-1150014>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-2015001150014.pdf. Acesso em: 04/02/2019.

MEDEIROS, F. A. L.; OLIVEIRA, J. M. M.; LIMA, R. J.; NÓBREGA, M. M. L. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 1, p. 56-61, mar. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45636>. Acesso em: 04/02/2019.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MURRAY, H. A. **T.A.T: Teste de Apercepção Temática**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas: Editora Alínea, 2014.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (org.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. 4.ed. Campinas, São Paulo: Parpirus, 2012.

NEWMAN, A. **As ideias de D. W. Winnicott**: um guia. Tradução Davi Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2003. 464 p.

NÓBREGA, P. R. C. O Processo de Envelhecimento: Reflexões a partir do Bairro da Boa Vista na Cidade do Recife, Pernambuco – Brasil. In: V Encontro Nacional da Anppas, 2010, Florianópolis. Avaliando os desafios teóricos e as novas agendas públicas. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro5/cd/artigos/GT14-689-711-20100830182231.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

OLIVEIRA, C. Por que asilamos nossos velhos. **Revista Bras. Enf.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 7-13, mar. 1985. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671985000100002>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671985000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04/02/2019.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A.; CRUVINEL, M.; NERI, A. L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, ago. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0673.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

OLIVEIRA, P. P.; AMARAL, J. G.; VIEGAS, S. M. F.; RODRIGUES, A. B. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2635-2644, set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04/02/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional contra o envelhecimento. Madrid, 2002. Organização das Nações Unidas. Tradução Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 49 p.

PARAÍBA. Lei nº 11.182, de 17 de julho de 2018. Dispõe sobre a criação do cadastro estadual de profissionais que trabalham ou cuidam de crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. **Diário do Poder Legislativo**: João Pessoa, PB, ano 2018, nº 7.585, 18 jul. 2018. Disponível em: <http://www.al.pb.leg.br/wp-content/uploads/2018/07/DPL-18.07.2018.pdf>. Acesso em: 04/02/2019

PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 135-153, jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982014000100009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v17n1/a09v17n1.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

REIS, L. A.; NERI, J. D. C.; ARAÚJO, L. L.; LOPES, A. O. S.; CÂNDIDO, A. S. C. Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 156-163, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12548>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12548>. Acesso em: 04/02/2019.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N.; FERREIRA, E. F. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 870-875, dez. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a11v62n6.pdf>. Acesso em: 04/02/2019

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 7332 de 14 de julho 2016**. Estabelece normas para o exercício da atividade profissional de cuidador de pessoa idosa, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, [2016]. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/69d90307244602bb032567e800668618/a488aec8a6aa75a883257ff1005af5e8?OpenDocument>. Acesso em: 04/02/2019.

ROSÉN, J. **Um olhar para o cuidado do idoso**. 1. ed. São Paulo: Palavra do Mundo, 2012

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAMPAIO, A. M. O.; RODRIGUES, F. N.; PEREIRA, V. G.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A., Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8396/6214>. Acesso em: 04/02/2019

SBARDELOTTO, L.; FERREIRA, D.; PERES, M. I. L.; OLIVEIRA, A. M. M. de. A constituição do sujeito na psicanálise. **Akrópolis**, Umuarama, v. 24, n. 2, p. 113-129, dez. 2016. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/6331/3448>. Acesso em: 04/02/2019.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 775-781, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04/02/2019.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C.; SILVA, M. R. S.; SOUSA, L. D. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 118-125, dez. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v10i4.4865>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027968014.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

SILVA, C. M.; MACEDO, M. M. K. Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 3, p. 520-533, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001012014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0520.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

SILVA, J. A. C.; ALMEIDA, M. H. M. Orientações políticas e prática profissional em instituições de longa permanência para idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 119-135, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/25510>. Acesso em: 04/02/2019

SILVA, M. P.; FALCÃO, D. V. S. Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 111-131, set. 2014. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f7M8DZssXpYJ:https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/21774/16059+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 04/02/2018.

