

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

DANIELA GARCIA DAMACENO

**O CUIDADO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA  
IDOSOS: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

MARÍLIA

2018

Daniela Garcia Damaceno

O cuidado em instituição de longa permanência para idosos: a formação dos profissionais

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para a obtenção do título de mestre.  
Área de concentração: Saúde e Envelhecimento

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Mara Quaglio Chirelli  
Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Lazarini

Marília

2018

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

D154c Damaceno, Daniela Garcia.  
O cuidado em instituição de longa permanência para idosos: a formação dos profissionais / Daniela Garcia Damaceno. - Marília, 2018.  
115 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Quaglio Chirelli.  
Coorientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Lazarini.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Instituição de longa permanência para idosos. 2. Ensino.  
3. Envelhecimento.

Daniela Garcia Damaceno

O cuidado em instituição de longa permanência para idosos: a formação dos profissionais

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília, para a obtenção do título de mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Quaglio Chirelli  
Faculdade de Medicina de Marília

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Sanches Marin  
Faculdade de Medicina de Marília

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Elizabeth S. Hernandez Corrêa  
Universidade de Marília

Data da aprovação: \_\_\_\_\_

A Deus,  
A minha família.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus, minha fonte de energia, meu refúgio e minha fortaleza, que a cada dia ilumina o meu caminho e me inspira a ser melhor.

A toda a minha família que acreditou em mim mesmo em momentos que eu não acreditava. Aos meus pais Wilson e Sonia que me sempre me incentivam a concretizar os meus sonhos, que me ensinaram o valor do conhecimento e que sem seu suporte essa conquista não seria possível. A minha irmã Juliana e meu cunhado Gustavo que sempre estiveram presentes para me dar apoio e orar por mim durante todas as etapas. A minha avó Maria pelo seu imenso carinho e orações. Aos meus sobrinhos, Lucas e Mateus que me ajudaram com momentos de distração e alegrias e que me renovavam para seguir em frente.

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Chirelli e ao meu co-orientador Prof. Dr. Carlos Lazarini que me deram a oportunidade de desenvolver esse trabalho, que me direcionaram e me apoiaram durante todo o percurso e que compartilharam um pouco dos seus conhecimentos, possibilitando não apenas a realização desse trabalho como também contribuindo imensamente com a minha formação.

A banca de qualificação que ampliou meu olhar para a minha dissertação e que colaborou demasiadamente para a finalização da mesma.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José que me apoiou e contribuiu fortemente para a minha formação me incentivando a alçar novos voos. Aos professores do Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília que compartilharam conhecimento não somente durante as aulas, como também em outros momentos.

Aos secretários Amauri e Fabricio que sempre se mostram prontos a nos orientar e ajudar durante todo o processo.

A minha querida amiga Ariane que, além de seu apoio, me auxiliou a manter a organização mental por meio da acroyoga e da acupuntura. A minha amiga Miriam Mitsuka que me apoiou e torceu por mim durante todo o mestrado.

Ao Pedro que nesse último mês foi meu porto seguro, meu ombro amigo que compartilhou comigo meus momentos difíceis e que me inspira a ser melhor todos os dias.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho, eu deixo aqui os meus agradecimentos por tudo.

“Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana”. Leonardo Boff

## RESUMO

Devido ao processo de envelhecimento mundial e a redução da capacidade das famílias em cuidar de seus membros, o número crescente de pessoas envelhecendo sozinhas e o crescimento da população idosa em idade mais avançada é inegável a tendência pelo aumento na demanda por cuidados formais de longa duração. Frente a esse contexto associado à precariedade das instituições de longa permanência para idosos no país e à falta de profissionais capacitados para assistir essa população, o objetivo da presente investigação foi analisar o processo de formação dos profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos para o cuidado e propor estratégias de intervenção a partir da reflexão dos dados coletados. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória realizada em duas etapas por meio de entrevistas semiestruturadas e oficinas de construção de conhecimento. A pesquisa foi realizada com 33 profissionais e gestores de uma instituição de longa permanência de um município do interior paulista, e a análise e representação dos materiais foi pautada na Teoria das Representações Sociais por meio da utilização do Discurso do Sujeito Coletivo, na primeira etapa, e Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, na segunda. Ao investigarmos os processos que envolvem o cuidado em instituição de longa permanência para idosos e a formação para o cuidado percebemos a complexidade que permeia esse cenário ainda pouco explorado. As representações sobre as relações entre o cuidado, a pessoa idosa e as instituições de longa permanência influenciam a forma com a qual os profissionais e gestores se inserem e atuam nessas instituições. Foi perceptível que os cursos não consideram o cenário de ILPI como espaço para a aprendizagem, bem como os conteúdos para o cuidado gerontológico não se faz presente. A necessidade de educação permanente e/ou continuada foi percebida durante ambas as etapas da pesquisa, tida como uma das propostas de superação aos problemas levantados, assim como o estímulo ao processo cognitivo dos idosos e o investimento nos mecanismos de comunicação entre os profissionais. Nesse sentido, o aumento na demanda por esse modelo de cuidado faz surgir a necessidade de revisar os currículos dos cursos da área saúde, assim como os conceitos e as práticas da cultura e valores socialmente construídos sobre a pessoa idosa no país.

**Palavras-chave:** Instituição de Longa Permanência para Idosos; Ensino; Envelhecimento.



## ABSTRACT

Due to the global aging process and the reduction of the families' capacity to care for their members, the growing number of people aging alone and the growth of the elderly population at an older age the trend towards increased demand for long-term formal care is undeniable. Faced with this context associated with the precariousness of long-stay institutions for the elderly in the country and the lack of professionals trained to assist this population, the objective of the present investigation was to analyze the process of professionals' formation of a long-term institution for the Elderly for the care and to propose strategies of intervention from the reflection of the data collected. This is an exploratory qualitative research conducted in two stages through semi-structured interviews and knowledge-building workshops. The research was carried out with 33 professionals and managers of a long-stay institution in a city in the interior of São Paulo, and the analysis and representation of the materials was based on the Theory of Social Representations through the use of the Discourse of the Collective Subject, in the first stage, and Content Analysis in Thematic Modality, in the second. When we investigate all the processes that involve care in a long-term care institution for the elderly and the care formation, we perceive the complexity that permeates this scenario still little explored. Representations about the relationships between care, the elderly and long-term care institutions influence the way in which professionals and managers work in these institutions. It was noticeable that the courses do not consider the ILPI scenario, as a space for learning, as well as the contents for gerontological care is not present. The need for permanent and / or continuous education was perceived during both stages of the research, considered as one of the proposals to overcome the problems raised, as well as the stimulus to the cognitive process of the elderly and the investment in the mechanisms of communication among professionals. In this sense, the increase in the demand for this care model raises the need to revisit the curricula of health courses, as well as the concepts and practices of culture and socially constructed values about the elderly person in the country.

**Key words:** Homes for the Aged, Teaching; Aging

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Profissionais que atuam na gestão e no cuidado de idosos, ILPI A, 2016 .....	29
Quadro 2 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre suas motivações ao se inserirem na ILPI, 2016.....	37
Quadro 3 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre características de profissionais para a assistência ao idoso, 2016.....	39
Quadro 4 – Ideia central e Discurso do sujeito coletivo dos gestores sobre o significado do cuidado, 2016 .....	43
Quadro 5 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo sobre a forma com a qual o conceito de cuidado é operado na instituição, 2016.....	45
Quadro 6 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre os critérios de qualidade do cuidado prestado, 2016 .....	47
Quadro 7- Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre o que gostaria de modificar na ILPI, 2016.....	50
Quadro 8 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre suas motivações ao se inserirem na ILPI, 2016.....	52
Quadro 9 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre sua experiência profissional no cuidado gerontológico, 2016 .....	55
Quadro 10 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre a contribuição de sua experiência profissional para a sua prática profissional, 2016.....	57
Quadro 11 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre suas concepções de cuidado, 2016.....	62
Quadro 12 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre como realizam o cuidado na ILPI, 2016 .....	66
Quadro 13 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre as contribuições da formação para a assistência, 2016.....	70
Quadro 14 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre as mudanças necessárias para a formação profissional, 2016.....	75
Quadro 15 - Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre as mudanças necessárias no trabalho e na ILPI, 2016 .....	80

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1. O “envelhecer” .....	11
1.2. O cuidado .....	13
1.2.1. O cuidado integral .....	14
1.2.2 O cuidado de longa duração .....	15
1.3. As instituições de longa permanência para idosos.....	16
1.3.1. Precusores das ILPIs no mundo .....	17
1.3.2. O surgimento das ILPIs no Brasil.....	17
1.3.3. Legislações que permeiam as ILPIs .....	18
1.3.4. Panorama geral das ILPIs .....	19
1.4 A formação profissional para o cuidado gerontológico .....	20
1.4.1. Enfermagem .....	20
1.4.2. Técnico e auxiliar de enfermagem .....	21
1.4.3. Cuidador de idosos .....	21
1.4.4. Assistência Social .....	22
1.4.5. Medicina .....	23
<b>2. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
2.1. Pressuposto inicial .....	24
2.2. Objetivo geral.....	24
2.3. Objetivos específicos.....	24
<b>3. PARTICIPANTES E RECURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>25</b>
3.1. Desenho da pesquisa .....	25
3.2. Aspectos éticos e legais .....	25
3.3. Características do campo de pesquisa .....	26
3.4. Características dos sujeitos de pesquisa .....	27
3.5. Técnicas e procedimentos de coleta dos dados .....	28
3.5.1. Primeira fase .....	29
3.5.2. Segunda fase .....	29
3.6. Análise e representação dos dados .....	31
3.6.1. Teoria das Representações Sociais.....	31
3.6.2. Análise primeira fase.....	33
3.6.3. Análise segunda fase.....	34

<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1. Apresentação e discussão dos resultados dos gestores .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2. Apresentação e discussão dos resultados dos profissionais .....</b>	<b>50</b>
<b>4.3. Problemas e estratégias de superação – Oficina de Trabalho .....</b>	<b>84</b>
<b>4.3.1. A formação dos profissionais para o cuidado com os idosos em ILPI .....</b>	<b>84</b>
<b>4.3.2. O estímulo do processo cognitivo dos idosos em ILPI .....</b>	<b>85</b>
<b>4.3.3. A comunicação dos profissionais na ILPI .....</b>	<b>85</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>

**APÊNDICES E ANEXOS:**

**Apêndice A– Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Apêndice B – Questionário semiestruturado para a entrevista com gestores da ILPI**

**Apêndice C – Questionário semiestruturado para a entrevista com profissionais da ILPI**

**Apêndice D – Oficina: Bloco Experiência/Formação Profissional**

**Apêndice E – Oficina: Bloco Cuidado/Prática Profissional**

**Apêndice F – Oficina Gestores**

**Anexo A – Parecer substanciado CEP**

**Anexo B – Autorização da pesquisa pela Instituição estudada**

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade nas sociedades contemporâneas está relacionado às melhorias nas condições socioeconômicas de vida acarretadas pelos importantes avanços na medicina moderna e tecnologia. Fato esse decorrente da diminuição das taxas de natalidade e que vem ocasionando um processo de envelhecimento que ocorre nas diferentes regiões do mundo, em países de diversos níveis de desenvolvimento.<sup>1,2</sup>

Se por um lado em países desenvolvidos essa transição aconteceu de forma lenta e gradual, no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, vem acontecendo de forma bastante acelerada.<sup>3</sup>

Sabe-se que hoje, no mundo, uma em cada nove pessoas apresenta 60 anos ou mais, e estima-se que até 2050 essa proporção aumentará para uma em cada cinco, o que representa grandes modificações de ordem social, econômica e política.<sup>2,4</sup>

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2000, os idosos representavam 8,6% da população do país. Após apenas uma década passaram a representar 10,8%<sup>6</sup>, o que significa que embora a população brasileira tenha tido um índice crescimento relativo de 1,2 neste período, o dos idosos foi de 4,2.<sup>5</sup>

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)<sup>7</sup>, o envelhecimento trata-se de um processo normal, amplo, contínuo, acumulativo e irreversível, no qual ocorre a degradação de um organismo adulto de forma a apresentar, progressivamente, menor capacidade de enfrentamento frente às situações de estresse do meio ambiente, ampliando a probabilidade de morte deste organismo.

Dessa forma, paralelamente a transição demográfica, o declínio fisiológico do envelhecimento provoca uma importante modificação nos padrões de morbimortalidade, com aumento expressivo de doenças crônicas degenerativas, como as doenças cardiovasculares e os processos demenciais.<sup>8</sup>

### 1.1 O “envelhecer”

Por se tratar de um processo natural de alterações relacionadas com o tempo que se inicia no nascimento e continua durante toda a vida, o envelhecimento provoca mudanças de ordem biológica, social e psicológica em todos os indivíduos.<sup>9,10</sup>

As modificações biológicas podem ser classificadas como: morfológicas, evidentes com o aparecimento de rugas e cabelos brancos; fisiológicas relacionadas às alterações das funções

orgânicas provocadas pela diminuição da capacidade dos órgãos; e bioquímicas que estão diretamente associadas as transformações das reações químicas processadas no organismo.<sup>9,10</sup>

As modificações sociais são verificadas quando as interações coletivas sofrem alterações devido à diminuição de produtividade, do poder físico e econômico, estando, normalmente correlatas às mudanças de papéis e posições hierárquicas. Já as psicológicas se originam da adaptação do indivíduo às novas situações e realidades, muitas vezes impostas em seu cotidiano.<sup>10,11</sup>

É válido ressaltar que o processo de envelhecimento é heterogêneo, ou seja, ocorre de diferentes formas dependendo de uma multiplicidade de fatores. Valores culturais e as tradições que determinam como uma sociedade encara seus idosos e o processo de envelhecer estabelecem qual será o sentido das políticas públicas de atenção à saúde do idoso. Questões relativas ao sexo funcionam desta mesma forma, contribuindo para heterogeneidade desse processo.<sup>12</sup>

O acesso a serviços de saúde, fatores socioeconômicos como moradia, renda, saneamento básico, apoio e proteção social, situações de violência, educação e trabalho, hábitos de vida, aspectos psicológicos relacionados à autoestima e às adaptações a perdas físicas, emocionais e sociais fazem do envelhecimento um processo, também, marcado pelas escolhas e circunstâncias que ocorrem ao longo da vida de um indivíduo.<sup>11,12</sup>

Além do envelhecimento populacional, outro fenômeno que vale ser destacado é o envelhecimento da própria população idosa, isto é, a cada dia é mais comum encontrar idosos em idades mais avançadas, ou seja, acima de 80 anos.<sup>3</sup>

Assim, esses indivíduos são expostos por um maior período a doenças crônico-degenerativas, resultando em um número crescente de idosos sujeitos às fragilidades da própria velhice, aumentando a possibilidade de apresentarem debilidades e incapacidades funcionais.<sup>13</sup>

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade em executar atividades básicas como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e promover autocuidado; mais complexas como: administrar o próprio dinheiro, preparar refeições e utilizar transporte público; ou de algum outro domínio da vida considerado normal, estando, também, relacionada a baixos índices de escolaridade.<sup>14</sup>

Dessa forma, estes idosos que apresentam algum tipo de dificuldade em realizar determinada atividade da vida diária tornam-se potenciais demandantes de cuidados de longa duração, seja no âmbito familiar ou em serviços de cuidado formal público ou privado.<sup>13</sup>

Outro fator que potencializa a demanda por cuidados de longa duração está relacionado a carência de renda, ou seja, a incapacidade do idoso em arcar com sua própria sobrevivência,

geralmente associada a um histórico de inserção forçada e precoce no mercado de trabalho, principalmente em atividades que não requerem qualquer processo formativo.<sup>12,15,16</sup>

## 1.2. O cuidado

O cuidado está presente na humanidade desde os primórdios da existência do ser humano. Segundo a literatura, tem origem nas palavras “*curae*” e “*cogitare-cogitarus*”, e pode ser definida como a atitude de colocar atenção, ter zelo, se preocupar, sentir-se responsável pelo próximo e só surge quando se remete valor a existência do outro.<sup>18</sup>

Nas primícias da civilização, desenvolvido no intuito da sobrevivência, o cuidado estava voltado a suprir as necessidades físicas como a alimentação, a reprodução e a manutenção da espécie. Fortemente vinculado ao sexo feminino, principalmente devido a sua conexão com a agricultura, se fundamentava nas práticas místicas e sobrenaturais e no conhecimento empírico da ação de plantas, frutos, raízes e sementes.<sup>19</sup>

É válido ressaltar, ainda, que para essas civilizações as doenças eram atribuídas a causas extrínsecas, seja pela ação de elementos da natureza ou por espíritos sobrenaturais desde que externos ao corpo, excluindo o organismo do processo de adoecimento.<sup>20</sup>

Com o passar das décadas, as doenças passaram a ser vistas como “castigo” e/ou possessões de “espíritos malignos”, atribuindo ao enfermo a responsabilidade pelo seu processo de adoecimento e aos sacerdotes o papel de tratá-los e expulsar os maus espíritos.<sup>20</sup>

Com a propagação do Cristianismo, e a forte influência da Igreja na sociedade, o cuidar, já fortemente ligado ao sexo feminino, passa a ser realizado pelas “irmãs de caridade” que tinham como missão acolher as pessoas desabrigadas, cuidar de órfãos e pessoas doentes, formatando-se como uma prática imersa na filantropia e benevolência.<sup>21,22</sup>

A partir do desenvolvimento do conhecimento médico, o corpo passou a ter certo “status”, com o reconhecimento do cuidar amplamente ligado ao modelo biomédico, prezando pelo saber-fazer atendendo a ideologia de cura, que obteve ainda maior valorização com o advento do capitalismo e o fortalecimento da saúde como um bem de consumo.<sup>21</sup>

Assim, é nesse período que o cuidado assumiu uma identidade profissional, apropriando-se dos conhecimentos que o permeiam e se estabelecendo como uma prática social legitimando-se como um saber científico.<sup>22</sup>

Esse cuidado enquanto prática está estreitamente ligado a forma como os profissionais, inseridos em uma determinada sociedade, pensam e constroem, assim, sua forma de expressão no fazer cotidianos. Nesse sentido, o modelo biomédico, assim como a integralidade no

cuidado, são expressões de prática tendo como sustentação concepções de saúde-doença, organização e gestão para o cuidado, educação, dentre outros.

Nesse cenário, o cuidado passa a sofrer forte influência da vertente tecnicista e fragmenta-se em partes cada vez menores do corpo, perdendo de vista o ser humano em sua totalidade e singularidade. É nessa fase que este passa a ser considerado como sinônimo de assistência, reduzindo-o de uma forma de contemplação das necessidades integrais do indivíduo para a supressão das necessidades básicas do mesmo. Assim, embora essa fragmentação se mostre, algumas vezes, eficaz em atender as demandas dos serviços, é insuficiente para satisfazer as reais necessidades de saúde da população.<sup>21</sup>

Desse modo, sabendo que o ser humano é um ser complexo, o “cuidar”, deve romper com as práticas fragmentárias e se orientar de forma holística com a finalidade de atender as necessidades em sua integralidade. Suas práticas devem considerar toda a complexidade que envolve os indivíduos valorizando os fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que os permeiam, compreendendo-os em sua plenitude na busca de algo muito mais importante que cura, o cuidado propriamente dito.<sup>21,23</sup>

### **1.2.1. O cuidado integral**

Como anteriormente citado, as práticas fragmentadas e centradas nos aspectos biológicos dos indivíduos mostram-se cada vez mais insuficientes na assistência, sendo necessário re-significar a prática do cuidado de modo a atingir o cuidado integral.<sup>24</sup>

No processo de atenção, trata-se de uma prática dinâmica e dialogal que se dá por meio de ações consecutivas entre quem provê o cuidado e o indivíduo que o receberá.<sup>25</sup>

Dessa forma, deve satisfazer as diferentes dimensões dos sujeitos, e por possuir vários aspectos não desconsidera os elementos tecnológicos, mas os associa a sensibilidade e ao respeito as diferentes variáveis que constituem o indivíduo em sua integralidade.<sup>24</sup>

Assim, o cuidar a partir dessa perspectiva carece do envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos cuidadores, caracterizando-se como uma atitude que prevê não apenas a produção de procedimentos e sim a constituição de uma linha de cuidado.<sup>26</sup>

Embora, devido as circunstâncias que o permeiam imprimindo uma característica mais ativa a quem presta o cuidado e mais passiva a quem o recebe, deve-se evitar a prevalência de relações de poder dos cuidadores que oprimem/anulam a voz de quem é cuidado, valorizando a participação de todos os envolvidos na constituição da linha de cuidado, sendo possível, apenas, através da escuta e valorização dos saberes dos diferentes atores.<sup>25</sup>



Dentro dessa perspectiva, o cuidado gerontológico deve considerar as diversas dimensões vivenciadas pelas pessoas idosas e suas famílias ao longo de sua história. Desse modo, além do suporte a suas necessidades físicas, deve favorecer a compreensão das mudanças decorrentes do envelhecimento e facilitar sua adaptação à nova realidade de vida.<sup>25</sup>

Assim, esse cuidado deve auxiliar esse idoso a adotar estilos de vida saudáveis estimulando um modo de viver/envelhecer ativo com enfoque no autocuidado preservando sua autonomia, a controlar de forma apropriada as condições de cronicidade ajudando-os a compensar as eventuais limitações e incapacidades e a se instrumentalizar para o seu processo de envelhecimento.<sup>25</sup>

### **1.2.2 O cuidado de longa duração**

O cuidado de longa duração pode ser definido como a assistência prestada a pessoas com doenças crônicas-degenerativas ou deficiências que não têm a capacidade de cuidarem de si mesmas<sup>27</sup> por longos períodos. Embora possa ser aplicada a pessoas em qualquer fase do ciclo de desenvolvimento, está fortemente ligado aos cuidados gerontológicos.<sup>27</sup>

Esse é caracterizado por práticas não especializadas que estão associadas ao suporte a um indivíduo na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária podendo ser classificado como informal ou formal.<sup>27</sup>

Sabe-se que o cuidado familiar é o mais importante para qualquer grupo populacional. Nesse sentido, é considerado como a melhor forma para cuidar de idosos fragilizados<sup>27</sup>. No entanto, como é realizado no âmbito doméstico, torna-se socialmente invisível, não recompensando os cuidadores e podendo provocar isolamento social, riscos para a saúde e comprometimento no mercado de trabalho.<sup>27</sup>

Assim, embora o cuidado familiar represente grandes benefícios no âmbito público e privado, acarreta custos de ordem financeira e emocional para quem o pratica.<sup>27</sup>

Para as famílias, cuidar de pessoas idosas implica em dar continuidade a relações de vida complexa. Portanto, esta complexidade compõe um número infinito de sentimentos contraditórios originados pelas suas próprias histórias. Muitas vezes, afetando e sendo afetadas pelas condições financeiras.<sup>13</sup>

Ao longo do desenvolvimento da sociedade, o cuidado de membros dependentes foi estabelecido como responsabilidade das mulheres. Dessa forma, as alterações nos papéis econômicos e sociais das mulheres impacta diretamente a provisão de cuidados para a população idosa no âmbito familiar.<sup>27</sup>

Modificações na composição familiar, diminuição das taxas de natalidade e nupcialidade e a evidente mudança nos sistemas de valores com o aumento do individualismo e da valorização da vida independente, também enfraquecem os laços de solidariedade entre as gerações, tendendo a comprometer a oferta de cuidado familiar.<sup>13,17</sup>

Assim, embora o cuidado familiar ainda seja predominante, principalmente em países da cultura latina como o Brasil, a redução da capacidade das famílias em cuidar de seus membros, seja por inexistência de vínculos afetivos, por carência de renda e/ou pela inabilidade para lidar com as debilidades do envelhecimento, o número crescente de pessoas envelhecendo sozinhas e o crescimento da população idosa em idade mais avançada torna incontestável a tendência pelo aumento na demanda por cuidados formais de longa duração.<sup>13,16,17</sup>

O cuidado formal pode ser oferecido pelo Estado ou pelo setor privado. E no sentido da gerontologia exige que os profissionais responsáveis pelo cuidado sejam capazes de lidar com as demandas provenientes das doenças crônico-degenerativas na população idosa, realizando-o em ambientes domiciliar e institucional.<sup>27</sup>

Desse modo, dentre as diferentes opções desses serviços de longa duração, encontram-se as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs).

### **1.3. As instituições de longa permanência para idosos**

A palavra asilo, utilizada como sinônimo de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), tem raízes no grego “*ásylos*” e no latim “*asylu*” significando “casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou educação, pessoas pobres e desamparadas, como crianças abandonadas, mendigos e velhos”<sup>28</sup>, sendo, geralmente, dirigidas por filantropos e caridosos, o que representa a visão de muitos acerca dessas instituições.