SOUZA, A. A. F.; VITORINO, S. S.; NINOMYA, S. A. C. Atenção ao idoso em uma instituição de longa permanência. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 4, n. 2, p. 1-13, set. 2015. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/110>. Acesso em: 04/02/2019.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (org.). **Envelhecimento e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Faperj: Quartet, 2012.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 140-158, ago. 2016. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/38>. Acesso em: 09/02/2019

VASCONCELOS, A.; FARIAS, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicol. Soci.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 453-464, dez. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000300016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n3/16.pdf>. Acesso em: 07/02/2019.

VIEIRA, C. P. B.; GOMES, E. B.; FIALHO, A. V. M.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C.; MOREIRA, T. M. M. Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. **reme - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 348-355, set. 2011. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300006>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/44/v15n3a06.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 04/02/2019.

ZIMERMAN, D. E. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-16, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002. Acesso em: 04/02/2019.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dado sociodemográficos

DADOS DOS PARTICIPANTES		
01	Nome do participante (Iniciais)	
02	Sexo/Gênero	() Feminino () Masculino () Outros/Especificar: _____
03	Data de nascimento	
04	Endereço	
05	Telefone/ E-mail	Telefone: _____ E-mail: _____
06	Naturalidade	
07	Escolaridade	
08	Religião	
09	Estado Civil	() Solteiro(a) () Casada(a)/Mora com companheiro () Divorciado(a)/Separado(a) () Viúva
10	Número de Filhos	() Não tem () 1 () 2 () 3 () 4 () outros - especificar _____
11	Possui outros empregos?	() Sim/Especificar: _____ () Não
12	Fez ou faz algum curso sobre envelhecimento?	() Sim () Não
13	(Se a resposta da pergunta 12 for sim) Somando o tempo de todos os cursos, quanto tempo de estudo você tem na área de envelhecimento?	() Até 6 meses () Até um ano () mais de 1 ano
14	Há quanto tempo trabalha na Instituição?	() Menos de 1 ano () 1 ano a 3 anos () 3 anos a 5 anos () 5 anos a 10 anos () Mais de 10 anos
15	Remuneração mensal	() menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () Até 2 salários Mínimos () 3 salários Mínimos () 4 salários mínimos () Mais de 4 salários mínimos
16	Quantas horas de trabalho	() de 4 a 6 horas () até 8 horas () Até 12 horas () Mais de 12 horas () outros especificar: _____
17	Possui experiência anterior no cuidado com idosos?	() Sim () Não
18	Se sim para a pergunta número 17, quanto tempo de experiência?	() Até um ano () de 2 a 4 anos () Mais de 5 anos

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada

ROTEIRO - ENTREVISTA	
Aspectos Psicológicos	
1	Motivação e satisfação no ato de cuidar: a) Percepções do cuidador sobre as motivações e a satisfação para o ato de cuidar; b) Percepções sobre os fatores que diminuem a motivação para o ato de cuidar; 1.1 Como você percebe a sua motivação para realizar o seu trabalho? 1.2 Você se sente satisfeito com o que faz nesta ILPI? 1.3 Você percebe alguma situação ou algo que diminua sua motivação ou satisfação no trabalho que você realiza aqui?
2	Ganhos em experiência e conhecimento no ato de cuidar: a) Percepção das experiências e conhecimentos adquiridos com os cuidados realizados; b) Percepção das influências dessas experiências e conhecimentos no ato de cuidar e na vida; 2.1 Você pode descrever se houve experiências e/ou conhecimentos adquirido com o trabalho nessa ILPIs? Como você se sente com isso?
3	Sintomas e possíveis transtornos mentais relacionados ao trabalho como cuidadores: a) Percepção sobre as emoções e os sentimentos que estão mais presentes na realização do ato de cuidar; b) Percepção sobre possíveis sintomas presentes no trabalho e que representam sofrimentos psicológicos; 3.1 Emoções e sentimentos podem causar prazer e desprazer. Quais as principais emoções que você percebe causam prazer e desprazer quando realiza seu trabalho?
4	A importância do ato de cuidar para eles mesmos, para às pessoas idosas e para a equipe de trabalho: a) Percepção sobre a importância de ser cuidador para a própria vida; b) Percepção sobre a importância de ser cuidador para às pessoas idosas; c) Percepção sobre a importância de ser cuidador para às pessoas da equipe com quem trabalha; d) Percepção das influências dessas percepções sobre a importância dada no ato de cuidar; 4.1 Como você acredita que as pessoas idosas percebem o seu trabalho nessa ILPI? 4.2 Como você percebe a importância dada pela sua equipe ao trabalho como cuidador?
5	Aspectos que prejudicam a atenção e a concentração no ato de cuidar: a) Percepção de fatores que podem comprometer a atenção e a concentração no ato de cuidar; 5.1 Você pode descrever se existe algo na sua rotina nessa ILPI, sintomas físicos ou emocionais, que prejudicam sua atenção ou concentração para as atividades junto as pessoas idosas?