São definidas como estabelecimentos de interesse a saúde de caráter residencial que destinados ao fornecimento de atividades de assistência social com ações dirigidas à população relacionadas, direta ou indiretamente, a proteção, promoção e preservação da saúde das pessoas idosas.<sup>29</sup>

É válido ressaltar que as ILPIs se diferem das “Casas de repouso”, não abordadas no presente estudo, as quais são interpretadas como organizações de assistência à saúde destinadas a prestação de serviços de auxílio médico que, em caráter asilar, focam-se na promoção e proteção à saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e na reabilitação de seus moradores.<sup>20</sup>

### 1.3.1. Precusores das ILPIs no mundo

Os primeiros registros sobre instituições voltadas a pessoas idosas são encontrados na civilização grega, contudo as primeiras legislações referentes ao seu funcionamento remetem ao Império Bizantino no século VI. Segundo a literatura, é nessa época, em que há a forte influência da igreja no mundo ocidental e, conseqüentemente na prática do cuidado que surge a primeira instituição no ocidente fundada pelo Papa Pelágio II.<sup>30</sup>

Na Idade Média, ainda sob a dominação da igreja, casas denominadas de “*almshouses*” eram construídas próximas a monastérios destinadas a caridade, servindo de abrigos a idosos desamparados e a pessoas necessitadas. Essas eram mantidas por doações de pessoas influentes que tinham o poder de determinar quem seria atendido.<sup>30</sup>

Durante esse período, a não existência de casas exclusivas para a população idosa era explicada pela sua não classificação como categoria social e sua baixa proporção dentro da população, considerando os idosos pobres como desocupados.<sup>30</sup>

Desse modo, com a transição do modo de produção feudal para o capitalismo na Europa ocorre a multiplicação das instituições de caridade voltadas para assistência a pessoas pobres.<sup>30</sup>

No século XVI, a promulgação da *Poor Laws* (Lei dos Pobres) na Inglaterra, que responsabilizava o governo pelo cuidado aos mendigos e pobres, assim como o Movimento Hospitalar na França, multiplicou o número de instituições de caridade ligadas aos grupos religiosos fortalecendo sua missão de cuidado aos necessitados, contudo não os diferenciava entre idosos, mendigos, doentes e loucos.<sup>30</sup>

Com a reforma protestante de Martin Lutero, no século XVII, essas instituições passam a ser estabelecidas independentemente da igreja católica, contudo os doadores continuam determinando quem seria assistido nas instituições, agora pertencentes a igreja Anglicana.<sup>30</sup>

Com o surgimento do Iluminismo e, conseqüentemente, o advento do método e da racionalização, no século XVIII, as casas de caridade passam a se especializar, dividindo os seus residentes entre orfanatos, hospícios e asilos, o que representa o surgimento das primeiras instituições geriátricas no mundo.<sup>30</sup>

### 1.3.2. O surgimento das ILPIs no Brasil

O surgimento das primeiras instituições no continente americano está relacionado a chegada dos colonizadores ingleses. No Brasil, a primeira referência a asilo foi uma instituição destinada a soldados, a Casa dos Inválidos, criada em 1797.<sup>30</sup>

A primeira casa destinada especificamente à população idosa foi o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, inaugurada em 1890<sup>30</sup>. Embora trabalhasse com a proposta de que os idosos pobres se tornassem visíveis e alvo de preocupações sociais, na prática, funcionava dentro da ótica filantrópico-assistencialista, isolando os seus moradores do restante da população.<sup>30</sup>

Ainda que não se possa destacar um histórico detalhado deste tipo de instituição no país, devido à falta de documentos oficiais sobre o tema, a literatura indica a hegemonia das organizações religiosas e filantrópicas.<sup>30</sup>

### **1.3.3. Legislações que permeiam as ILPIs**

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa<sup>32</sup>, devido às alterações próprias da senescência o conceito de saúde para a pessoa idosa está relacionado à manutenção da sua autonomia, a sua capacidade em gerir a sua própria vida, e independência, a sua capacidade em realizar as atividades em seu cotidiano, e não pela presença ou ausência de doenças.

Nesse sentido, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>32</sup>, as ILPIs são locais destinados a domicílio coletivo de pessoas de idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. Que em condição de liberdade, dignidade e cidadania, estas devem propiciar o exercício dos direitos humanos de seus residentes.<sup>33</sup>

Com essa finalidade, é função das ILPIs integrar seus moradores à comunidade em que estão inseridas proporcionando o convívio intergeracional, de modo a estimular a autonomia das pessoas idosas e a participação familiar.<sup>33</sup>

Assim, sabendo que institucionalização pode significar uma ruptura na vida dos indivíduos idosos, contribuindo na perda de sua autonomia, direito de escolha e controle sobre vários aspectos de sua vida, as ILPIs devem proporcionar atenção integral a seus residentes, compatível com os princípios de universalização, equidade e integralidade, respeitando as demandas e aspectos socioculturais de cada indivíduo e do território onde estão inseridas.<sup>33,34</sup>

Desse modo, para satisfazer essa finalidade, elas devem contar com um responsável técnico com nível superior e uma equipe, composta por profissionais com vínculo formal de trabalho, que proporcione atividades de lazer, limpeza, lavanderia, alimentação e cuidados conforme as necessidades e o grau de dependência de seus residentes.<sup>33</sup>

Contudo, a realidade das ILPIs no país mostra-se bem diferente desse ideal. Em razão de sua herança histórica caritativa, dos preconceitos que envolvem o processo de institucionalização e das condições de fragilidade que, geralmente, levam o idoso a residir

nessas instituições, a vida de seus residentes é marcada pela solidão, exacerbação de dependências e anulação.<sup>34</sup>

#### **1.3.4. Panorama geral das ILPIs**

Embora haja dados da pesquisa nacional, de caráter censitário, sobre as ILPIs brasileiras, por se tratar de um dado transversal não é possível saber se a variação do número de instituições no país tem acompanhado o aumento expressivo na demanda por esse tipo de serviço. Contudo, é perceptível o movimento invariavelmente crescente das instituições no país nas últimas décadas.<sup>30</sup>

Segundo o levantamento, predominam no país as instituições brasileiras de caráter filantrópico, entretanto, tem se verificado recentemente um aumento expressivo das instituições privadas com fins lucrativos, enquanto apenas 6,4% das mesmas são públicas ou mistas.<sup>30</sup>

A precariedade hegemônica das instituições brasileiras e sua herança histórica mostra uma realidade de recursos limitados que não possibilitam a expressão das singularidades dos seus residentes e, conseqüentemente, a participação no gerenciamento de seu próprio cuidado.<sup>35</sup>

O processo de institucionalização gera um grande abalo não somente vida das pessoas idosas, como também, na própria dinâmica familiar. A mudança de um sujeito para uma ILPI é, comumente, rodeada por sentimento de culpa por parte de seus familiares, fato que pode impactar negativamente a participação da família na vida desse indivíduo.<sup>36</sup>

Assim, embora em alguns casos seja a única opção de sobrevivência para a pessoa idosa, a manutenção dos vínculos familiares nos casos de institucionalização envolve múltiplos sentimentos contraditórios, conseqüência de um conflito entre a racionalização da situação e seus valores morais.<sup>36</sup>

Esse novo modo de viver, condicionado e determinado pelas normas das instituições, promove a distorção da identidade de seus residentes, fazendo-os perder sua individualidade, muitas vezes não atendendo suas reais necessidades de saúde.<sup>25</sup>

Neste país continental marcado pelas desigualdades sociais, a heterogeneidade das ILPIs se manifesta, principalmente, no que se refere ao quadro de profissionais que nelas atuam. Se em algumas podemos encontrar enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, pedagogos, técnicos, auxiliares de enfermagem e cuidadores<sup>37</sup> atuando diretamente no cuidado, a realidade de grande parte dessas instituições contam com profissionais sem formação mínima para atender as necessidades de sua população.<sup>35</sup>

Estudos realizados em diferentes regiões brasileiras mostram que as instituições no país, que são em sua maioria filantrópicas, não priorizam a contratação de profissionais formados para o cuidado gerontológico.<sup>35</sup>

Assim, reconhece-se a predominância de profissionais de baixa renda e escolaridade e sem nenhuma formação, não sendo incomum a promoção de funcionários contratados para outras funções para a assistência aos idosos.<sup>38,39</sup>

Desse modo, o cuidado, muitas vezes, corresponde a ações técnicas automatizadas que priorizam o atendimento as necessidades fisiológicas, relegando as demandas originadas na singularidade, nas quais profissionais sem formação reproduzem procedimentos que anulam a individualidade do sujeito.<sup>34,35,38</sup>

#### **1.4. A formação profissional para o cuidado gerontológico**

Frente a essa realidade supracitada e o aumento expressivo do número de idosos no país e no mundo, faz-se necessário descrever como estão organizadas as diretrizes dos cursos formadores de profissionais que estão mais diretamente ligados ao cuidado gerontológico e a assistência em ILPIs no Brasil e principalmente na ILPI estudada na presente investigação. Nesse sentido, a seguir serão abordados os cursos de enfermagem, técnico e auxiliar de enfermagem, cuidador de idosos, assistência social e medicina.

##### **1.4.1. Enfermagem**

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, dentre os diversos objetivos atribuídos a formação do enfermeiro esse deve ser capaz de atuar nos programas de assistência integral a indivíduos em todas as suas fases de desenvolvimento, entre elas a pessoa idosa.<sup>40</sup>

Nesse sentido, entre os conteúdos essenciais relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade a assistência deve integrar os conteúdos, seja no âmbito teórico ou prático, referentes a saúde da pessoa idosa de forma holística valorizando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo, além dos princípios éticos, legais e humanísticos intrínsecos ao cuidado.<sup>40</sup>

Contudo, ao analisar a formação dos profissionais da área da enfermagem, apenas uma pequena parcela que estão atuando nos serviços de saúde cursaram em sua formação disciplinas

relacionadas a gerontologia, sendo o tema comumente abordado em disciplinas inespecíficas dentro de outras grandes áreas como a saúde coletiva, a saúde da família e comunidade, a saúde do adulto e a enfermagem clínica-cirúrgica. Isso se torna ainda mais preocupante quando se aborda as instituições de longa permanência para idosos, geralmente esquecidas durante a formação dessa categoria profissional.<sup>41</sup>

#### **1.4.2. Técnicos e Auxiliares de enfermagem**

Em relação aos planos pedagógicos que permeiam a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, encontra-se a formação voltada para a assistência a indivíduos e grupos sociais, com enfoque na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos saúde-doença em todo o ciclo vital, nos diferentes graus de complexidade do ambiente e gravidade do usuário<sup>42</sup>. Essa formação possibilita a atuação desses profissionais nos ambientes hospitalares, ambulatoriais e programas de saúde pública, unidades de pronto atendimento, centros de educação infantil, escolas, instituições de longa permanência (ILP) e assistência domiciliar.<sup>42</sup>

No entanto, a organização curricular dos cursos, geralmente, visa desenvolver no profissional as habilidades referentes a prestação de primeiros socorros, participação no planejamento e execução das ações educativas e de assistência de enfermagem, prestação de cuidados de higiene e conforto, administração de medicamentos, coleta de materiais biológicos, assistência ao usuário de saúde mental, à gestante, parto, puerpério e ao recém-nascido, período pré-operatório, situações de urgência e emergência e usuários em estado crítico.<sup>42</sup>

Dessa forma, embora os profissionais entrem em contato com pessoas idosas ao longo de sua formação, não são abordados conteúdos específicos do cuidado gerontológico e do cuidado prestado em ILPIs, o que pode comprometer a assistência prestada a essa população.

#### **1.4.3. Cuidador de idosos**

A ocupação denominada de “cuidador de idosos” tem como sua função primária cuidar a partir de objetivos estabelecidos por instituições ou profissionais diretamente responsáveis, no intuito de zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene, educação, cultura e lazer da pessoa idosa, sendo introduzido como ocupação no ano de 2002 na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).<sup>43</sup>

Nesse sentido, o cuidador de idosos deve ter a capacidade de desenvolver ações de prevenção, promoção e monitoramento de situações que ofereçam riscos ao idoso dependente,

promovendo melhorias na qualidade de vida, estimular a interação e comunicação entre o idoso, a família e a comunidade e ter a capacidade de agir em situações imprevisíveis.<sup>43</sup>

Embora a literatura apresente propostas de conteúdo para os cursos de cuidadores que contemplem as diversas dimensões que permeiam o processo de envelhecimento, os cursos oferecidos geralmente não possuem plano pedagógico pré-estabelecido.<sup>43</sup>

É válido ressaltar que embora a ocupação “Cuidador de idosos” tenha sido reconhecida, ainda não é enquadrada como uma profissão<sup>43</sup>. A regulamentação da profissão de cuidador de idosos requer discussões envolvendo as condições de trabalho, esclarecimento sobre suas funções e direitos trabalhistas.<sup>43</sup>

Assim, as pessoas que desempenham essa função permanecem sem visibilidade e representatividade na sociedade, o que, também, compromete a qualidade da assistência prestada.<sup>43</sup>

#### **1.4.4. Assistência Social**

As diretrizes curriculares nacionais estabelecidas para os cursos de graduação em serviço social apresentam um profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, que seja dotado de formação intelectual e cultural generalista, crítica e com habilidade de inserção nas relações sociais e no mercado de trabalho.<sup>44</sup>

Nesse sentido, os conteúdos necessários à formação desses profissionais, segundo as diretrizes curriculares nacionais, estão relacionados a sociologia, teoria política, economia política, filosofia, antropologia, psicologia, formação sócio histórica do Brasil, direito e legislação social, política social, desenvolvimento capitalista e questão social, classes e movimentos sociais, fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social, trabalho e sociabilidade, serviço social e processos de trabalho, administração e planejamento em serviço social; pesquisa em serviço social e ética profissional.<sup>44</sup>

Assim, embora a assistência social tenha um papel fundamental na assistência a idosos seja no âmbito domiciliar ou nas instituições, não constam nas diretrizes que regem a formação desses profissionais conteúdos específicos para a assistência a essa parcela da população.



### 1.4.5. Medicina

As diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina, aprovadas em 2014, trazem alguns avanços em relação ao reconhecimento da multiplicidade e das especificidades dos diversos campos de trabalho na saúde, além da importante evolução no que se refere às modificações no modelo de ensino-aprendizagem proposto. Dessa forma, identifica a potência da interação ensino-serviço-comunidade durante a aprendizagem possibilitando a diversificação e a desconcentração da formação de modo a aproximar-se da realidade<sup>45</sup>

Assim, as diretrizes reconhecem as diferentes modalidades de cuidado existentes e dentro do paradigma da integralidade incorpora aos projetos pedagógicos dos cursos as vivências em diferentes campos como cenários de atenção domiciliar, ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar, em serviços de urgência-emergência, escolas, creches e instituições de longa permanência para idosos. Nesse sentido, busca a construção de competências e habilidades específicas a cada contexto, assim como as suas transferências de um contexto para o outro.<sup>45</sup>

Contudo, os cursos encontram-se, ainda, em momento de transição. Desse modo, até o presente momento, não é possível identificar o impacto dessas novas diretrizes para o cuidado gerontológico, assim como para o cuidado em ILPIs.

Frente a este contexto, que permeia a forma com a qual as Instituições de Longa Permanência para Idosos estão organizadas no país, assim como a formação dos profissionais para essa modalidade de cuidado, identificaram-se alguns questionamentos: como os profissionais que atuam em uma ILPIs de um município de médio porte do centro-oeste paulista realizam o cuidado? Como ocorre o processo de formação destes profissionais que atuam em uma ILPIs para cuidarem dos idosos? Quais as propostas de superação dos problemas encontrados?

## **2. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS**

### **2.1. Pressuposto inicial:**

Os profissionais das instituições de longa permanência para idosos iniciam suas atividades sem uma capacitação específica para a área da gerontologia, considerando que nestas instituições não há uma valorização, além de não proporcionar condições para a formação destes profissionais.

### **2.2. Objetivo geral:**

Analisar o processo de formação dos profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos para o cuidado e propor estratégias de intervenção a partir de reflexões sobre os dados coletados

### **2.3. Objetivos específicos:**

- Caracterizar os profissionais responsáveis pela assistência ao paciente institucionalizado quanto a idade, sexo, estado civil, categoria profissional, formação e tempo de atuação na Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Compreender como se deu a inserção desses profissionais na Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Identificar como é realizado o cuidado na Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Compreender o que significa “cuidar” para os diferentes profissionais envolvidos na assistência do paciente idoso institucionalizado;
- Analisar como ocorreu a formação dos profissionais da Instituição de Longa Permanência para Idosos para realizarem o cuidado aos idosos;
- Propor intervenções para superação dos problemas identificados a partir de processo reflexivo com profissionais e gestores da Instituição de Longa Permanência para idosos considerando os dados coletados.

### **3. PARTICIPANTES E RECURSOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1. Desenho da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória realizada em duas etapas por meio de entrevistas semiestruturadas e oficinas de construção de conhecimento que tem como intuito interpretar os significados e refletir acerca das diferentes concepções de cuidado e do processo de formação e/ou capacitação profissional, pautando-se nos referenciais teóricos da integralidade do cuidado.

A análise da pesquisa realizada com profissionais e gestores de uma instituição de longa permanência de um município do interior paulista, foi pautada na Teoria das Representações Sociais por meio da utilização do Discurso do Sujeito Coletivo, na primeira etapa, e Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, na segunda.

#### **3.2. Aspectos éticos e legais**

O sentido de uma investigação, sua finalidade, bem como as novas perguntas as quais ela se propõe a desvelar, só são alcançados quando o pesquisador guia seu conhecimento à luz da ética. Dessa forma, o processo ético de pesquisa torna-se o produto de uma análise crítica dos valores morais empreendidos, dando um sentido à investigação para além do plano da lógica ou do método.<sup>49</sup>

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sendo aprovada em 04 de agosto de 2016 com parecer nº 1662805 (Anexo A) e da Diretoria da Instituição de Longa Permanência estudada em 02 de maio de 2016 (Anexo B).

Visando atender as recomendações da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)<sup>50</sup> quanto aos princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi iniciada com a anuência dos participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A) apresentado, dando-lhes o tempo necessário para que cada participante tivesse completo entendimento do que seria feito, tendo, então, a liberdade de participar ou não da investigação.

Foram explicitados os objetivos, método utilizado na pesquisa, bem como as informações sobre a participação voluntária, disponibilidade, vontade de participar da pesquisa,

sigilo sobre os dados coletados e que não receberá nenhum benefício e nem qualquer exclusão caso desista de participar. Foram solicitadas autorizações para gravação das falas na entrevista e oficinas. O material produzido foi transcrito e posteriormente à sua utilização na pesquisa foi inutilizado logo após o término.

Houve completo sigilo das informações coletadas, garantido pelo armazenamento das gravações em espaço físico e digital de acesso restrito e uso exclusivo para esta pesquisa. A preservação da identidade dos sujeitos acompanhou todo o processo de investigação.

### **3.3. Características do campo de estudo**

O estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) localizada em um município de médio porte do centro-oeste paulista. Este conta com uma população de 216.745 habitantes, da qual 13,64% são idosos.<sup>46</sup>

A rede básica de saúde deste município é constituída por 12 unidades básicas de saúde (UBS) e 36 unidades de saúde da família (USF). Para os atendimentos de urgência e emergência o município conta com dois pronto-atendimentos, um na região norte e outro na região sul, responsáveis pelo suporte médico as ILPIs de suas áreas de abrangência.<sup>47</sup>

A rede de assistência social do município é constituída por: uma secretaria de assistência social; bolsa família; seis casas do pequeno cidadão (SCFV-Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos); quatro centros de referência de assistência social (CRAS); um centro de referência especializado de assistência social (CREAS); um centro de referência especializado para população em situação de rua (Centro POP); dois centros dia do idoso, três serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes (casa do pequeno cidadão unidades IX e XIII e CACAM- centro de atendimento a criança e adolescente de Marília); uma FUMARES- fundação mariliense de recuperação social; uma casa de passagem; um conselho municipal de assistência social; um conselho municipal dos direitos da criança e adolescente; um conselho municipal dos direitos do idoso de Marília; um conselho municipal de direitos da pessoa com deficiência; e um conselho tutelar.<sup>48</sup>

O município conta com três ILPI que atendem cerca de 190 idosos, o que representa 0,6% da população de idosos.<sup>45,49</sup>

A Instituição na qual foi realizada a pesquisa é privada de caráter filantrópico. Segundo informações coletadas com os próprios profissionais da instituição, a mesma iniciou seu trabalho em 30 de janeiro de 1976 como um centro de integração voltado a crianças e

adolescentes. A partir de 02 de janeiro de 1982 passou a atender idosos (a partir de 60 anos), em caráter asilar.

Com uma capacidade de atender até 56 idosos, a instituição opera, até o momento da coleta de dados, com 54 moradores (26 homens e 28 mulheres), possuindo 24 pessoas em lista de espera. Embora a instituição tenha subsídios e autorização da vigilância sanitária (órgão de fiscalização) para atender apenas pessoas independentes e dependentes grau 1 a realidade é um pouco diferente.

Segundo informações fornecidas pela instituição sobre a avaliação do grau de dependência dos moradores, a partir da avaliação do médico geriatra da instituição, esta atende 16 idosos independentes, 22 dependentes grau 1, 12 dependentes grau 2 e 4 dependentes grau 3. Apesar da admissão desses idosos seguir critérios estabelecidos pela assistente social e pelo médico geriatra, a fim de não admitir pessoas fora da capacidade da instituição, idosos residentes que evoluem para maiores graus de dependência permanecem na ILPI.

Embora seja de caráter privado, a instituição possui parceria com a secretaria de Assistência Social do município, funcionando em rede com as outras ILPIs, com os Centros Dia do Idoso e com a rede básica de saúde (USF da área de abrangência e serviços de referência para especialidades e urgência e emergência). É válido ressaltar que a ILPI estudada recebe repasses federais, estaduais e municipais que ocorrem devido a convênios da instituição com as três esferas. No segundo semestre esse repasse representou 2,54% das transferências de recursos realizadas pelo município.<sup>50</sup>

### **3.4. Características dos participantes do estudo**

A partir do total de 40 prestadores de serviços da ILPI, o estudo foi realizado com quatro gestores e 29 profissionais responsáveis pela assistência direta ou indireta a idosos institucionalizados da ILPI selecionada.

É válido ressaltar que todos os membros da diretoria assistem à instituição em caráter voluntário. Segundo a lei nº 9.608<sup>51</sup>, de 18 de fevereiro de 1998, o trabalho voluntário é toda atividade não remunerada prestada por um indivíduo a uma entidade pública ou sem fins lucrativos que tenha objetivos no âmbito educacional, científico, cultural, patriótico, do lazer ou de assistência social que não gere vínculo de serviço, nem obrigação trabalhista, previdenciária ou semelhante.

O quadro 1 demonstra as categorizações dos profissionais e gestores segundo as categorias profissionais:

**Quadro 1** – Profissionais que atuam na gestão e no cuidado aos idosos, ILPI A, 2016

<b>Profissionais</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Diretoria</b>	6	15,5
<b>Médico Geriatria</b>	1	02,5
<b>Enfermeiro</b>	1	02,5
<b>Assistente Social</b>	1	02,5
<b>Escriturário</b>	2	05,0
<b>Auxiliar administrativo</b>	1	02,5
<b>Supervisor de Serviços Gerais</b>	1	02,5
<b>Serviços Gerais</b>	10	25,0
<b>Cozinheiros</b>	2	05,0
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	4	10,0
<b>Cuidadores</b>	10	25,0
<b>Motorista</b>	1	02,5
<b>Total</b>	40	100

Foi utilizado como critério de inclusão: estar trabalhando na ILPI há pelo menos três meses, seja com vínculo empregatício ou caráter voluntário.

A disposição em enumerar poucos critérios de inclusão e exclusão nesta proposta está de acordo com o enfoque metodológico utilizado. O objeto de estudo e a tradição das pesquisas qualitativas permitem atribuir confiabilidade aos poucos critérios utilizados, visto que o recrutamento dos participantes da pesquisa faz-se, a princípio, independente da inclusão ou exclusão de “perfis biodemográficos” dos indivíduos, voltando-se aos nexos de sentido e não buscando fazer mensurações ou nexos causais.<sup>52</sup>

### **3.5. Técnica e procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados na presente investigação aconteceu em duas fases:

### 3.5.1. Primeira fase

Antes de iniciar a primeira fase da coleta de dados, com o intuito de minimizar vieses relacionados à falta de ambientação da pesquisadora com o local de pesquisa, facilitar sua inserção no campo de estudo, diminuir o risco de rejeição pelos participantes e prevenir outros problemas, a pesquisadora passou por um período de aculturação, do dia 20 de agosto a 30 de setembro de 2016, na qual realizou visitas ao campo como forma de conhecer e se integrar a dinâmica do *setting* assistencial onde se operacionalizou a coleta de dados<sup>52</sup>, além de conhecer os participantes para realização das etapas subsequentes. Essas visitas ocorreram de uma vez na semana com duração média de duas horas, no período da manhã ou da tarde totalizando nove horas de observação.

Após esse período, foi utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista semidirigida com questões abertas e em profundidade, uma vez que sua finalidade é compreender um fenômeno vivido por um indivíduo e qual é o significado a ele empregado. Nesse sentido, a utilização dessa técnica possibilitou ao informante discorrer livremente sobre o tema estudado e, ao mesmo tempo, facilitou e assegurou a cobertura dos pressupostos da investigação durante toda a conversa.<sup>53</sup>

Nesta primeira etapa, foram entrevistados os gestores e os profissionais da instituição estudada em dias e horários previamente pactuados, a partir da utilização de instrumentos norteadores previamente construídos (Apêndice B e Apêndice C, respectivamente). No decorrer das entrevistas os profissionais foram questionados quanto a sua formação profissional e o impacto na sua prática, experiência prévia no cuidado gerontológico e a sua relação com a prática atual, quais mudanças realizaria na ILPI e quais as mudanças necessárias na formação profissional.

Devido à intercorrências na instituição, algumas dessas entrevistas foram reagendadas segundo a disponibilidade dos participantes.

Após a assinatura do TCLE, todas as entrevistas foram gravadas, totalmente transcritas e desprezadas. Tiveram em média 15,7 minutos de duração, sendo realizadas no período de 30 de setembro a 30 de novembro de 2016.

### 3.5.2. Segunda fase

Nesta fase foram realizadas oficinas de trabalho denominadas “*A Prática dos Profissionais da ILPI e sua Formação para o Cuidar no Envelhecimento*”, com o objetivo de

refletir sobre o cuidado realizado aos idosos em ILPI e a formação dos profissionais para realização destas práticas, identificar os problemas e construir estratégias de superação.

A opção por utilizá-las na presente investigação aconteceu devido a sua possibilidade em aprofundar-se as temáticas emergentes no primeiro momento, observando-se também sua potencialidade como método de validação em pesquisas na perspectiva qualitativa.

As oficinas são utilizadas como espaços de reflexão e de devolutivas/validação dos materiais elaborados na pesquisa a fim de envolver os diferentes sujeitos ampliando conjuntamente o conhecimento acerca das problemáticas em foco.<sup>54</sup>

Dessa forma, ao participarem do processo de construção, os atores envolvidos na pesquisa superam a dicotomia sujeito/objeto, compartilhando experiências, potencializando os diferentes saberes e garantindo e legitimando a produção coletiva do conhecimento.<sup>54</sup>

Assim, utilizou-se esta estratégia com o intuito de aprofundar as reflexões acerca do cuidado e da formação profissional para a assistência ao idoso institucionalizado e propor estratégias de superação aos problemas identificados na primeira fase.<sup>54</sup>

Em razão da disponibilidade de tempo reduzida dos profissionais da ILPI estudada, a oficina “*A Prática dos Profissionais da ILPI e sua Formação para o Cuidar no Envelhecimento*”, foi organizada em dois blocos temáticos: *Experiência/Formação Profissional* (Apêndice D) e *Cuidado/Prática Profissional* (Apêndice E).

Cada bloco temático foi realizado em dois encontros, buscando contemplar o maior número de participantes. Contudo, a participação de todos os profissionais nas oficinas apresentou algumas dificuldades devido a não liberação, pela supervisão, de alguns profissionais em ambos os encontros.

A fim de evitar constrangimentos e inibição dos participantes durante os processos reflexivos, a oficina com os gestores foi realizada separadamente (Apêndice F). No momento da realização da oficina, vale ressaltar a participação de apenas duas gestoras, uma vez que a diretoria se encontrava em processo de transição dos membros com a saída de algum deles, devido a esse fato e a alta demanda da instituição a pesquisadora enfrentou certo grau de resistência na realização dessa atividade.

Devido a dificuldades relacionadas à liberação de alguns profissionais houve, também, redução significativa do número de participantes, totalizando 19 profissionais organizados em dois grupos.

A construção das oficinas se deu a partir da síntese do material produzido na análise dos dados da primeira fase.



Foi desenvolvida por meio da apresentação dos participantes e dos objetivos da atividade, sendo fornecida a cada profissional uma cópia da síntese supracitada, a fim de que pudessem se enxergar dentro do processo do cuidar, possibilitando a identificação das principais problemáticas. Caso, durante a leitura da síntese, houvesse dúvidas a pesquisadora contava com o material completo da análise dos dados como material de apoio.

A seguir da leitura de cada questão, foi promovida a reflexão acerca das principais problemáticas e temas apontados, com a finalidade de aprofundar-se acerca dos núcleos argumentais de cada um, possibilitando ao participante refutar ou corroborar com o que foi apresentado.

Dessa forma, embora nos grupos não houvesse a representação de todas as categorias profissionais da instituição, sua heterogeneidade possibilitou reflexões permeadas pelos diferentes saberes e conhecimentos, a discussão de propostas e estratégias de superação relevantes e plausíveis aos atores envolvidos no processo de cuidar desta ILPI.

As oficinas foram realizadas no período de 29 de maio a 05 de junho de 2017, gravadas em áudio e após terem sido totalmente transcritas foram desprezadas. O tempo médio de duração das mesmas foi de 57 minutos.

É válido ressaltar que, para além dos objetivos previamente propostos, as oficinas foram percebidas como uma potente forma de validação dos dados qualitativos, uma vez que são validados pelos principais atores envolvidos neste processo.

### **3.6. Análise e representação dos dados**

Para a análise e representação do material produzido foram utilizadas duas metodologias de análise distintas nas diferentes fases de coleta de dados, que serão tratadas na sequência. A análise dos dados em ambas as fases foi pautada na Teoria das Representações Sociais.

#### **3.6.1. Teoria das representações sociais**

Com a proposta de compreender a escolha dos métodos de análise e representação dos materiais para a presente pesquisa, apresentar-se-á a seguir o referencial teórico nos quais os métodos se fundamentaram.

Assim, com o intuito de alcançar os objetivos propostos adotou-se a Teoria das Representações Sociais (TRS), elaborada por Serge Moscovici na década de 60, como referência.<sup>55</sup>

Segundo Moscovici<sup>56</sup>, uma representação social é um sistema de valores, imagens, linguagens, ideias e práticas. Suas funções principais são: estabelecer uma estrutura na qual as pessoas possam orientar e controlar todos os aspectos de sua vida individual e coletiva; e possibilitar a interação entre membros de uma mesma comunidade fornecendo-lhes um código, linguístico e/ou moral, comum.

Para Jodelet<sup>57</sup>, abordar as representações sociais (RS) significa mediar a articulação entre as estruturas sociais existentes e os processos individuais de cada membro de uma sociedade. Desse modo, busca desenhar uma psicologia “social” verdadeira, tendo como foco o pensamento do senso comum e a complexidade que o permeia, além de seu papel na constituição da realidade.

Nesse sentido, a TRS compreende que a formação de uma realidade social se dá quando algo “novo” ou “não familiar” para um indivíduo ou comunidade se conforma como habitual, em outras palavras, pode ser assimilado com um fenômeno fornecendo o referencial interpretativo para que as representações ao serem manifestas se formatem como práticas sociais.<sup>56,58</sup>

É válido ressaltar que para a formação das representações sociais constituída a partir do movimento supracitado, a TRS parte da relação dialética entre dois processos sóciocognitivos diferentes: a ancoragem e a objetivação.<sup>58</sup>

A ancoragem consiste na aproximação do sujeito ao objeto e/ou de um indivíduo e membros de determinado grupo, fortalecendo a identidade coletiva e intervindo ao longo da formação das representações para propiciar sua inserção ao social.<sup>57,58</sup>

Já a objetivação é a ação de transformar as noções abstratas em concretas, reproduzindo o conceito de uma imagem ou ideia em uma realidade consistente considerando o contexto histórico e social em que os indivíduos se inserem. Para isso, esse processo decompõe-se em três etapas principais: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização.<sup>57,59</sup>

A interação entre esses dois processos é a forma com a qual as RS transformam produção simbólica de uma coletividade para um nível quase material, dando conta da sua realidade na vida social.<sup>60</sup>

Nesse sentido, ao condensar (objetivar) os significados diferentes em algo concreto, os sujeitos sociais ancoram o “desconhecido” em uma realidade tangível, emergindo as RS a partir de um processo no qual forma e é formado da vida social de uma coletividade.<sup>60</sup>

Dessa forma, a escolha da TRS como referencial teórico deu-se pela possibilidade de compreender profundamente o processo de formação dos profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos para o cuidado e propor estratégias de intervenção a partir da reflexão

de problemáticas levantadas dentro do contexto estudado, uma vez que a mesma se conforma no estudo do conhecimento do senso comum, considerando-o como fonte de conhecimento legítimo e propulsor de transformações sociais.<sup>58</sup>

### 3.6.2. Análise da primeira fase

Para a análise da primeira fase da presente pesquisa optou-se pela utilização da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que, se fundamentando na teoria das Representações Sociais, permite agregar depoimentos sem reduzi-los a expressões numéricas por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados.<sup>46</sup>

Essa técnica consiste em analisar o material coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua fonte de informações, extraindo destes as Ideias Centrais/ Ancoragens e as Expressões Chave. A partir destes termos coletados nas diferentes entrevistas, estas ideias e expressões semelhantes compõem um ou vários discursos-síntese.<sup>61</sup>

Nesse sentido, a análise do material coletado nos depoimentos se deu segundo cinco passos propostos por Lefevre e Lefevre:<sup>61, 62</sup>

- a) após a leitura de todo material coletado, cada questão foi analisada isoladamente, dessa forma foi transcrito o conteúdo de todas as respostas referentes à questão analisada;
- b) foram assinaladas e extraídas as Expressões-Chave (E-Ch) presentes em cada depoimento;
- c) identificaram-se as Ideias Centrais (IC) e Ancoragens (AC) presentes em cada expressão-chave;
- d) agruparam-se os fragmentos dos discursos individuais (E-Ch) similares (mesmas ICs/ACs); e
- e) foram construídos os DSCs. Para a construção do DSC propriamente dito, cada agrupamento de Expressões-Chave que continham o mesmo sentido (IC/AC), sequenciando-os através da introdução de conectivos que asseguraram a coesão do discurso. Nesta etapa, embora utilizado todo o material, foram eliminados os particularismos e a repetição de ideias expressas do mesmo modo, palavra ou expressão.

Dessa forma, a cada categoria foram associados os conteúdos das falas de modo a formar um ou mais depoimentos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular, representando uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo. Assim, os discursos redigidos não

representaram uma invenção ou criação da pesquisadora, mas uma representação, mesmo que de natureza simbólica do fato social estudado.<sup>61,62</sup>

Este movimento supracitado foi repetido até análise e representação de todo o material coletado.

### 3.6.3. Análise da segunda fase

Para a análise da segunda fase desta investigação utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática proposta por Minayo. É válido ressaltar que a opção por essa técnica de análise de dados, neste momento, deu-se pela caracterização das oficinas como espaços reflexivos e do reconhecimento da técnica como uma potente forma de aprofundar a interpretação dos dados.<sup>53</sup>

Segundo a autora<sup>53</sup>, a análise de conteúdo seria um conjunto de estratégias metodológicas que se aplicam a discursos diversificados, oscilando entre a objetividade e subjetividade na busca pelo não aparente, obrigando a observação no “longo” período entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa.

Dentro dessa perspectiva, a análise de conteúdo parte de uma decodificação superficial de um material escrito com a finalidade de atingir níveis mais profundos, ultrapassando os sentidos declarados nos mesmos. Dessa forma, emprega procedimentos que confrontam os significantes com os seus significados e articulam o que foi expresso pelos participantes com os fatores que o influenciam.<sup>53</sup>

Nesse sentido, ao optar pela modalidade temática dessa técnica, busca-se revelar os núcleos de sentido que compõem o material coletado. Assim, a presença de determinados temas em um discurso representa núcleos de relevância, valores de referência e modelos de conduta essenciais para a interpretação de sentimentos e sentidos.<sup>52</sup>

Dessa maneira, a análise se organizou em três polos cronológicos:

a) pré-análise: essa fase consistiu na fase de organização do material coletado nas oficinas.

Dessa forma, foram realizadas a operacionalização e sistematização das ideias iniciais, e a construção do plano de análise. Esta etapa foi decomposta em três tarefas:<sup>53</sup>

a.1) primeiramente, a pesquisadora realizou a *leitura flutuante* do material transcrito, impregnando-se de seu conteúdo. Esta tarefa foi facilitada pelo fato da própria ter realizado a transcrição de todo material.<sup>53</sup>

a.2) posteriormente, ocorreu a *constituição do Corpus* da pesquisa, ou seja, foram escolhidos os documentos que seriam utilizados respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, determinadas pelo método.<sup>52</sup>

a.3) por fim, sucedeu-se a *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos*, que consistiu na retomada da fase exploratória utilizando-se das indagações iniciais como critério para a leitura exaustiva.<sup>53</sup>

Vale ressaltar que é nesse polo que se realizou a referenciação dos índices, elaboração dos indicadores e preparação do material para as etapas subsequentes;<sup>53</sup>

b) exploração do material: esta etapa consistiu na utilização de operações classificatórias para atingir o núcleo de compreensão das oficinas. Segundo Minayo<sup>63</sup>, com a finalidade de romper com as raízes positivistas do método decompõe-se esta etapa em sete tarefas:

b.1) distribuição dos fragmentos escolhidos segundo codificação;

b.2) leitura dialogada com os textos de análise;

b.3) identificação dos núcleos de sentido (NS) através da inferência e construção de quadro de categorias iniciais;

b.4) diálogo dos NS com os pressupostos iniciais;

b.5) análise dos diferentes NS com a finalidade de buscar temáticas mais amplas (categorias secundárias);

b.6) reagrupamento dos fragmentos de cada categoria final;

b.7) elaboração de uma redação por categoria temática.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa final, ainda lançando mão do modelo de Minayo, foi elaborada uma síntese interpretativa através do diálogo com os objetivos e pressupostos da investigação assim como com a base teórica adotada.<sup>63</sup>

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre o total de 40 participantes, foram realizadas duas entrevistas pilotos, dois se recusaram a participar da pesquisa, um profissional encontrava-se de licença médica, um gestor desligou-se da ILPI durante a coleta de dados e um profissional não se enquadrava no critério de inclusão, somando um total de 33 entrevistas realizadas. Destas, quatro gestores e 29 profissionais.

Com o intuito de apresentar os dados de forma mais ampla, os resultados dessa sessão serão apresentados seguindo a sequência resultados dos gestores, profissionais e os problemas e estratégias de superação construídos coletivamente nas oficinas. A opção de não apresentar as etapas de maneira fragmentada mostra-se em consonância com os diferentes objetivos da investigação, compreendendo em profundidade o que permeia o cuidado na instituição de longa permanência para idosos estudada.

### 4.1 Apresentação e Discussão dos resultados dos Gestores

Dos gestores entrevistados, todos são idosos (60 – 75 anos), em maioria do sexo feminino (75%), casados, com pelo menos um curso superior (somente uma tem formação na área da saúde), sem especialização ou curso na área de cuidado gerontológico e atuam na instituição, em caráter voluntário, em média há 13 anos.

O quadro 2 representa o que foi observado no discurso dos gestores em resposta à pergunta: O que lhe motivou a vir trabalhar aqui?

**Quadro 2** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre suas motivações ao se inserirem na ILPI, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Fazer algo após a aposentadoria	“Eu vim quando eu me aposentei, não tinha mais nada o que fazer e precisava fazer mais alguma coisa. Então eu quis ajudar de uma maneira ou de outra”. (G1; G3 e G4)

**Quadro 2** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre suas motivações ao se inserirem na ILPI, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Interesse por atividades sociais.	“O gosto pela coisa. Eu gosto muito dessa parte social e enquanto trabalhava eu já pensava em fazer alguma coisa para o idoso e peguei o gosto pela coisa”. (G1; G3 e G4)
Convite de terceiros	“Eu entrei aqui por acaso. Vim conhecer a entidade através de um amigo que me convidou, me apaixonei e nunca mais saí. Acabei entrando na diretoria de livre e espontânea pressão, e fui fazendo, pedindo e graças a Deus fui ficando com prazer e alegria e faz muito bem para mim”. (G1; G2 e G3)
Falta de programas sociais	“Eu achava que sempre o idoso foi meio ‘aleijado’ nos programas sociais do governo e que sempre foram abandonados. Aqui eu percebo que isso é verdade”. (G4)

Os gestores da instituição estudada apresentam como uma das motivações para a sua entrada na ILPI o propósito de “fazer algo após a aposentadoria”. O DSC aponta que após a interrupção de suas atividades laborais este indivíduo sente a necessidade de manter-se em atividades uma vez que refere a necessidade de “fazer alguma coisa”.

A ideia central “Interesse por atividades sociais” traz um sujeito coletivo cujo interesse por esse tipo de serviço antecede a sua inserção na ILPI. Esse sujeito ainda relata seu interesse pelas questões relacionadas às pessoas idosas, mesmo antes de iniciarem as atividades na área. Fato que é corroborado pelo DSC que identifica a “falta de programas sociais voltados à pessoa idosa” como uma motivação para sua entrada nessa área.

Contudo, ainda, é possível identificar que aponta sua inserção na instituição como algo por acaso que se deu através do “convite de terceiros” para a realização de atividades isoladas e que após este primeiro contato inseriram-se na instituição.

Ao realizar as oficinas, mesmo que com apenas duas gestoras em atividade na época da coleta, esses dados foram validados pelas mesmas. Embora, esse assunto não tenha sido amplamente explorado de forma a emergir categorizações sobre a temática, a validação pode ser expressa pelos seguintes fragmentos:

*“[...] para mim sim eu acho que em todos os itens a gente se encontra de alguma forma.”. (G1)*

“[...], mas é isso a gente vem mesmo por acaso. (Risos) [...]”. (G2)

Segundo a legislação vigente sobre o funcionamento das instituições, estas devem contar com um responsável técnico pelo serviço com formação de nível superior e vínculo formal de trabalho, contudo não é especificado a necessidade do mesmo ter conhecimento na área da saúde ou em gestão em saúde, assim como não explicita que esse profissional deva fazer parte do grupo gestor da ILPI.<sup>33</sup>

Uma das limitações na discussão dos dados do presente estudo está relacionado a falta de publicações referente a gestão nas ILPIs. Nesse sentido, até o presente momento não foi possível encontrar literatura nacional sobre como são gerenciadas as instituições no país, bem como qual a forma de inserção dos gestores nas ILPIs brasileiras.

Contudo, é válido reiterar que predominam no país as instituições de caráter filantrópico, assim como a instituição estudada na presente investigação.<sup>30</sup>

O quadro 3 representa o que foi identificado a partir dos discursos dos gestores em resposta à pergunta: O que você considera essencial na contratação de profissionais para a assistência aos idosos da instituição?

**Quadro 3** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre características de profissionais para a assistência ao idoso, 2016

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Características afetivas e emocionais	“A parte humana, emocional, dedicação, porque aqui se você não tiver paciência para lidar com os idosos, não tiver amor ao próximo, espírito de querer dar, se você não gostar do que você faz, você não aguenta ficar. Em primeiro lugar tem que ter amor, muita gente já foi mandada embora porque fazia o serviço automático. E eu penso que não tem ninguém aqui que não aja com amor, porque tem que respeitar, não judiar, antes de por a mão tem que por o coração. Eu acho tudo isso muito importante”. (G1; G2 e G4)
Capacitação técnica e cognitiva	“O mais importante é que a pessoa tenha conhecimento, seja capacitado profissionalmente, seja bem formado, pois não é qualquer um que consegue trabalhar com o idoso e, além de ser tecnicamente capaz, têm que saber lidar com as pessoas e ter um pouco de dom para o serviço”. (G3 e G4)



No presente estudo, os gestores apresentam como uma das qualidades essenciais para a contratação de profissionais características afetivas e emocionais. O DSC aponta que o sujeito coletivo confere essencialidade a atributos como “dedicação”, “amor ao próximo”, “espírito de querer dar”, o que pode ser explicado pela RS da herança caritativa das ILPIs no país e pelo fato da instituição estudada ter caráter filantrópico e ser ligado a uma organização religiosa o que tende a fortalecer sua “missão” de prover cuidado aos necessitados baseando-se na compaixão e na caridade.<sup>30,35</sup>

Essas características surgem novamente, com força nas oficinas, quando os gestores as enfatizam como essenciais enaltecendo as características assistencialista do cuidado, como o demonstrado no seguinte fragmento:

*“[...] é.... amor, paciência, dedicação... está tudo aqui [...]”.* (G1)

Quando questionadas sobre se encontram essas características nos profissionais da instituição as mesmas referem que sim, e que a maioria dos profissionais da ILPI apresenta essas características por elas valorizadas.

*“[...] é.... sempre tem um... [...], mas a gente tem trabalhado com um pessoal bom agora, a gente conseguiu chegar num ponto bom agora, só tem algumas exceções. ”* (G1)

*“[...], mas estamos conseguindo chegar assim, todos mais ou menos no mesmo patamar [...]”* (G2)

Para que essa modalidade de cuidado transponha a realidade, deve-se romper com a ideia de ser destinada a velhice desamparada, e passar a ter a missão de prestar assistência a idosos cujas perdas funcionais o tornaram necessitado de cuidados institucionais, devendo funcionar em caráter sócio sanitário, possibilitando seus residentes a recuperar sua saúde e autonomia, estabelecer novos laços afetivos e encontrar condições dignas de viverem até o final de seus dias.<sup>35</sup>

Este sujeito coletivo ainda relata a necessidade de respeito à pessoa idosa “porque tem que respeitar, não judiar”. Para Pereira e Caira<sup>64</sup>, o respeito pela opinião, história de vida e escolhas do idoso é um dos saberes do profissional responsável pelo cuidado gerontológico e tem como subjacente a preservação da autonomia, dignidade, liberdade individual e padrões culturais do idoso, que são de extrema importância para a qualidade de vida do idoso

institucionalizado. Assim, quando o respeito não acontece o leva a situações de perdas de autoestima e autonomia.

A ideia central “capacitação técnica e cognitiva” apresenta um sujeito coletivo que tem como RS a preocupação com a formação dos profissionais para o cuidado ao idoso. O DSC, nesse caso, apontou como essencial a formação, relacionando-a as particularidades do cuidado gerontológico, indicando que “o mais importante é que a pessoa tenha conhecimento, seja capacitado profissionalmente, seja bem formado”.

É em relação a estas características que a análise de conteúdo das oficinas proporciona o surgimento de categorias contraditórias nas falas das gestoras. Nesse momento, a categorização possibilita perceber que há, na visão das participantes, duas formas de formação para o cuidado: uma relativa as características pessoais categorizada como “*formação pessoal*” e outra associada a formação profissional “*formação tradicional*”.

Referente a “*formação pessoal*”, encontra-se novamente a valorização das características pessoais do profissional em detrimento da formação profissional, o que acredita ser derivada da herança histórica da inserção das ILPIs, das características organizacionais da instituição em questão e dos preconceitos e mitos que permeiam essa modalidade de cuidado.<sup>30,35</sup>

Essa categoria pode ser representada pelos seguintes fragmentos:

*“[...] e a formação como gente, né, como ser humano. Então isso, as vezes não tem tanta experiência, mas [...]”*. (G1)

*“ [...] não é idade, nem experiência, é a pessoa. ”* (G2)

*“ É a pessoa, e tem uns que tem curso de não sei o que, tem tanta experiência, só que não corresponde. ”* (G1)

Já a categoria “*formação tradicional*”, está associada a formação profissional propriamente dita:

*“[...] porque é importante uma boa formação, e é importante a experiência, muito embora tem gente que não tem experiência nenhuma, mas é muito bem formado e depende da situação [...]”* (G2)

Nesse sentido, pode-se identificar que apesar da compreensão inicial sobre ideia central “capacitação técnica e cognitiva” conter apenas a formação profissional, na visão dos gestores, a formação como indivíduo, também, está contida.

A realidade da instituição, mostra que estão em processo de reestruturação, considerando que 58,6% dos profissionais já fizeram ou estão fazendo curso técnico, superior e/ou profissionalizante, contudo, somente 52,9% destes possuem formação específica para cuidado ao idoso, realidade, também, encontrada em diferentes regiões brasileiras.<sup>35, 65-67</sup>

A realidade nacional mostra que as instituições, principalmente as filantrópicas, não priorizam a contratação de profissionais formados, geralmente, devido a fatores econômicos.<sup>35</sup>

Corroborando a esta realidade nacional e ao mesmo tempo contrapondo a fala dos gestores é necessário ressaltar a percepção dos próprios profissionais desta ILPI quanto a valorização da formação técnica para o trabalho na instituição:

*“[...] é porque na verdade antes era uma cobrada assim, ‘só entra se tiver o curso’, [...], então se você não tem., você vai lá e faz, então ou você faz o auxiliar ou então você faz o auxiliar e o técnico, hoje em dia já não mais, hoje nem o curso de cuidador mais, porque se você tiver alguma experiência e se você conseguiu trabalhar então tudo bem [...]. ” (P17)*

Essa realidade apresentada pode não implicar, apenas, no cuidado ao idoso institucionalizado, como também, representa, para o profissional que possui formação técnica, uma desvalorização de sua formação, uma vez que, embora a ocupação de cuidador de idosos seja reconhecida há cerca de 15 anos, não é considerada uma profissão o que não garante os garante direitos<sup>43</sup>, podendo impactar até mesmo em sua autoestima:

*“A gente gasta o nosso tempo, gasta dinheiro, porque é dinheiro, porque não é barato hoje em dia para estudar, é praticamente uma faculdade para fazer um curso técnico hoje, né. Então, a gente sai fora porque não é registrada como. Então a gente acaba sendo diminuída nesse caso. ” (P17)*

*“Em questão de função, em questão de salário, na questão dos seus direitos, que a gente sabe que a gente tem direitos, mas como a nossa profissão é fora do que a gente estudou do que a gente aprendeu então a gente fica assim, acaba perdendo tudo. ” (P17)*

Nesse sentido, para Born e Boechat<sup>35</sup>, falta à diretoria das instituições de longa permanência para idosos brasileiras compreenderem os determinantes que permeiam o processo de envelhecimento, além da formação adequada para as suas funções gerenciais na instituição, o que para as autoras além de comprometer diretamente o cuidado ofertado, perpetua a visão assistencialista do processo de cuidar da pessoa idosa institucionalizada.

O quadro 4 representa o que foi observado no discurso dos gestores em resposta à pergunta: O que é cuidado para você?

**Quadro 4** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre significado do cuidado, 2016

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Afeto	“É a forma com a qual a pessoa trata o idoso, é tratar da melhor forma possível. É ter carinho, paciência, amor, atenção e dedicação com eles, porque cuidar é se dedicar”. (G1; G3 e G4)
Suprir necessidades básicas	“Cuidado para mim é eles estarem sempre limpos, bem alimentados, bem arrumadinhos, com o quarto limpo, o banheiro limpo, a comida bem-feita, quando eles não conseguem comer com a própria mão o cuidado de darem na boca, é cada um fazer na sua área bem feito, pois você realizando bem o seu serviço, você está cuidando bem da vida deles”. (G1 e G2)
Ter olhar ampliado	“É ter um olhar diferente voltado ao idoso que já é uma pessoa fragilizada, uma pessoa que já foi abandonada. Eles são carentes, precisam de tudo, não têm nada, então o pouco que você dá já ficam felizes, é prestar atenção neles, é brigar com a família para vir visitar, isso tudo é cuidado”. (G3)

Para os gestores desta ILPI, o cuidado pode ser representado por “afeto”. Nesse sentido, DSC aponta o cuidado como algo relacionado a sentimentos como “amor”, “carinho”, “atenção” e “dedicação”, conceitos que, assim como abordado anteriormente, estão fortemente ligados a característica de filantropia da instituição.

A categoria “informalidade do cuidado”, que surge nas oficinas, mostra uma realidade de cuidado formal “informal”, no qual o processo de trabalho possui mais características do cuidado informal realizado em âmbito familiar do que do formal, impactando diretamente na autonomia e independência desse idoso.<sup>68</sup>

*“ [...] necessidade física. Cuidado de... assim... fisicamente, agora a parte afetiva, que é o afeto, a paciência... é isso aqui mesmo[...]”.* (G2)

*“[...] eles falam que a gente é a família deles, a família que eles não têm. Porque está sempre com eles e a família não está”.* (G2)

*“ [...] do afeto, esse ‘presta atenção em mim’, porque eles fazem as vezes as coisas como ‘presta atenção, eu estou aqui’ ”.* (G1)

A ideia central “suprir necessidades” mostra-se mais relacionada com o cuidado físico, uma vez que apresenta o cuidado como condições de limpeza do idoso e do ambiente, assim como as questões de alimentação. Este sujeito mostra, ainda, uma ideia de fragmentação do cuidado ao expor que o cuidado “é cada um fazer na sua área bem feito, pois você realizando bem o seu serviço, você está cuidando bem da vida deles”. O que representa uma contrariedade ao cuidado integral proposto pela Política Nacional da Pessoa idosa (PNPI).<sup>32</sup>

Ainda na perspectiva do cuidado, percebe-se um sujeito coletivo que aponta a necessidade de “ter olhar ampliado”, nesse sentido aborda a necessidade de se enxergar o idoso em sua totalidade, buscando contemplar as diferentes faces do cuidar, principalmente dentro da especificidade do cuidado gerontológico.

Contudo, nas oficinas esse olhar ampliado volta-se novamente, para uma perspectiva assistencialista de se fazer saúde:

*“Sim, isso é ter cuidado, prestar atenção nessas coisas que eles não têm nada, e pouco realmente que você dá é tudo para eles.”* (G2)

Para a PNPI<sup>32</sup>, o modelo de atenção a pessoa idosa deve favorecer a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia e a independência dos indivíduos idosos, uma vez que o conceito de saúde a essa parcela da população está muito mais ligado a estas duas condições do que a inexistência de doenças, neste sentido deve direcionar as medidas coletivas e individuais de saúde para essa finalidade.

Entretanto para os idosos o modelo de cuidado empregado nas ILPIs, pode contribuir para a supressão da satisfação de algumas de suas necessidades, o que pode promover uma noção de “encarceramento” gerando sentimentos de sujeição e dependência.<sup>68</sup>

No quadro 5 encontra-se o que foi identificado a partir dos discursos dos gestores em resposta a questão: Como o cuidado é realizado aos idosos nesta instituição?

**Quadro 5** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre a forma que o cuidado é realizado na ILPI, 2016

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Suporte a necessidades básicas	“É realizado da melhor maneira possível. Trata-se o idoso como uma pessoa que merece todo o cuidado, tem a parte de enfermagem, tem a parte de cuidadoras, que são os banhos, alimentação, tem a parte das cozinheiras e tudo tem que ser feito com amor. Eles são fisicamente bem cuidados e tudo começa pela maneira de acordá-los para tomar banho, tirar da cama, dar o café com carinho, esperar aquele que demora mais do que aquele que come mais rápido e trocar a fralda. Eles têm um bom lugar para dormir, para descansar, para se alimentar, nós temos seis refeições diárias, tem os cuidados de higiene diários e semanais, trocam de toalhas, lençóis. Eles tomam remédios, tem médico, tem enfermeira e os auxiliares e tem uma parte da fisioterapia também”. (G1; G2; G3; G4)
Suporte emocional	“Tem que estar alerta porque, às vezes, não está fisicamente doente, mas a dor da depressão também é grande”. (G1)
Atividades recreativas	“Tem estagiários de psicologia que ajudam muito na parte lúdica, de brincadeiras, de fazer bingo, que eles gostam muito. Vamos para circo, cinemas, no shopping, tomar um sorvete, para a chácara e eles adoram. Tem-se procurado fazer essa parte social para eles também terem alguma atividade, sabe, mas a gente tem muito poucos voluntários”. (G4)

A forma com a qual o cuidado é realizado refere-se à operacionalização da representação social do conceito de cuidar para os gestores que atuam nessa instituição. Dessa forma, a ideia central “suporte a necessidades básicas”, apresenta um sujeito coletivo preocupado com as necessidades de “sobrevivência” dos idosos, mas sem a possibilidade da participação dos idosos no autocuidado, isolando-os da gestão de sua vida, visto que em momento algum esse idoso é chamado a se envolver no seu próprio processo de cuidado.

Nesse sentido faz-se necessário refletir novamente sobre essa operacionalização, será que as ILPIs brasileiras, em especial a estudada está efetivamente cuidando se seus idosos, ou

apenas os assistindo? Desse modo, deve-se retomar que embora, muitas vezes, a assistência e o cuidado são considerados sinônimos, em modos gerais apresentam significados distintos.<sup>69</sup>

A assistência é a aplicação de um conjunto de ações com a intenção de suprir as necessidades básicas dos seres humanos. Já o cuidado, em seu sentido amplo e integral, se refere a contemplação das necessidades holísticas do indivíduo, considerando-o como um ser biopsicossocial e espiritual e corresponsável pelo seu processo de cuidar.<sup>69,70</sup>

O sujeito coletivo que apresenta como forma de cuidado “suporte emocional”, considera que “estar alerta” as manifestações psicológicas do idoso faz-se importante nesse cenário de cuidado.

Nas oficinas, pode-se aprofundar essa ideia com a categoria, escuta do idoso, que está relacionada ao ato de ouvir e valorizar as vozes dos idosos institucionalizados:

*“[...] porque não é só por causa da depressão que a gente dá atenção, eu estava falando da Nf agora. Então, ouvi-los... eles têm aquelas historias [...]”.* (G1)

*“[...] muito mais escutá-los a hora que precisa, eles querem contar[...]”.* (G1)

*“[...] , mas ele só quer chamar, ele só quer chamar a sua atenção só quer contar[...]”.* (G2)

A institucionalização representa uma importante ruptura na vida desses idosos, tornando-os muitas vezes desmotivados, sendo comum encontrar estados depressivos, sentimentos de solidão e de falta de perspectiva, provocando seu isolamento social<sup>16</sup>. Assim, faz-se importante valorizar as histórias que permeiam a vida deste indivíduo e que são repletas de determinantes que o levaram a sua realidade atual.<sup>16</sup>

Contudo, embora haja o reconhecimento da importância de ouvir esses idosos, na maioria das vezes, essas singularidades que os permeiam não alteram o modo de cuidar. Um dos motivos é a falta de reconhecimento do idoso como protagonista do processo de cuidado, principalmente pela atribuição de características infantis a este. Isso é expresso pelos seguintes fragmentos contidos na categoria “infantilização do idoso”:

*“[...] uma pureza infantil, é muito legal isso. A gente aprende muito[...]”.* (G1)

Entende-se que a infantilização dessa parcela da população pressupõe uma atitude paternalista, e no cenário das ILPIs, permeado pelos conceitos de caridade e benevolência que vão de encontro ao cuidado gerontológico que enfatiza a importância da autonomia e independência. Nesse sentido a infantilização, embora geralmente originada na errônea concepção de estar agradando ao idoso, consiste em uma forma de violência uma vez que vai na contramão do envelhecimento ativo proposto pela OMS.<sup>71,72</sup>

Ainda nessa perspectiva, manifesta-se apenas por meio de linguagem utilizada ou por atitudes está também relacionada a simplificação das atividades sociais e recreativas voltadas a essa população, como expresso na ideia central “atividades recreativas”, que remetem a atividades lúdicas, muitas vezes voltadas para o público infanto-juvenil e não ao estímulo cognitivo dos idosos, como encontra-se no fragmento:<sup>71</sup>

*“[...]e sábado a gente vai levar eles no circo... eu fui... muito bom o circo, eles vão gostar[...]”.* (G1)

Assim, segundo a literatura, essas ações, além de não atender as reais necessidades desses idosos, impedem a valorização de sua capacidade de decidir e controlar os diferentes aspectos de sua vida, contribuindo para a dessubjetivação desses indivíduos.<sup>71,73</sup>

O quadro 6 apresenta o que foi extraído do discurso dos gestores referente a indagação: O que você considera como critério de qualidade da assistência prestada nesta instituição? Por quê?

**Quadro 6** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre os critérios de qualidade do cuidado prestado na ILPI, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Cuidado humanizado	“A primeira qualidade é a humanização, aqui trata-se o idoso de uma maneira que ele se sinta como se ele estivesse em casa, afinal você não está mexendo com uma planta, então se você não gosta, não tem paciência, procure outro emprego”. (G1 e G3).



**Quadro 6** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre os critérios de qualidade do cuidado prestado na ILPI, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Condições físicas do idoso e do ambiente	“Está sempre tudo limpo, eles não cheiram, estão sempre limpinhos. Os quartos são limpos, cheiram pessoa que tomou banho, o ambiente é limpo, a cozinha sempre impecável, a alimentação é de qualidade e, além disso, sempre são seguidas as normas dada pelo médico responsável pelo tratamento do idoso”. (G2; G3 e G4)
Preparo do profissional	“Os idosos são muito bem cuidados, muito bem tratados e eles não querem sair daqui porque devem gostar daqui. Os funcionários são muito atentos, trazem os problemas e as soluções. Tem excelentes funcionários que vestem a camisa do asilo, em contrapartida, busca-se dar todas as condições disponíveis para todos os profissionais dar a melhor assistência aqui”. (G4)

A ideia central “cuidado humanizado”, traz um sujeito coletivo que considera como humanização características relativas a interação entre o binômio idoso-profissional no sentido de fazer com que o morador “se sinta como ele tiver em casa”, atribuindo ao profissional a necessidade de ter “paciência”.

No sentido da Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização do cuidado contém a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo a responsabilização de todos os envolvidos com o intuito de construir autonomia e protagonismo dos sujeitos e dos coletivos o permeiam.<sup>74</sup>

Assim, percebe-se que o conceito de humanização dado pelos gestores não se relaciona a PNH, uma vez que se perpetua a visão assistencialista do processo de cuidado na ILPI, atribuindo um papel passivo ao idoso contrário ao de protagonista previsto pela política.

O sujeito coletivo que aborda as “condições físicas do idoso e do ambiente” como uma das qualidades da instituição reforça a capacidade da instituição em oferecer as condições básicas de “sobrevivência” do idoso como limpeza e alimentação o que não representa todas as necessidades desse indivíduo.

Desse modo, percebe-se a construção de uma representação social que outorga aos idosos características de passividade e de fragilidade excluindo-os de todas as decisões que permeiam suas vidas e atribuindo ao “cuidado” o papel de contemplar, principalmente, as necessidades fisiológicas. O que nos faz indagar, também, se toda essa realidade não está

associada, a uma representação social do idoso pela sociedade, em especial, os institucionalizados e influenciada pelos determinantes que o levaram a sua condição atual, visto que os próprios gestores desta instituição, “que tomam decisões pelos moradores”, também, são idosos.

A ideia central “preparo do profissional” se refere a efetividade dos profissionais frente aos problemas levantados durante a sua prática e a sua interação com este idoso, que embora tenha sido amplamente explorado nas oficinas, é validado pelos seguintes fragmentos:

*“[...]eles mesmos mostram quando eles gostam de um funcionário [...] eles mostram para a gente, eles nem falam, mas a gente percebe, elas falam “ela cuida bem de mim’ [...]. ” (G2)*

*“[...]e quando está de férias, ficam perguntando, quando ficam doente, ficam perguntando[...]. ” (G1)*

*“[...]então é porque devem gostar... ainda mais eles que são como criança, eles são autênticos... eles são o que são e mostram se gostam ou não gostam... eles mostram[...]. ” (G2)*

Contudo, as representações do cuidado e sua operacionalização resultam no desenvolvimento de relações de dominação dos cuidadores e de quem é cuidado<sup>25</sup>. Assim, a partir dessa relação verticalizada a resolubilidade pontuada pelos gestores nem sempre significa a contemplação das necessidades do morador. Esta verticalização é reforçada pela representação deste idoso como “criança”.

Ainda referente às entrevistas realizadas com os gestores o quadro 7 refere-se a questão: Se você pudesse mudar alguma coisa do que tem sido realizado na instituição, o que você mudaria? Dê exemplos.

**Quadro 7** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre o que gostaria de modificar na ILPI, 2016.

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Atividades sociais e recreativas	“O que falta aqui na casa é a parte social, recreativa, pois não temos condições de ficar muito tempo lá, então falta esse tipo de atividade de recreação, eles ficam muito parados, vão ficando moles. Tinha que ter lugares pra brincadeiras, pinturas, biblioteca, pois tem alguns que gostam de ler. Aqui não tem essa estrutura e deveria ter, seria um lugar melhor”. (G1 e G4)
Estrutura física e financeira da instituição	“Eu acho que aqui a gente precisa de uma estrutura física melhor, para poder receber, trabalhar e cuidar melhor. Eu abriria a cozinha para ficar tudo um acesso inteiro para que os idosos pudessem se ver sempre e não só na hora da refeição. Conseguir oferecer as coisas de acordo com as necessidades de cada um para que eles tivessem aqui tudo o que precisam para ter uma vida suave, tranquila”. (G2; G3 e G4)

Na ideia central “atividades sociais e recreativas” surge um sujeito coletivo que reconhece as fragilidades da instituição no desenvolvimento de atividades recreativas e o impacto da falta de estímulo aos idosos uma vez que “eles ficam muito parados, vão ficando moles”.

Segundo a literatura, a falta de estímulos cognitivos e motores, seja em atividades de lazer ou nas atividades básicas e instrumentais na vida diária, aumentam a chance dos idosos a desenvolverem incapacidades funcionais, tornando-se cada vez mais dependentes de seus cuidadores, aumentando assim a demanda por cuidados diretos, o que nas ILPIs compromete ainda mais o processo de trabalho.<sup>25,43,71</sup>

Dentro dessa ideia, encontrou-se nas oficinas, a categoria “falta de responsabilidade de voluntários”, visto que se queixaram que, muitas vezes, os voluntários iniciam as atividades na ILPI, contudo não dão continuidade no trabalho.

*“[...] você tem que contar com estagiários que as vezes vem, as vezes não vem, tem época que não tem... eu acho que falta também esse pessoal para ajudar, não vir um dia só e[...]”.* (G2)

Essa é uma realidade que permeia o trabalho voluntário no terceiro setor como um todo, embora a escolha de realizar essas atividades tenha motivação pessoal e não seja motivada pelas questões financeiras a inexistência de vínculos de trabalho, obrigação trabalhista, previdenciária ou semelhante, provocam dificuldades relacionadas à pontualidade, absenteísmo, qualificação e disponibilidades de tempo visto que são os próprios que decidem sua carga horaria de trabalho.<sup>51,75</sup>

A ideia central “estrutura física e financeira da instituição”, mostra um sujeito coletivo que identifica as fragilidades referentes as características organizacionais da instituição e o impacto das condições financeiras da instituição na qualidade da assistência prestada. Essa realidade é fortalecida pela categoria “fragilidade financeira institucional”:

*“[...]se a gente tivesse mais autonomia financeira certamente a gente teria condições, a gente faria mais coisas. Hoje, estamos brigando para pagar a folha de pagamento dos funcionários[...]”.* (G2)

Assim a realidade dessa instituição, reproduz a precariedade de recursos hegemônica das ILPIs brasileiras, permeada por falta de profissionais formados para o cuidado gerontológico, falta de estrutura física e recursos financeiros, o que retrata como estão sendo cuidados os idosos em situações de vulnerabilidade social em nosso país.<sup>35,38,39</sup>

## **4.2 Apresentação e Discussão dos resultados dos Profissionais**

Dentre os profissionais, a média de idade encontrada foi de 39,7 anos, a maioria são do sexo feminino (82,7%), casados (58,3%), sem experiência prévia com idosos (51,7%), cursaram ou estão cursando curso técnico ou superior (55,1%) e não fizeram curso ou especialização relacionada ao cuidado com o idoso (68,9%), estando atuando na instituição por uma média de quatro anos e nove meses.

O quadro 8, representa o que foi observado no discurso dos profissionais em resposta à pergunta: O que lhe motivou a vir trabalhar aqui?

**Quadro 8** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre suas motivações ao se inserirem na ILPI, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Indicação de terceiros	“Conheço uma pessoa que já trabalhava aqui há alguns anos e disse que eles sempre contratavam, entreguei o meu currículo, quando precisaram, ela me indicou. Eles me convidaram e eu resolvi fazer uma experiência, aí fui selecionada, acabei ficando e estou aqui até hoje”. (P1, P3, P4, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P21, P22, P23, P29)
Necessidade financeira	“Na época, na verdade, nada me motivou, foi mais necessidade mesmo, pelo vínculo empregatício. Eu tinha mandado vários currículos, mas estava desempregada já fazia um tempo naquela época. Era uma coisa nova, mas não tinha também “aquele” interesse, porque eu não tinha essa vontade de trabalhar com idosos, foi mesmo necessidade. Estava desempregada na época, com filhos para cuidar e precisava trabalhar aí surgiu a oportunidade”. (P1, P2, P7, P8, P9, P10, P11, P13, P17, P18, P23, P26, P29)
Identificação com a área	“Eu cheguei aqui e me identifiquei, aprendi a gostar dos idosos. Eu gostei, sabe me apaixonei e estou aqui até hoje. Identifiquei-me bastante com as pessoas, com cuidar, dar calma, paciência, então e eu gostei muito. Eu gosto de cuidar dos idosos, gosto deles, gosto daqui e não consigo me imaginar fazendo outra coisa, nunca fiz outra coisa a não ser cuidar de idoso, então você já tem a maneira de lidar com eles. Eu sempre tive vontade de ajudar alguém. E quando eu vim visitar, conhecer, a falta que eles têm de atenção, de carinho e eu gosto muito de ouvir a história da vida deles. Eu gosto de trabalhar com a geriatria, é a melhor coisa que tem. Amo cuidar deles e fazer aquilo que gosto. E eu não desisto do que eu estou fazendo não”. (P1, P3, P4, P5, P7, P8, P11, P13, P17, P19, P20, P22, P24, P25, P26, P27, P28)
Campo de estágio voluntário	“Na verdade, como eu não tinha conseguido nada, entrei aqui como voluntária. Aí eu fui fazendo o trabalho, cobrindo folga, cobrindo férias. Depois, logo em seguida, me chamaram e me convidaram a trabalhar, eu fiquei e estou aqui até hoje”. (P3, P4, P6, P23, P28)

**Quadro 8** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre suas motivações ao se inserirem na ILPI, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Possibilidade do cuidado integral	“É a parcela da população que mais precisa de ajuda de forma mais completa e não segmenta a área do conhecimento como em sistemas sabe, vê o indivíduo idoso de forma mais ampla. E eu acho que isso é o que mais dá satisfação”. (P5)

A ideia central “indicação de terceiros”, aponta um sujeito coletivo que iniciou suas atividades na ILPI por meio da indicação de conhecidos, muitas vezes sem experiência previa na modalidade de cuidado. Nas oficinas, embora, essa questão não tenha sido amplamente explorada de forma a aprofundar a temática, as falas indicam um consenso entre os profissionais, apontando que todos os que estavam presentes nas oficinas haviam entrado mediando a indicação de conhecidos, amigos e/ou família:

*“[...]eu acho que em todos os casos já conhecia alguém[...]”*. (P6)

*“[...]eu nunca imaginava vir trabalhar aqui, eu nunca mandei currículo aqui, nem sabia que isso existia, minha mãe mandou currículo aqui, ela ligou para minha mãe, a minha mãe me indicou, eu vim e fiquei e eu estou até hoje[...]”*. (P13)

*“[...] eu também, fui indicada por uma professora, ela fez estágio com os alunos aqui e a minha mãe trabalhava com ela lá na UNIMAR e ela me mandou trazer currículo aqui, passei por uma experiência aí meio básica e fiquei e estou até hoje[...]”*. (P18)

Em estudo realizado, na cidade de Belo Horizonte, que comparou as características dos profissionais de instituições filantrópicas com instituições de caráter privado foi identificado que a formação técnica dos profissionais, geralmente, não é priorizada na contratação de funcionários, visto que o fato destas instituições serem geridas por entidades religiosas o que determina essa inserção desses são as características pessoais, o que pode explicar a utilização da indicação como modo de seleção, desconsiderando, na maioria das vezes, o currículo deste indivíduo.<sup>76</sup>

Nesse sentido, corroborando ao achado anterior ocorre também a inserção do sujeito coletivo que encontrou motivação na “necessidade financeira” para sua entrada na instituição nem sempre possuindo formação para o cuidado, o que valida os achados na literatura<sup>77</sup>. Nessa perspectiva a literatura, aponta, ainda, a ocorrência de promoção de profissionais de outras áreas para o cuidado gerontológico.<sup>39,77</sup>

Embora não seja mais uma realidade da ILPI estudada, assim como o encontrado em outros estudos nacionais, as oficinas apontam um histórico de sobreposição de funções:

*“[...] quando eu entrei o sistema era totalmente diferente, então, assim, ou você fazia, ou se precisasse trabalhar você fazia ou saía. No mesmo dia que estava na limpeza, você estava na lavanderia, você estava dando banho, aí você estava na cozinha, então em um dia você tinha várias funções, então não era tudo separadinho assim [...]”.* (P17)

Outra motivação encontrada no presente estudo diz respeito a “identificação com a área”. Esse DSC traz um sujeito que se identifica com a população idoso e que relaciona o cuidado com características afetivas como “dar calma, paciência”, referindo a “vontade de ajudar alguém”.

Essa motivação, também, foi encontrada em um estudo realizado no Rio Grande do Sul em que 90% dos profissionais de uma ILPI referiu que sua inserção aconteceu mediante ao seu respeito ao idoso, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas idosas.<sup>78</sup>

Dessa maneira, essa ideia central reforça que o cuidado em instituição de longa permanência para idosos está enraizado no modelo assistencialista de cuidar fortemente ligado a herança histórica da inserção dessas instituições no país.

O DSC da ideia central “campo de estágio voluntário” se refere a um sujeito coletivo que ao não conseguir outra oportunidade de emprego inicia suas atividades no intuito de fazer alguma atividade e que acabou sendo contratado. Assim como nas ideias centrais anteriores esse sujeito se insere na instituição muitas vezes sem formação adequada.

Contrapondo as ideias centrais apresentadas anteriormente, surge ainda um sujeito coletivo que encontra sua motivação na “possibilidade do cuidado integral”, vendo o cuidado gerontológico como um modo de cuidar não fragmentado e holístico que é necessário devido as características específicas dessa população.

As concepções de saúde para a população idosa, como foi falado anteriormente, está muito mais associada a manutenção da capacidade desse indivíduo em tomar as suas próprias decisões, controlar todos os aspectos de seu cotidiano, realizar as atividades da sua vida diária, do que a inexistência de doenças.<sup>7</sup>

Nesse sentido, o modelo de cuidado voltado a essa população extrapola as questões biológicas provenientes das fragilidades do processo do envelhecimento e deve estar centrado no indivíduo, suas características, físicas, emocionais, psicológicas, sociais e culturais, e suas necessidades tirando o foco das doenças.<sup>79</sup>

A atenção integral, essencial à essa parcela populacional, deve ser coordenada de forma integrada de modo a organizar seu processo do cuidado ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede, desde a entrada de um indivíduo idoso no sistema até os cuidados no fim de sua vida.<sup>79</sup>

O quadro 9, representa o que foi observado no discurso dos profissionais em resposta à pergunta: Já trabalhou com idosos anteriormente? Como e onde foi? Você desempenhava o mesmo papel que faz hoje?

**Quadro 9** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre sua experiência profissional no cuidado gerontológico, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Contato durante a formação	“Foi uma experiência boa, eu nunca pensei em lidar com pessoas idosas. Depois que eu fiz o curso de cuidador eu vi que eu me encaixei nisso, comecei a gostar dessa área, gostar do que eu faço, gostar de cuidar. Eu descobri tudo nos estágios, tive contato, eu me identifiquei com a área e eu nunca tive dúvidas.” (P4, P5, P19)
Cuidado formal	“Sim, eu já havia trabalhado com outros idosos. Foi muito bom. Eu adorava, era como se fosse parente. Eu adorava cuidar. Aprendi bastante coisa, apesar de eu não ter o curso, não ter nada, foi assim uma experiência boa. Eu gosto bastante de trabalhar com idosos. A maioria está acamada, no finzinho, mas eu gosto bastante. Foi muito bom, eu gosto muito de trabalhar cuidando de gente, prefiro muito mais assim. Eu ajudava, dava banho, passeava com ele, dava janta, remédio e dormia lá. É o que eu gosto, eu não me imagino fazendo outra coisa.” (P10, P13, P14, P19, P21, P22, P24, P25, P26, P27)



**Quadro 9** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre sua experiência profissional no cuidado gerontológico, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Cuidado familiar	“Só com o meu familiar. Eu fazia só as coisas básicas, dava os medicamentos que eram para dar, alimentava, ajudava, dava um banho.” (P12, P17)

Percebe-se que os profissionais que atuam na ILPI estudada, as experiências prévias são descritas em três eixos principais: “contato durante a formação”, “cuidado formal” e “cuidado familiar”.

A ideia central “contato durante a formação”, concebe as experiências vividas durante a sua formação profissional como importante para a sua identificação com a área do cuidado gerontológico, fornecendo-lhes subsídios para escolherem essa área para a prática profissional.

Nessa perspectiva, a integração ensino-serviço mostra-se potente no sentido de possibilitar ao estudante vivenciar as realidades que permeiam a sua formação proporcionando o contato com os diferentes campos efetivos de atuação<sup>80</sup>. Essas experiências trazem consigo, a necessidade de horizontalidade das relações, alinhamento de necessidades, de potencialidades, de processos de trabalho e de interesses, representando articulações entre os diferentes saberes, o fazer e o saber-fazer.<sup>80</sup>

Assim, a integração ensino-serviço busca a ruptura de paradigmas e o desenvolvimento de novos conceitos e modelos de cuidado, explorando diferentes tecnologias e conhecimentos no intuito de construir uma atenção humanizada, interdisciplinar e integral<sup>80</sup>. Que se mostra essencial para o processo de cuidar das pessoas idosas.

Surge nessa questão um sujeito coletivo que sua prática no cuidado gerontológico se iniciou por meio de vínculos formais de trabalho e que encontrou nessa experiência a motivação para sua inserção nesse campo. Esse sujeito confere a esta vivência a característica ser uma e forma de identificação e aprendizado.

Embora se reconheça a importância da prática para a formação do profissional de saúde, esse sujeito coletivo a traz, muitas vezes, como única forma de construção de conhecimento para o cuidado. Isto mostra-se evidente, também, em outras ILPIs no país, principalmente naquelas de caráter filantrópico, como por exemplo o encontrado em Minas gerais onde 53% dos profissionais de ILPIs filantrópicas e 42,7% de instituição privadas referiram formação pela prática.<sup>39</sup>

Outra forma de experiência no cuidado da pessoa idosa está relacionada ao “cuidado familiar”. Segundo o DSC, este sujeito refere a realização de cuidados na perspectiva de suprimir as necessidades básicas de seu familiar. É válido ressaltar que essa não é uma característica exclusiva da ILPI estudada visto que o estudo supracitado mostra uma realidade de 22,3% dos cuidadores formais de idosos de instituições públicas ou privadas desenvolvendo as habilidades mediante a esta vivência.<sup>39</sup>

Nesse sentido, podemos explicar, também, ocorrência do modelo de cuidado formal “informal” apresentado previamente pela categoria “informalidade de cuidado” realizado na ILPI. Uma vez que diferente do cuidado formal que é estabelecido por meio de vínculos empregatícios o cuidado familiar é mediado por contratos sociais interpostos pelas dinâmicas familiares e relações intergeracionais, assim a “formação” a partir dessa prática é impregnada por questões afetivas e emocionais e não no desenvolvimento de habilidades técnicas e cognitivas.<sup>27</sup>

Com a finalidade de aprofundar as discussões supracitadas, quadro 10, representa o que foi observado no discurso dos profissionais que haviam experiência previa no cuidado a pessoas idosas em resposta à pergunta: Sua experiência anterior contribuiu para o que você faz hoje?

**Quadro 10** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre a contribuição de sua experiência profissional para sua prática profissional, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Não houve contribuições	“Não, eu não uso a minha experiência lá, uso mais as coisas que a gente faz dentro de casa, então não. ” (P10)
Aprendizado pela experiência	“Contribuiu muito, porque eu não tinha noção de cuidado ao idoso, a forma de interagir com ele, aprendi muito lá e por mais que tenha sido há muito tempo atrás fica na memória. Fui aprendendo e quando eu entrei aqui, embora lá tenha sido de um jeito e aqui de outro, me deu uma “empurradinha” sim. Com o tempo eu fui aprendendo mais a técnica de sentar o idoso, de alimentar, a maneira de falar, de tratar, de servir a eles com respeito, carinho, e mudando o meu jeito de cuidar. ” (P4, P12, P13, P14 e P17, P19, P21, P24, P25, P26)

**Quadro 10** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre a contribuição de sua experiência profissional para sua prática profissional, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Identificação com os idosos	“A experiência foi o que me fez entrar no ramo. Se eu não tivesse tido a experiência eu não tinha pegado amor pela profissão. Quando eu fiz estágio no asilo eu não me identifiquei com a área, mas aí quando eu peguei particular eu comecei a me identificar, eles são muito carentes e foi uma coisa que mais de coração mesmo. Aprendi a ter mais paciência, a dar carinho. Eu gosto de participar da vida deles. Às vezes não vejo a hora de vir trabalhar, vê-los e parar para conversar um pouquinho, porque eles querem conversar. E eu prefiro os idosos porque, também, é mais fácil de lidar com eles.” (P12, P13, P17, P22, P24, P27)
Diferenças entre o cuidado no particular e em ILPI	“Só que assim tem muita diferença de você cuidar de uma pessoa sozinha e de você cuidar de várias pessoas. Porque no particular você trabalha com um só em casa e aqui são vários. É bem mais difícil cuidar de muitas pessoas. No particular você tem que ficar só com aquela pessoa, tem que dar toda a atenção e cuidado só com aquela pessoa, aqui não pode fazer isso. Mas é diferente em todos os sentidos, aqui tem que ser rápido e na residência a gente não precisa ter pressa. Lá você vai dar o banho, a pode ficar uma hora dando banho no idoso, aqui são 40-45 na instituição então já é uma coisa mais acelerada.” (P19 e P21)

Ainda em relação as experiências prévias, surgem quatro ideias centrais referentes as suas contribuições para a prática profissional. Primeiramente, a ideia central “não houve contribuições”, refere-se a um sujeito coletivo que embora em outros momentos tenha realizado cuidados a pessoas idosas, no momento por não desenvolverem atividades na assistência direta aos moradores não vê contribuições para a sua prática profissional. Fato que pode ser explicado pelas representações do cuidado para essa população, uma vez que ao não considerar suas atividades como cuidar, o reduz a sinônimo de práticas assistenciais.<sup>69</sup>

O DSC referente ao “aprendizado pela prática”, identifica um sujeito que atribui às experiências o desenvolvimento de habilidades técnicas, como “sentar o idoso”, “alimentar”, e interacionais, como “aprender a lidar”, “maneira de falar”. As oficinas corroboram esses achados com a identificação das categorias “habilidades interpessoais” e “habilidades práticas”.

Na perspectiva das “habilidades práticas”, os profissionais trazem que não tiveram dificuldades visto que sua experiência seja no cuidado formal ou no cuidado familiar facilitou seu processo de inserção e trabalho na ILPI:

*“[...] então para mim não foi tão difícil assim, por ter um antecedente da minha mãe, não é assim tanto que eu fiquei com ela, mas foi uma experiência, então isso ajudou a compartilhar com o serviço aqui. ” (P5)*

*“[...] ah sim, você adquire mais experiência, né, no que você já sabe [...]”. (P17)*

*“[...] então você... é mais o aprender com eles, assim, sobre adquirir experiência. [...]”. (P16)*

Quanto ao desenvolvimento de “habilidades interpessoais”, os profissionais referem que seu contato com os idosos modificou sua forma de olhar e lidar com esse indivíduo “envelhecido”.

*“[...]trabalhar em cada lugar é diferente, com cada pessoa é diferente, mas no geral eu acho que contribui sim, na forma de ver a pessoa, o idoso[...]”. (P14)*

*“[...] eu tive a experiência de cuidar dos dois e eu tive, assim, paciência [...]”. (P16)*

Embora se reconheça a potencialidade da prática como uma importante ferramenta de aprendizagem dentro da área da saúde, por possibilitar o contato com os fenômenos, proporcionando o reconhecimento das complexidades que permeiam o trabalho em saúde, o sentido apresentado pelos participantes da presente investigação se dá no âmbito do desenvolvimento das habilidades técnicas sem o embasamento teórico.<sup>81</sup>

Dessa maneira, o aprendizado pela prática abordado por esses profissionais se reduz a desenvolver técnicas e, ainda que se refiram as habilidades relacionais com os idosos essa prática não contempla a reflexão sobre a ação o que não proporciona aos mesmos a significação do seu “fazer”. Muito diferente do que é encontrado nos processos em que a aprendizagem, no

seu sentido mais amplo, acontece por meio a interação da prática e a teoria o que favorece a redefinição dos significados das ações como forma de produção de novos conhecimentos.<sup>81</sup>

Nesse mesmo sentido, encontra-se também um sujeito coletivo que a partir da prática profissional se identifica com a área do cuidado gerontológico. Contudo esse sujeito traz questões relacionadas a uma identificação afetiva que remete a representação social da velhice como sinônimo de fragilidade, principalmente no contexto da ILPI, visto que a fragilidade, física ou social, que permeia a história de vida desse idoso mostra-se como um dos determinantes para sua institucionalização.<sup>16</sup>

Nessa óptica, as oficinas emergem uma categoria relacionada ao “impacto psíquico” do cuidado gerontológico, que contém o impacto emocional do contato com essa realidade de fragilidade e, muitas vezes, de abandono do morador pela família e, ao mesmo tempo, refere-se à identificação com o seu próprio processo de envelhecimento:

*“[...]é bom, eu acho que até para a gente dar um pouco de valor, assim, na vida da gente, sabe, você vê a situação, que nem dos acamados né, e de repente a vida não é nada” (P1)*

*“No começo foi bastante difícil, ver a situação. Eu chorava quando eu vinha, eu chorava quando eu não vinha. Eu chorava muito. [...]” (P4)*

Segundo a literatura, as características de vulnerabilidade social (baixa renda, pouca formação) encontrada no perfil dos profissionais que atuam nas ILPIs e a identificação dos determinantes de institucionalização os levam a se enxergarem como possíveis demandantes desse tipo de cuidado.<sup>39</sup>

Para Ribeiro et al<sup>39</sup>, deve-se compreender se há implicações da identificação cuidador/idoso para o estabelecimento de vínculos de solidariedade entre estes, contudo pode também ocasionar um processo de sobrecarga emocional para o profissional.

Entretanto, dentro da perspectiva do cuidado gerontológico como um fenômeno envolto na complexidade a identificação e o reconhecimento do seu próprio processo de envelhecer pode contribuir para a prática profissional, uma vez que afirma que a partir dessa compreensão o trabalhador em saúde está mais apto a cuidar de um sujeito idoso já que o mesmo passa a interpretar essa realidade de forma holística e se opondo ao reducionismo da visão biomédica do cuidado.<sup>82</sup>

Esta investigação identificou ainda um DSC que aborda que embora tenha tido experiências prévias o trabalhado em instituições de longa permanência para idosos apresenta muitas singularidades. Assim, a ideia central “diferenças em o cuidado particular”, mostra um sujeito coletivo que identifica as diferenças entre os dois cenários de prática principalmente no sentido trazido pela categoria “menor disponibilidade de tempo”

*“[...]é uma coisa totalmente diferente você cuidar de idoso em casa e você cuidar aqui. Em casa você pode ficar uma hora dando um banho e aqui são no máximo 15, 20 minutos, no máximo 20 minutos [...]” (P17)*

*“[...]horário para isso, é horário para isso, tudo tem horário, porque se a gente passar daquilo a gente acaba prejudicando o nosso serviço e acaba prejudicando eles, porque a gente tem o tempo para dar o banho a gente tem o tempo para a troca, tem para a alimentação, então, assim, é um tempo específico para tudo [...]” (P17)*

*“[...]é a diferença de você ser cuidador particular e você ser cuidador de uma ILPI, uma coisa é você cuidar de um, ou 40/45, tem horário para tudo, não só para banho, mas para tudo né... alimentação, medicação, então é bem cronometrado mesmo os horários, eu acho que é isso que elas citaram bastante a diferença de ser cuidador particular e de trabalhar com vários idosos ao mesmo tempo. ” (P7)*

Tanto nas entrevistas, quanto nas oficinas, pode-se identificar que as diferenças abordadas pelos profissionais entre o cuidado realizado no âmbito domiciliar e o cuidado realizado no cenário na instituição está relacionado à maior demanda de ações assistenciais devido ao maior número de idosos a serem assistidos.

Desse modo esses profissionais não reconhecem as especificidades no cuidado em ILPI, sendo considerado somente a relação numéricas ampliadas nas instituições. Assim, ao não perceberem as necessidades dessa população comprometem o cuidado direto e indireto, visto que operacionalizam o cuidar seguindo um modelo incompatível com as particularidades encontradas nesse setting assistencial.

Essa relação, mostra-se evidente quando questionados sobre se percebem alguma especificidade na operacionalização do cuidado nas instituições de longa permanência.

*“[...]não, porque mesmo se está na residência, na maioria das vezes, se ele está totalmente dependente, vai depender totalmente lá, vai depender totalmente aqui. Então para mim não tem diferença, se é um paciente que ajuda, ele vai te ajudar tanto em casa quanto aqui. Então um cuidado específico que muda porque está aqui, não. ” (P8)*

Nesse sentido, essa maior demanda, associada ao número reduzido de profissionais e ao grau de dependência desses idosos implica diretamente na assistência ofertada na instituição e na sobrecarga de trabalho.<sup>78</sup>

Discussões referentes a esta temática e sua implicação na assistência prestada foi abordada mais profundamente nas questões subsequentes.

Com o objetivo a compreender as representações sociais do cuidado para os profissionais, o quadro 11 mostra o que foi identificado no discurso dos profissionais em resposta à pergunta: O que é cuidado para você?

**Quadro 11** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre suas concepções de cuidado, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Ato de ajudar e dar afeto	“Cuidado para mim é ajudar, você fazer alguma coisa por outra pessoa, se dedicar, tratar de uma forma justa e fazer o que faz de melhor. É você cuidar dele desde que ele entra numa entidade. Nem tudo vai poder fazer por eles, mas o pouquinho que você faz para cada um já é importante, é uma contribuição. É tratar com carinho, com afeto, proteger, amar e dar atenção. O cuidado maior é o nosso amor com eles. Não são todos que têm família, então a família deles acaba sendo a gente. Quem vai trabalhar com uma profissão dessas tem que ter amor pelo que faz”. (P1, P2, P3, P4, P6, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P18, P19, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28)

**Quadro 11** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre suas concepções de cuidado, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Suprir necessidades	<p>“O cuidado é um bom dia, uma boa tarde, é ouvir as queixas, parar prestar atenção, ouvir os problemas deles, eles são muitos carentes. Cuidar é você prestar o serviço à necessidade do paciente, é servir uma pessoa que é dependente, desde banho, troca, curativo, dar assistência, participar da vida deles, manter eles limpos, dar comida, desde um copo d’água até colocar um chinelo no pé. Eles são muito tristes de vez em quando, então você senta, conversa, troca, dá risada, descontraí. Um toque que eu fizer nele com carinho, um simples toque, pode ser o único toque que ele vai ter o dia inteiro, vai ser o meu único contato com ele, a única chance de ele brincar e sorrir”. (P1, P4, P7, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P18, P19, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28)</p>
Cuidado ampliado	<p>“O cuidado é contemplar necessidade. Não só a necessidade que a pessoa entenda que tenha, ou ela sinta, mas também aquela que ela não faz ideia de que ela precisa. Então quando você consegue contemplar isso, você está prestando cuidado. Não vejo só cuidado como banho, higiene, essas coisas o cuidado é você ter cuidado com tudo, com a limpeza, com a higienização, é cuidar, de várias formas e o tempo inteiro e gostar daquilo que você faz. Ficar de olho mesmo que não seja a nossa parte. O cuidado abrange várias áreas, sentimental, física, conversa, pedagógica, tudo. Engloba tudo, desde uma conversa, ouvir o idoso, até um banho, avaliar o corpo completo, se está parecendo alguma coisa, alguma queixa deles. É mais do que as técnicas, muito mais. A gente está cuidando de um ser humano, não é um robzinho que você vai colocar um aparelho”. (P1, P4, P5, P9, P11, P17, P19, P20, P22, P23, P27, P28, P29)</p>

Semelhante ao encontrado nas entrevistas com os gestores, pode-se identificar um sujeito coletivo que conceitualiza o cuidado como “ato de ajudar e dar afeto”, que está fortemente ligado com o caráter filantrópico da instituição, assim como reforça os conceitos de benevolência, caridade, referindo que para trabalhar nesse *setting* assistencial é necessário “ter amor”.



Essa caracterização do cuidado torna-se ainda mais evidente nas oficinas, nas quais a categoria “trabalho por amor”, consolida essa forma de representação social do cuidado que está fortemente ligado não apenas a herança histórica da inserção das ILPIs, como também a própria história da evolução da concepção de cuidado, como também do trabalho em enfermagem, conforme mostrado pelo fragmento a seguir.

*“[...] e eu acho que uma fala importante que aparece é o ‘gostar’, se você não gostar... porque por dinheiro você não fica. Você pode estar precisando, necessitando, mas se for só por dinheiro, você não se identificar não tiver amor você não consegue ficar. Você não fica trabalhando num lugar[...]” (P7)*

Dessa forma, ao “informalizar” essa modalidade de cuidado de longa duração perpetua-se os preconceitos que permeiam as instituições de longa permanência e subsidia a manutenção de práticas informais do cuidado e da não assistência integral ao idoso institucionalizado.<sup>68</sup>

Outra concepção encontrada está associada a ideia central “suprir necessidades”. O DSC traz que o cuidado é contemplar as necessidades básicas do indivíduo, assim como “dar atenção”, “carinho”, buscando suprir as carências afetivas dos idosos.

Nesse sentido, embora possa identificar um avanço conceitual no caminho do cuidado integral em relação a primeira ideia central, pode-se perceber que a RS do cuidado para esse sujeito coletivo ainda está enraizada nos conceitos de cuidado informal e familiar.

Segundo Ribeiro et al<sup>39</sup>, a vinculação das instituições filantrópicas as organizações religiosas, explica essa dinâmica do processo de trabalho e a construção dessa representação social do cuidado para essa coletividade, assim as práticas mostram-se eminentemente assistencialistas, sem normatização de conduta e num formato estranho de organização de trabalho.

Esta investigação identificou, ainda, um sujeito coletivo que atribui ao cuidado uma característica de ser “ampliado”, tendo o seu foco em contemplar as necessidades de saúde, de uma forma geral, contemplando todas as dimensões que permeiam o indivíduo em busca de um cuidado integral.

Dentro dessa perspectiva do cuidado integral e ampliado, deve-se considerar todos os determinantes do processo saúde-doença, além de valorizar as subjetividades dos idosos considerando as suas dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais.<sup>83</sup>

Nesse sentido, para se atender todos os eixos norteadores das necessidades de saúde, faz-se necessário estimular a autonomia desse indivíduo idoso, que enxerga a manutenção dessa característica como um dos pressupostos de estado de saúde. Assim, para se alcançar essa concepção de saúde deve-se corresponsabilizar esse indivíduo no seu plano de cuidado.<sup>84</sup>

Para Campos<sup>70</sup>, com o intuito de se fazer um cuidado ampliado, a corresponsabilização do sujeito refere-se à construção de parcerias entre os diferentes atores do cuidado (profissionais e usuários), elaborando planos terapêuticos que considerem saberes e valores culturais dos diferentes envolvidos.

A corresponsabilização implica produzir sentido e funcionalidade para as diferentes ações dos sujeitos, proporcionando importantes trocas de saberes entre os envolvidos. É considerar as relações que os envolvem e os valores que os permeiam, estimulando reflexões que impactem na construção de uma responsabilização compartilhada e permite entender que o indivíduo depende relações.<sup>70</sup>

Nas oficinas, a discussão dessa questão faz emergir uma categoria que necessita de discussões na realidade das ILPIs no Brasil e que traz sua raiz nas representações sociais dos idosos para a sociedade contemporânea. Desse modo a categoria, “ILPI como depósito de idosos”, está relacionada tanto aos determinantes que levam os idosos a institucionalização, assim como as transformações na dinâmica familiar provocadas por esse processo:

*"Aqui virou um depósito de idosos e não um abrigo como deveria ser, a família deveria ser mais participativa, teve caso que até da gente falar que ia usar o juiz, o promotor, porque o idoso estava muito depressivo e o filho simplesmente abandona [...]. (P19)*

Nesse sentido, essa condição de abandono, provoca ao idoso institucionalizado, sentimentos de solidão, tristeza que impactam diretamente na sua qualidade de vida. Essa forma da família lidar com esse idoso pode ser explicada pela inexistência de vínculos, contudo nesse contexto a problemática da institucionalização vem frequentemente atrelada a sentimento de culpa, relativos a persistência das imagens negativas enraizadas no imaginário cultural brasileiro.<sup>30,91</sup>

Em consequência disto, a manutenção dos vínculos familiares envolve múltiplos sentimentos que abrangem tanto a relação dos familiares com a pessoa idosa, quanto a relação dos mesmo com a sociedade de um modo geral.<sup>30,91</sup>

Segundo o Estatuto do Idoso<sup>92</sup>, no seu Artigo 49, é dever da ILPI preservar os vínculos familiares, desse modo, o fato de um idoso residir em uma ILPI não significa necessariamente, uma redução da importância da família para o apoio e cuidado de seus membros e sim a necessidade de reorganizar as responsabilidades entre a família, o Estado e o serviço.

A categoria “ILPI como depósito de idosos”, está associada também a forma com a qual a própria sociedade representa a instituição de longa permanência e os idosos que nela residem. O fragmento a seguir se refere a uma realidade triste encontrada nas ILPIs brasileiras:

*“[...] eu estava até falando pra Nf19 hoje, ontem chegou um saco de medicamento, aí nós fomos olhar, tudo vencido, o que esse pessoal pensa lá fora? Que a gente usa medicamento vencido. Às vezes ligam, “Olha vem buscar, tem banana, tem maçã”, chega lá o motorista não traz porque é tudo podre”. (P7)*

A partir da representação social do cuidado para os profissionais da instituição o quadro 12 refere-se ao que foi observado no discurso do sujeito coletivo sobre como é realizado o cuidado no dia a dia com os idosos.

**Quadro 12** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre como realizam o cuidado na ILPI, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Cuidado cronometrado e sistemático	“É muito corrido, o dia passa muito rápido, é bem puxado. A hora que você abre o olho já é hora de ir embora. Então, precisa trabalhar com horário aqui dentro, porque senão não dá conta, se não colocar horário não consegue realizar o cuidado. Não é igual particular, aqui tem horário do banho, horário do café, para tudo tem horário, então a minha rotina é essa. A gente segue um padrão da casa. De dia fica aquela coisa meio sistemática, porque não tem como né, porque a gente não quer, assim, eu já trabalhei durante o dia e é você entra num quarto o outro já vai chamando”. (P1, P4, P6, P7, P8, P14, P15, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P28, P29)

**Quadro 12** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre como realizam o cuidado na ILPI, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Cuidado em equipe	“É gratificante, eu vou falar que o meu dia é gratificante, tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe e somos uma equipe aqui, quando uma precisa da outra a outra ajuda, somos uma parceria. Cada plantão faz o seu para não deixar sujeira para o outro”. (P19, P24)
Cuidado longitudinal	“Eu tento fazer um seguimento longitudinal de forma mais lenta assim, não tem uma rotina de reavaliação estabelecida, mas com a frequência eu consigo, com o passar do tempo se consegue um acompanhamento longitudinal”. (P5)
Cuidado ampliado	“A gente tem que ver tudo, tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe. Por exemplo, é muito importante no banho conversar, não é entrar no chuveiro e sair. Tem que ter esse olhar diferenciado. São cuidados de higiene, a gente toma conta para eles não fugirem, não se machucarem, não brigarem, eles brigam bastante. É esse tipo de cuidado”. (P1, P4 , P19, P21)

Referente a operacionalização do cuidado dentro da instituição estudada encontramos quatro ideias centrais que foram amplamente aprofundadas nas oficinas de trabalho.

A ideia central “ cuidado cronometrado e sistemático”, traz um DSC que se refere a um processo de trabalho possível de ser aplicado devido ao número de idosos assistidos diariamente.

Essa forma de cuidar, tem suas raízes na revolução industrial e relaciona-se ao desenvolvimento dos modelos de produção fordista/taylorista, baseado na fragmentação e conseqüentemente automação da produção. Assim, dentro desse modelo, embora amplamente criticado ainda muito presente, os trabalhadores possuem poucos espaços reflexivos sobre o que estão produzindo, sendo o processo de cuidado fortemente enraizado nos serviços e nas práticas profissionais.<sup>85</sup>

No sentido de ampliar essa discussão durante as oficinas, após a validação dessa ideia central pelos participantes, a investigadora os questionou se esse formato de “produzir assistência”, comprometia na qualidade do cuidado e de que forma isso se dava. A partir desse questionamento surgem duas categorias que se apresentam como contraditórias “não comprometimento da qualidade da assistência” e “comprometimento da qualidade da assistência”.

Referente a primeira categoria, percebe-se profissionais que não acreditam que a qualidade do cuidado fica comprometida, visto que na sua perspectiva os mesmos não deixam de cumprir nenhuma das atividades propostas:

*“Eu acho que não fica prejudicado não. A gente não deixa sem fazer, mesmo que esteja corrido, mesmo que esteja faltando a gente não fica sem fazer não. Não fica uma troca sem fazer, não fica um banho sem dar[...]” (P17)*

*“Não eu não acho que quer dizer que ele é mecânico, eu acho que tem uma rotina como todos os lugares que você for, como em um hospital, uma UBS, existem rotinas, que se a gente não estabelecer não vai funcionar[...]” (P7)*

Já a categoria contraditória “comprometimento da qualidade da assistência”, referente a visualização do comprometimento da assistência não relacionado as técnicas e a suprir as necessidades básicas dos idosos, mas parte de um conceito amplo de cuidado e assistência.

*“[...]acaba ficando mais mecânico sim. Porque quando você vai iniciar você sabe que naquele corredor esse banho é assim você vai gastar tanto tempo, aquele banho é assim, você vai gastar tanto tempo. Fica mecânico. Não tem como não ficar, você vai fazer[...]”. (P8)*

Essas contradições são permeadas pelas próprias concepções desses profissionais acerca da conceitualização do cuidado.

O DSC referente ao trabalho em equipe, mostra um sujeito coletivo que identifica o trabalho em equipe como uma potencialidade da instituição, contudo indica certa fragmentação do cuidado quando relata que “cada plantão faz o seu para não deixar sujeira para o outro”.

Corroborando a essa ideia de cooperação entre os profissionais um estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2016, encontrou que 54,5% dos profissionais relataram que durante as suas atividades profissionais recebem colaboração dos outros, principalmente nas atividades que requer força física, visto que a maioria dos profissionais são do sexo feminino. Segundo o autor, esse relato de colaboração demonstra que esses profissionais possuem a capacidades de comunicação e cooperação, competências fundamentais para a assistência integral.<sup>78</sup>

O sujeito coletivo, expresso pela ideia central “cuidado ampliado”, como abordado no quadro anterior traz uma concepção de cuidado ampliado associado a alimentação, conversa, banho reduzindo-o ao desconsiderar conceitos importantes como corresponsabilização do sujeito, estímulo à autonomia e independência.<sup>70,85</sup>

Ainda nessa questão encontra-se um sujeito coletivo cuja ideia central está relacionada ao cuidado longitudinal proporcionando a continuidade do cuidado pelo fato desses idosos residirem na instituição. Isso é evidente no seguinte fragmento encontrado durante as oficinas:

*“[...]a gente vai conviver com eles anos, a [...], tem moradores aqui de mais de 20 anos que moram aqui. [...]” (P7)*

Embora o cuidado familiar seja o mais indicado na atenção a pessoa idosa e o cuidado gerontológico ofertado pelas ILPIs no país tenham inúmeras fragilidades, esta possibilidade de cuidado longitudinal, mostra-se como uma potência no processo de cuidar, visto que se realizado segundo os preceitos da assistência gerontogeriatrica, mesmo que em ambiente institucional possibilita o desenvolvimento de um processo de trabalho contínuo com o intuito de se alcançar o cuidado integral a essa população, muitas vezes, comprometido em outros ambientes devido à alta rotatividade desses idosos dentro dos *settings* tradicionais de atenção à saúde.<sup>91</sup>

O quadro 13 traz o que foi observado no discurso dos profissionais com algum tipo de formação profissional em resposta à pergunta: Como você percebe que a sua formação contribui para o seu dia a dia no trabalho? De que forma? Dê exemplos.

**Quadro 13** – Ideia central/Ancoragem e Discurso do sujeito coletivo de sobre as contribuições da formação para a assistência ao idoso, 2016

<b>Ideias Centrais/ Ancoragens</b>	<b>DSC</b>
IC: Embasamento teórico	“Eu acho que contribuiu porque a maioria das coisas que eu aprendi eu consigo colocar em prática e aproveitar bastante. Contribuiu para enriquecer meu aprendizado, você começa a ter mais conhecimento daquilo que não conhecia. Tem mais embasamento nas coisas que você vai fazer, principalmente nas técnicas. Na minha formação aprendi varias coisas que eu pude aplicar aqui, alguns conhecimentos. Porque se você não tiver uma formação você vai chegar aqui e você vai ficar perdido, se você não tiver formação você não vai saber como é.” (P2; P8; P20; P23; P26; P27; P28; P29)
IC: Desenvolvimento de inquietação	“Bastante. Eu vim de um método que desde cedo tem contato com a prática e liberdade pra buscar recursos até cognitivo pra isso, então existe certa inquietação e é o que faz eu me motivar pra querer melhorar, querer alternativas. Ajuda a ter um olhar diferenciado, porque muitas vezes vira tão rotina, aquilo é tão automático, que você perde aquela essência e você não pode deixar perder isso”. (P4 e P5)
IC: Desenvolvimento pessoal	“Contribuiu em questão de planejar mais as coisas, ser mais organizada. Depois do curso eu, também, vi que não existe só eu, que não é assim, todo mundo é igual. Para mim esse curso foi um aprendizado”. (P3 e P19)
AC: Teoria é diferente da prática	“Contribui, mas pra falar a verdade não muita coisa. Assim é importante, você tem muito conhecimento, mas eu acho que é na pratica do dia a dia mesmo. Tanto que quando entra uma profissional tem que explicar todo o serviço, porque o que você aprende é uma coisa e quando você chega a pratica é outra completamente diferente”. (P1; P18; P21 e P25)
IC: O aprendizado se dá pela prática	“Não na verdade, meu curso pra mim é a mesma coisa que nada. Eu fui mesmo fazer o curso pra ter um diploma, pra ter uma formação. Aqui não se trabalha com tudo que o curso proporciona é mais cuidado que não tanto o que aprende. Aqui acaba aprendendo mais, porque cada dia de trabalho é sempre diferente. Assim, saber eu já sabia antes do curso e eu sei das coisas porque eu faço”. (P18; P20 e P24)

Nesta investigação, acerca das contribuições do processo de formação para o cuidado ao idoso a primeira ideia central é “embasamento teórico”. O DSC traz a RS de que sem a formação este sujeito se sentiria desorientado na sua prática profissional.

Nas oficinas a categoria “formação como base”, assume a formação profissional como forma de instrumentalizar os profissionais de saúde para as demandas da prática profissional, isso pode ser expresso pelos seguintes fragmentos:

*“Eu acho que quando você tem o curso é mais fácil você entender o que a enfermeira explica o que a auxiliar vem te passar, ou visualmente você detectar alguma coisa e passar para ela” (P8)*

*“Não necessariamente sabe específico aquilo ali, mas você já aprendeu um início, a base que fica mais fácil para você conseguir entender o que está explicando ou o que está te pedindo. Ou, às vezes, o que o próprio idoso está te pedindo” (P8)*

*“Eu concordo com tudo o que as meninas falaram, porque eu não tive toda essa experiência que as meninas falaram e eu tive um problema muito sério de coluna, e desde aquela época. ” (P5)*

Colenci e Berti<sup>86</sup> encontraram, em profissionais de enfermagem, que para alguns destes a formação teórica contemplou as necessidades da sua prática, uma vez que o real papel da instituição formadora seria de ensinar as competências mínimas para o exercício da profissão.

Contudo, um estudo que analisou o perfil dos trabalhadores de ILPI do vale do Paraíba identificou que uma grande parcela desses apresentavam dificuldades em definir conceitos básicos relacionados ao cuidado, apontando precariedade de sua formação técnica que associado a recursos materiais limitados caracteriza uma má qualidade da assistência.<sup>66</sup>

Relativo a essa ideia central surge também a categoria “integração ensino e prática”, que diz respeito a forma de organização de alguns cursos que se utilizaram da associação dessas duas estratégias de ensino-aprendizagem, para a construção de conhecimento significativa de seus alunos que pode ser expressa pelo seguinte fragmento:



*“[...] tudo você fazia o teórico e a prática, o teórico e a prática, então tudo isso para mim foi muito importante, então o que desencadeou, assim, uma visão mais ampla do que eu gostaria de fazer foi o estágio. ” (P8)*

Nessa perspectiva, como já abordado anteriormente esse modelo potente de formação na área da saúde proporciona ao estudante conhecer a realidade de seu campo de trabalho trazendo significado para o que foi explorado em sala de aula.<sup>80</sup>

Outra contribuição encontrada está relacionada a ideia central “desenvolvimento de inquietação”. Segundo o DSC, este sujeito interliga esse modo de pensar ao processo de formação para a inquietação na construção do saber. Ainda nesse sentido, a ideia central “desenvolvimento pessoal”, mostra um sujeito coletivo que encontrou durante a sua formação um jeito de aprimorar características individuais e transformar sua visão de mundo.

O pensamento crítico estimulado e “construído” pela inquietação provocada pelo ensino é um processo de raciocínio complexo, sistemático, dialógico, autodirigido e orientado pela prática que tem a finalidade de buscar, com base nos processos cognitivos, empíricos e intuitivos, as melhores soluções para os problemas encontrados na prática profissional.<sup>87</sup>

Assim, a competência do pensamento crítico compreende o desenvolvimento de capacidade de análise e síntese, capacidade crítica e autocrítica, gestão da informação, tomada de decisões e resoluções de problemas o que é de extrema importância para os cursos da área da saúde.<sup>87</sup>

Contudo, nem sempre as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelas instituições de ensino possibilitam o desenvolvimento dessa competência, focando-se nas habilidades técnicas e acúmulo de conteúdo teórico.<sup>87</sup>

A ancoragem “A teoria é diferente da prática” confirma esse enfoque nos conteúdos teóricos, que nem sempre se relacionam a prática, como apontado no fragmento do DSC em “o que você aprende é uma coisa e quando você chega a prática é outra completamente diferente”, sendo o ensino geralmente preconizado por ações no ideal não favorecendo o desenvolvimento da competência pensamento crítico e marcando o descompasso entre o aprendido e a vivência profissional. Dessa forma, esse sujeito não percebe muitas contribuições da sua formação para a sua prática profissional.<sup>86</sup>

Isso pode ser explicado, também, pela falta ou timidez da abordagem de assuntos relativos ao envelhecimento nos cursos da área da saúde. Para que os profissionais possam

realizar uma assistência ao idoso de qualidade necessitam de conhecimentos próprios do cuidado gerontológico.<sup>88</sup>

Reforçando esse olhar, estudo realizado em 20 municípios do Rio Grande do Sul, encontrou que dentre os profissionais que atuam na área da enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) 75,7% não cursaram disciplinas do campo da geriatria e/ou gerontologia durante sua formação e 10,8% mencionaram que receberam estes conteúdos em disciplinas que não possuíam o objetivo de tratar somente esse tema, como saúde coletiva, saúde do adulto, saúde da comunidade e enfermagem clínica-cirúrgica.<sup>88</sup>

Fato esse, que mostra a necessidade de incorporação desse tema aos currículos dos cursos na área da saúde. Uma análise sistemática realizada acerca da incorporação da geriatria nos currículos dos cursos de medicina verificou que embora esteja presente na maioria dos países desenvolvidos, nem sempre as disciplinas são ministradas por docentes com formação específica na área, sendo que somente no Canadá e poucos países europeus o ensino vem acontecendo de maneira sistematizada, o que explica, também, a baixa procura dos profissionais pela área.<sup>89</sup>

Para os profissionais dessa ILPI, as justificativas para essas diferenças encontram-se em dois eixos principais: “diferenças por falta de recursos” e “diferenças entre os perfis dos usuários”. A primeira categoria associada à falta de recursos pode ser representada pelos fragmentos a seguir:

*“ [...] a gente concilia na pratica é evidente que muita coisa da teoria não tem como você fazer na pratica, porque não tem, assim, recursos. ” (P19)*

*“ [...] é diferente a teoria da pratica, justamente por isso, pela falta de recursos que a gente tem. Mas também a gente se esforça para não deixar de fazer. Como nos hospitais mesmo, nos estágios, também não tem tudo o que você necessita, mas a gente vai fazendo algo para poder suprir, faz improvisado. ” (P19)*

Essa categoria corrobora ao encontrado na literatura sobre a realidade precária das ILPIs no país, fortemente marcada pela falta de recursos para a assistência a pessoa idosa institucionalizada. Quanto as “diferenças entre os perfis dos usuários”, encontra-se a hegemonia dos modelos hospitalocêntricos de se produzir e, principalmente, de se ensinar na área da saúde, que compromete a prática profissional em outros campos de atuação.<sup>35,70</sup>

*“ [...] nos estágios a gente lida com pacientes mais em casos críticos, digamos assim, pacientes que normalmente... raramente são os que a gente dá banho na cadeira, ou que leva, mas são pacientes assim que são acamados mesmo. “ (P17)*

Esta investigação identificou, ainda, um DSC cuja ideia central é “o aprendizado se dá pela prática”. Este sujeito coletivo traz a RS de que a formação não contribuiu em nada com a prática profissional e que a fez somente para a obtenção de um diploma, ideias essas expressas nos fragmentos do DSC “meu curso para mim é a mesma coisa que nada”, “Eu fui mesmo fazer o curso para ter um diploma, para ter uma formação” e que as suas habilidades profissionais se deram a partir da prática “eu sei das coisas porque eu faço”.

O resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte, no qual a maioria dos cuidadores de ILPIs filantrópicas do município relatou a aquisição de suas habilidades profissionais no dia a dia da instituição. Neste estudo, mesmo os profissionais com curso superior ou técnico na área de enfermagem, apontaram o trabalho diário na instituição como fundamental para a sua formação, indicando que o ensino formal não lhes forneceu o embasamento suficiente para sua prática profissional.<sup>39</sup>

Segundo os profissionais dessa instituição, essa formação pela prática ocorre não só devido a sua interação com o morador, mas também a partir da interação entre os diferentes profissionais da instituição., como expresso pela categoria “aprendizado interpares”.

*“Com ajuda, sempre com ajuda. Porque quando não era uma, era outra, porque se eu sei de uma forma e que elas não sabiam, eu falo [...]”.* (P6)

*“[nos serviços gerais] quem está mais tempo na casa que vai orientar quem está entrando[...]”.* (P1)

Com o intuito de aprofundar a questão anterior o quadro 14 representa o que foi observado no discurso dos profissionais que possuíam formação profissional em resposta à pergunta: Você acha que em sua formação seria necessário alguma mudança que contribuiria para sua prática profissional? Dê exemplos

**Quadro 14** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias para a formação profissional, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Não acha necessário mudanças	“Eu acho que não, abordaram tudo, tudo. Primeiro se aprendeu na teoria, foi para a prática e voltou para mais teoria, acho que tem que ser assim mesmo. Acredito que se eu tivesse trabalhando no meu campo específico, eu acredito que não teria que acrescentar nada. ” (P2, P19, P29)
Maior carga horária de atividades práticas	“Eu não tive muito essa formação nos estágios, na teoria você até vê o papel do profissional, mas não pratica não, então eu acho que teria que ter mais parte prática. Se durante o curso tivesse mais isso sairia com mais aprendizado. Fica muito na teoria e é diferente você ler num livro ou pegar a prática ali do hospital que é uma correria. A teoria é importante, lógico, tem que ter a teoria, porque se não tiver a teoria você não vai saber a pratica, mas eu acho que deveria ter mais prática”. (P1, P18, P21, P22, P23, P24, P27)
Conteúdos específicos do cuidado gerontológico	“Não teve nada voltado ao idoso no meu curso. E se teve geriatria não teve um acompanhamento, um idoso específico para cuidar ou para poder entender como é. É uma matéria de pouca carga horária, passam porque precisam passar aquele conteúdo, mas são os cuidados básicos, um pouco de psiquiatria, mas não abrange tanto e a parte que eu procurei estudar faltou. Os cuidados que são gerais e relatava o paciente como uma coisa só, criança, adulto, idoso, mas específico como aqui dos cuidados não. Eu acho que eles poderiam se aprofundar no específico do paciente, não nos cuidados no geral, porque eles voltam a ser criança. Lá o foco não é no paciente e aqui já é no idoso, é diferente ” (P1, P4, P18, P20, P22, P23, P25, P26)

**Quadro 14** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias para a formação profissional, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Conteúdos específicos do cuidado em ILPI	“É difícil uma faculdade que tem contato com uma instituição de longa permanência, porque é um manejo diferente. É diferente do ambulatorial, do internado no hospital, da visita domiciliar. Porque você lida com o aspecto psicológico, com o aspecto do abandono. O aspecto da fragilidade social, está muito presente, as vezes ele é preponderante no cuidado da pessoa. Então você tem que saber focar na necessidade daquela pessoa, você controla o seu ímpeto de querer tratar tudo a todo custo, porque é impossível, então você tem que manejar melhor a sua ansiedade e tentar descobrir, focar nisso, em alguns momentos pode parecer uma filosofia muito distante, mas na necessidade da situação, da pessoa e da situação. Então eu acho que se o acadêmico tivesse contato longitudinal com isso eu acho que ia acrescentar, não sei se ia formar melhor ou não, mas ia acrescentar, ia estar preparado saber lidar mais, com situação não. É claro a população que trabalha com instituição de longa permanência é muito pequena, então isso talvez não desperte a necessidade no diretor acadêmico, mas pelo outro lado, quando há necessidade é um susto, é um baque e quando você vê essa necessidade você acaba tendo que descobrir o que você vai fazer sozinho.” (P3 e P5)
Disponibilização de atualizações e troca entre profissionais	“Teria que ter sempre uma atualização, curso, uma reciclagem, que possa reunir o daquela área, para fazer uma atualização, cada um passar uma experiência nova.” (P28)

Acerca das mudanças necessárias no processo de formação para o cuidado ao idoso institucionalizado a primeira ideia central é “não acha necessário mudanças”. Nesse sentido, esse sujeito coletivo sente-se satisfeito com os conteúdos explorados durante a sua formação profissional, contudo isso mostra-se bastante diferente do encontrado na literatura que identifica que até mesmo nos cursos de ensino superior os profissionais não são formados adequadamente para o cuidado gerontológico e principalmente para o cuidado no cenário da ILPI.<sup>78</sup>

Outra modificação está relacionada a ideia central “maior carga horária de atividades práticas”. Segundo o DSC, este sujeito não vivenciou em sua formação atividades práticas que o possibilitassem refletir acerca do cuidado, tendo o enfoque teórico como única ou principal fonte de formação.

Isso mostra-se evidente na categoria “insuficiência prática na formação”, expressa pelos fragmentos a seguir:

*“[...] que eu fiz não teve prática. Eu acho que uma coisa que poderia mudar era ter essa prática”. (P8)*

*“[...] eu acho que a fala de todo mundo é a prática, a gente faz o estágio são 9 alunos que passam por setor, a gente passa na geriatria, mas é muito pouco, você não consegue sair de lá e chegar aqui e falar “nossa eu vou passar uma sonda porque eu aprendi na faculdade”, mas eu nunca passei uma sonda em um estágio meu, então você vai fazer isso aqui... aqui vai ser sua prática, no seu serviço você vai fazer junto. Não é que é falho, mas tem muita técnica que você não consegue fazer que você faz no seu dia a dia mesmo, mas que é importante você ter o conhecimento, é importante você ter o teórico, eu preciso saber como eu vou passar uma sonda né... eu preciso saber a teoria para eu poder aplicar na prática”. (P8)*

Nesse sentido, na visão desses profissionais, essa falta de prática traz algumas complicações referentes a inserção desse profissional no mercado de trabalho que se mostra evidente na categoria “insegurança profissional”:

*“[...]vejo que quem vem de algum curso, eles vêm assim com medo, eu acho, assim, passar uma segurança a mais ”. (P6)*

A prática profissional durante a formação que ocorre por meio dos estágios exerce um grande impacto na vida deste estudante visto que é nesse momento que o aluno coloca em prática a sua autonomia a partir da interação direta com as realidades que permeia o campo da saúde, desenvolvendo habilidades no âmbito pessoal e profissional, além de possibilitar a apropriação dos conteúdos teóricos estudados.<sup>90</sup>

Contudo, para sua efetivação, essa estratégia pedagógica deve ir além da relação professor-aluno, ampliando as relações humanas e promovendo interação entre todos os atores envolvidos no processo de cuidado.<sup>90</sup>

Outro aspecto que se destaca na fala dos participantes refere-se a forma como tem se constituído, no geral, o processo de ensino-aprendizagem nos cursos da área da saúde. Percebe-se que não há uma construção durante sua formação para a aprendizagem ao longo da vida, proporcionando que esses profissionais aprendam a buscar os seus conhecimentos a partir das necessidades vividas durante sua prática profissional. Ou seja, ao se depararem com novas experiências, e que essas gerem desafios ou exijam novos conhecimentos teórico-práticos, eles precisariam ter instrumentos para que possam buscar esses novos conhecimentos, analisar quais os auxiliaria na fundamentação e resolução desses desafios, promovendo, assim, sua autonomia nas mudanças dessas práticas.

A ideia central “conteúdo específico do cuidado gerontológico”, identifica um sujeito que não encontrou em sua formação conteúdo específico do cuidado a pessoa idosa, sendo discutido superficialmente em disciplinas amplas como saúde do adulto, clínica médica entre outros. Fato que consolida o que foi apresentado na ancoragem “a teoria é diferente da prática” abordada na questão anterior. E que é representado pelos fragmentos relativos a categoria “falta de conteúdos do cuidado gerontológico”:

*“Não, não tem. Você faz clínica médica. Na clínica médica você pode tanto pegar um idoso, como uma... uma criança não que vai ver da pediatria, mas não vê. Eu não sei agora, mas na minha formação não tinha nada específico do idoso, a gente chegou a passar no “nome de outra ILPI”, mas não era específico de idoso, eram técnicas básicas.”*  
(P7)

*“Quando eu fiz o meu curso os cuidados eram mais assim assistência em geral, mas específico não, aqui que seria o específico.”* (P12)

Nesse sentido, conforme abordado na introdução do presente trabalho, a forma inespecífica com a qual o cuidado a pessoa idosa é tratado nas DCN, quando discutido, compromete a inserção desse conteúdo nos planos pedagógico dos cursos, não promovendo novos olhares ao cuidado gerontológico.<sup>41,42,45</sup>

Na ideia central “conteúdo específico do cuidado em ILPI” essa problemática se mostra ainda maior, quando o sujeito coletivo identifica que é difícil o curso superior que tem a ILPI

como um cenário de prática profissional, abordando as especificidades dessa modalidade de cuidado. Reconhece, ainda que a atuação profissional neste *setting* clínico ainda é bastante incipiente, contudo aborda que a inserção nesse cenário causa um estranhamento nesse profissional que deverá “descobrir sozinho” o que terá que fazer.

A categoria “falta de conteúdos do cuidado em ILPI” reforça o encontrado nas entrevistas, que se refere a forma incipiente com a qual os cursos que mencionam o processo de cuidar ao idoso institucionalizado o abordam:

*“[...] porque, na verdade, esse tema [cuidado em ILPI] nas escolas técnicas eles só colocam como uma matéria, uma matéria, digamos a parte, mas não tem estágio para isso, não tem tipo UTI, não tem tipo técnicas básicas então você não tem aquele estágio voltado para aquilo, é só um aprendizado ali que eles colocam. ” (P17)*

A única DCN dos cursos de saúde que aborda a necessidade de inserir o aluno de graduação nesse cenário é a diretriz curricular do curso de medicina, publicada no ano de 2014, contudo conforme abordado na introdução dessa pesquisa o momento de transição dos cursos no intuito de atender as novas diretrizes não é possível identificar, na literatura a inserção dos conteúdos referentes ao cuidado gerontológico e em ILPI e muito menos o impacto desses para a formação desse profissional.<sup>45</sup>

A ideia central “disponibilização de atualizações e troca entre profissionais”, se refere a um sujeito coletivo que responsabiliza os cursos para o desenvolvimento de atualizações e momentos de troca de saberes entre profissionais da mesma área.

As oficinas possibilitaram, ainda, o surgimento de outra problemática na formação do profissional na área da saúde que se refere a forma com a qual ocorre as avaliações dentro dos cursos técnicos e superiores, que na visão dos profissionais compromete o cuidado integral. Assim, a categoria “avaliação restritiva”, remete a um formato avaliativo focado nas técnicas e não nos processos de construção de conhecimento e de “fazer saúde”.

*“Se a gente vai fazer um curativo, a gente tem que fazer a bonequinha e tal, o professor não ensina o cuidado com o paciente, vê se a gente está fazendo a técnica da bonequinha certinha para aplicar no paciente, está mais preocupado com a bonequinha. ” (P11)*



*“Eu acho que deveria não ser só na avaliação, mas no contato com o paciente, não naquilo que ela passou na lousa e que a gente está aprendendo a fazer.” (P11)*

Corroborando a esse achado, a literatura mostra que, muitas vezes, a avaliação é concebida apenas como uma forma de medir o conteúdo repassado aos estudantes, associando-a diretamente a instrumentos de medida, que se mostra fortemente ligado a concepção de transmissão de conhecimento do modelo tradicional de ensino-aprendizagem. Assim, ao invés de utilizá-la de forma a proporcionar melhorias no ensino, volta sua intencionalidade para testar o rendimento.<sup>93</sup>

Para Freire<sup>94</sup>, ensinar não pode ser reduzido a transferência de “conhecimentos”, significa possibilitar que o estudante gere seu próprio modo de pensar, dando significado ao que se é aprendido. Nesse sentido, a avaliação deve ser constituída longitudinalmente de forma a avaliar o estudante de forma integral, auxiliando-o na construção de seu aprendizado.<sup>93,94</sup>

Por fim, o quadro 15, relaciona-se o que foi observado no discurso dos profissionais em resposta às perguntas: “você percebe se precisa melhorar alguma coisa no seu trabalho? Dê exemplos” e “se você pudesse mudar alguma coisa no seu dia a dia, o que você mudaria? Dê exemplos”

**Quadro 15** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI, 2016 (continua)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Não acha necessário mudanças	“Eu não percebo, acho que eu vou fazendo meu trabalho. Sinto-me realizado, eu amo o que eu faço. E está ótimo do jeito que está. No meu setor pelo menos eu acho que não, há um tempo a gente até pensava, mas hoje tudo está normal e eu estou contente a onde eu estou.” (P2, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P19, P26)

**Quadro 15** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI, 2016 (continuação)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Maior disponibilidade de tempo	<p>“Eu precisaria de mais tempo na verdade, eu não consigo realizar todas as atividades que eu teria que organizar e o acompanhamento que eu faço acaba sendo segmentado em vários momentos. Eu gostaria de ter mais tempo para fazer mais coisas por eles. Eu fico um pouco preso no tenho que fazer. Eu gostaria de ter mais tempo para poder falar com eles, dar um pouquinho mais de atenção. Não tem tanto tempo para disponibilizar atenção que eles gostam, dar carinho e acabam sentindo, falta essa parte do cuidado. É o tempo da troca que pode conversar. Eu gostaria de ter mais tempo para eles, porque eles são mais carentes, para conversar, para dar um abraço. Eles precisam de mais atenção, porque durante o dia é muito mecânico o trabalho, é muita coisa, não têm tempo de dar atenção para eles”. (P1, P3, P5, P18, P20, P21, P22, P23 P24, P28)</p>
Maior número de profissionais	<p>“Para atender as necessidades das pessoas que estão ali, nesta instituição em específico, precisaria mais profissionais para cuidados específicos. Se tivesse um pouco mais de funcionários faria tudo e teria mais tempo para poder sentar conversar, cortar unha, no fazer a unha dá conversar com eles, brincar. E fica pesado, porque eles são pesados, tem bastante acamado. Assim, com mais profissionais não sobrecarregaria ninguém”. (P1, P2, P5, P7, P18, P21, P22, P23, P24, P25, P29)</p>
Necessidade de mais formação	<p>“Eu preciso ganhar mais conhecimento e até estou procurando fazer outros cursos para ver se traz alguma coisa nova para agregar aos nossos conhecimentos e tem que ir buscando, sempre ir trazendo novidades. Contudo, a gente já teve tentativa de capacitação, mas não é fácil o entendimento de quem trabalha por remuneração. Então se não agrega no financeiro, eles não veem com bons olhos”. (P4, P5)</p>
Maior participação da família dos idosos	<p>“Cobriria mais atenção da família, é a falta da família para eles que atrapalha muito o trabalho”. (P4, P25)</p>

**Quadro 15** – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI, 2016 (conclusão)

<b>Ideias Centrais</b>	<b>DSC</b>
Melhorar a comunicação entre a equipe	“A comunicação tanto com os demais colegas de serviço, quanto com a parte superior. Melhoraria a convivência. Ter mais diálogo para a melhoria dos próprios idosos”. (P15, P26)
Novas formas de estimular o processo cognitivo dos idosos	“Mudaria o manejo, as formas de interagir, deveria ter outras maneiras de estimular o processo cognitivo de quem está lá dentro. Mas não tem, por falta de capacitação, por falta de espaço, por falta de criatividade, de estar querendo estabelecer outras rotinas lá dentro, por falta de pessoal com conhecimento na área. Eu acho que eles deveriam ter mais pessoas para vir dar mais atividades para eles, para brincar com eles. Acrescentaria alguém para poder ler, contar uma história, fazer um teatro, alguma coisa, pessoas chamem a atenção deles, porque não podem ficar só dormindo” (P5, P19, P28)

Na ideia central “não acha necessário mudanças” surge um sujeito coletivo que está satisfeito, ou conformado com o seu trabalho e com a dinâmica de funcionamento da ILPI. Embora essa ideia central tenha sido encontrada nas entrevistas individuais, apareceram nas oficinas.

O DSC que se refere a “maior disponibilidade de tempo”, identifica um sujeito coletivo que gostaria de ter mais tempo para “escutar”, “dar carinho”, “dar atenção”. Nesse sentido esse sujeito reproduz a sua concepção de cuidado dentro da instituição de longa permanência, como algo atrelado a questões afetivas, nesse sentido mostra-se novamente enraizado as representações sociais da ILPI como um modo caritativo assistir os idosos institucionalizados.<sup>39</sup>

Outra modificação necessária está associada a necessidade de mais profissionais para o cuidado na instituição, nesse sentido, o DSC traz que na visão desse “sujeito”, aumentando o número de profissionais, melhoraria a qualidade da assistência.

Nessa perspectiva, as oficinas possibilitaram a identificação de uma categoria relacionada a “sobrecarga de trabalho”, física e psicológica:

*“[...] só sobrecarrega um pouco a gente. Porque igual, de manhã tem muita saída para médico, os banhos, a gente acaba dando sozinha, a gente já tem problema que agrava na coluna porque a gente mexe com peso, então acho que tempo fica muito corrido para fazer muita coisa em poucas pessoas e a gente sobrecarrega [...]” (P13)*

*“[...] e a gente não encontra mais força para estudar, não tem força até para arrumar outros serviços porque um só querendo ou não para a gente não dá, né. Então mesmo assim a gente tem que encontrar força para poder lidar com a família para poder lidar com outro serviço, para lidar com os estudos para quem estuda. [...]” (P17)*

*“[...]porque se eles falam, eles falam, porque idoso é diferente de criança, criança você ensina, agora idoso? Eles já sabem e eles não voltam, se é aquilo é aquilo e, então a sobrecarga psicológica também vai além [...]” (P17)*

Confirmando esse achado, uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, encontrou resultado semelhante, trazendo como justificativa para esse sentimento de sobrecarga a falta de profissionais de outras áreas para atuação na ILPI, a dependência do idoso fortalecida pelo processo de trabalho nas instituições e a falta de tempo para desempenhar as atividades.<sup>78</sup>

A ideia central “necessidade de mais formação”, mostra um sujeito coletivo que enxerga a necessidade de explorar conteúdos específicos no intuito de se modificar a sua prática.

Assim, as oficinas indicam a necessidade de desenvolverem atividade de educação permanente e educação continuada para a melhoria da qualidade da assistência prestada na instituição.

*“Às vezes tem alguma coisa nova, ou diferente que a gente não tem [...]” (P11)*

*Eu admito que isso fica muito falho, só que hoje ou eu preparo isso, ou eu cuido do idoso, encaminho ele, então falta... falta mais profissional para fazer esse tipo de trabalho [...]” (P7)*

Essa realidade também foi retratada em outro estudo realizado com cuidadores de ILPI. No sentido de compreender melhor a problemática faz-se necessário entender as diferenças de educação continuada e educação permanente.<sup>78</sup>

A educação continuada pode ser expressa por ações realizadas com o intuito de capacitar grupos profissionais específicos. Já a educação permanente consiste no desenvolvimento de atividades educativas problematizadoras que tenham como objetivo a transformação da dinâmica profissional, tomando como referência as necessidades identificadas por uma população mostrando-se assim mais significativa para a formação desses profissionais de forma participativa rompendo com a concepção de “qualificação”.<sup>95</sup>

A ideia central “maior participação da família” refere-se à situação de abandono familiar na qual muitas vezes encontram-se os moradores de ILPI. Nas oficinas a “interação entre o idoso e a família”, principalmente a sua falta, é tratada como um fator que pode implicar em sofrimento para os profissionais visto que a dinâmica familiar impacta diretamente a qualidade de vida do idoso.

*“[...] tem essas datas festivas, dia das mães, pascoa, você vem aqui natal, ano novo, eles estão tristes, sabiam que a família poderia ter vindo busca-los, mas eles estão tristes [...]” (P9)*

*“Tem uns que vêm toda semana, que eu acho que seria o correto... não conseguiu vir no final de semana porque ficou sobrecarregado, alguma coisa assim, mas vem um pouquinho durante a semana[...]” (P8)*

*“[você acham que isso faz diferença? ] Nossa, muita. Eles levam eles no restaurante, para tomar caldo de cana, então ele sabe... nossa é diferente para quem tem a cabeça boa. Ele sabe que ele tem família e que vai cuidar dele se ele precisar, tem muitos que não. [...]” (P6)*

Dessa forma, a ruptura ou a manutenção dos laços familiares representam para os profissionais de saúde fatores importante para a realização do cuidado em ILPI.

O sujeito coletivo identificado pela ideia central “melhorar a comunicação entre a equipe, se refere a um descompasso entre as condutas realizadas na instituição. Em estudo realizado em Belo Horizonte, encontrou que as ILPIs, devido a sua raiz histórica desenvolvem práticas assistencialistas, sem normatização de condutas, seguindo uma lógica não sistematizada na organização do trabalho.<sup>39</sup>

Ainda referente às modificações necessárias encontram-se “Novas formas de estimular o processo cognitivo dos idosos”, visto que na visão dos profissionais a situação com a qual se encontram os idosos, comprometem a autonomia desses idosos e, conseqüentemente,

diminuindo a qualidade de vida desses idosos que se tornam cada vez mais dependentes, resultando em aumento da sobrecarga de trabalho dos profissionais.<sup>78</sup>

### 4.3. Problemáticas e estratégias de superação

No intuito de aprofundar sobre as problemáticas encontradas no dia a dia da instituição essa sessão traz a construção coletiva das problemáticas apontadas pelos profissionais durante as duas etapas da presente investigação e as estratégias de superação construídas, levando em consideração sua possibilidade, na visão dos gestores e dos profissionais, de ser colocada em prática na realidade da instituição.

Nesse sentido, as estratégias apontadas tanto nas oficinas com os profissionais quanto com os gestores dividiram-se em três principais núcleos temáticos: a formação profissional, o estímulo do processo cognitivo dos idosos e a comunicação entre os profissionais.

#### 4.3.1 A formação dos profissionais para o cuidado com os idosos em ILPI

Referente à *formação profissional*, foi levantada a necessidade de realização de atualizações, assim como a educação permanente em saúde, com a finalidade de suprir as dificuldades encontradas em sua prática profissional. Essa categoria é expressa pelos seguintes fragmentos:

*“Talvez alguma coisa uma vez por mês, uma coisa mais rápida a gente não precisa pegar uma hora, vamos sentar meia hora, ‘qual tema que precisa?’ . É que a gente acaba deixando. E, na minha parte isso falta. Falta assim bastante” (P7)*

*“Porque na saúde a gente tem sempre mudanças, então tem muita coisa nova, tanto que em feridas, assim escaras a gente não tem assim tanto contato...” (P11)*

Nesse sentido, a sugestão foi a constituição de parcerias com instituições de ensino que pudessem contribuir no desenvolvimento dessas atividades, podendo atuar não só no desenvolvimento de atividades para o cuidado gerontológico, como também atividades voltadas para a preservação do cuidador:

*“[...] o cuidado não só com o paciente, mas com quem está cuidando também.” (P6)*

*“[...] até a parte afetiva também, no começo ela (profissional) chorava muito.  
” (P7)*

#### **4.3.2 O estímulo do processo cognitivo dos idosos em ILP**

Concernente a estimulação do processo cognitivo dos idosos, os problemas levantados foram *a falta tempo dos profissionais e/ou gestores para a realização de atividades com os idosos e a dificuldades dos idosos em se socializarem entre si.*

*“[...] então deveria assim ter um tempo para poder conversar ou para fazer, assim, um trabalhinho manual, alguma coisa assim, só que a gente infelizmente a gente foca naquilo”. (P17)*

*“[...] se tivessem assim mais voluntários para trabalhar com eles principalmente na parte de recreação, para ter esse, porque o que a gente tem muita falta são pessoas para fazer essa parte social... para a gente fica muito difícil, é muita coisa para fazer, né. E não dá tempo, não dá tempo de fazer.  
” (G2)*

*“Eles não fazem uma recreação entre eles. Se não tiver alguém para comandar eles não fazem” (G1)*

Nessa perspectiva, assim como anterior, os participantes indicam a realização de parcerias tanto com instituições de ensino quanto com outras organizações como a principal forma de suprir essa necessidade dos idosos.

#### **4.3.3 A comunicação entre os profissionais da ILPI**

Embora, durante as entrevistas, a problemática da comunicação tenha surgido de forma sutil, durante as oficinas ela apresentou-se como uma dificuldade encontrada pelos profissionais no cotidiano na instituição, impactando na realização do cuidado, como expresso nos seguintes fragmentos:

*“Os plantões fazem coisas completamente diferentes, ontem foi passado uma coisa, na maioria das vezes não avisa, então quer dizer quando a gente chega, a gente não está sabendo do que está acontecendo”. (P10)*

*“[...] às vezes um faz uma coisa de um jeito, quando você vai ver o povo faz diferente” (P11)*

*“Porque não adianta a gente trabalhar de um jeito e a outra pessoa trabalhar de outro, fica confuso até para eles [...]” (P10)*

Nessa lógica, foi proposta a utilização de estratégias que possibilite a melhora desse canal de comunicação entre os profissionais, que atuam na instituição em uma jornada de trabalho de 12 horas com 36 horas de descanso, a partir de ferramentas visuais como a organização de um mural de recados com a finalidade de padronizar a oferta de cuidado aos idosos.

Desse modo, apesar das entrevistas apresentarem outras necessidades, a partir da visão dos profissionais e gestores dessa ILPI a realidade de escassez de recursos possibilita a construção de estratégias apenas dentro desses eixos temáticos.



## 5 CONCLUSÃO

Ao investigarmos os processos que envolvem o cuidado em instituição de longa permanência para idosos e a formação para o cuidado percebemos a complexidade que permeia esse cenário ainda pouco explorado e enraizado em heranças históricas marcadas por mitos e preconceitos.

É válido ressaltar, ainda, que embora a falta da interação familiar com o idoso e os profissionais/gestores tenha sido percebida como uma problemática na primeira etapa da investigação pelos participantes da pesquisa, esses não enxergam como problema a ser superado visto a heterogeneidade das relações.

A política de cuidado instituída em nossa sociedade desconsidera as questões relacionadas a autonomia e a cogestão do cuidado devido a hegemonia do modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, mostrando-se ainda mais forte na assistência a pessoa idosa.

Desse modo, as representações da sociedade sobre as relações entre o cuidado, a pessoa idosa, como um indivíduo fragilizado e muitas vezes infantilizados, bem como das instituições de longa permanência influenciam a forma com a qual os profissionais e gestores se inserem e atuam nessas instituições, sofrendo um prejuízo, ainda maior devido a manutenção da visão assistencialista do processo de cuidado e o modelo caritativo de se produzir saúde.

Com relação à formação desses profissionais, é perceptível que as instituições de ensino ao formarem tanto os profissionais de nível médio como superior, não consideram em seus currículos o cenário de ILPI como espaço para a aprendizagem, bem como os conteúdos para o cuidado ao idoso não se faz presente ao longo do currículo ou estão inseridos de forma desarticulada dos contextos, não abordando as necessidades reais para o cuidado as pessoas no envelhecimento.

Dessa maneira, faz-se necessário investir nesse campo no sentido de propagar a política nacional de assistência a pessoa idosa, não só para os profissionais de saúde como para toda a sociedade. Os profissionais apontaram que esse investimento poderia ser durante sua formação inicial, bem como ao estarem inseridos nos serviços de saúde ou na ILPI por meio de educação permanente e/ou educação continuada.

Nessa direção, é preciso revisitar conceitos e práticas da cultura e valores socialmente construídos no Brasil, que considera o idoso, como uma pessoa destituída de sua capacidade de tomada de decisão, sem direito a autonomia no seu modo de optar pelos caminhos da sua vida.

## REFERÊNCIAS

1. Lehr U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. *Estud Interdiscip Envelhec.* 1999;1:7-36.
2. Fundo de Populações das Nações Unidas. *Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafios.* Nova York (NY): FPNU; 2012.
3. Atalaia-Silva K, Ribeiro P, Lourenço RA. Epidemiologia das demências. *Rev HUPE.* 2008;7(1):46-51.
4. Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enfermagem em Foco.* 2012;3(1):22-34.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000: população: perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2002. [citado 15 dez 2015]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1\\_2.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_2.shtm).
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: população: características da população e dos domicílios: resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2012. [citado 15 dez 2015]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/caracteristicas\\_da\\_populacao\\_tab\\_brasil\\_zip\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_brasil_zip_xls.shtm).
7. Organización Panamericana de la Salud. *Guia Clínica para atención primaria a las personas mayores.* 3a ed. Washington (DC); 2003.
8. World Health Organization. *Dementia: a public health priority* [Internet]. Geneva: WHO; 2012. [Cited 2015 Dec 10]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1).
9. Smeltzer SC, Hinkle JL, Bare BG, Cheever KH. *Brunner, Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 12a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.
10. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):1035-9.
11. World Health Organization. *World report on ageing and health* [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [Cited 2015 Dec 15]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1).
12. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* [Internet]. Brasília (DF): OMS; 2005. [citado 20 dez 2015]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).
13. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano AA,

organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2010. p. 93-122.

14. Lves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1199-207.
15. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):147-53.
16. Marin MJS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(1):147-54.
17. Camarano AA. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares a para idosos. In: Neri AL, organizadora. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo; 2008. p.169-90.
18. Boff L. *Saber cuidar: ética humana: compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
19. Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.
20. Gutierrez PR, Oberdiek HI. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L, organizadores. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Eduel; 2001. p. 22-8.
21. Zeferino MT, Santos VEP, Wall ML, Rocha PK, Blois JM, Meireles BHS. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro (RJ). 2008; 16(3):345-50.
22. Vaghetti HH, Padilha MICS, Carraro TE, Pires DEP, Santos VEP. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro (RJ). 2007;15(2):267-75.
23. Hermógenes J. *Autoperfeição com Hatha Yoga: um clássico sobre saúde e qualidade de vida*. 59a ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora BestSeller; 2017.
24. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Siqueira HCH, Martins FDP, Zamberlan C. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. *Rev Rene*. 2017 jan-fev; 18(1):43-50.
25. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA. Cuidados na enfermagem gerontológica: conceito e prática. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2016. p. 1247-54.
26. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*. 2016 dez; 29supl:118-27.
27. Camarano, AA. Política de cuidados para as pessoas idosas: necessidades contradições e resistências. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2016. p. 1237-46.
28. Ferreira ABH. *Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 2010. Asilo; p.219.

29. São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução n.123, de 27 de setembro de 2001. Define e classifica as instituições geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo (SP); 28 set 2001. [citado 15 maio 2016]. Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573146.pdf>
30. Christophe M, Camarano AA. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2010. p.145-62.
31. Porto F, Amorim, W. Escolas e cursos da enfermagem na história da profissão no Brasil (1890-1922). Revista Cultura de los Cuidados. Alicante (Espanha). 2010;14(27):40-5.
32. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. [Internet]. Brasília (DF). [citado 15 maio 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).
33. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 27 set 2005. [citado 15 maio 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html).
34. Camarano AA, Scharfstein EA. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2010. p.163-86.
35. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de geriatria e gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2013. p. 1299-310.
36. Costa MCNS, Mercadante EF. O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. Rev Kairós. 2013;16(2):209-22.
37. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). (2011). Infraestrutura social e urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Comunicados do IPEA. Série Eixos do desenvolvimento brasileiro, nº. 93.
38. Freitas AVS, Noronha CV. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. Interface Comun Saúde Educ. 2010;14(33):359-69.
39. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Rev Bras Enferm. 2009;62(6):870-5.
40. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/ CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. [online]. [citado 16 jun 2016]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>.

41. Leite MT, Gonçalves LHT, Battisti IDE, Hildebrandt LM. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área do envelhecimento. *Revista Rene*, Fortaleza. 2011;12(1):24-32.
42. Senac. Habilitação profissional técnica de nível médio em enfermagem: Eixo Tecnológico: Ambiente e Saúde. Autorizado pela Resolução nº 15/2016 de 26 de julho de 2016 emitida pelo Conselho Regional do Senac São Paulo. Documento vigente a partir de: 01/01/2017.
43. Duarte YAO, D'Elboux MJ, Berzins MV. Cuidadores de idosos. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2016. p. 1278-86.
44. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1999. [Internet]. [citado 10 maio 2016]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>.
45. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 23 jun 2014; Seção 1:8-11.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Marília: Informações estatísticas [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; [2012]. [citado 15 dez 2015]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352900&search=sao-paulo|marilia>.
47. Marília. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Estrutura organizacional [Internet]. Marília (SP): Prefeitura Municipal de Marília; [2013]. [citado 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/wpcontent/uploads/2013/01/AtribuicoesSaude.pdf>.
48. Marília. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Assistência Social. Estrutura organizacional [Internet]. Marília (SP): Prefeitura Municipal de Marília; [2013]. [citado 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/wpcontent/uploads/2013/01/AtribuicoesSocial1.pdf>.
49. Fortaleza F. Em Marília, 190 idosos moram em asilos e só 30% recebem visitas de familiares [Internet]. *Jornal Diário de Marília*. 30 set 2015. [citado 15 maio 2016] Disponível em: <http://www.diariodemarilia.com.br/noticia/141853/em-marilia-190-idosos-moram-em-asilos-e-so-30-recebem-visitas-de-familiares>.
50. Marília. Portal de Transparência da Prefeitura de Marília: repasses recebidos e transferências de recursos. [Internet]. Marília (SP); [201-]. [citado 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/portal-de-transparencia/repasses-recebidos-e-transferencias-de-recursos/>.
51. Brasil. Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. [Internet]. Brasília (DF); 1998. [citado 10 maio 2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9608.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm).

52. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
53. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2013.
54. Onocko Campos RT, Miranda L, Gama CAP, Ferrer AL, Diaz AR, Gonçalves L, Trapé TL. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. *Estud Pesqui Psicol.* 2010;10(1):221-41.
55. Collares-da-Rocha JCC, Wolter RP, Wachelke J. (2016). As pesquisas em representações sociais na revista psicologia e sociedade. *Psicologia e Sociedade.* 2016;28(3):582-88.
56. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 5a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
57. Jodelet D. Social representations: the beautiful invention. *Journal of the Theory of Social Behaviour.* 2008;38(4):411-430.
58. Rocha LF. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2014;34 (1):46-65.
59. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. organizadora. *As representações sociais.* Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ; 2001. p. 17-44.
60. Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Jovchelovitch S, Guareschi P. organizadores. *Textos em representações sociais.* 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1995. p 63-85.
61. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2a ed. Caxias do Sul (RS): Educs; 2005.
62. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):502-7.
63. MINAYO MCS. organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 18a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
64. Pereira F, Caria T. Saberes profissionais e trabalho profissional do gerontólogo. *International Journal of Development and Educational Psychology.* 2014;2(1):81-9.
65. Cornélio GF, Godoy I. (2013). Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2013;16(3):559-68.
66. Araújo CLO, Lopes, CM, Santos GR, Junqueira LP. Perfil dos colaboradores de uma Instituição de longa permanência para idosos (ILPI). *Revista Kairós Gerontologia.* 2014;17(1):219-30.

67. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. Representação social da formação de profissionais para o cuidado em instituição de longa permanência. In: 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 2017; Salamanca. Atas Investigação Qualitativa em Educação. Aveiro, Portugal: Ludomedia; 2017. p. 478-88.
68. Martins JJ, Borges M, Silva RM, Erdmann AL, Nascimento ERP. O processo de viver e de ser cuidador de idosos e a percepção dos cuidadores. *Cogitare Enferm.* 2011 Jan/Mar; 16(1):96-103.
69. Horta, WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. Esc. Enf. USR.* 1974. 5(1):7-15.
70. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo (SP): Hucitec; 2003. p. 51-67.
71. Santos RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Coutinho NPS. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesq Saúde.* 2016 Set/Dez;17(3):179-83.
72. Brownell, P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3323-30.
73. Casadei MC, Silva ACB, Justo JS. Bem-me-quer, mal-me-quer: uma análise dos cuidados dispensados ao idoso asilar. *Rev Kairós.* 2011;14(4):73-93.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
75. Teodósio ASS, Resende GA. Desvendando o Terceiro Setor: trabalho e gestão em organizações não- governamentais. In: Carvalho Neto, AM, Nabuco MR. organizadores. *Relações de trabalho contemporâneas.* Belo Horizonte: Instituto de Relações do Trabalho, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 1999.
76. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Ferreira EF, Moreira NA. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte – MG. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1285-92.
77. Duarte MJRS. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. *Rev Enferm* 1996; 34:126-30.
78. Colomé ICS, Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Carli R, Winck MT et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 abr/jun [citado 10 maio 2016];13(2):306-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>.
79. Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2016 [citado 11 maio 2016];19(6):887-905. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403849869002>

80. Brehmer L, Ramos F. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2014. 16(1), 228-37. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>
81. Marcolino TQ, Lourenço GF, Reali AMMR. Isso eu levo para a vida! Aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de prática. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017 [citado 12 maio 2016];21(61):411-20.
82. Terra MG, Camponogara S, Silva LC, Girondi JBR, Nascimento K, Radünz V, Santos EKA. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15:164-9.
83. Braccialli LAD, Marvulo MMC, Gomes R, Moraes MAA, Almeida Filho OM, Pinheiro OL, Hafne MLMB. Cuidado ampliado em enfermagem. *REME- Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte*. 2009;13(3):381-90.
84. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; 2010. p.117-30.
85. Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 2014;18(1supl):1077-87.
86. Colenci R, Berti HW. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(1):158-66.
87. Becerril LC, Porrás MDB, Gómez MAJ, Püschel VAA, Rojas AM, Ortega JL. Presencia del pensamiento reflexivo y crítico em los currículos de Enfermería em Iberoamérica: uma visión cualitativa. *Atas CIAIQ2016: Investigación Cualitativa em Educación*; 2016;1:128-137.
88. Leite MT, Gonçalves, LHT, Battisti IDE, Hildebrandt LM. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área do envelhecimento. *Revista Rene, Fortaleza*, 2011;12(1):24-32.
89. Mateos-Nozal, J., Cruz-Jentoft, A.J., Ribera Casado, J.M. A systematic review of surveys on undergraduate teaching of Geriatrics in medical schools in the XXI century. *European Geriatric Medicine*, 2014: 5 (2) , pp. 119-124
90. Costa LM, Germano RM. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. *Rev Bras Enferm* 2007;60(6):706-10.
91. Born T, Boechat NS. Cuidados ao idoso e à velhice. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2017. p.1301-310.
92. Brasil. Lei nº. 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet] [citado 10 abr 2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm).



93. Carneiro VF, Pequeno AMC, Machado MFAS, Aguiar DML, Carneiro C, Carneiro RI. Avaliação da aprendizagem: concepções e olhares de docentes do curso de odontologia. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2017;12(2):900-15.
94. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 43a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
95. Benites Falkenberg M, Lima Mendes, TdP, Pedrozo de Moraes E, de Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(3):847-52.

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Daniela Garcia Damaceno, responsável pela pesquisa “O cuidado em Instituição de Longa Permanência para Idosos: a formação dos profissionais” convido você a participar como voluntário (a) deste estudo por ser gestor ou profissional desta Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Esta pesquisa pretende: **avaliar o processo de formação dos profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos para o cuidado e propor estratégias de intervenção a partir da reflexão dos dados coletados.**

Para a realização da pesquisa cada participante deverá: Responder a entrevista que será realizada individualmente e participar das oficinas de construção de conhecimento realizadas em dias e horários previamente pactuados com os participantes no espaço da Instituição de Longa Permanência para idosos

Não há riscos relacionados com a sua participação. Caso perceba qualquer risco ou dano não previsto neste termo, o Sr. (a) tem o direito de não participar mais da entrevista ou da oficina.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, usando o endereço ou telefone da pesquisadora principal ou orientadora, que constam neste termo (vide abaixo).

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação no pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, ou da instituição pesquisada sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. O (a) S.r. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração com a sua participação.

### Consentimento Pós Informação

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer

momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também do objetivo da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, de não haver riscos, da garantia de confidencialidade, esclarecimentos, e que não terei gastos ou remuneração pela minha participação. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura	do	Daniela Garcia Damaceno	Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Mara Quaglio
Participante		RG: 47762865-5	Chirelli
RG:		COREN-SP: 343557	Docente da Faculdade de
		Fone: (14) 99790-2913	Medicina de Marília
		E-mail:	Orientadora da Pesquisa
		daniela.garcia22@yahoo.com.br	RG: 12.594.487-1
			COREN-SP: 32328
			Fone:(14) 3402 1744 – ramal
			1316
			e-mail:
			marachirelli@gmail.com

## APÊNDICE B

### Questionário semiestruturado para a entrevista com gestores da ILPI - 1º etapa da pesquisa

#### A - Identificação

1. **Idade:** \_\_\_\_ anos
2. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino
3. **Estado Civil:** ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Outros: \_\_\_\_\_
4. **Categoria Profissional:** \_\_\_\_\_

#### B – Formação

##### 5. Possui formação técnica ou superior?

- ( ) Técnica - Sim. Em: \_\_\_\_\_
- ( ) Técnica - Estou fazendo. Em: \_\_\_\_\_
- ( ) Superior - Sim. Em: \_\_\_\_\_
- ( ) Superior - Estou fazendo. Em: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

##### 5.1. Já fez algum curso ou especialização na área do cuidado ao idoso?

- ( ) Sim. Em: \_\_\_\_\_
- ( ) Estou fazendo. Em: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

#### C – Atuação Profissional

##### 6. História Profissional na Instituição:

- 6.1. Há quanto tempo atua nesta instituição? \_\_\_\_\_ anos
- 6.2. O que lhe motivou a vir trabalhar aqui?
- 6.3. Quais suas atribuições nesta instituição?
- 6.4. O que você considera essencial na contratação de profissionais para a assistência aos idosos da instituição?
- 6.5. O que é cuidado para você?
- 6.6. Como o cuidado é realizado aos idosos nesta instituição?
- 6.7. O que você considera como critério de qualidade da assistência prestada nesta instituição? Por quê?
- 6.8. Se você pudesse mudar alguma coisa do que tem sido realizado na instituição, o que você mudaria? Dê exemplos.
- 6.9. Você gostaria de me contar mais alguma coisa sobre o que foi conversado.

## APÊNDICE C

### Questionário semiestruturado para a entrevista com profissionais da ILPI - 1º etapa da pesquisa

#### A - Identificação

1. **Idade:** \_\_\_\_ anos
2. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino
3. **Estado Civil:** ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Outros: \_\_\_\_\_
4. **Categoria Profissional:** \_\_\_\_\_

#### B – Formação

##### 5. Possui formação técnica ou superior?

- ( ) Técnica - Sim. Em: \_\_\_\_\_ Em que lugar: \_\_\_\_\_
- ( ) Técnica - Estou fazendo. E \_\_\_\_\_ Em que lugar: \_\_\_\_\_
- ( ) Superior - Sim. Em: \_\_\_\_\_ Em que lugar: \_\_\_\_\_
- ( ) Superior - Estou fazendo. Em: \_\_\_\_\_ Em que lugar: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

##### 5.1. Já fez algum curso ou especialização nesta área?

- ( ) Sim. Em: \_\_\_\_\_ Em que lugar: \_\_\_\_\_
- ( ) Estou fazendo. Em: \_\_\_\_\_ Em que lugar: \_\_\_\_\_
- ( ) Não

#### C – Atuação Profissional

6. **Já trabalhou com idosos anteriormente? Como e onde foi? Você desempenhava o mesmo papel que faz hoje?**
7. **Se experiência previa: Sua experiência anterior contribuiu para o que você faz hoje?**
8. **História Profissional na Instituição:**
  - 8.1. **Há quanto tempo atua nesta instituição?** \_\_\_\_\_ anos
  - 8.2. **O que lhe motivou a vir trabalhar aqui?**
  - 8.3. **O que é cuidado para você?**
  - 8.4. **Como você realiza o cuidado é no dia a dia com os idosos?**
  - 8.5. **Você percebe se precisa melhorar alguma coisa no seu trabalho? Dê exemplos.**
  - 8.6. **Se você pudesse mudar alguma coisa no seu dia a dia, o que você mudaria? Dê exemplos.**

**8.7. Se caso teve formação específica: Como você percebe que a sua formação contribui para o seu dia a dia no trabalho? De que forma? Dê exemplos.**

**8.8. Você acha que em sua formação seria necessário alguma mudança que contribuiria para sua prática profissional? Dê exemplos.**

**8.9. Você gostaria de me contar mais alguma coisa sobre o que foi conversado.**

## APÊNDICE D

### ***Oficina: “A Prática dos Profissionais da ILPI e sua Formação para o Cuidar no Envelhecimento”***

#### *Bloco: Experiência / Formação Profissional*

Objetivo: refletir sobre a formação dos profissionais para realização da prática do cuidado gerontológico, identificar os problemas e construir estratégias de superação.

#### **Já trabalhou com idosos anteriormente? Como e onde foi? Você desempenhava o mesmo papel que faz hoje aqui?**

- Identificação promovida pela formação

“Foi uma experiência boa, eu nunca pensei em lidar com pessoas idosas. Depois que eu fiz o curso de cuidador eu vi que eu me encaixei nisso me identifiquei com a área e eu nunca tive dúvidas.” (P4, P5, P19)

- Cuidado formal.

“Eu já havia trabalhado com outros idosos. Foi muito bom, aprendi bastante coisa. Mas é diferente em todos os sentidos, na residência você vai dar o banho, pode ficar uma hora dando banho no idoso, aqui são 40-45 na instituição então já é uma coisa mais acelerada.” (P10, P13, P14, P19, P21, P22, P24, P25, P26, P27)

- Cuidado familiar

“Só com o meu familiar. Não cuidava dele, eu fazia o básico. Dava os medicamentos que eram para dar, alimentava, ajudava, ajudava a dar um banho. Só as coisas básicas.” (P12, P17)

#### **Se experiência previa: Sua experiência anterior contribuiu para o que você faz hoje? De que forma?**

- Aprendizado pela experiência

“Contribuiu muito, porque eu não tinha noção de cuidado ao idoso, a forma de interagir com ele, aprendi muito lá” (P4, P12, P13, P14 e P17, P19, P21, P24, P25, P26)

- Identificação com os idosos

“A experiência foi o que me fez entrar no ramo. Se eu não tivesse tido a experiência eu não tinha pegado amor pela profissão” (P12, P13, P17, P22, P24, P27)

- Mas há diferenças entre o cuidado no particular e em ILPI

“Só que assim, tem muita diferença de você cuidar de uma pessoa sozinha e de você cuidar de várias pessoas” (P19 e P21)

- Não houve contribuições

“Não, eu não uso a minha experiência lá, uso mais as coisas que a gente faz dentro de casa, então não. ” (P10)

**Se caso teve formação específica: Você percebe que a sua formação contribui para o seu dia a dia no trabalho? De que forma? Dê exemplos**

- Embasamento teórico

“Eu acho que contribuiu porque a maioria das coisas que eu aprendi eu consigo colocar em prática e aproveitar bastante” (P2; P8; P20; P23; P26; P27; P28; P29).

- Desenvolvimento de raciocínio crítico

“Eu vim de um método que desde cedo tem contato com a prática e liberdade para buscar recursos. Ajuda a ter um olhar diferenciado, porque muitas vezes vira tão rotina que você perde aquela essência. ” (P4 e P5)

- Desenvolvimento pessoal

“Contribuiu em questão de planejar mais as coisas. Depois do curso, também, vi que não existe só eu, que não é assim, todo mundo é igual. Para mim esse curso foi um aprendizado. ” (P3 e P19)

- A teoria é diferente da prática

“Contribui, mas não muita coisa. Porque o que você aprende é uma coisa e quando você chega a pratica é completamente diferente. ” (P1; P18; P21 e P25)

- O aprendizado se dá pela prática

“Meu curso para mim é a mesma coisa que nada. Aqui acaba aprendendo mais, porque cada dia de trabalho é sempre diferente. Assim, saber eu já sabia antes do curso e eu sei das coisas porque eu faço. ” (P18; P20 e P24)



**Você acha que em sua formação seria necessário alguma mudança que contribuiria para sua prática profissional? Dê exemplos**

- Maior carga horária de atividades práticas

“A teoria é importante, lógico, tem que ter a teoria, porque se não tiver a teoria você não vai saber a prática, mas eu acho que deveria ter mais prática. E por mais que tenha estágios, são muito fragmentados” (P1, P18, P21, P22, P23, P24, P27).

- Mais conteúdos específicos do cuidado gerontológico

“Não teve nada voltado ao idoso no meu curso. Eu acho que eles poderiam se aprofundar no específico do paciente, não nos cuidados no geral” (P1, P4, P18, P20, P22, P23, P26)

- Não acha necessário mudanças

“Eu acho que não, abordaram tudo, tudo. Primeiro se aprendeu na teoria, foi para a prática e voltou para mais teoria, acho que tem que ser assim mesmo. ” (P2, P19, P29).

- Mais conteúdos específicos do cuidado em ILPI

“É difícil um curso que tem contato com uma instituição de longa permanência, porque é um manejo diferente. ” (P3 e P5)

- Ensino focalizado nos pacientes

“O foco era nas técnicas e dentro do hospital mesmo. Lá o foco não é no paciente e aqui já é no idoso, é diferente. ” (P20, P25)

- Maior carga horária de estudo

“Acho que mais facilidade, mais conteúdo para você ler com mais calma, maior carga horaria para estudar, a qualificação se dá com o que você estuda. ” (P23, P26)

- Disponibilização de atualizações e troca entre profissionais

“Teria que estar tendo sempre uma atualização, curso, uma reciclagem, que possa reunir o daquela área, para estar fazendo uma atualização, cada um estar podendo passar uma experiência nova. ” (P28)

## APÊNDICE E

### *Oficina: “A Prática dos Profissionais da ILPI e sua Formação para o Cuidar no Envelhecimento”*

#### Bloco: Cuidado / Prática Profissional

Objetivo: refletir sobre o cuidado gerontológico e sua prática, identificar os problemas e construir estratégias de superação.

#### **O que te motivou a vir trabalhar aqui?**

- Indicação de terceiros

“Conheço uma pessoa que já trabalhava aqui há alguns anos e disse que eles sempre contratavam, entreguei o meu currículo, quando precisaram, ela me indicou.” (P1, P3, P4, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P21, P22, P23, P29)

- Necessidade financeira

“Na época, na verdade, nada me motivou, foi mais necessidade mesmo, pelo vínculo empregatício.” (P1, P2, P7, P8, P9, P10, P11, P13, P17, P18, P23, P26, P29)

- Identificação com a área

“Eu cheguei aqui e me identifiquei, aprendi a gostar dos idosos. Eu gostei, sabe me apaixonei e estou aqui até hoje. Amo cuidar deles e fazer aquilo que gosto.” (P1, P3, P4, P5, P8, P17, P19, P20, P22, P24, P25, P26, P27, P28).

- Campo de estagio voluntário

“Na verdade, como eu não tinha conseguido nada, entrei aqui como voluntaria me convidaram a trabalhar, eu fiquei e estou aqui até hoje.” (P3, P4, P6, P23, P28)

- Possibilidade do cuidado integral

“É a parcela da população que mais precisa de ajuda de forma mais completa e não segmenta a área do conhecimento como em sistemas sabe, vê o indivíduo idoso de forma mais ampla.” (P5)

- Interesse pela ILPI

“Eu passava olhava e eu falava que iria trabalhar aqui. Gostei também do horário, do lugar e por ser um trabalho sossegado.” (P7, P11, P13)

## O que é cuidado para você?

- Dar suporte

“Cuidado para mim é ajudar, você fazer alguma coisa por outra pessoa, se dedicar, tratar de uma forma justa. É você cuidar dele desde que ele entra numa entidade. ” (P1, P2, P3 e P4, P6, P8, P12, P13, P15)

- Suprir necessidades psicoafetivas

“O cuidado é um bom dia, uma boa tarde, é ouvir as queixas, parar prestar atenção, ouvir os problemas deles. Quem vai trabalhar com uma profissão dessas tem que ter amor pelo que faz”. (P1, P4, P8, P10, P11, P13, P14, P16, P18, P19, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28)

- Ter olhar ampliado

“Não vejo só cuidado como banho, higiene pessoal, essas coisas o cuidado é você ter cuidado com tudo, com a limpeza, com a higienização, é cuidar, de várias formas e o tempo inteiro e gostar daquilo que você faz”. (P1, P4, P9, P11, P17, P19, P20, P22, P23, P27, P28, P29)

- Contemplar necessidades de saúde

“O cuidado é contemplar necessidade. Não só a necessidade que a pessoa entenda que tenha, ou ela sinta, mas também aquela que ela não faz ideia de que ela precisa”. (P5)

- Suprir necessidades

“É cuidar da saúde dos pacientes, cuidar da alimentação para sair tudo no ponto certo, cuidar da higiene, organizar, limpar”. (P7, P12, P15, P20, P24, P26)

## Como você realiza o cuidado é no dia a dia com os idosos?

- Cuidado “cronometrado” e sistemático

“É muito corrido, o dia passa muito rápido, é bem puxado. Então, precisa trabalhar com horário aqui dentro, porque senão não dá conta, se não colocar horário não consegue realizar o cuidado”. (P1, P4, P6, P7, P8, P14, P15, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P28, P29)

- Cuidado longitudinal

“Tento fazer um seguimento longitudinal de forma mais lenta assim, não tem uma rotina de reavaliação estabelecida, mas com o passar do tempo consegue um acompanhamento longitudinal”. (P5)

- Cuidado em equipe

“É gratificante, nós somos uma equipe aqui quando uma precisa da outra a outra ajuda, somos uma parceria”. (P19, P24)

- Cuidado Ampliado

“A gente tem que ver tudo, tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe. Por exemplo, é muito importante no banho conversar, não é entrar no chuveiro e sair”. (P1, P4, P19, P21)

- Contato informal com o idoso

“A gente não cuida lá fora que é a parte delas, mas assim você conversa com eles. Às vezes, eles estão tristes a gente tenta conformar, conversar bastante”. (P2, P3, P6, P9, P10, P12, P15, P16)

### **Você percebe se precisa melhorar alguma coisa no seu trabalho? Dê exemplos.**

- Aumentar a disponibilidade de tempo

“Eu precisaria de mais tempo na verdade, eu não consigo realizar todas as atividades que eu teria que organizar, não consigo dar a atenção que gostaria”. (P1, P3, P5, P18, P20, P22, P24, P28)

- Aumento no número de profissionais

“Para atender as necessidades das pessoas que estão ali, nesta instituição em específico, precisaria mais profissionais”. (P1, P5, P18, P21, P23, P24, P29)

- Não acha necessário mudanças

“Eu não percebo, acho que vou fazendo meu trabalho. Sinto-me realizado, eu amo o que eu faço. Está ótimo do jeito que está”. (P2, P6, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P19)

- Maior contato com os idosos

“Eu acho que eu teria mais contato com os idosos”. (P3, P8, P12)

- Necessidade de mais formação

“Eu preciso ganhar mais conhecimento, e tem que ir buscando, sempre ir trazendo novidades. Contudo, a gente já teve tentativa de capacitação, mas não é fácil”. (P4, P5)

- Maior participação da família dos idosos

“Cobriria mais atenção da família, a falta da família para eles que atrapalha muito o trabalho”. (P25)

- Melhorar a comunicação entre a equipe

“A comunicação tanto com os demais colegas de serviço, quanto com a parte superior. Ter mais diálogo para a melhoria dos próprios idosos”. (P26)

- Maior número de atividades de lazer para os idosos

“Eu acho assim que eles precisariam de uma sala de recreação, uma sala de leitura, alguma coisa para eles. Esse tipo de cuidado a mais com eles”. (P28)

**Se você pudesse mudar alguma coisa no seu dia a dia, o que você mudaria? Dê exemplos.**

- Não mudaria nada

“Eu gosto do que eu faço, gosto do dia de trabalho, então não mudaria nada não, para mim está bom”. (P6, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P26)

- Convivência

“Eu mudaria a convivência com outras pessoas”. (P15)

- Maior número de profissionais

“Ter mais profissionais, alguém para atender mais, eu acho que ajudaria bastante, porque é muito puxado, muito corrido e eles dão trabalho”. (P1, P2, P7, P18, P22, P24, P25)

- Mais recursos

“Precisava de mais doações, ou mais recursos do governo”. (P1, P3)

- Maior participação do familiar

“Se eu pudesse brigaria com os familiares todos os dias para virem vê-los”. (P4)

- Novas formas de estimular o processo cognitivo dos idosos

“Mudaria o manejo, as formas de interagir, deveria ter outras maneiras de estimular o processo cognitivo de quem está lá dentro”. (P5, P19, P28)

- Maior disponibilidade de tempo

“Eu gostaria de ter mais tempo para fazer mais coisas por eles”. (P20, P21, P22, P23)

## APÊNDICE F

### *Oficina: “A Prática dos Profissionais da ILPI e sua Formação para o Cuidar no Envelhecimento”*

#### Oficina Gestores

Objetivo: refletir sobre o cuidado gerontológico, sua prática na instituição de longa permanência para idosos e a importância da formação profissional, identificar os problemas e construir estratégias de superação.

#### **O que lhe motivou a vir trabalhar aqui?**

- Fazer algo após a aposentadoria

“Eu vim quando eu me aposentei, não tinha mais nada o que fazer e precisava fazer mais alguma coisa, né. Então eu quis ajudar de uma maneira ou de outra”. (G1; G3 e G4)

- Interesse por atividades sociais.

“O gosto pela coisa. Eu gosto muito dessa parte social e enquanto trabalhava eu já pensava em fazer alguma coisa para o idoso e peguei o gosto pela coisa, entendeu”. (G1; G3 e G4)

- Convite de terceiros

“Eu entrei aqui por acaso. Vim conhecer a entidade através de um amigo que me convidou, me apaixonei e nunca mais saí. Acabei entrando na diretoria de livre e espontânea pressão, e fui fazendo, pedindo e graças a Deus fui ficando com prazer e alegria e faz muito bem para mim”. (G1; G2 e G3)

- Fragilidade do idoso frente a programas sociais

“Eu achava que sempre o idoso foi meio “aleijado” nos programas sociais do governo e que sempre foram abandonados. Aqui eu percebo que isso é verdade”. (G4)

### **O que você considera essencial na contratação de profissionais para a assistência aos idosos da instituição?**

- Características afetivas e emocionais

“A parte humana, emocional, dedicação, porque aqui se você não tiver paciência para lidar com os idosos, não tiver amor ao próximo, se você não gostar do que você faz, não aguenta ficar. Muita gente já foi mandada embora porque fazia o serviço automático. Porque tem que respeitar, não judiar, antes de pôr a mão tem que pôr o coração”. (G1; G2 e G4)

- Capacitação técnica e cognitiva

“O mais importante é que a pessoa tenha conhecimento, seja capacitado profissionalmente, pois não é qualquer um que consegue trabalhar com o idoso e, além de ser tecnicamente capaz, tem que saber lidar com as pessoas e ter um pouco de dom para o serviço”. (G3 e G4)

### **O que é cuidado para você?**

- Afeto

“É a forma com a qual a pessoa trata o idoso, é tratar da melhor forma possível. É ter carinho, paciência, amor, atenção e dedicação com eles, porque cuidar é se dedicar”. (G1; G3 e G4)

- Suprir necessidades

“Cuidado para mim é eles estarem sempre limpos, bem alimentados, bem arrumadinhos, com o quarto limpo, o banheiro limpo, a comida bem feita, quando eles não conseguem comer com a própria mão o cuidado de darem na boca, é cada um fazer na sua área bem feito, pois você realizando bem o seu serviço, você está cuidando bem da vida deles”. (G1 e G2)

- Ter olhar ampliado

“É ter um olhar diferente voltado ao idoso que já é uma pessoa fragilizada, uma pessoa que já foi abandonada. Eles são carentes, precisam de tudo, não têm nada, então o pouco que você dá já ficam felizes, é prestar atenção neles, é brigar com a família para vir visitar, isso tudo é cuidado”. (G3)

### **Como o cuidado é realizado aos idosos nesta instituição?**

- Cuidados gerais

“É realizado da melhor maneira possível. Trata-se o idoso como uma pessoa que merece todo o cuidado, tem a parte de enfermagem, tem a parte de cuidadoras, que são os banhos, alimentação, tem a parte das cozinheiras e tudo tem que ser feito com amor”. (G1 e G2)

- Cuidados físicos

“Eles são fisicamente bem cuidados e tudo começa pela maneira de acordá-los para tomar banho, tirar da cama, dar o café com carinho, esperar aquele que demora mais do que aquele que come mais rápido e trocar a fralda. Eles têm um bom lugar para dormir, para descansar, para se alimentar, nós temos seis refeições diárias, tem os cuidados de higiene diários e semanais, trocam de toalhas, lençóis. Eles tomam remédios, tem médico, tem enfermeira e os auxiliares e tem uma parte da fisioterapia também”. (G2, G4)

- Suporte emocional

“Tem que estar alerta porque as vezes não está fisicamente doente, mas a dor da depressão também é grande”. (G2)

- Atividades recreativas

“Tem estagiários de psicologia que ajudam muito na parte lúdica, de brincadeiras, de fazer bingo, que eles gostam muito. Vamos para circo, cinemas, no shopping, tomar um sorvete, para chácara e eles adoram. Tem-se procurado fazer essa parte social para eles também terem alguma atividade, sabe, mas a gente tem muito poucos voluntários”. (G4)

### **O que você considera como critério de qualidade da assistência prestada nesta instituição? Por quê?**

- Cuidado humanizado

“A primeira qualidade é a humanização, aqui trata-se o idoso de uma maneira que ele se sinta como se ele estivesse em casa, afinal você não está mexendo com uma planta, então se você não gosta, não tem paciência, procure outro emprego”. (G1 e G3).

- Condições físicas do idoso e do ambiente

“Está sempre tudo limpo, eles não cheiram, estão sempre limpinhos. Os quartos são limpos, cheiram pessoa que tomou banho, o ambiente é limpo, a cozinha sempre impecável, a



alimentação é de qualidade e, além disso, sempre são seguidas as normas dada pelo médico responsável pelo tratamento do idoso”. (G2; G3 e G4)

- Qualidade da assistência prestada

“Os idosos são muito bem cuidados, muito bem tratados e eles não querem sair daqui porque devem gostar daqui. Os funcionários são muito atentos, trazem os problemas e as soluções. Tem excelentes funcionários que vestem a camisa do asilo, em contrapartida, busca-se dar todas as condições disponíveis para todos os profissionais dar a melhor assistência aqui”. (G4)

**Se você pudesse mudar alguma coisa do que tem sido realizado na instituição, o que você mudaria? Dê exemplos.**

- Atividades sociais e recreativas

“O que falta aqui na casa é a parte social, recreativa, pois não temos condições de ficar muito tempo lá, então falta esse tipo de atividade de recreação, eles ficam muito parados, vão ficando moles. Tinha que ter lugares pra brincadeiras, pinturas, biblioteca, pois tem alguns que gostam de ler. Aqui não tem essa estrutura e deveria ter, seria um lugar melhor”. (G1 e G4)

- Estrutura física da instituição

“Eu acho que aqui a gente precisa de uma estrutura física melhor, para poder receber, trabalhar e cuidar melhor. Eu abriria a cozinha para ficar tudo um acesso inteiro para que os idosos pudessem se ver sempre e não só na hora da refeição”. (G2 e G4)

- Capacidade financeira da instituição para melhoria na qualidade de vida

“Conseguir oferecer as coisas de acordo com as necessidades de cada um para que eles tivessem aqui tudo o que precisam para ter uma vida suave, tranquila”. (G3)

## ANEXO A

FACULDADE DE MEDICINA DE  
MARÍLIA-FAMEMA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

**Pesquisador:** Daniele Garcia Damaceno

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57229316.7.0000.5413

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.662.805

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo que será realizado em uma Instituição de Longa Permanência, a partir de entrevistas com gestores e profissionais, visando obter dados sobre a concepção de cuidado e, a partir disso, realizar oficinas de reflexão sobre o cuidado que é prestado na Instituição

**Objetivo da Pesquisa:**

Avallar o processo de formação dos profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos para o cuidado e propor estratégias de intervenção a partir da reflexão dos dados coletados

**Objetivos específicos**

- Caracterizar os profissionais responsáveis pela assistência ao paciente institucionalizado;
- Compreender como se deu a inserção desses profissionais na Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Identificar como é realizado o cuidado na Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Compreender o que significa "cuidar" para os diferentes profissionais envolvidos na assistência do paciente idoso institucionalizado;
- Analisar como ocorreu a formação dos profissionais da Instituição de Longa Permanência para

Endereço: Rua Orlando Righetti, 269

Bairro: Fregata

CEP: 17.519-230

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1744

Fax: (14)3402-1079

E-mail: dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE  
MARÍLIA-FAMEMA



Continuação do Parecer: 1.662.805

Idosos para realizarem o cuidado aos Idosos;

- Realizar processo reflexivo sobre a formação e o cuidado aos Idosos na Instituição de Longa Permanência para Idosos e propor intervenções para superação dos problemas identificados

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considerando que as Instituições de Longa Permanência para Idosos trabalham com limitações no número de profissionais, é importante deixar claro o tempo gasto e como as entrevistas e oficinas serão realizadas, visando garantir que não haverá prejuízos aos cuidados a esses Idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante e trará contribuições para o cuidado ao Idoso Institucionalizado.

Foiha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Declaração da Instituição co-participante conta com a assinatura do responsável pela Instituição

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP FAMEMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS manifesta-se pela Aprovação do Projeto de Pesquisa.

Aprovado: Retirar Documentos assinados pelo CEP/FAMEMA após 09/08/16

Observação: O CEP FAMEMA informa que, a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	03/08/2016		Aceito

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269  
 Bairro: Fragata CEP: 17.519-250  
 UF: SP Município: MARILIA  
 Telefone: (14)3402-1744 Fax: (14)3422-1079 E-mail: dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE  
MARÍLIA-FAMEMA



Continuação do Parecer: 1.002.005

Básicas do Projeto	ETO_728306.pdf	16:05:02		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA.docx	03/08/2016 16:04:29	Daniela Garcia Damaceno	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/06/2016 10:21:37	Daniela Garcia Damaceno	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	11/06/2016 10:20:17	Daniela Garcia Damaceno	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Daniela.docx	11/06/2016 10:14:22	Daniela Garcia Damaceno	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_2016.pdf	11/06/2016 10:09:16	Daniela Garcia Damaceno	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARILIA, 04 de Agosto de 2016

---

Assinado por:  
Valdeir Fagundes de Queiroz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Orlando Righetti, 269  
Bairro: Fragata CEP: 17.519-230  
UF: SP Município: MARILIA  
Telefone: (14)3402-1744 Fax: (14)3422-1079 E-mail: [diapos@famema.br](mailto:diapos@famema.br)

## ANEXO B

## ASSOCIAÇÃO CASA DO CAMINHO

## DECLARAÇÃO

Declaro que tenho CIÊNCIA e AUTORIZO a execução do projeto de pesquisa: “O cuidado em Instituição de Longa Permanência para Idosos: a formação dos profissionais”, a ser conduzido pela pesquisadora Daniela Garcia Damaceno, enfermeira, mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília, junto a esta Instituição. Declaro ainda que conheço, cumprirei e farei cumprir os requisitos da Resolução/CNS nº 466/12 de 12/12/12 (Publicada no DOU nº 12 de 13/06/13 – seção 1 pág.59) e suas complementares, bem como esta instituição co-participante tem condições para o desenvolvimento deste projeto, e de seu compromisso na disposição da infra-estrutura, do resguardo, da segurança e do bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Destacamos que o início deste projeto de pesquisa fica vinculado à apresentação do Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da FAMEMA à diretoria da Associação Casa do Caminho.

Marília, 2 de maio de 2016



Marisa Marques de Castro

Presidente

Associação Casa do Caminho