6	Capacidade de enfrentar as perdas, acidentes e a morte das pessoas idosas: a) Percepção dos próprios sentimentos e emoções diante das dificuldades emocionais e físicas das pessoas idosas; b) Percepção das próprias capacidades utilizadas para o enfrentamento dos sentimentos e emoções diante das dificuldades emocionais e físicas das pessoas idosas; c) Percepção de projeções para a própria vida das dificuldades emocionais e físicas das pessoas idosas; d) Percepção das influências das projeções para a própria vida das dificuldades emocionais e físicas das pessoas idosas, no ato de cuidar; 6.1 Como é para você lidar com as perdas, os acidentes e a morte das pessoas idosas dessa ILPI? Descreva seus sentimentos e como você lida com eles.
7	Capacidade e autonomia para resolver problemas na rotina: a) Percepção sobre as próprias dificuldades emocionais e afetivas que interferem na capacidade para resolver os problemas que surgem durante a rotina do cuidar; b) Percepção sobre as emoções e sentimentos que facilitam a capacidade para resolver os problemas que surgem durante a rotina do cuidar; c) Percepção sobre a própria autonomia na tomada de decisões; 7.1 Você se sente livre para realizar seu trabalho e resolver os problemas aqui na ILPI ou algo dificulta sua autonomia?
8	Relação com a autonomia e a independência dos idosos: a) Percepções sobre os conceitos de autonomia e independência das pessoas idosas; b) Percepções sobre as dificuldades em facilitar a independência das pessoas idosas; c) Percepções sobre as dificuldades em respeitar a autonomia das pessoas idosas; 8.1 Como é para você lidar com a autonomia e a independências das pessoas idosas dessa ILPI?
9	A visão pessoal sobre o envelhecimento: a) Percepções sobre as próprias emoções e os sentimentos que emergem quando se pensa em envelhecer; b) Influências percebidas das emoções e os sentimentos que emergem quando se pensa em envelhecer, sobre o ato de cuidar; 9.1 Como você se imagina com relação ao seu envelhecimento no futuro? O que você sente?
Aspectos sociais	
10	Influências econômicas e salariais: a) Opinião sobre a remuneração recebida pelo trabalho e as influência no ato de cuidar; 10.1 Dê sua opinião sobre a remuneração que você recebe. Ela é adequada?
11	Apoio político e envolvimento dos cuidadores em políticas públicas: a) Conhecimento dos cuidadores sobre legislação e políticas públicas; b) Opinião sobre o apoio das legislações aos cuidadores; c) Opinião sobre a participação dos cuidadores na formação de políticas públicas às pessoas idosas;

	11.1 Você entende de políticas públicas referentes ao envelhecimento? O que você pode dizer sobre isso? 11.2 Você acredita que os cuidadores devem participar da criação de políticas públicas referentes às pessoas idosas? 11.3 Você pode apontar como as políticas ou legislações poderiam ajudar o trabalho junto com as pessoas idosas?
12	Dificuldades ambientais na estrutura física e nos recursos para o trabalho: a) Opinião sobre as melhorias no ambiente de trabalho; b) Opinião sobre as melhorias nos recursos para realizar o cuidado; 12.1 Se você pudesse melhorar a estrutura dessa ILPI o que você faria? 12.2 Se você pudesse melhorar o trabalho dessa ILPI o que você faria?
13	Relações entre os membros da equipe, os idosos, os familiares e seus pares: a) Identificação das dificuldades existentes entre os membros da equipe de trabalho; b) Identificação das dificuldades existentes na relação com as pessoas idosas; c) Identificação das dificuldades existentes entre os membros das famílias das pessoas idosas; 13.1 Descreva como você percebe as dificuldades com os familiares dos idosos? 13.2 Descreva como você percebe as dificuldades entre os membros da sua equipe? 13.3 Descreva como você percebe as dificuldades dos cuidadores em lidar com os idosos?
14	Valores culturais que determinam como uma sociedade encara os profissionais cuidadores: a) Opinião sobre a imagem que as pessoas têm sobre os cuidadores; 14.1 Em sua opinião como a sociedade vê o trabalho dos cuidadores de pessoas idosas?
15	Educação, treinamento permanente: a) Opinião sobre a importância de cursos e treinamentos permanentes; b) Opinião sobre que tipos de cursos são necessários para melhorar o cuidado com a pessoa idosa; 15.1 Que tipo de treinamento, curso ou capacitação deve ser realizado para os cuidadores, melhorar o trabalho com os idosos?

APÊNDICE C – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **FATORES PSICOLÓGICOS E SOCIAIS RELACIONADOS ÀS ATRIBUIÇÕES DOS CUIDADORES FORMAIS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS**, que está sob a responsabilidade do pesquisador André Luís Cabral da Silva, com endereço a rua Faustino Porto, 200, 204 no Bairro de Boa Viagem, cidade do Recife e CEP: 51020-270 – Telefone: (81) 992259555 e e-mail andrecabral8@yahoo.com.br. O pesquisador está sob a orientação da professora Isolda Belo da Fonte, Telefone: (81) 988996694, e-mail: ibelodafonte@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que estará lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as 2 (duas) folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização alguma, bem como será possível retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Esta pesquisa científica visa a contribuir com a qualidade do trabalho dos de profissionais que prestam cuidados aos idosos. Dessa forma, temos como objetivo, **analisar os fatores psicológicos e sociais que são observados entre cuidadores formais das ILPIs e que interferem no ato de cuidar das pessoas idosas**. Para isso, se identificará os fatores psicológicos e sociais que interferem no trabalho dos cuidadores formais das ILPIs públicas da Cidade do Recife, a saber, Porto Seguro e Iêda Lucena.

Através de entrevistas, examinaremos a percepção dos profissionais dessas ILPIs acerca das ações governamentais e institucionais.

Esclarecemos que o pesquisador visitará o voluntário para uma entrevista e em casos de outros esclarecimentos uma nova entrevista poderá ser solicitada, com o seu consentimento.

As reflexões dos voluntários promovem a autopercepção, e quaisquer dificuldades decorrentes dessa pesquisa percebidas pelo voluntário, serão acompanhadas pelo pesquisador responsável que se compromete a prestar as assistências necessárias.

Os depoimentos serão coletados em imagens em vídeo, áudios e material escritos, e serão arquivados durante um período de cinco anos, após os quais eles serão destruídos. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados no computador do pesquisador responsável e sob a responsabilidade dele, no endereço acima informado.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos nomes dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Nada lhe será pago e nem cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação poderão ser assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

(assinatura do participante)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____,

CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo FATORES PSICOLÓGICOS E SOCIAIS RELACIONADOS ÀS ATRIBUIÇÕES DOS CUIDADORES FORMAIS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS, como voluntário(a).

Confirmo que eu fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Impressão
digital
(opcional)

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: