

NATÁLIA ALVES BARBIERI

O DOM E A TÉCNICA:
O Cuidado a Velhos Asilados

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

São Paulo
2008

Natália Alves Barbieri

O DOM E A TÉCNICA:
O Cuidado a Velhos Asilados

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências pelo Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof^a Dr^a Cynthia Andersen Sarti

São Paulo
2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

E-MAIL: nabarbieri@uol.com.br

Barbieri, Natália Alves

O Dom e a Técnica: o cuidado a velhos asilados./Natália Alves Barbieri. - - São Paulo, 2008.

ix, 207f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Gift and Method: caring for the institutionalize aged population

1. Cuidado. 2. Representação. 3. Velhice. 4. Instituição. 5. Saúde Coletiva

Natália Alves Barbieri

O Dom e a Técnica: o cuidado a velhos asilados

Presidente da banca:

Prof. Dr. _____

Banca examinadora

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Agradecimentos

Cynthia Sarti, pela confiança e dedicação constante. Obrigada!

A todos os funcionários e idosos da instituição em que foi realizada esta pesquisa por compartilharem suas idéias e vivências, sem as quais este trabalho não seria possível.

Rosana Marchin e Manoel Tosta Berlinck, pelas sugestões na banca de qualificação.

Cida Aidar pela generosidade e intuição. Cida Yoshitome pela disponibilidade. Sandra Fagundes pela paciência.

Delia Goldfarb e Ruth Lopes, pela referência e incentivo.

Aos colegas do seminário de pesquisa pelas críticas e sugestões, em especial para Rosa Lopes e Regia Oliveira pelas leituras cuidadosas.

Adriana Zacchi, Mariana Oliveira, Ivan Estevão, Clarissa Metzger, Daniel Alencar, Luciana Rebello, Fernanda Borges, Bárbara Reze, Danilo Apoena, Eduardo Ferroni, Cesar Shundi, Maria Julia, Ana Lúcia e Maíra Peixeiro, amigos queridos que, presentes neste percurso, ajudaram a torná-lo mais leve.

Moracy Almeida, Alessandro Kusuki, Pedro Barros e Martina Otero pelos deliciosos jantares.

Anne Dieterich, pela generosidade.

Badu, pela companhia.

Francisca, Olívia, João e Hugo (*in memoriam*), velhos queridos que me ensinam a todo instante como envelhecer com dignidade.

Carol e Marta, cada qual a sua maneira, presentes e companheiras.

Marilena e José Carlos por ensinarem o caminho das letras e estimularem em nós o desbravamento da grandeza desse mundo.

Pablo Hereñu, por tudo!

Agradeço especialmente a CAPES pela bolsa que permitiu a realização dessa dissertação.

Sumário

Agradecimentos	v
Resumo.....	ix
Abstract	x
Introdução – Problema e proposta desta pesquisa.....	1
O panorama geral de onde surge o problema	6
Objetivos	16
Capítulo 1 – Referencial teórico e metodológico: Antropologia e Psicanálise	17
Etnografia: o contato com o outro	22
Etnografia e psicanálise	24
A transferência no trabalho de campo	28
A análise dos significados sociais: representações	32
Capítulo 2 – Traços da história das instituições asilares para idosos	35
O desenvolvimento da medicina no século XIX	38
A geriatria e a gerontologia.....	44
O surgimento das instituições asilares para idosos no Brasil	47
A transformação da velhice em problema social	52
Capítulo 3 – O Campo da Pesquisa.....	59
Os primeiros contatos com a instituição: o estabelecimento das trocas	61
O contato com profissionais, funcionários e idosos	64
A nova negociação: a escolha dos profissionais para as entrevistas	67
A análise dos dados	73
Capítulo 4 – A Instituição	75
As relações institucionais permeando os espaços	78
Capítulo 5 – O cuidado a velhos asilados	113
O Trabalho e as relações institucionais	115
Os profissionais e funcionários entrevistados: a escolha da profissão	115
Entre o modelo asilar e o modelo hospitalar	119
Saber técnico e Saber vocacional	123

A conduta médica e a interdisciplinaridade	133
Designações e concepções de <i>Velho</i> , <i>Velhice</i> e <i>Envelhecimento</i>	135
O <i>Velho</i> não existe	141
Dependência e desejo de autonomia	148
A velhice como um <i>estado de espírito</i>	153
O Cuidado Institucional.....	155
Cuidado técnico x Cuidado humanizado	157
Ofício sacrificado	161
O cuidado como dom.....	165
A especificidade do cuidado ao idoso	172
Considerações Finais	177
Bibliografia	189
Anexos	199

Resumo

O presente trabalho tem como tema central as representações de velhice, envelhecimento e cuidado para profissionais que trabalham numa instituição asilar para idosos. As representações são entendidas como inerentes à prática de cuidado, sendo esta considerada um fenômeno relacional abordado pelos papéis exercidos por ambos protagonistas: aquele que cuida e aquele que é cuidado. Após revisão bibliográfica sobre o tema foi realizado um estudo de caso etnográfico numa instituição asilar no Município de São Paulo. Foram sujeitos desta pesquisa todos os profissionais da instituição, pois o cuidado permeia todas as instâncias do serviço, não se restringindo à enfermagem. O trabalho de campo foi realizado através de observação participante e entrevistas. A análise e metodologia foram orientadas pela articulação entre a Psicanálise e a Antropologia Social, que se encontram na área da Saúde Coletiva ao considerar os fenômenos humanos e sociais a partir de registros simbólicos, que ordenam o mundo a partir de significados, atribuídos por regras sociais. Após descrição do campo da pesquisa, os dados foram analisados em três grandes temas: (1) o trabalho e as relações institucionais; (2) designações e concepções de velho, velhice e envelhecimento e (3) o cuidado institucional: o dom e a técnica. A estrutura da instituição, baseada nos modelos caridoso e biomédico de atendimento, revelou-se um ponto crucial para a prática de cuidado aos idosos, por pressupor o saber e o dom (como dádiva) apenas aos profissionais, mantendo o idoso como alguém desamparado e que necessita de ajuda. O uso de termos “politicamente corretos” contribui para afastar o profissional do contato com a velhice do morador, como se o velho não existisse na instituição. O trabalho de campo permitiu lançar novos olhares para as questões levantadas na revisão bibliográfica, propor caminhos e sugestões para outros estudos que possam contribuir para enfrentar os inúmeros desafios relativos à assistência aos idosos como problemas de saúde pública.

Abstract

The central subject of the present work is the representation of the third age, aging and the care to be taken by professionals, who work in homes for the aged. The way of representing the concerned subject is understood as inherent to the proper caring, considering it a phenomenon of the relationship between both protagonists: the one who cares and the one is being cared of. After the textual research on the topic, an ethnological case study was carried out in a home in the city of São Paulo. Subjects of this research were all professionals involved in the institution, since the caring permeates all levels of institutional services, not being limited to the nursing alone. As part of the field work, interviews were conducted along with participant observation. Analysis and methodology were based on the articulation between psychoanalysis and social anthropology, as found in the area of collective health as regards to the human and social phenomenon based on symbolic registries, which organize the world according to significations, attributes defined by social rules. Following the description of the field work, the collected data was analysed in three large themes: (1) work and institutional relations; (2) designations and conceptions of the aged, the third age and the aging process and (3) the institutional caring: gift and method. The organizational structure of the institution, based on charitable and biomedical assistance, turned out to be a crucial aspect for the caring of the aged, by associating knowledge and gift (as a given talent) uniquely with the professionals, while considering the elderly person as someone helpless, needy of assistance. The use of “politically correct” terms contributes to the gap between the professional and the third age of the resident, as if the elderly persons themselves were not present in the institution. This field work shed light on questions raised in the textual inquiry, opening paths and suggestions for further studies that could aid to confront the innumerable challenges related to the caring of the aged as a public health problem.

Introdução – Problema e Proposta desta Pesquisa

Introdução - Problema e proposta desta pesquisa

O aumento da longevidade humana nas populações, observado no fim do século XX, gera inúmeros desafios para a área da saúde com respeito à assistência aos idosos. Apesar da busca constante pela manutenção da saúde e da vida ativa e prazerosa no envelhecimento, o avançar da idade contribui para o advento de doenças crônicas e impedimentos que podem comprometer a independência da pessoa em seu cotidiano. O surgimento de novas concepções de hotelaria para idosos vêm responder justamente a demanda por um tipo de cuidado intensivo e integral para pessoas que apresentam grave comprometimento de saúde, diante das dificuldades da família em assumir esta função.

O problema desta pesquisa começou a se delinear a partir de pedidos dirigidos a um grupo de pesquisa¹ na área da gerontologia, de indicação de serviços que fossem de “boa qualidade” e “confiáveis”, para o encaminhamento de familiares idosos que apresentavam um agravamento de alguma patologia crônica. Estas famílias já não conseguiam manter, financeira e afetivamente, os cuidados exigidos a partir dessa nova situação familiar.

A indicação desses serviços passava a ser um problema, pois outros familiares se queixavam dos serviços que encontravam nas instituições, mesmo daquelas que eram consideradas referências de qualidade no atendimento². As queixas, em geral, referiam-se a ocorrência de uma excessiva rotatividade nos quadros de funcionários que exerciam os cuidados básicos e que permaneciam maior tempo com os idosos, indicando, portanto, uma inconstância na prática do cuidado. Este permanente remanejamento, em princípio, caracterizaria um dos motivos da variabilidade na qualidade destes serviços.

O cuidado envolve um encontro no qual um lado está predisposto em relação ao outro, configurando, portanto, uma relação transferencial. Supõe-se que na prática do

¹ Grupo de pesquisa do CNPq: *Acompanhamento terapêutico com idosos*, que faz parte da linha de pesquisa: Gerontologia: Processos Político-Institucionais e práticas sociais. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP, coordenado pela Prof^a Dr^a Ruth G. C. Lopes.

² Estas informações sobre serviços voltados para idosos na cidade de São Paulo podem ser acessadas em www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/servicosNEPE.ppt.

cuidado aos idosos, o profissional utilize tanto o repertório científico-técnico, caso o tenha, quanto também o seu repertório pessoal marcado por uma história particular para lidar não só com as tarefas cotidianas, mas também com as implicações pessoais, despertadas neste tipo de trabalho. Considera-se, como ponto de partida, que a relação estabelecida pelo cuidado, de caráter transferencial, está diretamente vinculada aos significados deste lidar constante com o processo de envelhecimento do outro e de si mesmo. Está presente a vivência do tempo, determinada pela finitude, situação difícil por colocar em questão o inexorável futuro de todos nós.

O envelhecimento, assim como a morte, são aspectos constantemente negados no contexto social que estimula a idéia de uma juventude narcísica, como um bem superior associado ao sonho de consumo (Messy, 1993; Birman, 1995; Debert, 1999). Envelhecer tende a ser pensado como um processo que ocorre sempre com o outro, nunca consigo mesmo e os profissionais que atuam com idosos também fazem parte desta cultura, que evita, a todo custo, a vivência da passagem do tempo.

A teoria psicanalítica trabalha com a idéia de que a libido e o desejo permanecem no sujeito, com suas vicissitudes, até o momento da morte. É no embate constante com a mortalidade e a finitude da vida que o humano se configura como sujeito na relação com o outro (Messy, 1993). Trabalhar e pensar sobre a velhice implicam um contato com o próprio processo de envelhecimento por parte do profissional envolvido, seja ele o enfermeiro, o médico, o auxiliar de limpeza, o terapeuta ocupacional, a recepcionista ou o assistente social. No entanto, segundo Goldfarb (1998), observa-se uma resistência nas práticas com a população idosa, decorrente de questões referentes à vivência do processo de envelhecimento para cada um:

“Acreditamos que tal fenômeno seja conseqüência de preconceitos que vão desde a crença de que qualquer intervenção é inútil, já que os velhos não seriam modificáveis e estão perto do fim, até o medo de que os pacientes idosos morram durante o tratamento, o que sem dúvida mobiliza a própria onipotência; mas é bastante plausível que ele se deva bem mais à negação do próprio processo pessoal de envelhecimento do que a diferenças imanentes às diversas teorias” (p.18).

Este deparar-se com o envelhecimento do outro e de si mesmo permeia a relação cotidiana entre profissionais e os idosos usuários dos serviços. Este aspecto foi trabalhado por Setllage (1997), que descreveu um atendimento psicanalítico a uma centenária, elencando alguns fatores que podem aparecer na transferência para o analista que trabalha com pacientes idosos, a saber:

“(1) conflitos não resolvidos do analista relativos às relações dos pais; (2) transferências multigeracionais deslocadas e confusas; (3) reverência ou idealização em relação ao paciente; (4) temores relativos ao próprio envelhecimento do analista; (5) consciência do expirar do tempo e (6) uma ansiedade e tendência ao acionamento mítico em direção ao niilismo e negativismo relativos aos pacientes muito idosos” (p.65).

Setllage (1997) também aponta uma tendência naqueles que trabalham com idosos, e não somente nos analistas, a atribuir primeiramente uma piora do funcionamento mental da pessoa à deterioração orgânica, ignorando aspectos de outra ordem. Neste sentido mostra-se relevante o trabalho com os profissionais para que não atuem contra o velho e não restrinjam sua atuação às questões meramente patológicas; como diz Lopes (2000): “ouvir esses profissionais é tentar compreender quais as expectativas em relação à saúde na velhice e qual a ressonância dos desejos dos idosos junto a esses profissionais” (p.70).

O profissional na área da saúde não costuma ser identificado como um objeto de pesquisa, prevalecendo uma tendência a privilegiar apenas o outro lado da relação de cuidado, ou seja, o paciente, o usuário do serviço ou simplesmente aquele que é atendido (Laplantine, 2004). O cuidado é compreendido neste estudo em sua dimensão relacional, ou seja, na relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, sendo ambos protagonistas neste encontro. Buscou-se, assim, descrever e analisar as representações de velhice e envelhecimento para trabalhadores de uma instituição asilar, por entender que as mesmas estão decisivamente implicadas na prática de cuidado aos idosos.

Para abordar este problema foi realizada uma pesquisa exploratória por meio de um estudo de caso etnográfico numa instituição asilar para idosos no Município de São Paulo, com o intuito de investigar *in loco* as questões inerentes à prática de cuidado institucional aos idosos. Partiu-se do pressuposto que todos na instituição estão

envolvidos na realização do cuidado, não sendo esta uma função restrita ao campo da enfermagem. A articulação entre a Antropologia Social e a Psicanálise, na área da Saúde Coletiva, permitiu abordar, teórica e metodologicamente, o cuidado como fenômeno humano e social constituído pelos significados que lhe são atribuídos, sendo estes constituídos socialmente (Birman, 1991; Sarti, 2001).

Diante deste quadro inicial, algumas perguntas foram surgindo e serviram de orientação para esta pesquisa:

- a) Quais questões se apresentam no trabalho com idosos moradores de instituições que geram esta rotatividade constante de profissionais?
- b) Como se dá a relação de cuidado entre profissional e idoso, para o profissional?
- c) Como trabalhar com idosos em situação de extrema fragilidade física, psíquica e social?
- d) Como os significados de velhice e envelhecimento, inerentes ao cuidado com idosos, se refletem na prática institucional?

O panorama geral de onde surge o problema

A escolha por realizar a pesquisa numa instituição justificou-se pela constatação, a partir de algumas reportagens da mídia e informações oferecidas por órgãos públicos, como será visto adiante, de um aumento da presença das mesmas no Município de São Paulo. Chaimowicz, Greco (1999) apontam para o crescimento deste atendimento num futuro próximo, a partir de 2010, seguindo uma tendência que vem ocorrendo em outros países, explicitando uma demanda por este tipo de serviço na atual conjuntura. Não existe um censo nacional que informe a quantidade de instituições, nem de idosos assistidos e as estimativas variam muito de autor para autor. Os autores acima citados inferem que a residência em instituições corresponde a 1% de toda a população idosa no Brasil, valor que justificam pela insuficiência de vagas disponíveis nestes lugares. Este valor não é desprezível, uma vez que a população nacional de idosos, segundo IBGE, era de 16,7 milhões de habitantes correspondendo a 9,6% da população total em 2004. Berzins (2006) aponta para uma estimativa entre 5 e 10% da população

institucionalizada entre os idosos, ao incluir em sua consideração a presença das instituições clandestinas, ou seja aquelas não registradas no Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária (CMVS), exigência necessária para o pleno funcionamento do serviço.

O cuidado aos dependentes familiares, crianças e velhos, atividade identificada com o feminino, passa a ser colocado como um problema com a entrada da mulher no mercado formal de trabalho já que esta mudança, no âmbito público, não acompanhou uma reformulação da divisão das tarefas domésticas. Estas transformações no seio familiar irão colocar em pauta o cuidado à velhice dependente como uma questão social, no momento em que as famílias passam a não mais encontrar as condições necessárias para cuidar adequadamente de seus velhos no âmbito privado (Sarti, 2001a)³.

O número crescente de instituições de atendimento aos idosos parece responder a esta demanda social, que tem encontrado nestes locais uma possibilidade de cuidado diante do aumento da longevidade e conseqüentemente dos quadros patológicos crônicos, caracterizados pela ampliação da fragilidade e das restrições da vida diária. Segundo Goldfarb (2006), a fragilidade deve ser entendida não apenas pelo declínio biológico evidenciado pelo corpo envelhecido e por uma vulnerabilidade social caracterizada pelas condições de vida, mas também pelos fatores subjetivos e culturais por “contribuírem na montagem da situação de fragilidade” (p.74).

Estas instituições compreendem tantos empreendimentos pequenos e clandestinos, de “fundo de quintal”, como os de alto padrão envolvendo grandes investimentos⁴, como é o caso de uma rede de estabelecimentos residenciais que se autodenomina *hotelaria hospitalar de alto-luxo* baseada em tecnologias estrangeiras, que prevê a implementação de 20 unidades no Brasil nos próximos anos⁵. Em ambos os casos, as instituições de moradia para idosos vêm sendo consideradas negócio rentável.

³ A discussão sobre a família e o cuidado aos velhos será feita no decorrer do trabalho.

⁴ Fontes: Labruna JC, Berto D. Hotelaria: mercado “sênior” atrai investimentos. Brasil notícias - divisão comunicação empresarial. 10 Out 2007. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.net/modosdemorar. Oliveira R, Yuri D. De casa nova. A Folha de São Paulo. 23 Abr de 2006; Seção C: 7-10.

⁵ Fonte: Revista Veja. 03 Out 2007, seção comportamento: edição 2028,.

Se no âmbito privado as instituições têm sido consideradas um investimento lucrativo com uma demanda de mercado garantida, observa-se outra ênfase dada pela mídia no debate sobre o envelhecimento. As matérias jornalísticas privilegiam o impacto e o ônus da população idosa na previdência e no setor da saúde, sendo a questão da velhice apresentada principalmente como uma sobrecarga social e econômica, dados os altos gastos com a previdência social e com o atendimento terciário na saúde, referente aos cuidados com doenças crônicas freqüentes nos idosos (Minayo, Coimbra Junior 2002; Souza et al., 2002).

Em agosto de 2007, a Prefeitura do Município de São Paulo inaugurou um empreendimento habitacional com 145 apartamentos, apelidado pela comunidade de “Vila dos Idosos”, voltado inteiramente para pessoas com mais de 60 anos e renda de até três salários mínimos⁶, sendo considerada uma alternativa de moradia para pessoas de baixa renda. Apesar desta proposta ser, em si, inovadora por pressupor adaptações no espaço urbano que visam a manutenção do convívio social (contrária à idéia do confinamento asilar), esta é uma iniciativa isolada. Este fato agrava-se quando se considera a dimensão do Município de São Paulo, no qual 9% dos mais de 10 milhões de habitantes no ano de 2001 encontrava-se com 60 anos ou mais de idade⁷. Não há no plano de governo das várias gestões do Município, um projeto específico na área do envelhecimento, do qual esta construção faça parte. Isto não desmerece a iniciativa, no entanto, cabe ressaltar que seu êxito em integrar idosos da Vila e pessoas da comunidade dependerá não somente do aspecto arquitetônico, mas da sua articulação com uma política social mais ampla de cooperação e intersetorialidade, para que seus moradores não repitam uma vivência de segregação típica de locais de moradia onde somente se encontram idosos.

Isto pode ser observado em nota publicada pela Câmara Municipal de São Paulo, na mesma época em que se inaugurou a “Vila dos Idosos”, em que se discutia a inexistência de uma rede de proteção social aos idosos em situação de risco ou de abandono, sendo esta resumida a um único local, Abrigo Boracéia, que acolhe pessoas em situação de rua em geral, não somente velhos⁸. Esta realidade foi apontada por

⁶ Fonte: www.prefeitura.sp.gov.br. Acessada em 06/10/2007.

⁷ População com 60 anos ou mais de idade residentes no Município de São Paulo. Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Período 2001 - Revisão 2004.

⁸ Fonte: www.camara.sp.gov.br/noticias_detalhe.asp?id=920. Acessada em 06/10/2007.

Martinez (2003), que relatou não haver nenhuma instituição pública de atendimento ao idoso no Município, havendo apenas instituições privadas, de caráter filantrópico e beneficente ou empresarial. Segundo Chaimowicz, Greco (1999), a cidade de Belo Horizonte apresentaria situação parecida: de acordo com um levantamento feito sobre o processo de institucionalização naquela cidade, chama a atenção a ausência do Estado neste âmbito, já que 85,3% de toda a população idosa residente em asilos estaria alocada em instituições filantrópicas, não havendo também nenhum local mantido pelo próprio Município. Segundo os autores, estas instituições fazem parte da Sociedade de São Vicente de Paulo, de caráter filantrópico e religioso. De acordo com Mendonça (2006), esta foi criada em Paris em 1833 para se colocar a serviço dos pobres, sendo que no Brasil há 500 locais destinados ao atendimento de idosos abrigados. No entanto, cabe ressaltar que os órgãos públicos também estão implicados, mesmo que indiretamente, nesta questão, pois alguns serviços de caráter filantrópico são, em parte, subsidiados por financiamento público, em particular por repasses do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Programa de Proteção Social Especial do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A regulamentação pública sobre os serviços específicos para os idosos, porém, é bastante recente e carece de melhores definições. No mês de setembro de 2005, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283⁹ que regulamenta as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), governamentais ou não governamentais, com o objetivo de “estabelecer o padrão mínimo de funcionamento”. Esta Resolução define como responsáveis pela implantação das adequações nas instituições, as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, estando a fiscalização e a inspeção sob responsabilidade da Vigilância Sanitária. Com isto, iniciou-se uma discussão mais factível, que ocorre nos diferentes segmentos governamentais e no âmbito das organizações da sociedade civil, sobre quem é o responsável pelos serviços prestados aos idosos: se o Ministério de Desenvolvimento Social ou o Ministério da Saúde. No caso, esta RDC teve como grupo de trabalho estes dois ministérios, a ANVISA e a Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Agência 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. Disponível em: www.anvisa.gov.br

A necessidade de fiscalização e regulamentação das instituições asilares mostra-se extremamente importante diante das condições precárias que vêm sendo denunciadas pelo Ministério Público, pela mídia¹⁰ e pelas organizações não governamentais de ajuda humanitária e defesa dos direitos humanos. O caso da Clínica Genoveva, considerado por Groisman (1997) um marco na discussão do “problema”¹¹ da velhice no Brasil, só veio a público em função desse tipo de denúncia. Em 1996, a partir da cobertura da mídia dos acontecimentos que marcaram a morte de aproximadamente 100 idosos nesta clínica geriátrica, iniciou-se uma série de investigações para apurar quem eram os responsáveis, quem eram as pessoas atendidas, a real quantidade de mortes e a razão para a omissão da existência de fiscalização, já que era uma propriedade particular que prestava serviços ao setor público. Após dois meses, o Ministério da Saúde determinou o fechamento da clínica tendo por base as denúncias de maus tratos, falta de higiene e enriquecimento ilícito (Groisman, 1997; Souza et al., 2002). Para Groisman, apesar de toda discussão provocada, não foi colocada como questão, naquele momento, a concepção do asilamento dos idosos, sendo esta considerada uma “prática legitimada por uma enorme rede de instituições” (p. 24).

Em 2001, influenciada por estes acontecimentos, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal visitou diversas instituições no país, atividade esta denominada “Caravana dos asilos”, na qual “verificou-se abandono, negligência e maus tratos contra a pessoa idosa institucionalizada” (Mendonça, 2006, p.172). De acordo com Capitelli (2007), na década de 1990, quando iniciaram as primeiras vistorias nos abrigos para idosos, chegou-se a identificar 300 casas funcionando no Município de São Paulo, a maioria de forma irregular ou clandestina. Em setembro de 2007, apenas 61 destas instituições detinham o Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária (CMVS). No entanto, a maior dificuldade identificada pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), órgão da Secretária Municipal da Saúde que fiscaliza tais estabelecimentos,

¹⁰ Algumas reportagens chamaram atenção sobre o tema, observadas no período de abril a outubro de 2007:

Canto D. Defesa Civil lacra casa que abrigava irregularmente idosos. Cosmo On Line [periódico na Internet]. 05 Out 2007. Disponível em www.cosmo.com.br/cidades/campinas/integra.asp?id=1999012.

Chagas A. Casas para idosos serão investigadas. Diário de Cuiabá (Mato Grosso). 16 Jul 2007. Disponível em www.portaldoenvelhecimento.com.br

Hadadd C. Mais um asilo fechado na cidade. Jornal da tarde. 27 Abr 2007.

Sem autor. Belas por fora e sujas por dentro. Jornal da tarde. 22 Abr 2007.

Sem autor. Falta de higiene faz mais um asilo ser interditado. Jornal da tarde. 20 Abr 2007.

¹¹ Aspas do autor.

é a pouca participação, ou até mesmo o desaparecimento da família, quando é necessário o contato para relatar o fechamento da instituição por maus tratos aos idosos ou outras irregularidades¹².

A situação, no entanto, é paradoxal, já que a legislação vigente prioriza a família como principal responsável pelos seus idosos, como estabelece a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842, de 04 de Janeiro de 1994 (Brasil, 1994). Reforçando este aspecto, o Estatuto do Idoso¹³ compreende a:

Priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (Lei 10.741 de 01/10/2003, art. 3º, § único, inciso V).

Sob a mesma perspectiva, o Estatuto estabelece que o idoso tem direito à moradia digna junto à própria família ou substituta, desacompanhado de seus familiares, em instituição pública ou privada (art.37). E especifica:

A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família (art. 37, §1º).

A legislação federal trabalha com a representação de instituição asilar como um local onde os velhos poderão ir quando abandonados por suas famílias ou quando as mesmas não tiverem recursos financeiros, sendo esta considerada a última alternativa. A instituição de longa permanência é assim concebida como uma solução para velhos pobres, abandonados e sem família. Remete-se o asilo ao lugar da pobreza e do abandono. Para Neri (2005), o Estatuto segue um formato que visa deslocar a responsabilidade do Estado sobre a velhice e os velhos, deixando-os a cargo de suas famílias.

Esta proposta de desresponsabilização do Estado em relação aos cuidados, segundo Carvalho (2002), foi uma tendência observada no final do século XX, quando se confirmou o fim da promessa de um projeto sólido de Estado de Bem-Estar Social que pudesse assegurar políticas sociais amplas, garantir empregos e partilhar a riqueza

¹² Capitelli M. Asilo irregular coloca idoso em risco. O Estado de São Paulo. 22 Abr 2007; Seção A:24.

¹³ Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

conquistada. Segundo a autora, neste momento a família adquire um novo destaque, passando a ser o centro das políticas de proteção social por ser considerada “ao mesmo tempo beneficiária, parceira e pode-se dizer ‘miniprestadora’ de serviços de proteção e inclusão” (p.18).

No entanto, este ideal preconizado no Estatuto que pensa a família de forma homogênea como um bem absoluto, ignora que a maioria dos maus tratos aos idosos é realizada por algum parente próximo. Em recente pesquisa realizada sobre o assunto, a violência contra idosos é entendida como um problema universal, sendo que 90% dos casos registrados, entre violência e negligência, ocorrem no âmbito familiar (Minayo, 2003). A partir destes dados, pode-se supor que nem sempre a família é a melhor opção de cuidado.

A relação que se faz entre pobreza e velhice, presente nesta legislação, também pode ser colocada em questão. Segundo Camarano et al. (2004), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), apesar das considerações sobre as mudanças ocorridas na família nuclear e da necessidade de cuidados específicos frente ao aumento da vulnerabilidade física e mental da população idosa, em decorrência do aumento da longevidade,

“pode-se dizer que, em geral, o idoso está em melhores condições de vida que a população mais jovem: apresenta um rendimento maior, uma parcela maior tem casa própria já paga e contribui significativamente na renda das famílias” (p. 71).

Percebe-se, assim, um intrincado campo onde estão em jogo diversos discursos, muitas vezes contraditórios, justificados ora por informações epidemiológicas ou estatísticas, ora sustentados por ideologias presentes tanto nas teorias acadêmicas quanto naquilo que é compartilhado de forma mais ampla na cultura, seja ela no texto jurídico ou no texto jornalístico. Isto em parte pode ser compreendido pela tentativa, cada uma a sua maneira, de enquadrar a velhice em um único modelo possível.

Contribuíram e contribuem para a construção deste cenário, os profissionais especialistas, principalmente geriatras e gerontólogos, considerados por Debert (1999) atores importantes na transformação da velhice em tema de relevância social, juntamente com os próprios idosos (a partir das organizações de pensionistas e aposentados) e com a mídia. Para a autora, estes *experts* do envelhecimento, buscam

visibilidade para um tipo específico de velhice bem sucedida numa tentativa de afastá-la da imagem da velhice fragilizada, dependente e pobre. É neste contexto, que chamou de “ressignificação” da velhice, que surgem os termos “terceira idade” e “idoso” para se referirem a uma população com mais de 60 anos, economicamente ativa, que não se enquadrava no modelo de velhice descrito acima. Aposentar-se, uma das questões centrais estudadas na gerontologia, também passa a ser desvinculado da idéia de ociosidade para ser considerado um momento ocupado por atividades ligadas ao lazer, à volta ao estudo, ao trabalho voluntário, ao consumo e à busca de projetos não vividos em outros momentos da vida.

Neste processo, Debert (1999) descreve ter ocorrido uma “reprivatização do envelhecimento”, que se observa nos discursos sobre o *bom* envelhecer: as várias técnicas e descobertas indicam uma possível manutenção da juventude que pode ser alcançada por qualquer um, desde que este siga corretamente as indicações dadas pelos profissionais. Desta forma, a responsabilidade (e também a culpabilidade) se encontra no indivíduo, bastando que este faça a *sua* parte. Em suas palavras: “geriatras e gerontólogos transformaram-se em agentes ativos na proposta de práticas, crenças e atitudes a indicar que a eterna juventude é um bem que pode ser por todos conquistados” (Debert, 1999; p. 33). Ao sustentarem este discurso, trazem consigo o risco de se firmarem como um campo especialista em negar a velhice, a doença e a morte.

Para Goldfarb (1998, 2006) a velhice considerada fragilizada, aquela que corresponde a uma idade mais avançada, onde os cuidados tornam-se imprescindíveis, era um tema evitado nas discussões da gerontologia, área preocupada em transformar em positivas as imagens da velhice associadas à pobreza e inatividade. Com isso, foram tiradas desta cena as situações de desamparo vividas por uma parcela de velhos que, por apresentarem algum grau de dependência física, psíquica ou social – também referidas à fragilidade – não se enquadram neste modelo de velhice “bem-sucedida”. A fragilidade, portanto, pode ser considerada o calcanhar de Aquiles das práticas voltadas à velhice.

A busca por novas soluções coletivas de acolhimento à velhice fragilizada e em situação de desamparo é recente e a consideração da institucionalização como uma possibilidade de cuidado faz ressurgir, segundo Sarti (2001a), a idéia de asilo como

estigma, que vem acompanhado pelo “fantasma do abandono” (p. 94). Nem mesmo as novas denominações – casa de repouso, residencial, clínica geriátrica, instituição de longa permanência, flats – e algumas diferenças encontradas nestes tipos de serviço foram capazes de romper com a associação simbólica entre a instituição e a idéia de asilamento. Inclusive, como apontou Groisman (1999), todos estes tipos de serviço coexistem e compõem uma “rede de institucionalização de idosos complexa e contraditória” (p. 01).

Este intrincado panorama, onde diversos discursos sobre velhice e envelhecimento convivem muitas vezes de forma conflitante, faz parte do repertório dos profissionais que atuam em instituições de longa permanência. Estes trabalhadores, como representantes e participantes de seu contexto social, trazem consigo concepções que interferem decisivamente no cuidado aos idosos. Concepções estas que nem sempre são evidenciadas, muito menos refletidas, além de confirmarem outras questões referentes ao cuidado presentes na literatura, entre elas: a falta de formação e capacitação dos funcionários, a dificuldade de trabalhar em equipe, o cuidado com a própria saúde do profissional, as concepções de saúde-doença, excesso de demanda de trabalho e distanciamento da participação comunitária no cuidado. Esta revisão indica que os significados de velhice e envelhecimento no cuidado profissional aos idosos ainda se encontram pouco estudados na academia, ao mesmo tempo em que reitera sua relevância para a prática deste cuidado, sobretudo se for considerada a qualidade dos serviços prestados aos idosos, população que se vê encurralada entre planos de saúde cada vez mais inacessíveis e a falta de serviços públicos adequados às suas demandas. Tais problemas são agravados pelas diversas dificuldades enfrentadas pelas famílias em realizar os cuidados aos seus idosos.

Portanto, torna-se relevante analisar os significados de velhice e envelhecimento para profissionais que trabalham em instituição de longa permanência, a partir da relação do cuidado profissional ao idoso, entendendo-a como necessária para a melhoria dos serviços prestados.

Dentro desta perspectiva, esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro trata das considerações teóricas e metodológicas desta pesquisa. São expostas e desenvolvidas as articulações entre a Antropologia e a Psicanálise, cuja importância para o presente trabalho decorre tanto dos aspectos teórico e analítico

relacionados com a mediação da realidade pela linguagem, quanto dos aspectos metodológicos concernentes às questões propostas pela etnografia e pela noção de transferência como orientadoras do trabalho de campo.

Dada a especificidade do atendimento à velhice numa instituição de longa permanência, tornou-se necessário circunscrever a situação estudada a partir do processo histórico de institucionalização dos velhos no Brasil, o que configura o eixo do segundo Capítulo. O desenvolvimento da medicina a partir do século XIX é resgatado por estar vinculado à criação das “instituições totais”; ao influenciar com o discurso higienista as práticas assistenciais voltadas para os pobres; e por influenciar as teorias do envelhecimento concebidas atualmente pela geriatria e gerontologia.

O terceiro Capítulo é composto pelo detalhamento da entrada no campo da pesquisa, a partir das relações estabelecidas junto aos funcionários e idosos. No quarto Capítulo é descrita a instituição estudada com base nas relações aí existentes. Foi considerado importante expor as relações entre pesquisadora e pesquisados, não somente para fundamentar a análise dos dados, como também para permitir que o leitor identifique o caminho de interpretação das relações vividas no campo aqui proposto.

O quinto Capítulo relata os resultados da análise dos dados levantados durante a pesquisa, ordenada em três núcleos centrais: (1) o trabalho e as relações institucionais, (2) designações e concepções de *velho*, *velhice* e *envelhecimento* e (3) o cuidado institucional: o dom e a técnica. A estrutura organizacional, baseada nos modelos caridoso e biomédico de atendimento, revelou-se um ponto crucial para a prática de cuidado aos idosos, por pressupor o saber e o dom (no sentido de dádiva), como atributos apenas dos profissionais, mantendo o idoso como alguém desamparado e que necessita de ajuda. O uso de termos “politicamente corretos”, como idoso, terceira idade, melhor idade, contribuem, neste sentido, para afastar o profissional do contato com a velhice do morador, como se o velho não existisse na instituição.

O trabalho de campo permitiu lançar novos olhares para as questões levantadas na revisão bibliográfica, propor caminhos e sugestões para outros estudos que possam contribuir para enfrentar os inúmeros desafios relativos à assistência aos idosos como problema de saúde pública.

Objetivos

Objetivo Geral:

- Descrever e analisar as representações de velhice e envelhecimento de profissionais da saúde que trabalham com idosos em instituição;

Objetivos Específicos:

- Descrever o funcionamento de uma instituição de longa permanência a idosos no Município de São Paulo;
- Descrever e analisar as implicações das representações sobre velhice e envelhecimento para o cuidado aos idosos; e
- Identificar possibilidades de melhoria do atendimento ao idoso, de forma a contribuir para a capacitação e formação dos profissionais desta área.

Capítulo 1

Referencial teórico e metodológico: Antropologia e Psicanálise

Referencial teórico e metodológico: Antropologia e Psicanálise

Quando queriam conhecer o mundo, saíam para observá-lo.

Robert M. Hazen & James Trefil

O que saímos a procurar a milhares de quilômetros, ou muito perto, são meios suplementares para compreender como o espírito humano funciona.

Claude Lévi-Strauss

O estudo sobre as relações da psicologia e da sociologia era inteiramente de método. Mas um método só se justifica se ele abre um caminho, se é um meio de classificar fatos até então rebeldes à classificação. Ele só tem interesse se tiver um valor heurístico.

Marcel Mauss

Pesquisar é uma forma humana de buscar conhecimentos e resolver problemas. Vários são os caminhos possíveis quando se envereda na procura daquilo que se pretende conhecer, implicando em diferentes considerações sobre os pressupostos teóricos e metodológicos. Portanto, compartilhar e explicitar os meios por onde o pesquisador percorreu até desenvolver os resultados da pesquisa é parte fundamental do processo investigativo.

Dado o pouco conhecimento sobre profissionais e funcionários que trabalham em instituições asilares para idosos e dentro da perspectiva deste trabalho, optamos por realizar uma pesquisa de campo etnográfica. Como explicam Selltitz et al. (1975), os estudos que têm como objetivo familiarizar-se com o fenômeno estudado ou conseguir uma nova compreensão deste, são denominados estudos formuladores ou exploratórios, cuja principal questão refere-se às “descobertas e intuições” (p.59). Este tipo de estudo costuma ter como objetivos a criação de hipóteses, o levantamento de questões sobre o fenômeno ou ainda a formulação de um problema de investigação. Segundo estes autores, o estudo requer um planejamento suficientemente flexível, de modo a permitir se aproximar dos diversos aspectos pertinentes ao fenômeno.

Para abranger o problema desta pesquisa, optamos por realizar o trabalho de campo em uma única instituição, configurando-se esta investigação em um estudo de caso. Este modo de pesquisa, considerada por Yin (2001) como uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” (p. 32), também se mostra pertinente para abordar problemas de pesquisas que procuram responder as perguntas “como” e “por que” sobre determinado acontecimento. O estudo de caso revelou-se um modelo privilegiado de pesquisa, permitindo um aprofundamento das questões inerentes à prática do cuidado profissional na instituição, ao possibilitar descrever e analisar as relações da prática de cuidado observadas durante o período de campo, de forma a permitir identificar as significações atribuídas ao cuidar. Yin (2001) aponta a especificidade do uso dos estudos de casos para abranger situações consideradas modelos de *referência*, comumente utilizada para estudos de gestão na área administrativa; ou de *circunstâncias específicas* que apresentem modos de funcionamento inovadores ou desconhecidos, como os casos clínicos na medicina e na psicologia.

Segundo Becker (1997), apesar de oriundo da prática médica, o estudo de caso social não trabalha com um indivíduo, mas com uma organização ou comunidade e faz uso da observação participante, associada a outras técnicas, para compreender todo o comportamento do grupo focado.

O pesquisador-observador tem o trabalho de coletar dados a partir da participação na vida cotidiana da organização que estuda, durante certo período de tempo, de forma a observar como as pessoas se comportam em situações habituais (Becker, 1997). Estar em contato com o profissional que cuida de idosos em seu próprio local de trabalho, na autenticidade do acontecimento, possibilitou que o foco do estudo pudesse ser compreendido dentro do todo. Neste sentido, o método escolhido visou abranger diversas questões presentes no cotidiano da instituição, sem que houvesse uma seleção *a priori* daquilo que se observaria, ao mesmo tempo em que se manteve como parâmetro o objetivo da pesquisa: o cuidado profissional ao idoso.

A escolha metodológica deste trabalho esteve intrinsecamente vinculada às considerações teóricas. Estudar o fenômeno do cuidado *in loco* implicou o enfrentamento de questões importantes para a pesquisadora, principalmente naquilo que se refere à relação observador-observado, problemática central da etnografia e

também da psicanálise. Os questionamentos propostos pela etnografia orientaram a presença do pesquisador no campo, a partir da observação participante, assim como se utilizou o conceito psicanalítico de transferência como referência para o estar e o pensar as relações presentes na instituição.

As articulações possíveis entre psicanálise e antropologia são tema de diversos estudos¹⁴ e, apesar das particularidades que tornam possível este encontro, ele não acontece sem debates, cabendo esclarecer neste trabalho os rumos tomados a partir desta confluência. É importante ressaltar que o diálogo entre as duas disciplinas ocorre aqui principalmente no aspecto *metodológico*, ao pensar as relações no trabalho de campo etnográfico a partir da noção de transferência; e no aspecto *analítico*, por compreender a realidade mediada pela linguagem. Busca-se com isso evitar o risco de esvaziar aquilo que sustenta cada uma das abordagens quando se colocam dois saberes distintos em função de considerações “comuns”.

A proposta de interdisciplinaridade, neste caso, não corresponde ao que tem sido observado nos tratamentos dados aos aspectos *psíquico* e *social* da tríade biopsicossocial. Este modelo, que vem sendo usado largamente na área da saúde (e também para abarcar os diversos fenômenos relacionados ao envelhecimento), em tese consideraria três grandes alicerces que juntos explicariam as idiossincrasias do humano: o biológico, o psíquico e o social. A crítica que se faz do termo, neste trabalho, sustenta que nem sempre estes três aspectos determinantes são ponderados como tais de forma articulada. Isto pode ser observado principalmente no discurso da biomedicina, que vem se revelando como uma grande influência no modo de construção das referências na sociedade ocidental, onde os aspectos *psíquico* e *social* tendem a ser considerados *apenas* como adendos do biológico, como meros coadjuvantes e não como protagonistas. Em muitos casos, observa-se que a utilização do termo biopsicossocial revela mais um posicionamento “politicamente correto” de inclusão destes aspectos “menores”, do que uma consideração entre disciplinas efetiva na prática. Também faz parte deste discurso uma tendência a definir como objeto de estudo apenas os sujeitos necessitados, em geral o paciente ou o usuário dos serviços, como se o profissional não fizesse parte de um mundo cultural, seja ele igual ou

¹⁴ Como exemplo, há atualmente na Universidade de Paris VII - Denis Diderot, mais especificamente na École Doctorale Recherches en Psychanalyse, na França, um núcleo de pesquisa específico sobre isso. Disponível em <http://www.ed-psycha.org>. Acessado em 14/10/2007.

diferente daquele de quem cuida. Como se fossem duas moedas e duas medidas (Laplantine, 2004).

Etnografia: o contato com o outro

A etnografia, oriunda das ciências sociais, mais especificamente da antropologia, tem seu início no século XX. Malinowski, antropólogo nascido na Polônia, relata no trabalho “Argonautas do Pacífico Ocidental”, em 1921, uma primeira sistematização do que seria considerado o método etnográfico. No capítulo onde discorre sobre o tema e método da sua pesquisa, o antropólogo destaca a importância do pesquisador estar *in loco* na situação pesquisada, em contato com o cotidiano e as intempéries da cultura estudada; relata também a necessidade do trabalho de campo estar referendado nos estudos teóricos científicos e objetivos¹⁵, sem que estes gerem idéias preconcebidas daquilo com que se pretende entrar em contato. Estes aspectos são relevantes para se garantir um rigor científico tanto na obtenção dos dados quanto na sua análise. O objetivo da pesquisa “é o de apreender o ponto de vista dos nativos, seu relacionamento com a vida, sua visão de mundo” (Malinowski, 1976; p.37).

Este procedimento, marcado por uma perspectiva relativista, segundo Sarti (2003b) “afirma a importância de se olhar o outro precisamente como uma alteridade e não como espelho de si mesmo” (p.88). É apreender o ponto de vista do outro dentro do contexto do qual faz parte. Ao investigador, esta situação possibilita estabelecer as relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo (Víctora et al., 2000).

O ser humano, sujeito desta pesquisa, é entendido a partir da sua condição social e cultural: a que grupo ou classe social pertence, suas crenças, valores e significados. São discriminações importantes de serem feitas, pois o próprio conceito de *ser humano* é algo construído, e como tal reflete a particularidade de cada situação, não havendo o conceito de essência humana a ser alcançado. A antropologia, para Sarti (2003b), trabalha com a idéia de que “homens e mulheres se tornam humanos no

¹⁵ “Quanto maior for o número de problemas que leve consigo para o trabalho de campo, quanto mais esteja habituado a moldar suas teorias aos fatos e a decidir quão relevantes eles são às suas teorias, tanto mais estará bem equipado para o seu trabalho de pesquisa” (Malinowski 1976, p.26)

contexto em que vivem. O ser humano não existe, como tal, fora da cultura e se constitui na relação com o outro: sua identidade é, assim, relacional” (p.84).

O aspecto relacional presente na problematização da relação observador-observado é, portanto, intrínseco à antropologia, e por lidarmos com informações subjetivas torna-se necessário buscar o rigor da observação. Neste sentido, tanto observador como observados tiveram que ter seus contextos compreendidos e discriminados. Entender o outro a partir do olhar do próprio outro, implica um esforço de distanciamento das referências do observador. É desnaturalizar o olhar por considerar que não há naturalidade no humano, nem no pesquisador, nem no pesquisado. Ambos são sujeitos culturais. Ao mesmo tempo, há no encontro aquilo que o possibilita: a identificação com um outro que além de ser diferente é também semelhante, e esta é uma das dificuldades do método empregado:

“a observação pressupõe um duplo movimento: o de transformar em ‘estranho’ aquilo que nos é familiar, ou seja, nossos procedimentos habituais, nossos costumes e valores; e o de transformar em “familiar”, em algo inteligível e aceitável para nossos códigos culturais, aquilo que parecia ‘estranho’ à primeira vista” (Sarti, 2003a; p.64).

Neste tipo de pesquisa há a necessidade de relativizar os diferentes contextos e buscar a especificidade a partir do estudo da diferença (Víctora et al., 2000). O que se observa é mediado pelo significado que o observador atribui ao que vê, é impresso pelo lugar de onde fala o observador. O olhar é sempre seletivo, é sempre recorte (Sarti, 2003a). Por isso deve se colocar em discussão a concepção de realidade do observador. Não está presente o conceito de neutralidade, o que não quer dizer que não haja rigor. Entende-se que o conhecimento se dá pela discriminação das diferenças, e isto acontece quando a presença do outro é compreendida dentro da sua singularidade no encontro de realidades distintas. É, portanto, um trabalho que exige um vai-e-vem de aproximação e afastamento daquilo que se observa. Segundo Lévi-Strauss (2005),

“para observar, é preciso estar de fora. Pode-se – e é uma opção – preferir (mas isso é possível?) fundir-se na comunidade com a qual partilhamos a existência, identificar-se com ela. O conhecimento está do lado de lá. Então o conhecimento só nasce do distanciamento entre sujeito e objeto? É um aspecto. Num segundo

momento, nos empenharemos em juntá-los. Não existiria conhecimento possível se não distinguíssemos os dois momentos; mas a originalidade da pesquisa etnográfica consiste nesse incessante vaivém” (p.218).

Etnografia e Psicanálise

Podemos fazer um paralelo, em relação a este aspecto do trabalho de campo na etnografia, com a prática e a teoria psicanalítica criada pelo austríaco Sigmund Freud no fim do século XIX, com o desenvolvimento do conceito de *transferência*. A psicanálise, para além da prática e da teoria, se configura também como um método investigativo, sendo que os problemas relacionados à investigação fazem parte de seu campo de estudo (Bleger, 1985; Birman, 1992b).

Apesar de não ser objetivo deste trabalho tratar das questões que envolvem a cientificidade da psicanálise, tema de grande debate como apontam diversos autores (Birman, 1992ab; Monzani, 1989; Estêvão, 2003)¹⁶, cabe, no entanto, resgatar o percurso na obra de Freud do fazer ciência, principalmente no que diz respeito à sua articulação com o trabalho de campo.

Segundo Birman (1992a), o intenso debate sobre a cientificidade do saber psicanalítico e a sua inscrição no campo da razão científica começou a diminuir a partir da década de 1960, deixando de ser uma questão primordial para ser secundária. A legitimidade da psicanálise como uma modalidade de saber passava a não precisar mais do selo de “cientificidade” como um critério valorativo nos campos da filosofia e da cultura, tendo havido:

“uma transformação radical no *paradigma regulador* dos campos da epistemologia e da filosofia, onde a questão da verdade se deslocou do *registro da ciência* e migrou para um território simbólico regulado pelos *registros da linguagem, da ética e da política*”¹⁷ (Birman, 1992a; p. 02).

¹⁶ Ainda sobre o assunto: em 2006 a Revista Brasileira de Psiquiatria [28 (3); 169-174] traz três editoriais de psicanalistas debatendo a relação entre a psicanálise e a pesquisa. As reflexões afirmam as diferenças na produção científica tradicional e daquela realizada pela psicanálise; no entanto, uma não deveria negar a existência da outra, assim como não seria o caso de se juntarem de forma a aniquilarem suas diferenças. As opiniões dos autores trazem também como questões a dificuldade de exposição do método e o tratamento dos dados da investigação.

¹⁷ Destaque do próprio autor.

A certeza da verdade deixou de ser a grande problemática. O problema passa a se dar no *como* se realiza a produção do conhecimento e no modo como este é recebido e reproduzido no espaço social. Birman (1992a) coloca ênfase na pontuação dada inicialmente por Foucault quando este insere a psicanálise como um dispositivo de poder na modernidade ao também produzir os sujeitos. Segundo este autor, há duas tradições mais importantes oriundas do texto freudiano: a anglo-saxônica, que privilegiou a adequação da psicanálise a possibilidades de verificação experimental neopositivista com a finalidade de ser reconhecida no campo da razão científica; e a tradição francesa, baseada no modelo de interpretação, com intenção de construir uma teoria do sujeito no campo do pensamento hermenêutico. A segunda tradição se aproxima mais da enunciação de Foucault, ao pautar o discurso psicanalítico como uma ciência da cultura e não da natureza. Neste sentido, o texto freudiano permitiu traçar diversos caminhos possíveis de interpretação, quase todos podendo ser considerados pertinentes, pois Freud viveu a tensão de ser reconhecido como propulsor de uma teoria científica positivista, de acordo com o que era considerada ciência na época, ao mesmo tempo em que rompeu com a epistemologia positivista de averiguação *in loco* e passou a circular no âmbito das ciências humanas.

A direção de uma investigação científica, para Freud (1915a), está fundamentada primordialmente na observação, mais especificamente na “interpretação da empiria” como pode ser vislumbrado abaixo:

“Ouvimos com freqüência a afirmação de que as ciências devem ser estruturadas em conceitos básicos claros e bem definidos. De fato, nenhuma ciência, nem mesmo a mais exata, começa com tais definições. O verdadeiro início da atividade científica consiste antes na descrição dos fenômenos, passando então a seu agrupamento, sua classificação e sua correlação” (p.137).

Para Freud (1915a), não é possível evitar, na fase de descrição, a influência de idéias abstratas interferindo na observação, sendo estas indispensáveis. Estas idéias devem possuir um certo grau de indefinição e não podem delimitar, nitidamente, o material observado para que esta convenção não impeça a compreensão de significados que apareçam com a observação:

“Só depois de uma investigação mais completa do campo de observação, somos capazes de formular seus conceitos científicos básicos com exatidão

progressivamente maior, modificando-os de forma a se tornarem úteis e coerentes numa vasta área. Então, na realidade, talvez tenha chegado o momento de confiná-los em definições. O avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições. A física proporciona excelente ilustração da forma pela qual mesmo ‘conceitos básicos’, que tenham sido estabelecidos sob a forma de definições, estão sendo constantemente alterados em seu conteúdo” (Freud, 1915a, p.137).

Retirados do texto *A pulsão e seus destinos*, estes trechos exprimem o momento em que Freud fundamenta o desenvolvimento do conceito de pulsão, conceito abstrato e de difícil assimilação. Seu esforço em fazer considerações sobre o percurso da produção desta idéia possibilitou a aproximação da relação entre observação e construção de conhecimento. O alicerce do método científico para Freud é, antes de tudo, a observação, e não a elaboração de uma teoria especulativa, sendo os conceitos passíveis de substituição desde que a prática contradiga a teoria.

Berlinck (2007ab), ao discorrer sobre o percurso histórico do método clínico, refere que tanto a psicanálise quanto a antropologia, apesar de herdarem do naturalismo do século XVIII a noção de “observação desinteressada da natureza” (ou “neutralidade valorativa”¹⁸), buscaram meios de minimizar as questões implícitas nesta noção metodológica. O autor ressalta dois recursos utilizados pelas disciplinas, sendo o primeiro, justamente a necessidade de formulação, por parte do observador, da posição em que ocupa na trama; e o segundo, proposto por Freud, onde a “narrativa científica” tem a ficção como paradigma ao assumir que a natureza é inapreensível para o humano.

“Assim, o relato do caso clínico não corresponde à realidade objetiva porque inclui não só aquilo que determina a posição do observador, mas, também, aquilo que, provindo do objeto, determina o pensamento do observador. A interação dessas duas posições (a do observador e a do observado) produz a subjetividade que determina a narrativa do caso clínico” (Berlinck, 2007b; p. xii)

¹⁸ Segundo Berlinck (2007a) da Antiguidade Grega até o Renascimento não haviam sido construídas ainda as noções de natureza e subjetividade, de tal forma que o observador mantinha uma posição passiva frente aquilo que observava: o que era visto era considerado um “fato objetivo”. O autor usa a metáfora do sonho como exemplo, onde o sonhador é um receptor passivo daquilo que vê no sonho, como algo que lhe é externo.

Portanto, não é só na etnografia que se tem como questão a relação pesquisador-pesquisado: a mesma situação pode ser verificada na relação entre psicanalista-analisando. Apesar desta segunda relação não ser tema deste trabalho, ela nos serve de parâmetro para entender como o conceito de transferência é utilizado para pensar aquilo que acontece no *entre dois, entre três, entre vários*, em articulação com o trabalho de campo etnográfico.

Uma das críticas feitas à pesquisa em psicanálise é a de que ela só existe na experiência fundada na transferência e esta ocorre apenas no *setting* analítico tradicional: o consultório. O conceito, no entanto, aborda de forma relacional sujeitos que falam e interagem com um outro. A (psi) análise se centra basicamente na palavra que interpela uma escuta de um outro. É a partir da escuta da fala de um (ou vários) que se constitui a experiência psicanalítica, sendo este o campo da transferência onde se funda o campo da ação e da pesquisa empírica psicanalítica.

Não se trata, portanto, de uma psicanálise aplicada onde seriam utilizados conceitos psicanalíticos como recurso para compreender o que se vê em campo, mas o próprio trabalho de campo é analítico ao centrar-se na transferência porque esta é própria da comunicação humana (Althusser, 1973). Nesta mesma linha de pensamento, Birman (1992b), afirma que:

“a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica, desde que nesta diversidade se reconheça as condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência” (p. 23).

As afinidades entre as questões colocadas pelo trabalho analítico e pela prática etnográfica como relações interpessoais, permitem utilizar a psicanálise como marco teórico desta pesquisa numa abordagem interdisciplinar. Podemos inferir, ainda, a possibilidade de uma analogia entre as duas relações que estão sendo abordadas neste trabalho: pesquisador-pesquisado (observador-observado) e profissional da instituição-idoso. Também podemos considerar outra relação análoga ao problema: aquela existente entre psicanalista e analisando. Seria pertinente considerar infinitamente outras relações equivalentes? Isto indicaria a presença de um modelo

estrutural. As escolhas metodológicas, portanto, estão intrinsecamente associadas ao problema de pesquisa.

A transferência no trabalho de campo

O desenvolvimento do conceito de transferência acompanha o percurso de construção da psicanálise por Freud, e depois por outros psicanalistas, sendo parte deste caminho traçado a seguir com o intuito de aproximação deste que é considerado um dos alicerces centrais da teoria psicanalítica.

Freud desenvolveu conceitos teóricos e clínicos a partir daquilo que foi constatando na sua prática, que tinha como objetivo, no início de seu trabalho como médico, identificar e solucionar o foco causador dos sintomas patológicos de suas pacientes (na época ele tratava principalmente mulheres histéricas). No decorrer de sua prática clínica utilizou diversas técnicas comuns no período, como a hipnose, a hipnose catártica e a sugestão, até o momento em que passou a utilizar a *associação livre*, em que pedia para suas pacientes falarem aquilo que viesse à cabeça, sem restrição a nenhuma idéia que por ventura pudesse parecer sem nexos. Neste ínterim, Freud percebeu que o resultado do trabalho que realizava dependia prioritariamente daquilo que acontecia na relação entre ele e a pessoa atendida. Havia um endereçamento da fala do paciente para o médico que já vinha acompanhado de expectativas e repetições de padrões constitucionais da pessoa analisada. A este aspecto da relação deu o nome de transferência.

“A psicanálise começou investigando o que ocorre no paciente (“dentro” dele), mas a introdução da transferência levou a uma mudança fundamental: à investigação do que ocorre durante a sessão analítica como uma relação interpessoal. A isto se agregou o estudo do que ocorre no psicanalista” (Bleger, 1985; p.115)¹⁹

O termo em si pertence ao senso comum e é utilizado para designar diversas situações que tenham a ver com movimento, deslocamento, afastamento, transposição

¹⁹ Tradução do autor para a frase: “El psicoanálisis comenzó investigando lo que ocurre en el paciente (“dentro” de él), pero la introducción de la transferencia ha llevado insensiblemente a un cambio fundamental: a la investigación de lo que ocurre durante la sesión analítica en tanto relación interpersonal. A esto se ha agregado el estudio de lo que ocurre en el psicoanalista” (Bleger, 1985; p.115).

ou ainda transporte, tradução, transmissão (Fédida, 1996). Freud não inventou a palavra, mas lhe atribuiu significados novos e ao fazer isto passou a especificar sobre uma parte do funcionamento psíquico, sendo considerado um dos conceitos fundantes da psicanálise. Para Fédida (1996), a transferência consiste em dois aspectos: “translatio”, onde está presente a idéia de uma dinâmica de um movimento de um lugar para outro (ou melhor, de um ser para outro) e “traductio”, onde se traduz na relação a reprodução de uma ancestralidade constitutiva do sujeito: “são as línguas que mantêm resguardada a herança, e é através da relação com a linguagem que as transferências (de almas) tem lugar(es)” (p.112). Pode-se dizer que se transfere não somente a palavra, mas também aquilo que não pode ser falado e que se manifesta na cena. Como explicita Oury (1988):

“Então, de maneira talvez um pouco restrita, mas rigorosa, poderíamos definir a transferência como condição de possibilidade da emergência de um dizer. E freqüentemente no silêncio que tem o “dizer”, e quando há um espaço do dizer, isto se sente... sentimos então, que quando ele está presente, mesmo se não diz nada: uma pessoa está aí” (p.33)

É também sob este aspecto que a escuta do analista tem como função “*captar o que é dito para além do que se quer dizer*” (Lacan, 1999; p.169).

No texto *Observações sobre o amor transferencial* Freud (1915c) apresentará o trabalho da transferência como "as únicas dificuldades realmente sérias" que o "principiante em psicanálise" (p.208) aprende em sua prática. Neste artigo, Freud trata a transferência como técnica e diz que o analista deve abandonar sua vaidade pessoal frente aos encaminhamentos do que acontece em análise, para poder reconhecer que aquilo que lhe é dirigido, encaminha-se para o papel que exerce e não “aos encantos de sua própria pessoa” (p.210). Nesta relação, tão particular, um dos dois pretende estar abstinente da influência pessoal sobre o outro.

Se assim não o for, corre-se o risco do auto-engano por parte do profissional e da manutenção de uma possível resistência do paciente em desfocar o objetivo do tratamento. O termo *furor curandis*, a maneira como Freud denominou o desejo do analista em curar, interfere e impossibilita a cura do paciente, apontando, assim, uma dificuldade do profissional (dificuldade humana) em lidar com suas próprias questões despertadas pelas questões do outro. Isto costuma ser muito freqüente no trabalho com

idosos. Doris Lessing (1984) no romance *Se os velhos pudessem...* traz um relato explicitando a situação:

“Minha mãe não se revolta com a velhice. Mas não gosta de ser tratada com complacência. Eu disse para o pessoal do asilo: ser velho não significa ser retardado. (...) Muitos velhos são assustadores, uma ameaça, não podemos suportar todos eles, por isso, fingimos que são crianças boazinhas. No nosso interesse.” (p.82).

Freud (1937), em um de seus últimos trabalhos, colocou a “individualidade do analista” (p.281) como um dos impeditivos na perspectiva do trabalho analítico. As dificuldades em lidar com a própria resistência, despertada por temas e vivências na relação terapêutica, revelam-se presentes e atuantes no trabalho. É aconselhável desconfiar da própria segurança e das certezas, tendo que constantemente revisitar-se em sua própria análise ou numa supervisão de seu trabalho, tornando possível uma elaboração *a posteriori* daquilo que ocorreu no encontro. Malinowski falará, analogamente, sobre o aspecto da interferência da subjetividade do pesquisador na observação etnográfica:

“Em relação ao método adequado para observar e registrar *estes aspectos imponderáveis da vida real e do comportamento típico*, não resta dúvida de que a subjetividade do observador interfere de modo mais marcante do que na coleta dos dados etnográficos cristalizados. Porém, mesmo nesse particular, devemos empenhar-nos no sentido de deixar que os fatos falem por si mesmos” (p.35)²⁰.

Nesta pesquisa, portanto, a noção de transferência será considerada tanto para o pesquisador quanto para os pesquisados. A ressalva torna-se importante, pois na psicanálise há uma discussão acerca da diferença entre os conceitos de contratransferência e transferência; sendo o primeiro termo considerado como uma reação do analista em relação ao paciente. Althusser (1973) argumenta que todos os sujeitos (e aqui ele discrimina o indivíduo como aquele que funciona sob a régua do aparelho psíquico) funcionam em seus relacionamentos mediante a transferência, sendo esta uma lei universal. O autor defende que os conceitos desenvolvidos por Freud não vieram de idéias abstratas, mas sim decorrentes da sua experiência concreta

²⁰ Grifos do autor.

– transferencial – na clínica com suas pacientes histéricas. Althusser questiona a nomeação “contratransferência”, pois o prefixo “contra” denota algo que veio depois, referindo-se a um estado de contrariedade à primazia da transferência, que pode ser entendida como uma função defensiva: contra a transferência do paciente. O autor parafraseia Freud ao dizer que não se pode esquecer que uma contratransferência é também uma transferência: “On n’a pas assez remarqué que le contre-transfert était aussi un transfert” (Althusser, 1973; p. 176).

O psicanalista-pesquisador em seu trabalho (seja na clínica, na instituição ou na rua), tem para si que aquilo que lhe é dirigido, o é em função do lugar imaginário que o outro lhe atribui, sendo um lugar de atribuição de um suposto saber: o analisando supõe que o analista sabe algo de si que lhe escapa, assim como o analista também supõe possuir um “saber” que escapa ao analisando. O que funda a relação transferencial é a assimetria dos lugares dos personagens em questão. A assimetria não quer dizer hierarquia, pois não deveria haver uma situação de poder de um sobre o outro, pelo menos em teoria; também não pode ser considerada simplesmente uma relação horizontal, pois os lugares são distintos, mas diz respeito à diferença de lugar implicando o reconhecimento do outro como um igual.

O analista trabalha com aquilo que lhe é dirigido e tem sempre em consideração o que acontece na relação. A relação, pelo viés da transferência, é continuamente colocada em questão como na etnografia. Ocariz (2003) relata com clareza este aspecto que pode ser compartilhado por estas relações:

“Um analista pode fazer muitas coisas (falar, gesticular, cantar, agir), mas sempre tem de saber, embora a *posteriori*, que lugar ocupa sua intervenção na trama transferencial. (...) Este processo de analisar e pensar nossas ações é a condição fundamental para o rigor científico e para a ética” (p. 114).

A noção de transferência evidencia a importância de se considerar o aspecto intersubjetivo no trabalho de campo. Fédida (1996), no entanto, aponta para uma dificuldade no compartilhar da estranheza vivida na relação transferencial e diz da impossibilidade de uma metalinguagem da transferência, já que qualquer forma de comunicação é insuficiente e inadequada para expressar aquilo que ocorre na experiência. As palavras se modificam ao serem expressas: “a transferência é sem

dúvida processo (mais que fenômeno) realizando mudanças de lugares que são movimentos temporais na linguagem. (...) Nesse sentido, a palavra sempre carrega o lugar com seu movimento” (p.163). Para se ter uma noção do processo, segundo Fédida, mais vale comunicar de forma a se ter uma apreensão de um instante daquilo que foi vivido do que uma descrição pormenorizada do caso.

Assim como a relação observador-observado é parte incondicional do trabalho etnográfico, a análise dos dados é uma das questões freqüentemente abordadas por este tipo de pesquisa. Elas refletem uma preocupação com o que se refere à legitimação do que foi pesquisado. Torna-se necessária, então, uma exposição clara da observação feita, assim como sua contingência, de forma a colocar à prova os entendimentos realizados.

A análise dos significados sociais: representações

Alguns fenômenos humanos são particularmente difíceis de explicar e mensurar. O cuidado é um deles, especificamente por seu aspecto subjetivo e relacional. Algo, no entanto, nos permite comunicar para um outro quando nos cuidamos, nos sentimos cuidados ou quando estamos cuidando de alguém. O não cuidado revela-se presente, principalmente para quem se sentiu *descuidado*. Tornar isto que é vivido individualmente acessível para os outros exige um esforço de comunicação. Este compartilhar só é possível porque o que dizemos de alguma forma é inteligível para o outro, e isto acontece por termos em comum significados construídos socialmente.

O sujeito, constituído pela e na linguagem, circula num universo simbólico que se torna referência quando este se relaciona com o mundo, com os outros e consigo mesmo (Víctora et al., 2000; Sarti, 2004). O sujeito interage, comunica-se com o outro, o que implica dizer que o que ele diz e faz é representativo de seu contexto social; ao mesmo tempo em que também presenteia a sociedade com as suas especificidades, podendo, inclusive, colocar em questão aquilo que se apresenta como *status quo* num determinado momento e lugar. Por meio das representações podemos ter uma imagem da sociedade. Analisá-las é buscar o entendimento do mundo social a partir de códigos

possíveis de serem compartilhados, onde o individual e o coletivo se interpenetram (Herzlich, 1991; Sarti, 2001b).

A psicanálise e a antropologia social, como já foi dito antes, encontram-se na área da Saúde Coletiva, justamente por considerarem os fenômenos humanos e sociais a partir de registros simbólicos, que ordenam o mundo a partir da significação, atribuída por regras sociais (Birman, 1991; Sarti, 2001b). Neste sentido, consideram-se os enunciados dos sujeitos como *relações de sentido* e não como *relações de causalidade*. É um saber da interpretação: “por isso mesmo, se destaca no campo dessa leitura teórica a questão da *linguagem* como sendo a problemática fundamental do campo psicanalítico, se articulando à questão do *sujeito*” (Birman, 1992a; p. 10)²¹.

Pensada inicialmente por Émile Durkheim em 1895, a representação social, ou representação coletiva, é uma tentativa de apreender parte do universo simbólico de uma dada sociedade. Este conceito não se reduz à soma das representações dos indivíduos, mas por meio delas podemos ter uma imagem da sociedade, de como ela se impõe, no modo como os indivíduos a vivem; e pode ser considerada uma via de acesso privilegiada ao conjunto de concepções, de valores e de sentido na articulação entre o indivíduo e sua coletividade. O conceito passa a ser um instrumento de pesquisa na área da psicologia a partir da década de 1960 quando Sérgio Moscovici, psicanalista francês, publica uma obra sobre a representação social da psicanálise na França (Herzlich, 1991), que influenciará trabalhos realizados na psicologia social e na psicanálise.

A noção de representação é o instrumento que orienta a análise dos dados obtidos, lembrando que as mesmas não se resumem a trechos transcritos das entrevistas, nem exprimem diretamente o que foi dito pelo entrevistado. Como ressalta Magnani (1986), a representação, entendida como “imagens mentais”, não resulta puramente da espontaneidade das falas das pessoas, mas sim da possibilidade de se atribuir a elas identidades: ou seja, é necessário discriminar aquele que fala, o que se fala e de que lugar se fala, tornando-se imprescindível o aspecto extra discursivo, onde estão presentes as “condições de produção e recepção e o espaço social onde tais discursos circulam” (p.128).

²¹ Grifos do autor.

No próximo capítulo serão levantados aspectos históricos circunscritos ao desenvolvimento das instituições asilares para idosos no Brasil e os discursos que transformaram a velhice em um problema social neste país, com o intuito de situar as falas presentes na instituição no campo social mais amplo.

Capítulo 2

Traços da história das instituições asilares para idosos

Traços da história das instituições asilares para idosos

Assim como ocorreu com os lugares designados para a loucura na sociedade ocidental (Foucault, 1999), a história da velhice também reflete mudanças e alterações dos lugares ocupados no imaginário social. O acesso a esta história é escasso e se torna muito mais difícil quando nos referimos ao processo de institucionalização, dada a pouca produção acadêmica (e interesse) sobre este tema.

O trabalho de Groisman (1999), sobre o resgate da história da institucionalização da velhice no Rio de Janeiro, pesquisa de extrema importância, considera a criação do asilo para idosos como um produto social de uma determinada época. Apesar da aparente obviedade desta enunciação tem-se a impressão, ao ler a grande maioria de trabalhos sobre instituições asilares (que focam principalmente o ponto de vista dos idosos asilados e dos familiares), que a proposta asilar nunca foi questionada em sua existência. Como se ela sempre estivesse presente, para o bem ou para o mal.

Groisman (1999) refaz o histórico sobre aquela que considerou a primeira instituição asilar especificamente para velhos no Rio de Janeiro no início do século XX, quando a cidade ainda era a Capital Federal²². Apesar de ter sido localizada uma informação sobre uma instituição ainda mais antiga no país, datada de 1782, também na cidade do Rio de Janeiro, criada pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição (Mendonça, 2006), será considerada aqui a pesquisa de Groisman, ao entender que sua contribuição não se dá apenas pela tentativa de rastrear a origem da instituição asilar para velhos, mas também nas implicações que tiveram o asilamento na construção do imaginário social da velhice e das significações a ela associadas.

Apesar de não se ter acesso a uma pesquisa do gênero no Município de São Paulo (ou em outra cidade no país), os aspectos levantados dizem de uma realidade nacional passível de ser compartilhada dada a relevância do Município do Rio de Janeiro enquanto referência nacional daquele período. Cabe lembrar, no entanto, que

²² O trabalho realizado pelo autor mostrou-se relevante ao possibilitar articular e referenciar as significações dentro deste espectro histórico que permeou a idealização das instituições asilares para velhos e como muitos destes aspectos permanecem presentes ainda hoje.

São Paulo teve um desenvolvimento urbano acelerado no início do século XX, e talvez possamos inferir, por isso, um agravamento daquilo que a cidade do Rio de Janeiro viveu num tempo relativamente mais longo.

Neste percurso, como resultado do trabalho de campo, um aspecto importante a ser considerado é a influência do discurso biomédico nas práticas voltadas ao envelhecimento. Um discurso que se deu não apenas pela medicalização da velhice²³, mas também por influenciar uma certa ordenação das práticas sociais, como se verá adiante. Também será abordado o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia como disciplinas da “velhice” e do “envelhecimento” e o discurso “militante” dos profissionais da área do envelhecimento.

O desenvolvimento da medicina no século XIX

A história do saber sobre a velhice, como a entendemos hoje, está intimamente ligada à história da medicina ocidental contemporânea, também chamada de biomedicina²⁴. O início deste encontro pode ser localizado no advento das pesquisas anatômicas e fisiológicas no final do século XIX, principalmente na França (Foucault, 1998). Alguns médicos, entre eles Charcot, Broussais, Bichat, e Louis, foram personagens importantes neste percurso ao colocarem os velhos numa cena destacada das demais, quando passam a considerar o processo do envelhecimento humano a partir daquilo que se observava nos sinais explícitos do corpo. Esta tradição de pesquisa médica influenciou as bases das práticas sobre a velhice atualmente (Beauvoir, 1990; Groisman, 1999). Neste sentido, tornou-se necessário o resgate desta história, tão pouco estudada na academia (ao contrário da história da loucura contada

²³ Este conceito, que vem sendo utilizado largamente nos estudos sobre instituições e práticas médico-sociais, idéia enunciada por Foucault para designar a normatização tanto da loucura quanto da sexualidade, teve sua primeira formulação na *História da sexualidade: a vontade de saber*, como sendo uma tecnologia de poder sobre os corpos, realizada não somente nas instituições, mas presente nos discursos disciplinares médicos, familiares e religiosos (Foucault, 2001; Giami, 2005). Em outro momento, Foucault irá trabalhar com a medicalização da loucura, quando esta passa a ser considerada uma doença mental e, portanto, passível de ser tratada pelo conhecimento médico. A medicalização passa a legislar em função de uma nova ordem dual de entendimento: entre o normal e o patológico.

²⁴ Para Camargo Junior. (2003), o termo refere-se às relações de conhecimento vinculadas à área biológica. Vale lembrar de *Frankstein* de Mary Shelley, onde fica evidente o uso dos conhecimentos biológicos a serviço da criação humana, onde biologia e medicina estão intrinsecamente interligadas.

por Foucault), e de extrema pertinência para o entendimento das representações de envelhecimento e velhice neste trabalho.

Até o início do século XIX, os velhos não configuravam uma categoria separada a receber tratamentos específicos pela medicina, não havendo diferenças no quesito idade. O adoecimento na velhice era algo esperado e não evitável. Prevalencia a noção do corpo que envelhecia em decorrência de um enfraquecimento gerado pela restrição de energia comum no fim da vida, entendimento que fazia parte do modelo de 'energia vital' considerado na época (Beauvoir, 1990; Groisman, 2002). Beauvoir (1990) relata uma imagem feita pelo físico Faraday neste período, onde numa conferência comparava "a velhice e a morte à chama de uma vela que vacila e se apaga" (p.28), imagem ainda presente no imaginário.

Alguns trabalhos na medicina deste período já tratavam da velhice: Morgagni escreve um capítulo específico sobre o tema correlacionando sintomas clínicos às observações das autópsias em 1761; Seiler realiza uma obra considerada referência sobre a anatomia dos velhos em 1799 e Prus desenvolve o primeiro tratado de sistematização das doenças na velhice (Beauvoir, 1990). No entanto, as concepções de velhice e envelhecimento na medicina ocidental moderna, que influenciarão o imaginário social mais amplo, serão dadas principalmente pelos trabalhos de Bichat, como apontou Foucault no livro *Nascimento da clínica* (1998)²⁵.

Para Rohden (2001), que resgatou a 'Idade do Ouro' da medicina ocidental para circunscrever a ginecologia como uma especialidade médica criada para dar lugar e controlar a mulher no espaço público²⁶, a prática médica irá mudar radicalmente de rumo no século XIX, impulsionada principalmente pelos ideais da Revolução Francesa (culto à razão e rompimento com as crenças do passado), e pelas influências das

²⁵ Camargo Junior (2003) questiona a postulação indicada por Foucault no *Nascimento da clínica* e também tida como uma convenção na história da medicina, presente nas referências dos autores citados aqui, ao dizer que não é Bichat o responsável pelo surgimento da anatomoclínica, mas sim Laennec. No entanto, a importância do trabalho de Bichat para as concepções do envelhecimento não sofrem interferências com esta observação.

²⁶ Para a autora, a criação da ginecologia como uma medicina exclusiva para as mulheres (sem um modelo equivalente para os homens), teve a função de concretizar a diferença entre os sexos, no sentido de cercear rigorosamente aquilo que era considerado da ordem da instabilidade e que ameaçava o social: a mulher. Em sua pesquisa, podemos observar que os 'fatos científicos' obtidos com o método anatômico servem de apoio para um discurso social que visava manter o espaço público protegido da presença da mulher, que começava a encampar o novo modelo de sociedade industrial, voltado para o trabalho (Rohden, 2001).

pesquisas em mecânica e astronomia. Passará a ocorrer na clínica médica o desenvolvimento de métodos empíricos de exploração das doenças que assolavam o corpo humano. Na busca do ‘fato científico’, inicia-se o desenvolvimento das autópsias e das classificações das doenças, realizadas nas até então recentes, instituições hospitalares:

“A anatomia, que se torna progressivamente objeto de mais rigor, surge como a única base capaz de fornecer os dados objetivos para que essa nosologia esperada fosse possível. E o agrupamento de todas as atividades médicas no hospital facilitava isso” (Rohden, 2001, p. 21).

A criação de grandes asilos gerais na França, entre eles Salpêtrière e Bicêtre, facilitava a coleta de dados clínicos sobre os velhos, por estes corresponderem a mais de um terço dos abrigados. Entre os médicos que se beneficiaram desta situação, estava Charcot, também conhecido pelas suas concorridas aulas sobre o funcionamento histérico, que desenvolveu a idéia de que a velhice deveria ter suas patologias consideradas à parte, demandando tratamento específico (Beauvoir, 1990; Groisman, 2002).

As autópsias, neste início, eram realizadas em corpos mortos de pessoas tidas como indigentes e doentes, sendo grande parte dos cadáveres dissecados de velhos pobres. Algumas pesquisas apontavam que os velhos apresentavam quase sempre uma deterioração dos órgãos e tecidos, situação que independia de estarem ou não doentes. A velhice passou a ser compreendida como algo que se manifesta no corpo, caracterizada por um estado de debilidade que não estava vinculado ao estado de saúde da pessoa. Este aspecto se intensifica com o advento das pesquisas no nível das células, e o envelhecimento passa a ser considerado como uma doença progressiva associada ao processo de degeneração celular observado nos microscópios (Groisman, 2002; Rohden, 2001).

Bichat influenciou decisivamente este percurso com suas pesquisas anatômicas, no qual passou analisar o curso da doença no corpo do cadáver. Para Foucault (1998), dentre as várias contribuições de Bichat para esta nova concepção de medicina que se estabelecia no século XIX, a mais importante referia-se à introdução da idéia de morte, presente não somente na possibilidade de se dissecar corpos humanos (considerado

anteriormente sagrado), mas também naquilo que se tornava um ponto de referência para relativizar a própria vida:

“Bichat relativizou o conceito de morte, fazendo-o decair deste absoluto em que ele aparecia como acontecimento indivisível, decisivo e irrecuperável: ele o volatilizou e repartiu na vida, em forma de mortes a varejo, parciais, progressivas e de conclusão lenta, depois da própria morte. (...) A morte é a doença tornada possível na vida. O desvio da vida é da ordem da vida, mas de uma vida que conduz à morte. Daí a importância que adquire o conceito de ‘degeneração’ desde o aparecimento da anatomia patológica” (Foucault, 1998; p.167 e 177).

A idéia segundo a qual o homem não morre por adoecer, mas, ao contrário, torna-se doente por ser mortal (Foucault, 1998), se fará presente nas concepções do envelhecimento onde o “corpo envelhecido passaria a ser reconhecido como um corpo morrendo” (Groisman, 1999; p.17).

O desenvolvimento da anatomofisiologia dará início a diversas outras descobertas científicas (como os microorganismos por Pasteur, a anestesia, o raio X, o anti-séptico, entre outros). A medicina se estabelece como uma ciência fundada em ‘fatos’, portanto irrefutável, distanciando-se cada vez mais das doutrinas que anteriormente se encontravam presentes nas práticas médicas, inclusive as de ordem religiosa. Ocorre uma mudança de perspectiva: a concepção de doença passa a ser considerada categoria central (Le Breton, 2006; Rohden, 2001; Camargo Junior, 2003). Nesta época têm início as classificações das patologias e de seus tratamentos, assim como a ordenação dos doentes e dos “grupos de riscos”. Este novo modo de compreender e catalogar o mundo, pela medicina, será diversas vezes utilizado para evidenciar uma diferença que se estabelece socialmente, a partir de causas localizadas no corpo anatômico: diferenciação de gênero, de classe, de etnia, de patologias, e uma diferença também etária.

Para Camargo Junior (2003), a “ciência” pode ser considerada como o grande eixo de sustentação da produção de sentido em nossa sociedade, e dizer que algo é ‘científico’ é dizê-lo verdadeiro. À ‘cientificidade’ da biomedicina agregar-se-á uma aura de prestígio, transformando a figura do médico, antes um artista nos cuidados do corpo, em um personagem de destaque na cultura e na política. Para Duarte (2001),

“a construção da legitimidade da biomedicina teve que ser cuidadosamente construída, sobre os escombros dos saberes da velha tradição médico-filosófica (remontável a Hipócrates) e de uma panóplia de técnicas empíricas pouco a pouco desqualificadas. A própria ‘cientificidade’ desse continente de intervenção sobre o humano não se afirmou senão muito paulatinamente, mais por força da vontade investida em seus agentes e instituições pela ideologia geral de nossa cultura do que pela univocidade ou ‘inequívocidade’ de seus princípios, ditames e estratégias” (p.08).

A partir do trabalho de Foucault, alguns autores, entre eles, Le Breton, Laplantine, Camargo Junior e Rohden, consideram a biomedicina como a referência cultural predominante na sociedade ocidental²⁷. Pode-se dizer que a visão oficial sobre a realidade contemporânea é biomédica, dada a influência de seu discurso nos diversos níveis políticos e sociais, não se restringindo ao campo estrito da saúde²⁸. Neste sentido, não se pretende desprestigiar as grandes descobertas realizadas e sustentadas por esta referência, nem a sua importância para a conquista de melhores condições de saúde das populações. Assim como também não é intento demonizar os profissionais da medicina como os únicos atores representantes deste modo de produção subjetiva, até porque se entende que este discurso se insere num campo mais amplo das redes de poder, onde estão presentes diversos interesses e forças como a indústria farmacêutica, as corporações profissionais, a mídia e o aparelho de Estado (Camargo Junior, 2003). Mas se faz importante situar a biomedicina historicamente em seu próprio discurso e como o mesmo produziu e produz outros discursos sociais que fogem ao campo biológico da saúde estritamente.

Esta perspectiva de análise está presente na pesquisa de Rohden (2001), ao mostrar como o discurso da biomedicina calcada na justificativa anatômica, irá contribuir para se estabelecer socialmente as diferenças entre homens e mulheres, pois estas “precisavam” de uma medicina que as controlasse. A autora ressalta o uso político e de

²⁷ Se há um predomínio do discurso biomédico, ele convive com outros modelos etiológico-terapêuticos como apontou Laplantine (2004), que trabalha com os modelos presentes na medicina moderna. Dentre os modelos etiológicos, ele faz uma distinção entre o ontológico (o foco encontra-se na doença, que por sua vez é determinado por sua localização no corpo ou em algum agente externo – modelo da biomedicina/alopatia) e o relacional/funcional (no qual o entendimento está centrado naquilo que equilibra ou desarmoniza o funcionamento do ser com ele mesmo ou em relação com o mundo – modelo homeopatia).

²⁸ De alguma forma podemos dizer que este predomínio da biomedicina faz par com o discurso jurídico, sendo dois modos principais presentes no discurso social mais amplo.

controle social que se fez da ‘factibilidade dos dados científicos’, já que o conhecimento anatômico que falava das diferenças já existia antes do século XIX²⁹, mas até então não havia sido usado para estes fins. Segundo a autora, o desenvolvimento científico da anatomia passa a servir de argumento num momento onde as circunstâncias sociais se mostraram propícias: quando se passou a colocar em questão uma nova definição de ordem social, e nisso se incluíam os papéis exercidos pelas mulheres no âmbito público³⁰. Percebe-se então uma interpretação sociocultural daquilo que a princípio se apresentou como causa unicamente biológica. Este aspecto presente no discurso biomédico fica claro na seguinte frase de Laplantine (2004), quando discorre sobre o debate entre a oposição natureza e cultura:

“Esta oposição empírica tem como objetivo ocultar a relação da doença com o social e manter a ilusão de uma medicina que pudesse estar definitivamente isenta das representações da sociedade em que se inscreve” (p.35).

No Brasil, assim como em outros países, sob a regência dos “fatos”, o discurso biomédico encontrará lugar nas formulações de políticas públicas. O movimento higienista, fundado no modelo biomédico do conhecimento, no início do século XX, teve importância fundamental nas estruturações das cidades que cresciam vertiginosamente com o fim da escravidão e com a imigração, e adentravam no “mundo moderno” da urbanização. Estas mudanças vieram acompanhadas de uma reorganização social,

²⁹ Segundo Rohden (2001), após a Revolução Francesa no século XVIII, apesar de se pregar o igualitarismo (além da liberdade e da fraternidade), acabou ocorrendo uma reafirmação da diferença entre homens e mulheres em função dos aspectos biológicos e dos papéis sociais. O corpo do homem é considerado o exemplo de perfeição e superioridade em relação ao da mulher, que teria o corpo e a alma governada pelo sexo, mas de natureza passiva, destinada à maternidade. As mulheres seriam doentes devido a sua própria natureza (histeria, corpo instável, menstruações). “Também se fala de uma suposta fragilidade da mulher, mais sujeita aos desgovernos sexuais, à dissimulação, à mentira, ao capricho, e dotada de aptidões intelectuais medíocres” (Rohden, 2001 p. 16). Antes desta época, a diferença entre os sexos não era de ordem biológica (de dois corpos diferentes), mas sim estabelecida em relação a um modelo de perfeição: o homem, imagem e semelhança de Deus. No século XIX, isto muda relativamente em função dos avanços no conhecimento da anatomia humana, e também por uma demanda social marcada pela industrialização (processo civilizatório), onde não se prezava mais a imagem do corpo grotesco suscetível pela natureza. O corpo, então, passa a ser entendido como uma fundação, mas frágil, submetida às categorias sociais e jurídicas, e neste sentido era importante manter claras as diferenças de gênero, já que a diferença de sexo começava a ser questionada. Começam a nomear os órgãos sexuais com termos diferentes para homens e mulheres (ovários e testículos). A mulher continua sendo mantida num lugar inferiorizado e ameaçador por ter um corpo indomável (Rohden, 2001).

³⁰ Tem-se o costume de dizer que a ‘mulher’ começou a trabalhar ‘fora’ de casa na segunda metade do século XX. A pesquisadora Eni de Mesquita Sâmara (citada por Markun, 2000) constatou, após pesquisar o censo de várias cidades em São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Paraná no século XIX, que 70% da população feminina trabalhava. Dois exemplos: em 1804, na cidade de Ouro Preto, em plena decadência da exploração do ouro, 45% dos lares eram comandadas por mulheres. Na cidade de São Paulo, em 1836, este índice correspondia a 30%. Trabalhavam para fora e ocupavam trabalhos que os homens não queriam (Markun, 2000).

onde novas classificações sociais irão surgir e com elas as suas instituições (Caponi, 2004; Camargo Junior, 2003; Groisman, 1999). Entre elas as instituições asilares, como se verá adiante.

A geriatria e a gerontologia

Apesar da existência de diversos trabalhos que tinham a velhice como objeto de estudo, o termo “geriatria” surge somente em 1909, com Ignatz Leo Nascher, um médico norte-americano nascido em Viena, para quem o envelhecimento era caracterizado pelo desenvolvimento patológico da degeneração celular. Ele propõe uma diferenciação entre os aspectos patológicos e normais no envelhecimento, o que caracterizaria a especialidade da geriatria. A proposta, no entanto, não era fácil, já que apontava para uma dificuldade em separar o que era considerado saúde ou doença na velhice (Beauvoir, 1990; Groisman, 2002).

Groisman (2002) aponta para a contradição implícita na época da formulação da disciplina que, ao considerar o envelhecimento como um processo patológico irreversível, não deixou espaço para as considerações do envelhecimento saudável e nem para uma possível terapêutica. Problemas de definição sobre quando se instaurava a velhice (e portanto o adoecimento) também contribuíram, segundo o autor, para a especialidade não conseguir se firmar como uma disciplina importante na medicina durante grande parte do século XX. Beauvoir (1990) comenta que Nascher teve muitas dificuldades para achar um editor que se interessasse sobre o tema, por este ser considerado “desagradável”.

Já o termo “gerontologia” é considerado por Groisman (2002) como mais difícil de abordar pela sua complexidade de influências. Sabe-se que foi cunhado pela primeira vez em 1903 por um médico russo, Metchnikoff, e estava vinculado ao estudo do prolongamento da vida por meio de intervenções médicas. Apesar de serem temas constantes para o ser humano, os fenômenos da morte, da eterna juventude e do controle da passagem do tempo farão parte do campo de estudos da gerontologia de forma sistemática a partir do século XX. Nos Estados Unidos, em decorrência do processo de industrialização, houve um particular interesse em conhecer os velhos,

de forma a legislar sobre as conseqüências do aumento da população idosa apontada por pesquisas demográficas (Moraes, 1977; Beauvoir, 1990).

A gerontologia estaria marcada pelo seu aspecto multidisciplinar, não sendo uma área específica da medicina, apesar do médico poder ser considerado um gerontólogo. De uma forma geral, dentre algumas variações encontradas, a definição mais comum de geriatria é a de “ramo da medicina que se ocupa das doenças dos velhos”, sendo a gerontologia uma “especialidade que estuda o processo fisiológico do envelhecimento, incluindo aspectos biológicos, sociológicos e psicológicos” (Monteiro, 1998; p.1). Alguns autores, entre eles Debert (1999) e Groisman (2002), colocam em questão como estas disciplinas definem seus objetos de estudo: a velhice e o envelhecimento. A falta de um rigor ‘científico’ dos profissionais que trabalham nesta área, a impossibilidade de se determinar com precisão a entrada na velhice, as diversas maneiras de se abordar o envelhecimento e a militância política presente nos discursos profissionais, fazem com que estes autores questionem a condição de ciência tal qual estas disciplinas se afirmam socialmente.

Um panorama desta situação pode ser observado no trabalho de Ribeiro (2006), sobre um levantamento das principais referências bibliográficas presentes em teses e dissertações em três universidades paulistanas³¹, entre os anos 2003 e 2005. A autora identificou quatro abordagens teóricas que sustentavam as concepções de velhice e envelhecimento, sendo elas: cronológica, biologista, culturalista e psicologista. No entanto, esta classificação, que ajuda num primeiro momento a identificar de onde falam alguns dos autores mais citados naquelas pesquisas e que influenciam toda uma produção acadêmica, não consegue discriminar os discursos presentes nestas quatro abordagens, que variam entre si e de um modo geral indicam uma hegemonia do modelo biomédico de conceber os “dados científicos”, assim como a própria realidade. Um exemplo disso pode ser visto na abordagem psicológica, onde dois referenciais, a psicanálise e o cognitivismo, são entendidos a partir do mesmo lugar, sem considerar as diferenças que marcam seus discursos. De alguma forma, este tipo de classificação parece apenas ressaltar a separação das formas de saber encontrada na academia.

³¹ Foram analisadas dissertações e teses que continham as palavras velhice, envelhecimento e idoso no título ou nas palavras-chaves nas diferentes áreas do conhecimento, nas universidades: PUC-SP, USP e UNICAMP (Ribeiro, 2006).

Por outro lado, a relação entre geriatria e gerontologia, teoricamente sustentada pela “interdisciplinaridade” – discurso considerado necessário dado a complexidade de se abordar o fenômeno do envelhecimento por uma única área do conhecimento – parece não se dar em função de uma possível complementaridade entre elas. A disputa pela origem da fundação, assim como “quem abrange quem”, acaba por situar este encontro muito mais pela discriminação da diferença do que pelo encontro.

Para Groisman (2002), a diferença entre as duas abordagens está vinculada atualmente às identidades profissionais, incluindo questões corporativas de demarcação de mercado de trabalho. Não entram em debate as especificidades teóricas, consideradas pelo autor como frágeis e tendendo à superficialidade. Neste campo de atuação há um jogo de forças onde os médicos saem ganhando, afirmando seu poder frente aos outros profissionais da saúde, e indica o predomínio da abordagem biomédica na construção da noção de velhice. Este aspecto pode ser visto em texto publicado por Berzins (2004), sobre os pressupostos que norteiam as ações governamentais da área temática de saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo. A autora, com formação universitária em Serviço Social, tenta equiparar esta relação de poder ao dizer que a “geriatria como conhecimento está contida na gerontologia”. Este discurso, que procura na justificativa *teórica das origens* o fundamento para um possível igualitarismo de lugares, argumento também de cunho ideológico, parece não ressoar na prática: o discurso biomédico sobrepõe-se e apresenta-se de forma velada nas práticas dos demais profissionais da saúde, indicando uma supremacia na cultura ocidental, já indicada no capítulo anterior.

É comum observar uma predominância no discurso da multi ou interdisciplinaridade da necessidade nas equipes em se falar a mesma “língua”. A língua normalmente “escolhida”, se é que se pode falar em escolha, quase sempre é a da biomedicina. Tem-se, então, sob esta máxima, o aniquilamento de particularidades e especificidades de outras áreas que ficam subjugadas à hierarquia do BIOpsicosocial. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros entre outros, muitas vezes abrem mão daquilo que sustenta sua prática para fazerem parte deste grupo teoricamente ‘interdisciplinar’. Apesar de ser grande o movimento dos gerontólogos na área do envelhecimento, se constata na prática, como se verá no trabalho de campo, o predomínio do discurso biomédico, seja pela palavra final do

próprio médico sob os outros profissionais, seja porque estes outros profissionais da saúde acabam por assumirem em suas próprias referências este discurso como seu.

O surgimento das instituições asilares para idosos no Brasil

Dentre os diversos caminhos que poderiam ser traçados para falar das instituições asilares para idosos, optou-se neste trabalho por aquele que se aproximasse mais das representações sociais a elas ligadas, percebidas no trabalho de campo. Apesar da indicação do aumento das instituições asilares para velhos num futuro próximo, situação observada em outros países com características semelhantes às do Brasil (Chaimowicz, Greco, 1999), este processo não está isento de conflitos. Mesmo lugares que oferecem serviços de luxo parecem ter dificuldades de se livrarem da imagem do ‘asilo – depósito de velhos’. Os novos nomes criados para afastar esta idéia – casa de repouso, clínica geriátrica, casa-lar, flat, residencial, instituição de longa permanência para idosos – também não dão conta de uma mudança efetiva na forma como elas são vistas socialmente. Nota-se que estes diferentes nomes também refletem formatos e ideologias muito diversas de instituições de moradia. Modos de atenção que divergem entre si e ao mesmo tempo coexistem no mesmo campo social, sendo muitas vezes considerados unicamente sob o nome de *asilo*.

A palavra asilo (do latim *asylum* = refúgio ou lugar inviolável), no dicionário Aurélio, designa: (1) casa de assistência social onde são recolhidos para sustento ou também para educação pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos, velhos, etc; (2) lugar onde ficam isentos da execução das leis os que a ele se recolhem; e (3) guarita, abrigo e proteção. O termo *asilo* ou *instituição asilar*, apesar de se referir originalmente a um refúgio destinado ao uso de vários públicos, inclusive em situações políticas, parece ter sua associação restrita, neste país, à moradia de velhos, sendo esta marcada pela imagem do abandono, da pobreza e da caridade.

A história dos asilos para velhos no país é praticamente inexistente. Para resgatar parte deste percurso, Groisman (1999) realizou um paralelo com a influência do discurso médico higienista no desenvolvimento urbano da cidade, focando a

institucionalização de indigentes e pobres diante das novas organizações sociais que o país assume a partir do final do século XIX. Este autor parte inicialmente do trabalho de Filizzola, “A velhice no Brasil”, para citar a primeira notícia da idéia de se construir asilos (também) para idosos durante o período colonial. Por iniciativa do exército, em 1790, é proposta uma instituição para soldados inválidos que prestaram serviços à Corte. A chamada ‘Casa dos inválidos’ teve vida curta, pois a mesma teve que ser desativada para a moradia do médico de D. João. Marcava a construção deste espaço a idéia de “gratidão” e reconhecimento aos serviços prestados por estes soldados, não sendo considerada uma obra de caridade. Assinalar esta diferença era de relevância na época, por pressupor o reconhecimento da importância social e o sentimento de respeitabilidade presente para com estes ex-combatentes, em relação aos quais prevalecia um sentimento de reconhecimento e não de submissão, típica da piedade caridosa como apontou Caponi (2004).

A ‘Casa dos inválidos’ também não era considerada um asilo de velhos, mas sim um abrigo para pessoas inválidas não necessariamente velhas. No século XVIII a questão da velhice não recebia atenções políticas como se pode observar em um dos poucos relatos sobre a época a esse respeito:

“Em 1740, o segundo Vice-Rei de Portugal, Conde de Rezende, criou o direito dos idosos. E, pensando fazer um ato de justiça, mandou para a Corte essa questão (...). De imediato, a Corte de Portugal informa que os velhos não têm direitos, e que ela não pagaria nenhum centavo para trabalhar com eles” (Barroso, 2001, p. 24).³²

A institucionalização exclusiva da velhice no Rio de Janeiro se dará somente no ano de 1890, com a fundação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. Mas até esta data os diversos asilos (de mendicância, de loucos, de órfãos) estarão intimamente ligados à história da pobreza no Brasil e ao discurso médico-higienista.

Na primeira metade do século XIX, ainda sob um regime escravocrata, fazia-se uma diferença na sociedade entre a mendicância e vadiagem. A mendicância era composta por pessoas incapacitadas para o trabalho (doentes, aleijados, órfãos, viúvas e velhos), sendo alvos da caridade piedosa de famílias abastadas, que com essas

³² Sobre a história das instituições sociais envolvidas no desenvolvimento das políticas públicas para os idosos no Brasil, ver Barroso e Rodrigues (2001).

ações visavam garantir “o reino dos céus”. Os pobres incapacitados de alguma forma tinham um lugar reservado na sociedade, ao manter uma relação de dependência com as famílias abastadas; a mendicância nesta época era considerada mais digna do que o trabalho escravo. Já a vadiagem era atribuída principalmente aos jovens indigentes com capacidade física para trabalharem, mas que por alguma razão não o faziam. Vinculada à idéia de ociosidade, a vadiagem era considerada uma contravenção a ser repreendida por ser entendida como uma ameaça social. Há, neste período uma separação entre os “pobres merecedores de assistência e elementos perigosos”, no caso os “vadios” (Groisman, 1999, p. 31).

Com o fim da escravidão e o aumento vertiginoso de uma população pobre sem trabalho nas cidades, passa-se a questionar, na segunda metade do século XIX, o discurso da caridade como propulsora e mantenedora de uma massa de pedintes³³. A pobreza começa a ser desvinculada do lugar moral/religioso para ser abordada pelo aspecto econômico e político:

“Num contexto de crescimento das cidades e do comércio, de surgimento da classe burguesa e de tendência à unificação do poder político em territórios amplos, a intensificação da pobreza sinalizava conflitos que ameaçavam a ordem política e econômica em expansão, levando a sociedade e as instâncias de poder político a realizar ações que podiam ser motivadas por sentimentos de caridade e noções de justiça, mas também por interesses de controle das tensões sociais capazes de gerar obstáculos ao poder instituído” (Algebaile, 2005, p.75).

O aumento das práticas assistenciais voltadas para os pobres também sofrerá influência da medicina social, que naquele momento se encontrava em processo de constituição (Groisman, 1999). A assistência piedosa precisaria dar lugar ao discurso científico, que ajudaria a sociedade eliminar a presença dos desviantes.

“o primeiro, essencialmente compassivo, fundado na caridade e na punição; e o segundo, racionalista e utilitarista, fundado na exclusão e na normalização, que

³³ Sobre isso: “Com a chegada de um grande contingente de imigrantes, que veio se somar à massa de escravos abandonados, aumentou substancialmente a população residente nas cidades, crescendo os problemas relacionados à ocupação urbana sem a correspondente instalação de infra-estrutura de saneamento. Com a abolição da escravatura em 1888, grande parte dos cerca de 100 mil escravos que trabalhavam nas lavouras de café veio se somar à já crescente população urbana das cidades que eram os principais centros econômicos do país” (Oliveira, 2005; p.129).

fará dessa pobreza 'perigosa' sujeitos docilizados e laboriosos submetidos ao imperativo de viver conforme o bem-estar geral. (...) Pretendiam moldar os corpos, multiplicar sua docilidade e sua força, mas ao fazê-lo procura-se integrar aos 'desviados' sob um olhar médico capaz de restituí-los ao mundo da saúde e da normalidade. Uma normalidade na qual, pela arte do socorro e da caridade, todos os homens possam confraternizar, libertando-se assim dessa 'repugnância inata' que gera o sofrimento de um semelhante" (Caponi, 2004; p.41 e 63)

As descobertas da medicina, principalmente no controle das doenças infecciosas que até então inexistia, criaram um campo de legitimidade dentro das instituições políticas antes destinadas apenas aos senhores de escravos que detinham o saber e o poder sobre a ordem social. Com o fim da escravidão e com o crescimento desordenado das cidades, o discurso médico-higienista irá assumir este lugar de saber reconhecido e influenciará de forma decisiva a estruturação urbana ao vincular a saúde com as condições de moradia da população. Neste sentido passa a reger também sobre a ordenação social, muitas vezes de forma autoritária como se viu na Revolta da Vacina³⁴ (Pereira, 2002).

Moradias insalubres começaram a ser vistas como perigosas para a sociedade por propagarem doenças, e seus moradores passaram a ser alvos de uma política exclusiva, já que na época não havia uma política pública que previa nem o saneamento básico nem o abastecimento de água para toda a população, sendo estes privilégios concedidos para poucos. Na opinião de Oliveira (2005),

"para a população pobre de ex-escravos, seus descendentes e trabalhadores brancos imigrantes, restavam as perseguições da polícia sanitária, que usava medidas coercitivas para a 'higiene das habitações', resultando muitas vezes em despejos de famílias" (p.130).

Na busca de controle social, os mendigos passaram a ser considerados como agentes perigosos na propagação das doenças. Em 1854 a cidade do Rio de Janeiro funda o 'Asilo de mendicância', que tinha a intenção de tirar de circulação pessoas

³⁴ Sobre isso ver Pereira, Leonardo. As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República. São Paulo: Editora Fund. Perseu Abramo, 2002.

consideradas como ameaças constantes. Dentre os pobres um grande continente de velhos passa a fazer parte destas instituições³⁵ (Groisman, 1999).

A segregação da velhice em uma instituição própria, segundo Groisman (1999), não se dará rapidamente e é difícil identificá-la como resultante de uma demanda específica. Alguns aspectos, no entanto, permitem circunscrever este momento. A crítica aos atendimentos das instituições religiosas baseadas na caridade cristã, pelo discurso da filantropia-medicina fez com que muitos desses lugares passassem a ser administrados por médicos, que traziam consigo o desígnio de criar soluções para os problemas ligados às questões sociais (Caponi, 2004). Neste processo passa a fazer parte uma discriminação dos diferentes tipos de desvios presentes na sociedade com o intuito de estruturarem soluções adequadas para cada caso, como aponta Groisman (1999):

“A ação normatizadora da medicina social é mais incisiva sobre aqueles considerados ‘recuperáveis’ – e, portanto passíveis de aproveitamento para o trabalho. Os vadios, os presos, os jovens e os loucos serão alvo de práticas diferenciadas, com o processo de medicalização das prisões e com o surgimento dos hospícios. No caso dos loucos, destaca-se o advento do tratamento moral, que faria do trabalho o principal meio de cura. Desta forma, ciência médica e necessidades econômicas parecem confluir para um mesmo objetivo: a recuperação de mão de obra e a inculcação do hábito do trabalho. Nem todos, entretanto, eram considerados ‘recuperáveis’. Mesmo assim, o espaço das instituições destinadas aos inválidos seria medicalizado, embora de forma diferente” (p.35).

Diante deste contexto, ainda conforme Groisman (1999), a velhice entraria no quesito ‘irrecuperável’ e seria diferenciada da mendicância para ser convertida em ‘velhice desamparada’. Este processo que segregaria os velhos pobres dos demais tipos de indigentes irá significar mais do que o resultado de uma metodologia de atuação em relação à pobreza:

“a fundação do asilo de velhos representa o reconhecimento da velhice como alvo de uma prática institucional. Funcionando como elemento de separação e

³⁵ A situação de pobreza na velhice parece não ter mudado muito. Simões (2004) em sua pesquisa sobre o idoso morador de rua, constatou que na cidade de São Paulo existem proporcionalmente mais idosos na rua do que pessoas de outras faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes.

demarcação da velhice – uma separação espacial, o asilo produz imagens sociais da velhice. Contidos pelos muros do asilo, aqueles que lá ingressavam tornavam-se homogêneos (por sua velhice) e ganhavam visibilidade social simplesmente como ‘os velhos’ de um asilo para a ‘velhice desamparada’” (Groisman, 1999; p.21).

O sentimento de caridade e piedade frente à velhice decorre desta época, assim como a associação, presente ainda nos dias de hoje, entre velhice-pobreza-instituição. A instituição inicialmente restrita aos velhos pobres passará a receber velhos em geral e será uma fonte de renda ao transformar a velhice institucionalizada em um negócio rentável, como apontou Groisman (1999) ao relatar a criação, em 1909, de um pavilhão no próprio Asilo São Luiz, destinado a velhos não desamparados que pagavam alguma mensalidade para estarem ali. Mas a imagem de velhice associada à pobreza e ao desamparo também acompanhará estas instituições no decorrer do século XX até a atualidade.

O isolamento da velhice na instituição também encontrará outros motivos para se estabelecer como um lugar investido e ao mesmo tempo invisível, em decorrência das mudanças na composição familiar e da valorização da juventude como modelo a ser cultivado. Mas é precisamente sua perspectiva medicalizante e a promessa de se transformarem definitivamente em instituições médicas o futuro esperado para estas instituições

A transformação da velhice em problema social

Apesar do surgimento da geriatria e da gerontologia como saberes oficiais relativos ao envelhecer no início do século XX, demoraria ainda algumas décadas para que a velhice e o envelhecimento se tornassem um problema de relevância social no Brasil. De um modo geral isto ocorreu após a 2ª guerra mundial.

Quando Kalache, Ramos e Veras publicaram três artigos epidemiológicos sobre o fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil na Revista de Saúde Pública em

1987³⁶, pouco se dava atenção ao assunto no país e a velhice ainda não era um tema considerado relevante. O Brasil, tido como um país jovem, tinha suas preocupações voltadas para a formulação de políticas públicas na saúde na área materno-infantil.

A evidência do fenômeno conhecido como “transição demográfica” ou “transição epidemiológica” como preferem Kalache et al. (1987), caracterizado pela redução da mortalidade infantil, a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, veio acompanhada por previsões alarmantes de como esta mudança no quadro populacional repercutiria para a sociedade em geral e em especial para a vida dos futuros idosos. Uma problemática apresentada por estes autores, no que diz respeito à saúde, apontava para o aumento de doenças crônicas, que viriam acompanhadas da longevidade propiciada pelo controle das doenças infecciosas, que afetariam a capacidade funcional de uma pessoa manter sua autonomia e, portanto, demandaria a necessidade de cuidados específicos para esta nova condição. A capacidade funcional, segundo estes autores, pode ser entendida pela possibilidade do sujeito manter-se autônomo na realização de suas atividades cotidianas, independente da presença de doenças crônicas, e implica na capacidade de continuar realizando as tarefas diárias com ou sem a ajuda de outros. Estes autores indicavam que o país precisaria repensar as prioridades de planejamento das políticas públicas diante destas novas informações.

Os dados destas pesquisas, assim como outros que informam sobre o envelhecimento populacional (como os censos do IBGE e outros), têm sido largamente utilizados para justificar a relevância social da discussão do tema “velhice”, aspecto que pode ser observado em grande parte dos trabalhos acadêmicos, das matérias jornalísticas e de programas voltados para a população idosa.

O modo de lidar com este tipo de informação, no entanto, não é exclusivo da contemporaneidade: de acordo com Beauvoir (1990), o discurso demográfico remonta ao final do século XIX onde, por influência das idéias malthusianas, já se considerava o aumento da população idosa como uma ameaça à ordem social. A autora relata ter

³⁶ Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev. Saúde Pública. 1987; v.21, n.3:225-33.
Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública. 1987; v.21, n.3:211-24.
Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública. 1987; v.21, n.3:200-10.

acontecido movimento semelhante nos Estados Unidos entre as décadas de 1920 e 1930, quando pesquisas epidemiológicas apontaram o envelhecimento da população tornando a velhice um tema de interesse. Neste período tem início uma produção considerável de literatura sobre o assunto naquele país, indicando uma mobilização que visava controlar uma possível “decadência” da população com o aumento do número de velhos. Vale mencionar que a literatura sobre a velhice no âmbito das Ciências Sociais nos Estados Unidos era significativa desde 1900, pois como mostra Moraes (1977), na área da gerontologia, de 1934 a 1969 haviam sido registrados 736 trabalhos acadêmicos de doutorado, sendo 154 referentes a aspectos sociais e culturais.

As estatísticas não se referem apenas a números. De acordo com a orientação deste trabalho, considera-se a epidemiologia também como um discurso social³⁷. No Brasil, o alarde feito em torno do aumento da população idosa tem sido acompanhado de dois aspectos que, ao serem considerados problemáticos, são também utilizados para justificar a urgência da sociedade em voltar suas atenções sobre o tema da “velhice”: a falta (e a necessidade) de políticas públicas voltadas para este público e o problema da aposentadoria ligada ao rombo na previdência social. O discurso que prevalece, neste sentido diz que nossa sociedade não está preparada para conviver com uma população que está envelhecendo; o sistema público está falido e não oferece condições adequadas de atendimento aos usuários necessitados; nossas cidades não estão adaptadas para a existência dos velhos; economicamente não existem soluções para lidar com o descompasso entre as pessoas economicamente ativas e a população que é mantida pela previdência.

Esse modo de abordar a realidade se transformou no discurso oficial dos profissionais da geriatria e gerontologia, que passam a se considerar os guardiões do saber sobre a “velhice” em nossa sociedade, ansiosos por convencer, através dos números, a relevância de sua empreitada.

Se os dados informam sobre a mudança no perfil etário da população brasileira, a leitura predominante que se faz deles tende a uma visão generalizada e homogênea tanto da população idosa, quanto das questões enfrentadas por este grupo (Neri, 2005;

³⁷ Sarti, Barbosa, Suarez (2006) nesta perspectiva, identificam o mesmo na área da violência: “dados epidemiológicos dimensionaram um fenômeno cuja visibilidade – e conseqüente transformação em problema social – ocorreu no âmbito das lutas sociais pelos direitos de cidadania” (p.168).

Camarano, 2004; Debert, 1999; Kalache et al., 1987; Lopes, 2000; Goldfarb, 1998). A heterogeneidade, no entanto, é a marca desta população. Considerar os idosos como um grupo único com necessidades equivalentes é ignorar uma série de questões presentes nesta diversidade e reflete o modo como o tema foi sendo construído neste último século.

É a partir da década de 1960 que a velhice surge no Brasil, como tema a ser estudado e pesquisado nos meios acadêmicos, até então circunscrito nas cadeiras americanas de epidemiologia, influenciado pelo ensaio *A velhice* de Simone de Beauvoir. Publicado em 1968, teve como objetivo romper com “a conspiração de silêncio” (p.8) em relação ao tema, evidenciando um assunto excluído tanto por parte da sociedade quanto da academia. Juntamente com o discurso epidemiológico, o discurso “denúncia” da situação “degradante dos velhos em nossa sociedade” irá marcar as atuações profissionais na área. De acordo com Veras (2002), os primeiros trabalhos científicos no país sobre o tema surgem somente na década de 1970.

Os profissionais da geriatria e da gerontologia, ao lado de técnicos da área da Saúde e da Previdência Social, estarão articulados, principalmente no início, a idosos pertencentes ao movimento de aposentados e pensionistas, com o objetivo de pressionar o Poder Legislativo para a criação da Política Nacional e do Estatuto do Idoso, tendo como cerne do discurso as mazelas sofridas pelos velhos no país, renegados ao lugar do abandono (Debert, 1999).

Parte desta “ressignificação” teve como protagonista a “geração da contracultura”, os *baby boomers*, pessoas nascidas no pós-guerra. Descontentes e temerosos com a perspectiva de velhice vivida pelos seus pais, buscaram criar novas maneiras de envelhecer, como evidenciou Debert (1999):

“A visão do declínio da vida pública e da tirania da intimidade que produz uma cultura onde impera o narcisismo, (...) ou da alta modernidade envolvendo um projeto reflexivo do eu em sintonia com uma sociedade mais democrática, é uma expressão típica dos *baby boomers*, que foram ativos na recriação de valores e estilos ao longo das etapas pelas quais passaram e que hoje estão empenhados na redefinição dos estágios mais avançados da vida.” (p.240)

Entretanto, ao mesmo tempo em que aqueles profissionais possibilitaram a apresentação da velhice como uma questão social, irão se tornar defensores do não envelhecimento. Este movimento é chamado por Debert (1999) de “reprivatização do envelhecimento”. Ou seja, ao compartilharem com a sociedade a condição de exclusão dos velhos, geriatras e gerontólogos socializam a velhice; no entanto, neste mesmo processo, tomam para si a responsabilidade sobre o envelhecer e estes profissionais passam a receitar a maneira correta e adequada do bom envelhecimento:

“o processo de reprivatização da velhice é resultado de uma interlocução intensa dos gerontólogos com a mídia e com os espaços sociais criados em torno do envelhecimento, (...) no caso da geriatria, essa interlocução, ao desnaturalizar a velhice, dissolve seus dramas, cria a possibilidade de seu desaparecimento no nosso leque de preocupações sociais, e assim, transforma os gerontólogos em participantes ativos de um novo tipo de “conspiração do silêncio” (Debert, 1999; p.231).

Ao assumir para si os conhecimentos do bom envelhecer, o discurso especialista desloca para o sujeito a responsabilidade de seu bem-estar, “na promessa de que – com esforço pessoal, com a adoção de estilos de vida e forma de consumo adequadas – a velhice possa ser excluída do leque de preocupações dos indivíduos e da sociedade” (Debert, 1999; p.191).

“Um novo mito é criado: na possibilidade do retardamento infinito das perdas orgânicas intrínsecas ao processo de envelhecimento, as limitações individuais ficam obscurecidas. O velho ‘se quiser’ pode ‘tudo’, pode até interferir sobre estas alterações orgânicas, se seguir as prescrições medicamentosas e as orientações para uma melhor qualidade de vida” (Lopes, 2000, p.30).

Neste sentido, a doença ou um envelhecimento *mal* sucedido (independentemente do que isto queira dizer de fato) passam a ser encarados como falhas individuais, de culpa apenas da própria pessoa por esta ter ignorado ou não ter tido vontade de seguir as indicações dos *experts*, muitas delas divulgadas na mídia. Ou seja, a partir destes princípios, envelhecer torna-se um problema moral, e como tal, uma questão de ordem prática que afeta outras pessoas e grupos, como os próprios velhos, seus familiares, os profissionais que os auxiliam, a sociedade como um todo e o Estado como organização política da sociedade.

Os especialistas, ao valorizar uma nova imagem de velhice em detrimento daquela miserável, estimularam a propagação de alguns estereótipos associados à doença, dependência, passividade e pobreza, sendo exatamente estas imagens aquelas que legitimam o esforço de criação de políticas para o idoso desamparado (Debert, 1999). Observa-se, portanto, dois movimentos, que a princípio soam contraditórios, mas que parecem indicar a existência de duas classes quando se fala em velhice: os *idosos* e os *velhos*, sendo o segundo termo destinado às características culturalmente depreciativas.

Capítulo 3

O Campo da Pesquisa

Os primeiros contatos com a instituição: o estabelecimento das trocas

A instituição de longa permanência para idosos onde foi realizada a investigação foi escolhida após recomendações de profissionais da área do envelhecimento, por ser considerada um serviço de referência no Município de São Paulo. Ressaltar este aspecto é importante, pois é característica dos estudos de caso revelar modos de funcionamento específicos de uma dada organização ou fenômeno modelo, de forma poder descrever eventos ainda desconhecidos (Yin, 2001).

Na área do envelhecimento, assim como acontece na saúde de forma geral, debate-se a prática do cuidado em contraposição aos avanços tecnológicos da biomedicina e a desumanização da assistência, como se um impedisse a realização do outro, além de tomar o cuidado como saber e ação exclusiva do campo da enfermagem: o médico cura e a enfermagem cuida (Ayres, 2002). De fato, quando se pesquisa o termo “cuidado” na academia, encontra-se uma série de trabalhos sobre como enfermeiros, auxiliares de enfermagem e cuidadores significam o cuidado na saúde. Esta pesquisa, no entanto, considera a prática do cuidado de forma ampliada, estendendo-a aos profissionais em geral que cuidam de idosos numa instituição, ao entender que o cuidado permeia todas as instâncias do serviço, não se restringindo ao campo da enfermagem. A população em estudo, portanto, foi constituída pelos profissionais que trabalham nesta única instituição, buscando contemplar todas as categorias profissionais abrangendo a diversidade referente ao cuidado. Para abordar este problema, optamos por um trabalho etnográfico, utilizando a técnica da observação participante, por possibilitar a obtenção de informações sobre as relações institucionais a partir do próprio acontecimento cotidiano. As observações e as impressões do que foi vivido durante o processo foram registradas em minucioso diário de campo imediatamente após as visitas da instituição.

Em abril de 2006 foi feito o primeiro contato com a gerência do serviço para apresentação do projeto desta pesquisa. Nesta primeira aproximação foram expostos o método e os objetivos da investigação. Também foi discutido o comprometimento ético, ao manter em sigilo nomes e dados específicos que poderiam identificar tanto a

instituição, seus membros diretivos e idosos, quanto funcionários e profissionais que concederiam as entrevistas, acordados em contrato com os mesmos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2). A gerência, por sua vez, discutiu com a diretoria a possibilidade de realização do trabalho de campo, que apresentou parecer favorável ainda no mês de abril e a partir deste momento foram realizadas as primeiras visitas à instituição.

O coordenador da área da enfermagem foi designado como responsável pela recepção, pelo fato de também estar realizando uma dissertação de mestrado e ser considerado o mais competente para avaliar tanto o projeto de pesquisa quanto para acompanhar o processo investigativo. Este profissional foi bastante receptivo e disse que avaliou o projeto como uma proposta importante que poderia ajudar a melhorar os serviços na instituição. De alguma forma é com esta fala que se inaugura a possibilidade de relação: uma relação de troca.

Desde o início foram combinados possíveis intercâmbios de saberes dentro das minhas competências como uma retribuição por participarem do processo da pesquisa. Este posicionamento foi uma opção ao considerar a instituição mais que um mero local de obtenção de dados, onde o pesquisador recolhe aquilo que interessa e não mais retorna ou retorna com devolutivas que não se tornam acessíveis à população institucional. De alguma forma tentamos trabalhar, na prática, esta dimensão política e ética do encontro da academia com as instituições sociais na produção e no compartilhar de saberes, para além da formalidade dos Conselhos de Ética e Pesquisa.

Assim como Malinowski (1976) levava tabaco para os nativos em troca de sua presença na comunidade, a negociação, o cuidado na entrada e o esclarecimento das trocas viabilizaram a criação de um campo possível para os vínculos institucionais com os idosos, os familiares, os profissionais e os funcionários neste período de observação. Nem sempre foi fácil discriminar os lugares destinados e/ou aceitos nestas relações: aliada, manipulada, alienada, ameaçadora? Independentemente das várias definições possíveis houve a preocupação em preservar o lugar da escuta analítica, tanto no momento do acontecimento, mas fundamentalmente *a posteriori* – condição imprescindível neste tipo de pesquisa.

Uma das situações onde esta troca pôde ser observada foi o convite feito para a realização de uma palestra durante a semana de enfermagem (situação que também serviu, em parte, para coleta de dados). O título sugerido pela equipe organizadora para esta argüição, a princípio, parecia distante da possibilidade de troca de saberes por seu aspecto tecnicista específico da enfermagem: *Baixa auto-estima situacional e crônica: apoiar, estimular e proporcionar ao idoso institucionalizado, no desenvolvimento de percepção positiva sobre o seu próprio valor*³⁸. Não se sabia precisamente em que consistia este pedido, ao mesmo tempo em que se revelava a intrincada e delicada necessidade de manejo da situação criada. Sem o formato de uma palestra, acabou acontecendo uma atividade com alguns funcionários que estavam presentes, na sua maioria auxiliares e estagiários de enfermagem, onde se debateram, entre outros assuntos: como se imaginavam velhos, o ideal de velhice, o que acontece com um idoso quando vem morar numa residência de longa permanência, a “auto-estima” dos funcionários e a “auto-estima” do idoso. O risco assumido em poder trabalhar para além daquilo que foi solicitado acabou proporcionando um novo espaço de reflexão com os trabalhadores, como demonstra o comentário da terapeuta ocupacional:

Tem uma coisa que foi legal da sua palestra (...) algumas auxiliares vieram falar para mim: ‘Poxa, toda dia antes de colocar o perfuminho eu pergunto para a idosa se ela quer passar perfume ou não’. Porque era uma coisa meio mecânica: tem que passar em todo mundo, tem que passar o batonzinho. E agora ela passou a perguntar se ela quer rosinha, vermelhinho ou se não quer batom.

A escolha da pesquisa de focalizar o trabalhador acabou por somar-se a outras sugestões de atuação que vinham sendo feitas à gerência, por parte de voluntários e profissionais, da necessidade de se trabalhar com os mesmos. Cabe ressaltar que este aspecto não constava do objetivo da palestra realizada, mas acabou por se ligar a este contexto institucional tornando iminente para a direção cogitar estratégias efetivas a este respeito.

Houve ainda um segundo pedido de troca, que acabou por não acontecer, em que foi solicitado um auxílio para estruturar um modelo de contratação de profissionais com um perfil esperado. Havia o desejo presente em alguns profissionais – e

³⁸ Todos os termos e palavras utilizados pela própria instituição como discurso oficial, ou por seus integrantes, serão colocados em *itálico* para que se possam diferenciar as falas “nativas”, de acordo com o método etnográfico.

sustentado pela gerência – de poder discutir e rever os padrões e objetivos assumidos até então pela organização, visando uma melhoria do serviço a partir de um projeto de profissionalização baseado no modelo biomédico de atendimento (por via de protocolos e regimentos); buscavam se afastar do aspecto beneficente e *amador* presente no cotidiano institucional, como relata um enfermeiro:

Sempre foi tudo sem planejamento, ‘Vamos fazer?’, ‘Vamos’, aí fica tudo no verbal, depois você sai e amanhã entra outro, não sabe, não dá continuidade ao trabalho, porque não tinha nada padronizado. Só se muda através de conhecimento e de trabalho, mostrando trabalho com fundamentação científica, então eu me pauto em cima dessas coisas, em cima de teorias. (...) Para que a gente melhore a qualidade do individuo, e cuide dele [com] uma nova metodologia que dê um resultado melhor.

Neste sentido, a entrada como aluna de mestrado, com a chancela de uma Universidade da área da saúde, acabou por se revelar um facilitador durante todo o trabalho de campo.

O contato com os profissionais, funcionários e idosos

Foram realizadas diversas conversas com o coordenador da enfermagem sobre qual seria a melhor maneira de fazer a entrada no cotidiano institucional e como iria ser feita a apresentação aos funcionários, os dias e horários de visita. Este momento de preparação do campo – que pode ser considerado o campo em si – durou aproximadamente dois meses com visitas intercaladas. Após este primeiro contato houve um período de recesso, sendo o trabalho de campo efetivamente retomado em novembro de 2006 com duração até julho de 2007. Foram combinados, inicialmente, dois dias fixos na semana (segunda e sexta-feira), nos três períodos (manhã, tarde e noite) para facilitar o entendimento da rotina de trabalho dos funcionários. Algumas visitas se realizaram em outros dias, inclusive fins de semana e feriados, para que outros acontecimentos da rotina pudessem ser observados. A grade de trabalho dos funcionários variava de acordo com a função (e contratação) e compreender toda esta logística acarretou uma intensificação da presença no campo, contribuindo para o reconhecimento como pesquisadora naquele lugar.

O primeiro momento de apresentação foi feito pelo enfermeiro, e isto acabou por instituir uma associação entre nossas presenças. Este profissional vinha desenvolvendo uma série de mudanças no setor da enfermagem, a maioria validada pela gerência, e por isso era considerado uma referência importante entre os funcionários. Durante todo o tempo foi muito solícito, respondendo dúvidas sobre assuntos muitas vezes impertinentes, mas necessárias, em relação ao funcionamento institucional, disponibilizando informações e material para consulta. Por esta relação, alguns integrantes da instituição me identificavam num primeiro momento como uma profissional da enfermagem.

No primeiro dia, este enfermeiro fez a apresentação da seguinte forma: *Esta é a Natália, ela é psicóloga, pós-graduanda e vai fazer uma pesquisa com a gente.* Na segunda visita perguntou qual era o melhor modo para fazer a apresentação, por não saber se havia necessidade de preservar ou ressaltar algo. Decidimos falar sobre a pesquisa e a Universidade e não especificar a minha formação, caso esta não fosse perguntada, de maneira que o conhecimento da especialidade fosse revelado no decorrer da vivência. Logo no início descobriu-se que havia a possibilidade de contratação de um psicólogo, tornando possível entender que parte da boa receptividade estava ligada a esta expectativa, pois muitas vezes se ouviu os idosos falarem sobre a necessidade de ter um psicólogo ali para lidar com as dificuldades das pessoas. Alguns funcionários, por sua vez, pediam indicação de terapia ou pediam para ser entrevistados e relatavam que não tinham com quem conversar. Essas solicitações pareceram indicar a busca de um espaço protegido e cuidado para poderem falar – idosos, funcionários – não só de questões pessoais, mas também institucionais.

De maneira geral todos foram receptivos, aceitando esta presença sem muitos questionamentos, mesmo quando se percebia uma dificuldade em entender do que se tratava o tema da pesquisa: o cuidado. Os idosos que circulavam pelo espaço eram os que propunham uma aproximação mais efetiva perguntando: *Quem é você? O que você faz? Onde você mora?* Já os funcionários e profissionais mantinham-se em trabalho e não perguntavam sobre a estranha circulando e observando o cotidiano onde eles estavam inseridos, como se estivessem acostumados a isto. Em alguns momentos tornou-se necessário interromper o trabalho de alguns e realizar apresentações individuais. Ao situar as presenças do observador e do observado, alguns se revelaram

interlocutores e facilitadores da inserção na rotina, como nesta cena do segundo dia do diário de campo:

Os auxiliares seguiam de um lado para o outro. Neste momento eu me sentia uma barata tonta, sem saber para onde ir, o que poderia fazer, como me comportar. Preferi ficar solta por ali, agüentando a situação. Fui ajudada por um auxiliar de enfermagem que havia conhecido na última vez que vim na instituição, quando o [enfermeiro] me apresentou. Este auxiliar, um rapaz jovem, também músico, como descobri depois, chegou muito tranqüilamente para mim, perguntando o que eu fazia por lá, se era voluntária ou estagiária. Disse que estava fazendo um trabalho para a universidade sobre o cuidado e ele, aproveitando a situação, me pediu para ajudá-lo a levar uma das idosas que estavam na sala de TV para o refeitório: *Então começa cuidando agora*. Também parecia dizer provocativamente: ‘Então venha ver o que é cuidar destas pessoas aqui’. Esta senhora, percebi, era uma das que davam trabalho – cheirava urina, cuspiam nas pessoas, andava com muita dificuldade e falava uma língua indecifrável para mim – me senti num ritual de passagem. Acho que naquela situação consegui cumprir com a tarefa. Esta ajuda-provação solicitada me permitiu uma maior segurança neste primeiro dia sozinha na instituição e um início de contato com os funcionários.

Apesar da boa recepção, para alguns profissionais havia um incômodo com a minha autonomia de circulação na instituição, que se revelava em pequenas manifestações na hora de ir embora: *Já vai já? Por que não fica aqui que nem a gente?* (fala repetida por uma enfermeira diversas vezes). Ou: *Está indo porque vai passar o fim de semana na praia? Eu vou ficar aqui fazendo plantão*. Estas perguntas, um tanto provocativas, eram dirigidas para o lugar ocupado por mim, como pesquisadora, como um indicativo do que era o trabalho na instituição do ponto de vista dos funcionários e profissionais. Equivalente ao lugar do “suposto saber” na análise, em que está suspenso o conhecimento da vida pessoal do pesquisador, nos comentários destes profissionais está presente uma idéia onde se imagina no outro somente as facilidades e benesses da vida, ao mesmo tempo em que se deposita em si o fardo da condição de trabalho – fardo este supostamente ignorado por esta pesquisadora.

Nestes momentos estava em jogo a assimetria presente na relação entre “privilegiada e desprivilegiados”. De fato, permanecer muito tempo na instituição era cansativo e tinha-se a impressão que o tempo não passava. Acompanhar as tarefas dos

profissionais e funcionário também trazia questões ambivalentes entre considerá-las *tarefeiras* e excessivamente desgastantes.

Durante as observações, muito idosos solicitavam ajuda, seja para fechar uma janela ou para levar ao quarto. Em alguns casos pediam para colocá-los nas suas camas ou na cadeira de rodas; neste momento ao invés de responder à demanda, solicitava a ajuda de algum auxiliar de enfermagem pelo desconhecimento do procedimento e pelo risco em cometer um erro durante o cuidado. Os idosos me diziam: *Me tire desta cadeira, é fácil*. O que era considerado fácil para os idosos, não o parecia na prática. Talvez pelo fato destes procedimentos serem feitos diversas vezes ao dia, se tenha naturalizado para eles a especificidade da tarefa, como se qualquer um pudesse fazê-la com a mesma facilidade e desenvoltura que os auxiliares ou cuidadores.

A relação com alguns idosos, que se tornaram importantes informantes sobre os acontecimentos da instituição, foi sendo construída aos poucos. Houve o cuidado de mantê-los cientes do motivo da pesquisa e da freqüência na instituição, sendo desde o início anunciado o tempo previsto de permanência. Tomei o cuidado de circunscrever os vínculos que foram sendo criados, para evitar que o término da investigação não fosse considerado mais uma perda, já que uma das questões apontadas pelos idosos em relação aos voluntários, temporários na instituição, dizia respeito justamente a não comunicação quando estes saíam de férias ou deixavam de freqüentar a entidade.

A nova negociação: a escolha dos profissionais e funcionários para as entrevistas

No decorrer do trabalho de observação foram sendo esboçados alguns temas para serem aprofundados nas entrevistas com os profissionais e funcionários, numa segunda etapa do trabalho de campo, que supunha uma familiaridade já adquirida com a instituição. Esta familiaridade permitiu levantar as questões que nortearam o roteiro das entrevistas (ver anexo 1), ao indicar aspectos relevantes para serem detalhados com os entrevistados relativos à prática de cuidados aos idosos.

Se o projeto inicial da pesquisa visava entrevistar representantes de todas as categorias profissionais, esta idéia teve que ser revista diante da quantidade de funções exercidas na instituição. Foram privilegiados os profissionais que mantinham um contato maior e mais freqüente com os idosos, ou ainda, aqueles que tinham uma participação decisiva nas práticas de cuidado.

Além do contato durante as diversas fases do trabalho de campo com os funcionários do serviço de forma geral: porteiros, pessoal da lavanderia, cozinheira, copeiras, manutenção, pessoal do departamento de recursos humanos, pessoal administrativo, fisioterapeutas (terceirizados), estagiários (enfermagem, auxiliares, fisioterapia), voluntários (profissionais e recreativos); foram realizadas 12 entrevistas com os seguintes trabalhadores:

- Uma gerente; 43 anos
- Uma assistente social; 43 anos
- Um médico; 30 anos
- Um enfermeiro; 33 anos
- Uma nutricionista; 30 anos
- Uma terapeuta ocupacional; 27 anos
- Um auxiliar de enfermagem – *líder (pavilhão C e D)*; 28 anos
- Uma auxiliar de enfermagem – noite (*pavilhão B*); 36 anos
- Uma auxiliar de enfermagem (*pavilhão A*)³⁹; 44 anos
- Um auxiliar de enfermagem (*pavilhão A*); 25 anos
- Uma encarregada da limpeza; 42 anos
- Uma cuidadora (*pavilhão E*); 28 anos

No caso dos auxiliares de enfermagem e dos cuidadores, devido à grande quantidade de funcionários, houve necessidade de definir alguns critérios para decidir quem seria entrevistado. Nestas funções foi observada uma rotatividade freqüente, sendo que alguns auxiliares permaneceram apenas uma semana no trabalho; diante desta realidade, priorizamos aqueles que tinham mais tempo de serviço. Tentamos também garantir uma proporcionalidade entre o número de homens e de mulheres e que cobrissem a experiência de trabalho nos quatro postos de enfermagem existentes

³⁹ Foi realizada inicialmente como entrevista piloto, sendo também considerada para análise.

nos *pavilhões*⁴⁰, inclusive no período noturno. Antes de realizar o convite e marcar as entrevistas (momento em que era deixado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura prévia), houve uma conversa com a enfermagem e com a gerência para expor as pessoas escolhidas. Apesar da aprovação sem restrições, alguns entrevistados demonstraram receio de uma possível retaliação em realizar a entrevista durante o horário de trabalho, situação, que pôde ser amenizada pelo fato de saberem que todas as entrevistas – inclusive com a gerência – estavam sendo realizadas no próprio turno de trabalho, de tal modo que todos se encontravam, pelo menos em função deste motivo, numa situação de paridade com seus superiores.

De todas as pessoas convidadas apenas uma preferiu não participar da pesquisa; esta funcionária, uma das mais antigas da instituição, costuma se recusar a participar de qualquer situação grupal de formação, segundo informação de um profissional. Estes espaços de alguma forma são entendidos por ela como ameaçadores, já que podem comprometer seu lugar de privilégio junto à diretoria, construído ao longo de seu tempo de trabalho.

Pelo fato desta pesquisa caracterizar-se como um estudo de caso, optamos por realizar as entrevistas na própria instituição, no próprio ambiente de trabalho – nas salas de trabalho dos próprios profissionais, quando a tinham, ou na sala de descanso dos funcionários – tomando as falas a partir deste referencial institucional. Buscamos preservar um ambiente silencioso e sem interferências. As entrevistas variaram entre 40 minutos e 2 horas; sendo todas elas gravadas e transcritas na íntegra para fundamentar o trabalho de análise.

O momento da entrevista trouxe questionamentos e reflexões para os entrevistados, como os próprios relataram. Alguns choraram, sugerindo uma mobilização despertada pelos temas do envelhecimento e cuidado, indicando a necessidade de espaços de trocas reflexivas sobre o trabalho institucional com idosos.

⁴⁰ Apesar de haver mais *pavilhões* do que enfermarias serão considerados aqui os postos de enfermagem.

Os profissionais entrevistados

Dentre os profissionais e funcionários entrevistados, predominou a presença de mulheres (9 mulheres), repetindo uma tendência do quadro funcional da instituição. Embora sejam maioria, existe uma necessidade e uma procura por auxiliares de enfermagem homens, principalmente para as atividades que envolvem o cuidado íntimo com o idoso. Os auxiliares também são considerados uma ajuda importante nas diversas vezes em que diariamente se precisa transportar uma idosa *muito pesada* de lugar, atividade que exige um grande esforço para todos e em geral, com maior desgaste, para as mulheres. Uma expressão repetida diversas vezes na instituição: *o trabalho é pesado*, tinha como referência direta a dificuldade de fazer este trabalho braçal.

A questão de gênero no cuidado apareceu em uma entrevista após um auxiliar ser perguntado sobre eventuais assédios de idosas por ele ser homem. Diz que algumas ficam inibidas e outras excitadas, mas procura desvincular este aspecto relacional da sexualidade para uma relação parental:

Acontece. Têm idosas que quando está dando um banho elas vão com a mão, você tem que se desviar, tem que... começar levar na brincadeira: 'Olha dona fulana não faz isso', aí ela fica rindo: 'Não...? É brincadeira'. (...) Consigo lidar e com o tempo até de tanto brincar, de tanto elas... elas vão tendo o quê? Já uma relação de vó e neto, mãe pra filho e vai até respeitando sem precisar dar broncas, sem precisar falar: 'Ó vou falar pra fulano de tal', 'Vou falar com a sua filha', sem isso. Não sei, principalmente porque quando a gente está dando banho é muito isolado. Poxa, eu estou no banheiro não tem muito outros funcionários ou outros... mas eu acredito que vem na cabeça da pessoa chegar e falar: 'Ó, me respeita'. Porque não sei, acredito sim que tem isso. (...) Vou lidando na amizade, vou brincando: 'Não pode. Olha vou... minha mulher vai vir aí', entende? Elas riem e assim vai. (...) Porque desde o estágio nós fomos pra uma clínica psiquiátrica e tinha umas mulheres mesmo que eu lembro que eu era o único homem do grupo, as oito meninas do meu grupo tiveram que me cercar uma hora numa quadra lá porque as mulheres queriam pegar, pegar e as meninas: 'Não, não', entende? Era aquilo: um homem proteger as mulheres nos pavilhões de homens e as oito me protegendo nos pavilhão de mulher, então a gente já entra mais ou menos preparado. (aux. enfermagem homem)

Estas situações, juntamente com relatos de agressões dos idosos, não foram consideradas pelos mesmos como algo a ser reclamado, como será abordado em outro momento, pois dizem entendê-las como parte da rotina de trabalho. Para além destas questões, não foram observadas outras diferenças em relação ao gênero.

A situação familiar dos entrevistados – compreendida como a existência e quantidade de filhos, com quem e onde mora – pode ser considerada heterogênea. O lugar de moradia não parece interferir nas significações de velhice, envelhecimento e cuidar; inclusive a pergunta *Onde você mora?*, repetida constantemente durante o trabalho de campo por diversos profissionais, funcionários e idosos não se revelou com os entrevistados um fator relevante: provavelmente refletia uma curiosidade dos mesmos em conhecer a estranha que passou a conviver entre eles.

Pode-se observar, no entanto, que a questão *Com quem mora?* mostrou-se presente no repertório dos entrevistados, principalmente para aqueles que em algum momento da vida viveram com algum idoso da família, talvez indicando, como foi sugerido em uma pesquisa com universitários sobre significados de velhice e envelhecimento (Barbieri, 2000), que as significações estão intimamente ligadas às referências dos velhos próximos. O morar sozinho, em decorrência de deslocamentos da cidade natal – e da família de origem – se revelou importante nas questões referentes ao cuidar, ao anunciarem a falta de cuidado atual por estarem longe da presença materna. A mãe é considerada aquela que *cuida bem*:

Minha mãe é quem cuida bem de mim. Só ela mesmo. (cuidadora).

A presença e a quantidade de filhos aparecem de formas diferentes nas falas dos entrevistados e merece certa atenção, pois estão ligadas às diversas histórias e comentários expressos pelos moradores da instituição, referentes ao cuidado que recebem ou não dos filhos. O tema do cuidado familiar, ou a falta dele, se apresenta para os profissionais e funcionários como algo que aprenderam com os idosos da instituição e isto se reflete em como se imaginam no futuro. Alguns referem ter optado por ter mais de um filho depois de trabalhar na instituição, por não querer que um filho único sintasse sobrecarregado ao ter que cuidar sozinho dos pais na velhice:

Eu quando entrei aqui eu só tinha uma filha. Depois que eu vi o que acontece com filho único, eu resolvi ter outra filha, para ela não carregar essa cruz sozinha

imaginando ter que carregar um pai e uma mãe. E assim, se eu tiver um imóvel, dois imóveis nunca vou passar pra filho coisa nenhuma. Depois que eu morrer eles que peguem pra eles, mas enquanto estiver viva eu não vou passar nada pra ninguém. Porque aqui eu aprendi uma coisa, você envelheceu, quanto mais bens você tem mais gorado você vai morrer (risos). (gerente)

Referem-se diversas vezes à fala dos idosos sobre a *ingratidão* dos filhos, que ficaram com as posses da família depois de colocarem os pais na instituição sem direito a viver entre os familiares. Alguns profissionais e funcionários refletem a possibilidade de não terem filhos, relacionando esta escolha às histórias dos idosos:

Muitas vezes eles falam para mim: 'Ai ter filho para quê? Se eu fosse você...'. Nesse sentido, quando a gente conversa, quando a gente vai fazer alguma discussão sobre filho na terapia, é: 'Ah, se eu fosse você que é nova não teria filhos não, sabe? O que uma mãe é pra cem filhos, cem filhos não é pra uma mãe'. (terapeuta ocupacional)

Eu não quero casar. Porque se eu casar eu vou ter filhos e os filhos de hoje não são como de antigamente não. Não tão nem aí. Ó, pega mesmo e joga lá, não quero não, eu nunca me imaginei, né, mas se acontecer aí seja o que Deus quiser, porque na idade que eles tão, eles não podem opinar por nada, né, são seus filhos que opinam mesmo, então se acontecer comigo eu não vou poder fazer nada. Eles vão colocar e pronto, é o caso. (cuidadora)

Apesar de não ter sido realizado um levantamento da situação socioeconômica destes profissionais, a diferença social aparece nas considerações sobre os saberes ali convergentes, sobre o relacionamento institucional e basicamente sobre as diferenças socioeconômicas e culturais, nos quais os idosos moradores são considerados por alguns funcionários como pessoas privilegiadas por receberem *tudo* na instituição, ao contrário do que encontram em suas próprias vidas, caracterizadas por eles por dificuldades e restrições afetivas e financeiras.

Com relação à escolaridade, percebeu-se como um dado relevante a diferenciação pela formação universitária e técnica na área da saúde e seus linguajares específicos permeando os discursos, principalmente como uma forma de tornar mais distantes as questões pessoais presentes no contato com os idosos. Termos como *biopsicossocial, interdisciplinar, estimular o autocuidado*, entre outros, são repetidos

com certa frequência e indicam um predomínio de um modelo da saúde imbricado no discurso institucional.

A análise dos dados

Já foi abordado anteriormente o cuidado referente à entrada do pesquisador no trabalho de campo, sendo a noção de transferência a referência para pensar aquilo que acontece na relação entre observador e observado e entre as relações existentes na trama institucional. Neste momento enfrentar-se-á um novo desafio: tornar aquilo que foi observado durante a investigação acessível em linguagem escrita. Como formulou Berlinck (2007ab), a narrativa científica na psicanálise e na antropologia tem a ficção como paradigma; neste sentido, o pesquisador-observador é aquele que trará em seu texto uma interpretação do acontecido, tendo como principal referência o constante questionamento dos lugares ocupados nas relações vividas durante o período de campo.

Todavia, o cuidado tomado não evitará, provavelmente, que alguns integrantes do serviço tenham outro modo de compreensão sobre o que foi escrito. O trabalho de análise, ao buscar sair do lugar comum, articulando o dito e o não dito às práticas institucionais, pressupõe um olhar problematizador (Becker, 1997). Para Moraes (1977), que realizou em um asilo um estudo etnográfico sobre a ideologia do velho asilado, o risco das pessoas sentirem-se prejudicadas e injustiçadas está presente neste tipo de pesquisa, pois tanto a entrada no campo quanto a análise dos dados constituem-se inevitavelmente de um problema político, situação a ser enfrentada pelo pesquisador.

Dentre os diversos caminhos possíveis para comunicar o trabalho de campo e realizar a análise dos dados, optamos por manter num mesmo texto as relações observadas, os relatos de conversas juntamente com a descrição da instituição, da sua rotina e de possíveis entendimentos para certos acontecimentos institucionais. Esta escolha visou aproximar o leitor da dinâmica institucional, situando algumas questões que serão sistematizadas e articuladas aos temas centrais das entrevistas. As observações e as impressões obtidas do campo, detalhadas no diário de campo,

juntamente com os dados das entrevistas serão utilizadas como principal referência para subsidiar a análise dos dados.

As relações de cuidado nesta pesquisa foram abordadas, portanto, por três diferentes tipos de informações: (1) dados de observação registrados em diário de campo; (2) registro discursivo das entrevistas e (3) textos informativos da própria instituição configurando o seu discurso oficial. Víctora et al (2000) ressalta a importância em considerar os vários níveis de realidade, pois a apreensão de apenas uma delas implicaria numa abordagem parcial:

“Muitas vezes, observamos que as ações nem sempre correspondem às racionalizações. Em outras palavras: nem tudo que se diz é o que se faz, e vice-versa. Nem tudo que se faz é documentado, e nem tudo o que está documentado corresponde àquilo que se faz. A triangulação possibilita uma aproximação dos diferentes níveis e permite uma apreensão mais ampla da realidade” (Víctora et al, 2000; p.55).

Neste sentido foram realizadas exaustivas leituras e releituras das entrevistas e do diário de campo. Houve o esforço de não se contentar com aquilo que parecia evidente em si mesmo, buscando sempre a articulação com o todo do discurso, com o contexto institucional, com o que foi observado e também com o que foi vivido durante o trabalho de campo. Foram trabalhados e colocados em evidência comportamentos observados, que ora mantinham coerência ora destoavam das falas e do discurso institucional tido como oficial. Neste sentido, a dimensão transferencial, portanto relacional, entre pesquisador e pesquisados esteve presente o tempo todo.

Capítulo 4

A Instituição

A instituição

A instituição asilar para idosos onde foi realizada a pesquisa é uma associação beneficente sem fins lucrativos, com capacidade para atender em média 170 idosos entre pagantes e não pagantes. Está localizada num bairro tradicional de classe média do Município de São Paulo e ocupa praticamente um quarteirão inteiro num terreno de 9.000 metros.

Foi idealizada num salão de igreja por um grupo de senhoras que decidiram criar uma entidade com a intenção de oferecer *hospedagem, amor e carinho, além de mantimentos e auxílio hospitalar para pessoas idosas necessitadas*⁴¹. Este empreendimento, que existe há quase cem anos, nasceu dentro de uma comunidade de imigrantes que chegou a São Paulo no final do século XIX. Outros grupos étnicos, que se estabeleceram nesta mesma época na cidade, entre eles os alemães, os japoneses, os sírio-libaneses e os judeus, também construíram instituições asilares para atender seus próprios idosos. Apesar de não haver um estudo sobre o desenvolvimento destas instituições, pode-se dizer que elas imprimem uma marca cultural de sua etnia num tipo de estabelecimento normalmente caracterizado por uma atenção caridosa de fundamentação católica para velhos pobres e carentes⁴².

Há um aspecto, no entanto, que difere esta das outras instituições de origem étnica: apesar de sua administração ser conduzida por uma diretoria apenas com membros da sua *comunidade*, o público de idosos atendido não se restringe à mesma etnia sendo aberta a toda a população, pelo menos em princípio, como se verá adiante.

A diretoria trabalha voluntariamente, de acordo com o que está definido em seu estatuto de organização não governamental sem fins lucrativos (filantrópica), que não remunera seus dirigentes. O cotidiano institucional é coordenado por uma gerente contratada, responsável pelo setor administrativo, que cuida das compras, da

⁴¹ Informações obtidas na página na *Internet* da própria instituição. Esta não terá seu endereço divulgado devido ao termo acordado de garantia de sigilo.

⁴² Sobre isso ver p.6.

lavanderia, da manutenção, da limpeza e também dos recursos humanos e pela assistente social que faz a recepção dos idosos, o contato e o contrato com as famílias.

O quadro de profissionais técnicos contratados inclui geriatras, enfermeiros, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. Há também fisioterapeutas terceirizados e psicólogas voluntárias realizando diversos tipos de trabalho não remunerado. Fazem parte do quadro de funcionários (pessoal sem formação técnica): os auxiliares de enfermagem, cuidadores, passadores e lavadores de roupa, cozinheiras, auxiliares de cozinha, encarregados de limpeza, porteiros, pessoal da manutenção, estagiária da biblioteca e todo o pessoal administrativo. Segundo informações da própria entidade, estima-se que trabalham noventa pessoas ao todo, além da grande circulação de estagiários e voluntários, numa média de setenta pessoas freqüentando diariamente a instituição de forma não necessariamente sistemática.

As relações institucionais permeando os espaços

Arquitetura e entorno

O acesso à instituição na cidade é favorecido pelas diversas linhas de ônibus que passam por ali, além da proximidade de um terminal viário e de uma estação de trem. A boa localização, no entanto, não facilita a comunicação entre quem está fora e quem está dentro do prédio. Toda a área é cercada por um muro alto pintado de cor escura que circunda duas esquinas em duas importantes avenidas da região. A “arquitetura do isolamento” está presente para quem passa: a altura e a extensão do muro tornam a passagem inóspita para o pedestre, criando uma relação de distância com a comunidade dos moradores locais e trabalhadores.

Para quem está dentro pouco se tem notícia do que acontece fora, com exceção dos ruídos e buzinas dos carros e ônibus; os de dentro permanecem isentos deste movimento e, de alguma forma, segregados. Neste sentido, parece remeter à idéia da “instituição total”, descrita por Goffman (2007) como um local que se encontra separado da sociedade mais ampla, tendo seus integrantes, moradores ou trabalhadores, uma vida fechada e formalmente administrada. Também é possível relacionar este aspecto ao conceito de “panóptico” descrito por Foucault (1996); este dispositivo – inicialmente

referido a um modelo de arquitetura que, a partir de uma edificação que permitia um controle visual no centro do edifício, visava disciplinar as pessoas por estas se sentirem constantemente vigiadas – pode ser observado em outras situações para além da materialidade das construções. Apesar de ser permitida a circulação extra-instituição, são poucos os idosos que têm autorização para saírem sozinhos (a maioria só pode sair com a família) e também são poucos os que circulam nos pátios. Segundo uma idosa, são colocadas algumas dificuldades para permitir a saída deles, sendo mais fácil ficar e esperar por uma visita. O próprio modo do funcionamento de cuidado – estruturado pelos horários das refeições/medicamentos e troca das fraldas – pode ser entendido como um dispositivo de poder por manter controladas as ações daqueles que ali vivem, sem que isso esteja explicitamente enunciado para todos. Numa outra conversa, uma idosa contava que havia sido descoberta caída no chão do estacionamento, por alguns funcionários que sentiram sua falta no momento da troca de fralda e das roupas de quarto. Ela havia saído para caminhar e ao cair ficou ali mais de uma hora. Como perceberam que ela não se encontrava presente naquele momento específico, saíram em busca e a localizaram. A falta só foi percebida pela sua ausência numa situação estabelecida de cuidado. Neste caso não se pode dizer que houve uma negligência, mas se pode colocar em questão o tipo de cuidado fundado na realização dos protocolos da enfermagem e da organização institucional, muitas vezes restrita à burocracia e à falta de hábito de sair da disciplina.

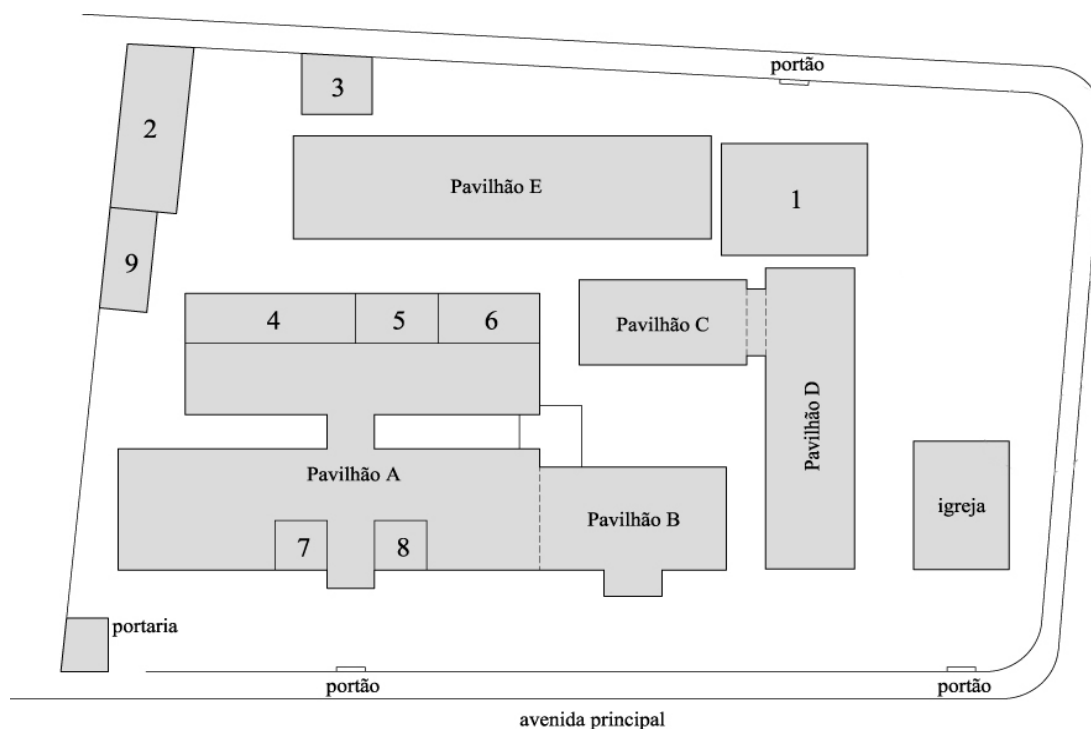
No setor voltado para a avenida principal encontram-se três pontos de acesso: o principal junto à portaria onde entram as pessoas e os carros; um segundo exclusivo para pedestres e um terceiro que se encontra em frente à igreja (ver figura 1). Os dois últimos estiveram sempre fechados durante o trabalho de campo.

Acima do portão principal há uma placa luminosa com endereço, telefone e e-mail e ao lado uma inscrição com um pedido para não picharem o muro, pois a *entidade não possui verbas para a sua manutenção*. No lado de dentro, à esquerda, há uma pequena construção que funciona como uma portaria. Neste espaço também se encontra a máquina do cartão de ponto e um mural com informações e regras sobre os horários de entrada, telefones e ramais entre outras coisas, sendo os porteiros responsáveis por estas questões. Eles também devem conferir todos os dias as bolsas dos auxiliares de enfermagem, cuidadores e pessoal da limpeza e manutenção para ver

se estão ou não levando objetos da instituição, sendo esta uma prática corriqueira e não realizada com os visitantes nem com os profissionais técnicos. A grande quantidade de pessoas que circulam na instituição é um desafio deste trabalho, pois muitas vezes os porteiros pedem desculpas por terem sempre que perguntar sobre o que a pessoa pretende fazer lá dentro.

O conjunto de edificações ocupa grande parte do terreno e é composto basicamente por quatro blocos principais – chamados de *pavilhões* – que abrigam os locais de moradia dos idosos, as áreas técnicas e administrativas. Além destes espaços há o prédio da igreja, onde são realizadas missas esporadicamente. Esta segue uma orientação católica ortodoxa, e segundo um técnico da instituição, os idosos não freqüentam o cerimonial por este ser realizado em uma língua estrangeira, portanto incompreensível para a grande maioria.

Esquema para localização dos edifícios



Legenda:

- | | |
|--|--|
| 1. Área administrativa. | 5. Refeitório dos funcionários e sala da nutrição. |
| 2. Lavanderia. No piso superior: vestiários, sala dos estagiários. | 6. Capela. |
| 3. Salas de fisioterapia. | 7. Consultório. |
| 4. Refeitório e cozinha central. | 8. Biblioteca. |
| | 9. Depósitos e cozinha dos idosos. |

A missão da instituição

A cultura da *comunidade* se faz presente no cotidiano institucional não tanto por datas comemorativas ou por rituais tradicionais, mas sim pela marca das *benesses* feitas por seus membros. Cada *pavilhão* é identificado com o sobrenome da pessoa ou da família que o financiou. Todos os quartos dos idosos também recebem nomes de seus financiadores nas portas. Nas paredes da entrada principal e da área administrativa podem ser observadas diversas placas de metal, em tons ouro ou prata, em homenagem aos vários sócio-fundadores, presidentes, conselheiros e pessoas – todas pertencentes à *comunidade* – que em algum momento contribuíram com doações importantes. Os sobrenomes indicam a mesma nacionalidade de origem, sendo esta uma característica valorizada e também utilizada para divulgar como este grupo específico realiza o *bem social*, idéia ressaltada no texto sobre o nascimento da instituição:

Procurando preservar a cultura [referência à etnia da instituição] que sempre ajuda pessoas idosas necessitadas e mantendo a tradição de obras assistenciais, que não permite o desamparo, nascia a (...), uma instituição benemerente, que canaliza seus esforços à velhice desamparada⁴³.

De acordo com o texto, o atendimento aos idosos *necessitados* caracterizava a obra desde a sua origem e neste sentido se assemelha àquilo que era indicado como ideal para as instituições asilares da época, que deixavam de receber indigentes ou necessitados em geral, para começar a separar as pessoas por classificações etárias, patológicas ou sociais. Neste caso foi escolhida a classe dos *velhos desamparados*.

Como já foi dito anteriormente, o público atendido não se restringe à mesma origem de seus fundadores. Diferente de outras instituições oriundas dos grupos imigrantes, esta acabou por se tornar uma instituição voltada para o atendimento de quem vem de fora da *comunidade*, assumindo um perfil beneficente (caridoso), como informa sua missão:

⁴³ Informações obtidas na página na *Internet* da própria instituição.

Nosso compromisso é o de atender idosos de ambos os sexos, em regime de internato e semi-internato, sem fazer distinção de classe, religião ou raça, independentemente de sua condição financeira ou estado de dependência⁴⁴

Das vagas oferecidas, trinta por cento são consideradas gratuitas e segundo informações da página na Internet, os demais contribuem de acordo com as possibilidades dos responsáveis. Importante notar que o próprio texto anuncia uma característica dos idosos atendidos: pessoas com grave comprometimento de saúde que não são mais responsáveis por si mesmas, sendo de responsabilidade de outrem. O alto valor cobrado pela maioria das vagas, como se verá, e as poucas vagas gratuitas, acabam por colocar em questão este discurso institucional, ao restringir na prática esta caridade incondicional. Além das mensalidades e das doações recebidas, a instituição organiza festas e bazares e aluga espaços de *outdoors* para arrecadar dinheiro e complementar as despesas.

Os pavilhões

Homens e mulheres convivem e moram juntos nos mesmos espaços, embora durmam em quartos separados; não há divisão por alas femininas ou masculinas apesar de um *pavilhão* ter apenas homens (*pavilhão C*) e outro somente mulheres (*pavilhão B*). Durante o período de campo apenas um casal morava junto na instituição. As construções foram sendo levantadas ao longo do tempo, respondendo à demanda por novas acomodações, em função da disponibilidade de verbas das doações, trazendo com isso certa diferença no padrão arquitetônico entre os espaços.

Num primeiro momento é difícil identificar aquilo que diferencia os cinco *pavilhões*. Em geral, o ambiente austero se assemelha ao de uma instituição hospitalar: funcionários utilizando uniformes de acordo com suas funções⁴⁵ circulam por corredores onde pouco se escutam as vozes dos idosos.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos usam avental branco; os cuidadores usam azul e os demais profissionais técnicos usam avental verde. Enfermeiros e médicos, apesar de vestirem branco como os auxiliares, se diferenciam dos mesmos pelo lugar ocupado institucionalmente.

Em toda a instituição, as paredes são pintadas de um bege claro em composição com um tom mais escuro. Decorando-as, diversos quadros de vários estilos e tamanhos, provavelmente recebidos de doações. No batente das portas de cada habitação encontra-se um papel com os nomes de seus moradores, nem sempre atualizados. Acima de todos os quartos uma campainha soa alta e uma luz vermelha ressoa caso algum idoso acione um botão de pedido de auxílio (mesmo nos quartos coletivos, cada idoso tem a sua campainha). O som emitido repercute por todos os corredores até que algum funcionário entre no quarto e o desligue. Em alguns momentos se escuta uma tensa orquestra de ruídos, principalmente no *pavilhão A*, local que possui menos auxiliares de enfermagem por idosos atendidos (como será visto a seguir), pois estes funcionários não conseguem, em muitos casos, dar conta de responder a todos os chamados. O período entre 17 e 19 horas, após o jantar e antes da troca de fraldas, costuma ser o de maior solicitação; os auxiliares circulam de lá para cá e muitas vezes não conseguem responder a todas as campainhas.

É um momento aflitivo, pois, a princípio, parece não saber como priorizar um ou outro pedido; para o idoso seu chamado é sempre urgente, e nem sempre o funcionário consegue respondê-lo na mesma medida. É difícil questionar este ir e vir constante dos auxiliares, que poderia ser encarado como uma mera *realização de tarefas*, diante das constantes solicitações, que vai do abrir e fechar a janela até o tirar e colocar o idoso na cama, funções impossíveis para quem não consegue se locomover sozinho. A escolha pela prioridade no atendimento parece estar referida na história de relação que o funcionário possui com os moradores: alguns idosos são reconhecidos por serem *manhosos* ou muito *carentes* e soam a campainha sem uma necessidade premente além de um pedido de atenção; estes acabam tendo que esperar mais, principalmente quando existem aqueles em estado grave de saúde, aos quais todos dedicam especial atenção. Esta situação é comentada pelos próprios profissionais:

A gente vê uma diferença no tratamento dos profissionais, né? Que tem aqueles que são mais queridos, então é dado uma atenção maior. Por exemplo, digamos você é mais carismático e eu sou o mais tímido, então vamos supor que a gente tem a mesma unha encravada: a atenção que vão dar pra mim é diferente da atenção que vão dar para você, por que você tem mais carisma, porque você dá mais presente (terapeuta ocupacional).

Em cada *pavilhão* há uma enfermaria, onde se encontram os remédios e os instrumentos de procedimento médico diário e uma copa onde são realizadas as refeições. Segundo texto informativo da própria instituição, a rotina diária se estabelece pelas seguintes atividades gerais: *banho – café da manhã – atividades como salão de jogos, sala de TV e passeio no jardim – almoço – higiene – descanso – lanche da tarde – outras opções de atividades – jantar – higiene*. Os profissionais técnicos são os mesmos para todos os idosos e os auxiliares de enfermagem e cuidadores se distribuem da seguinte maneira:

	Idosos	Auxiliares Dia⁴⁶	Cuidadores	Aux. Noite⁴⁷	Líder
<i>Pavilhão A</i>	76	4 por 4	4	2 por 2	1
<i>Pavilhão B</i>	22	3 por 3	2	1 por 1	1
<i>Pavilhão C e D (juntos)</i>	25	3 por 3	Não há	1 por 1	1
<i>Pavilhão E</i>	45	3 por 3	3	1 por 1	1

Tabela 1: Funcionários por *pavilhão*

Observação 1: Os *pavilhões* C e D dividem os mesmos auxiliares de enfermagem e também a mesma enfermaria, pela proximidade e pela pouca quantidade de idosos atendidos.

Observação 2: Nesta tabela não estão contabilizados os auxiliares e cuidadores *folguistas*, que substituem os que se encontram no dia de folga ou aqueles que estão de férias ou licença.

Grade horária dos funcionários e profissionais

- Auxiliar de enfermagem: trabalham 12 horas e folgam 36 com direito a algumas folgas no mês. São divididos em dois grupos, aqueles que trabalham nos dias pares e nos dias ímpares. As folgas e férias são cobertas pelos auxiliares folguistas, que também tem o mesmo contrato legal de trabalho, mas não estão fixos nos *pavilhões*.

⁴⁶ Os auxiliares de enfermagem trabalham em esquema 12 horas por 36 horas de folga, na tabela estão em destaque a quantidade de profissionais que se revezam dia sim dia não.

⁴⁷ Idem nota anterior.

- Líder⁴⁸: trabalha cinco dias e folga um (5 por 1), com direito a algumas folgas no mês e com contrato de 8hs diárias de dedicação.
- Cuidadores⁴⁹, porteiros, pessoal da manutenção, da lavanderia e da cozinha: trabalham também em esquema 5 por 1, 8hs diárias.
- Enfermeiros: trabalham uma média de 8hs por dia, mais os plantões de fim de semana.
- Médicos, terapeuta ocupacional: têm contrato por período trabalhado, negociado caso a caso.
- Nutricionista, assistente social, gerente, pessoal administrativo: trabalham no horário comercial, 8hs diárias.
- Voluntários e estagiários: variam de acordo com a disponibilidade e a atividade desenvolvida.

A diferença entre os *pavilhões* pode ser entendida principalmente por esta proporção entre funcionários e idosos, pela quantidade de pessoas por quarto (que pode variar entre 1 e 8 pessoas) e pela falta de banheiro individual. Durante a convivência na instituição alguns idosos relataram pagar mensalidades que giravam em torno de R\$ 1.600,00 a R\$ 2.000,00 numa das áreas onde os aposentos eram divididos, em média, entre três pessoas (*pavilhão A*), e R\$4.000,00 em quartos individuais (*pavilhão D*). Nestes valores não está incluída uma taxa extra que varia de acordo com a dependência e a necessidade de cuidados específicos do idoso, negociada caso a caso. Gastos com medicamento, instrumentais médicos, fraldas geriátricas, exames laboratoriais e fisioterapia também não fazem parte deste valor. Idosos que usufruem da porcentagem de vagas gratuitas estão distribuídos em três *pavilhões* (A, B e C) e recebem medicamentos do SUS e das diversas doações (seja de idosos que morreram, seja de pessoas que levam remédios que sobram de seu uso, seja das amostras grátis oferecidas pela indústria farmacêutica).

⁴⁸ O líder, como será visto adiante, é um auxiliar de enfermagem que tem a função de coordenar a enfermaria.

⁴⁹ Funcionários sem formação técnica, designados para observarem os idosos no banho, acompanhar nos ambientes externos aos quartos, acompanhar as refeições e ajudar na arrumação dos quartos.

Ter menos auxiliares no *pavilhão* também implica numa diferença no cotidiano. O serviço parece não ter fim e tem-se a impressão de uma corrida onde não se pára nunca. Os idosos relatam não serem atendidos com *tranqüilidade* e estarem à mercê do tempo dos funcionários que *sempre* têm *muitas coisas para fazer*, estas falas em alguns casos são expressas no sentido de *exigência* e em outros em solidariedade à situação de trabalho do outro. Esta *correria* não acontece em todos os *pavilhões*, como pode ser visto nas características gerais de cada um:

Pavilhão A – É o local por onde se entra, sendo o maior e o mais populoso *pavilhão*, chamado de *principal*. Neste prédio também estão localizados o *consultório*, o refeitório (também utilizado para realização de atividades), a cozinha, o refeitório dos funcionários, a sala da nutricionista, a biblioteca e uma capela. Juntamente com o *pavilhão B*, corresponde à edificação mais antiga e isto pode ser observado pelo modo como o espaço está estruturado: com quartos grandes acomodando entre 3 e 8 pessoas, com banheiros coletivos acessados pelos corredores, pé direito alto e corredores largos e longos. Durante o período do campo, foram acompanhadas diversas manutenções e reformas que pareciam ter a intenção de melhorar um espaço ao ar livre que se encontra no interior do prédio, além de outros locais externos, áreas pouco utilizadas pelos idosos, que tendem a ficar em seus quartos ou na sala de TV. Este *pavilhão* concentra grande parte dos idosos considerados *gratuitos* que são *dependentes* e autônomos. É tido como o local onde o trabalho é mais *pesado*, seja pela quantidade de tarefas para poucos funcionários, seja porque os idosos ali são considerados muitos (76 pessoas). A maioria das auxiliares são mulheres e encontram dificuldades nos deslocamentos, como explicita uma auxiliar deste *pavilhão*:

Então é difícil. Então, você tira o paciente da cama, igual agora que eu estou voltando do almoço, você tira da cama, você tem que arrumar a cama, agora eu tiro o paciente coloca sentado na cadeira. (...) Que tem que ter coleguismo e às vezes tem hora que não tem, aí você acaba fazendo tanta coisa, você vai embora pra casa doendo, você não dorme de noite, dói o braço, dói artrose no joelho, artrose no ombro, dói as costas de tanto você pegar, então tem tudo isso que a gente passa durante o dia.

Pavilhão B – É considerado o *pavilhão* que agrega as pessoas mais *dependentes* e também as mais pobres, sendo todas as vagas gratuitas. São todas mulheres. No seu

refeitório se reúnem para tomar café o pessoal da enfermagem e os auxiliares, pois este quase nunca é utilizado como local de refeição das idosas por estas receberem alimentação na boca, dado o grau de comprometimento de saúde das mesmas. Apesar da especificidade dos cuidados necessários, não foram presenciadas reclamações de dificuldade no trabalho por parte das auxiliares e cuidadoras.

Pavilhão C – Este *pavilhão* abriga apenas idosos homens que quase não se comunicam entre si e nem com as demais pessoas, costumam ficar quietos com o olhar a esmo. Apesar dos poucos moradores, o trabalho é considerado também pesado pelos auxiliares de enfermagem pela agressividade dos idosos e pelo peso dos mesmos, no entanto referem maior autonomia de trabalho do que nas demais alas, por não ter tantas situações de *intrigas* entre funcionários (por serem poucos) e estarem distantes do controle do *consultório*.

Pavilhão D – É o *pavilhão* com a *hotelaria* mais cara abrigando idosos (entre homens e mulheres) em quartos individuais ou duplos e o que tem a maior proporção de funcionários por idosos. Pelo valor mais elevado das mensalidades, que pode chegar a mais de R\$4000,00 por mês, concentra as pessoas com maior poder aquisitivo. Os idosos apresentam um alto grau de *dependência* de cuidados intensivos, assemelhando-se, neste sentido, aos do *pavilhão* B. Algumas habitações parecem pequenas UTIs em função da gravidade dos casos. Alguns familiares relataram ter optado por uma estrutura de cuidado institucional após considerarem inviável manter seu idoso com muito comprometimento orgânico e já sem lucidez em casa. Costuma ser um lugar silencioso, sem muita circulação de pessoas.

Pavilhão E – É o prédio mais novo da instituição. Percebe-se que houve um maior cuidado com os espaços comuns, como o refeitório aberto para uma varanda com jardim, que proporciona ao ambiente um aspecto mais arejado e acolhedor em relação aos outros *pavilhões* (normalmente rodeados por corredores sem janelas). Há quartos individuais, duplos ou triplos. Os idosos apresentam um maior poder aquisitivo e uma maior autonomia, apesar de haver diversas pessoas com demência avançada que já

não se comunicam verbalmente e necessitam de auxílio integral. As auxiliares circulam pouco e quando o fazem caminham tranquilas.

Poder-se dizer que o diferencial na estrutura *hoteleira*, que justificaria os valores cobrados, está ligado à qualidade do trabalho dos auxiliares de enfermagem articulado à característica das habitações (quartos com banheiro próprio, por exemplo), pois ao ter mais tempo e condições para as tarefas, as realizam com menos ônus para os idosos. No entanto, este tema foi ouvido em diversas situações do campo, sob outro aspecto. A discussão entre os profissionais e a gerência girava em torno da pergunta: o que realmente está sendo vendido, já que os profissionais, a comida, o ambiente, as atividades e os protocolos de cuidados são os mesmos para todos os pavilhões? Nota-se que pouco se coloca em questão o trabalho de base exercido pelos auxiliares e cuidadores, que não entram nesta contabilidade de valoração.

Neste sentido, chama a atenção o termo *pavilhão*, utilizado para denominar os diferentes espaços de moradia. Se por um lado a palavra pode agregar os significados de “construção temporária de abrigo” ou de “local de exposições”⁵⁰, não há como ignorar a associação com o termo utilizado nos presídios para descrever os lugares onde se separam as pessoas por periculosidade, de acordo com o crime cometido. Do mesmo modo, este termo é utilizado na área da saúde mental, principalmente nos manicômios, para denominar as áreas destinadas às patologias específicas. A palavra e o local remetem, novamente, à “instituição total” de Goffman (1961), aspecto também desenvolvido na especificidade da instituição asilar para velhos por outros autores, entre eles Moraes (1977) e Groisman (1999).

De acordo com o que é dito na página da *Internet*, a entidade se autodenomina uma *Instituição de longa permanência para idosos*, termo atual e oficializado pelo Congresso Nacional para designar o antigo (e, no entanto presente) asilo para velhos⁵¹. Dizem oferecer serviço de *internação/hospedagem em regime de internato e semi-internato*. Isto informa sobre o modo de funcionamento: não é só um local de moradia, mas um local de cuidados da saúde com clara influência do modelo hospitalar. Este aspecto é vivido de forma ambígua pelos profissionais e funcionários; na grande maioria

⁵⁰ Fonte: Dicionário Houaiss de língua portuguesa.

⁵¹ Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Fonte: www.anvisa.gov.br. Acessado em 01/12/2005.

das vezes os idosos são chamados de *pacientes*. Um enfermeiro, perguntado sobre o uso da terminologia, respondeu que a gerência orienta que eles nomeiem como *idosos* ou *moradores*, mas na prática, o último termo é pouco usado no cotidiano. Acaba prevalecendo aquilo que os profissionais técnicos carregam consigo em sua formação: um modelo de relação baseado no discurso biomédico.

Esse conflito também se reflete num modo de funcionamento “não caseiro”, onde os idosos não podem escolher seus quartos (e são remanejados de acordo com a entrada de novas pessoas ou de brigas entre eles), não podem fazer seus próprios pratos de comida, não podem sair quando bem entendem. Ao entrarem na instituição passam a ser tutelados sem direito a responder por si, mesmo para aqueles que são lúcidos e escolheram estar ali por vontade própria. Pois qualquer ocorrência com o idoso ali dentro fica estritamente remetida à administração institucional, que assume total responsabilidade por qualquer acontecimento. Supõe-se que este modo de funcionamento tenta evitar qualquer possibilidade de reclamação, caso aconteça algo prejudicial com algum idoso, garantindo, assim, a isenção de culpa por parte da entidade. Esta conduta indicaria uma preocupação jurídica em se proteger de algum processo que possa ser feito contra a instituição? Se assim o for, este aspecto contribui para que se execute, com o maior controle possível, a realização dos protocolos médicos.

Um exemplo deste tipo de controle pode ser observado na questão dos banhos. De todos os moradores, apenas 12 tomam banho sozinhos, sem necessitar de ajuda. Segundo uma idosa, que foi uma das principais informantes durante o trabalho de campo e que utiliza cadeira de rodas desde criança, quando entrou na instituição foi colocada *a condição dela não poder mais tomar banho sozinha*. Isto parece ser algo imposto e que deve ser aceito para efetivar a entrada da pessoa quando esta apresenta algum problema físico, independente se este comprometa ou não suas atividades cotidianas. Perguntada se o que acontece é o *banho assistido*, termo utilizado para descrever o banho que seria realizado pelo próprio idoso, sendo este acompanhado por um auxiliar ou cuidador que apenas o observa, ela diz que não. Relata que na prática, os auxiliares dão banho e em muitos casos não há uma preocupação com a higiene, pois quando *a bucha cai no chão eles pegam-na e não enxáguam; a limpeza acaba sendo superficial*, sem que eles, os idosos possam assumir um cuidado com o próprio

corpo mesmo tendo a condição física para realizá-lo. O banho é dado uma vez por dia, porque além de ter poucos funcionários para esta tarefa, os mesmos devem lavar e desinfetar as cadeiras de roda do banho e *isto dá muito trabalho*. Esta situação é de conhecimento do coordenador da enfermagem, que relatou em algumas conversas a dificuldade que encontra em fazer com que os auxiliares e cuidadores assistam o banho ao invés de realizá-lo. Os banheiros no *pavilhão A* são na maioria coletivos e mistos, mas na hora do banho realizado no período da manhã após o café, há uma separação entre o horário dos homens e o das mulheres. Para quem não tem banheiro no quarto, há que se locomover pelos corredores, o que os deixam molhados e sujos pelas cadeiras de roda; estas, depois de limpas, são colocadas numa área ao sol para secarem. Ela diz que muitas vezes se sentiu *constrangida por não ter privacidade e ter de circular com parte do corpo exposta no meio dos homens do pavilhão*. Neste sentido, se observou que a intimidade é algo pouco valorizado, como se não houvesse a necessidade deste tipo de preocupação devido a uma burocratização na realização desta tarefa.

O modo como os quartos são organizados também reflete essa aparência de hospital. São raros os aposentos que possuem camas, mesmo nas habitações individuais (nos *pavilhões D e E*), a grande maioria dorme em macas hospitalares, até aqueles que não têm nenhum problema de saúde. Segundo a gerência, há um incentivo para que as famílias tragam os pertences pessoais dos idosos, inclusive os próprios móveis, mas quase nenhuma o faz. Em geral, poucos objetos pessoais podem ser observados nos quartos: algum quadro, uma fotografia, um vaso com flores, algum caderno de notas ou um livro. Alguns idosos têm a sua televisão particular e isto é visto por alguns funcionários como uma atenção dada pela família, por esta ter alguma preocupação com o *seu* idoso. Prevalece, assim, uma despersonalização do espaço, onde o idoso acaba sendo um “passageiro” neste local de neutralidade.

A existência dos grandes quartos coletivos aponta para o histórico institucional onde o conceito de *hotalaria* enquanto um valor agregado não existia e onde não se prezava a idéia do espaço individualizado. Atualmente esses aspectos fazem parte daquilo que é pensado como um ideal a ser alcançado, como relataram alguns profissionais nas entrevistas. Segundo alguns deles, há um interesse em acabar com estes aposentos, sendo esta uma importante melhoria almejada pela instituição.

Entretanto, eles mesmos consideram esta uma decisão difícil de ser efetivada na prática, já que uma reforma diminuiria a quantidade de pessoas atendidas e aumentaria o valor cobrado pela estadia:

Estrutura física. Eu acho que eu mudaria o número de moradores por quarto, o ideal é que fosse um pra cada um, isso é utópico praticamente, porque triplicaria o valor de cada um. Mas eu acho que seria a forma deles morarem, né, num ambiente individualizado. (médico)

Por outro lado, se observou uma preocupação em preservar a privacidade no cuidado com os objetos dos idosos: todos os armários e roupas são individuais, sendo os cuidadores responsáveis por ajudar a organizar estes pertences.

De uma forma geral, apesar da limpeza constante, presenciada diversas vezes ao dia, há um cheiro permanente de urina no ar, que gerou incômodo durante todo o trabalho de campo. Aos poucos, o odor foi se revelando parte do estar na instituição: todos têm que lidar com isso, mas ninguém comenta nada a respeito. Esta é uma condição deste trabalho?

O uso dos pátios

Todos os *pavilhões* se comunicam entre si e podem ser acessados por diversas entradas, sendo possível atravessar toda a instituição pelos seus corredores interligados, facilitando a movimentação no espaço. Os funcionários, profissionais e visitantes são os que mais circulam por estas passagens e isto pode ser observado em qualquer hora do dia e da noite. Os idosos pouco freqüentam as áreas externas, pátios e praças, que mesmo no verão permanecem, grande parte do tempo, vazios e silenciosos. Aqueles que conseguem andar sozinhos (menos de um terço do total de moradores) costumam ter maior autonomia para cuidar de suas próprias coisas, mas nem por isso utilizam estes espaços como um local possível de ocupação. Tendem a ficar em seus quartos quando não estão participando de alguma atividade programada por algum profissional ou voluntário.

Dos idosos que necessitam de cadeiras de rodas, uma minoria pode ser considerada autônoma, ou seja, aqueles que mesmo sem poder andar decidem para

onde querem ir e o que querem fazer. A grande maioria se encontra numa situação de grande *dependência* do outro, e nem sempre pode escolher para onde ir e onde ficar, já que, ao não se locomover sozinho fica no aguardo da disponibilidade dos auxiliares de enfermagem e cuidadores. Para que estes idosos não permanecessem sempre em suas camas, a gerência e a enfermagem passaram a pedir para que não fossem mais realizadas as refeições nos quartos, e que entre elas estes pudessem participar mais do cotidiano institucional. Para alguns auxiliares isto foi entendido como mais uma tarefa a ser realizada numa rotina já assoberbada e não conseguem entender o porquê de tirar o idoso da sua *comodidade* para colocá-lo nas áreas comuns para este se *cansar*. Nessas circunstâncias foram observados alguns idosos sendo levados em suas cadeiras de rodas para *tomar ar* nas áreas abertas. Estes eram dispostos a esmo, muitas vezes um de costas para o outro, sem que houvesse uma preocupação com a possibilidade de relacionamento entre eles. Foram também freqüentes as situações onde se resgatou um idoso esquecido ao sol que não conseguia se locomover e que gritava pedindo ajuda. Em alguns desses casos havia por perto profissionais e funcionários que ignoravam a cena, ou por estarem em horário de almoço ou porque prosseguiam com o que estavam fazendo. Este cenário não parece ser exclusivo desta instituição: em outro trabalho realizado em local com os mesmos propósitos também foi observada a mesma consideração da possibilidade de relacionamento entre os idosos (Barbieri et al., 2000).

Entre os *pavilhões* A, B, C e D há uma área coberta com diversos bancos coletivos, três mesas com tabuleiros pintados no tampo, uma mesa de pebolim e uma mesa de sinuca que sempre esteve protegida por uma capa; os tacos se encontravam escondidos atrás de um armário grande, dando a impressão que há muito tempo não eram utilizados. Neste espaço são colocadas as cadeiras de rodas depois de lavadas na hora do banho. Na hora do almoço funcionários e alguns profissionais técnicos costumam jogar baralho e pebolim entre eles, sem a participação dos idosos. Um mesmo morador sempre se encontra ali lendo um livro: cada dia está com um diferente.

A maior movimentação gira em torno do uso do único telefone público da instituição. É comum a presença de idosos e funcionários que esperam nos bancos para fazer ou aguardar ligações. Alguns familiares deixam cartões telefônicos para que os moradores possam se comunicar com pessoas externas à instituição. Uma queixa

ouvida de uma idosa dizia respeito ao descuido da filha que não lhe deixava nem dinheiro, nem cartão para que elas *pudessem se falar*, sendo isso motivo de grande *sensação de desamparo*. Os idosos não recebem muitas chamadas externas, que são feitas por este telefone ou pelo número oficial da entidade. Em nenhum momento foram presenciadas ligações para os moradores para ser atendidas na sala da administração. Não há telefones nos quartos.

As salas de TV

Em todos os *pavilhões* há salas de TV, sendo estes espaços também utilizados como áreas de estar. São dos poucos lugares coletivos freqüentados pelos idosos, sendo estes levados pelos auxiliares, como já foi dito, para não ficar apenas nos quartos. Institucionalmente lhe é atribuído o lugar oficial de lazer e de *convivência*.

As televisões estão sempre ligadas, independente da hora do dia e mesmo à noite quando a maioria já está nos quartos. A escolha dos canais depende dos profissionais que são responsáveis pelo *pavilhão*, não havendo um padrão único para todos. Parece que ninguém, nem idosos, nem funcionários, importa-se com o que passa na tela: num certo momento um desenho animado japonês de lutas se faz presente no espaço pelo alto volume do áudio; nenhuma pessoa prestava-lhe atenção, sequer cogitava mudar de canal. A TV ligada só ocupava o lugar vazio do silêncio que se instalava pela instituição.

Nas salas, em geral, se encontram mais idosas, sendo estas bastante comprometidas fisicamente: muitas se encontram amarradas às cadeiras por panos, pois não conseguem sustentar seus corpos sozinhas. Há também aqueles que estão *lúcidos*, mas estes não ficam tanto tempo nestes locais, circulam ou fazem outras coisas, entre elas, atividades organizadas pela própria instituição.

Durante o trabalho de campo, foi observado que a maioria das idosas não assistia a TV, como informam dois trechos do diário de campo que relatavam períodos junto a elas nas salas:

Percebo que muitas delas não se interessam pelo que está passando pela TV. Ficam prestando atenção umas nas outras. Algumas apresentam um grau alto de demência, outras não conseguem sentar sozinhas e ficam amarradas por panos às cadeiras. Não há muita interação comigo neste momento.

Vendo é uma expressão, pois não sei se viam mesmo, reparando com mais atenção acho que não viam, não sei onde *estavam*. Eu tentei assistir TV, mas vi que ninguém me acompanhava nisso. Olhavam uma para a outra, algumas prestavam atenção nas idas e vindas das auxiliares, na movimentação dos corredores. Qualquer fala desperta em alguém uma reclamação ou um resmungo; às vezes, destes incômodos, sai alguma discussão. Elas se irritam e brigam entre si, contrariando muitas vezes a idéia de que elas não se comunicam ou estão *desconectadas* do que acontece ao redor.

As discussões e brigas entre os moradores foram observadas por Debert (1999), em uma etnografia realizada num asilo com foco nas relações entre os moradores, onde a autora se surpreendeu ao presenciar diversos conflitos e desentendimentos entre os idosos, contestando uma idéia de apatia que permearia a vida institucionalizada.

Uma cena difícil presenciada no campo mostra o impacto da relação entre os moradores, que não ignoram totalmente as situações que vivem: uma idosa está muito ansiosa e agitada e tenta evitar aproximação de qualquer pessoa, não pára de andar pelos corredores do *pavilhão A*; não quer sentar, não quer parar. Quando chega à sala de TV, chama a atenção de todas e pergunta: *Vocês sabem onde está a minha mamãezinha? Vocês viram a minha mamãezinha?* Um clima pesado imediatamente se instaura no ar. A maioria a olha, mas não diz nada, neste momento reinou o silêncio, revelando um mal-estar causado pela impossibilidade de responderem a pergunta.

Se há demonstração de interesse pelo que acontece com o outro ao lado, o mesmo não se pode dizer da atenção voltada para as coisas que acontecem no mundo fora da instituição (no bairro, na cidade, no país). Mesmo quando ocorria alguma situação amplamente divulgada na mídia e acessível pela televisão, e que em alguns casos implicava em alterações no quadro de funcionários devido à impossibilidade dos

mesmos chegarem à instituição⁵², estas notícias não circulavam nas conversas entre os idosos.

Biblioteca

A biblioteca é uma grande sala que contém livros, revistas, vídeos e DVDs que podem ser tanto emprestados pelos idosos quanto por todos que ali trabalham⁵³. Segundo a responsável que cuida do espaço, uma funcionária de nível médio sem formação técnica, *são sempre os mesmos idosos* que costumam freqüentá-la e eles são poucos; os auxiliares não consideram o lugar como um destino para os outros idosos e o espaço costuma ser pouco utilizado. Em algumas conversas ela diz ter percebido que sua presença ali afeta os moradores: alguns vão lá somente para conversar, entram e perguntam sobre o dia, sobre o que está fazendo e nem sempre levam alguma coisa; outros lhe pedem sugestão de leituras e ela, mesmo sem ter lido o livro, indica algum. Diz ficar surpresa quando alguém volta contando que gostou do livro. Parece que a relação para ela também tem seus efeitos: até aquele momento, aos 20 anos, achava que não gostava de livros, nunca tendo lido nenhum e ali, em dois meses, leu três por indicação de um idoso que costuma visitar bastante o espaço; relatou ter gostado do que leu e de ter vontade de ler outras coisas apesar da *preguiça*. De alguma forma sente-se reconhecida e estimulada por eles. O tema referente aos seus projetos futuros aparece repetidamente: ela tem vontade de continuar estudando para trabalhar na área administrativa e quem sabe poder ser efetivada na própria instituição ou sair de lá assim que conseguir outro trabalho.

Atividades

A grande maioria das atividades desenvolvidas é realizada por voluntários e pela terapeuta ocupacional, sendo esta responsável não só pelos grupos terapêuticos, mas também pela organização do voluntariado e pela decoração da casa nas datas comemorativas (carnaval, páscoa, festa junina, natal). Em todos os quadros das

⁵² Durante o trabalho de campo ocorreram o ataque do PCC na cidade de São Paulo (dia 15/05/2006), e a visita do Presidente dos Estados Unidos da América, George Bush (dia 09/02/2007), que acabaram por implicar em cancelamentos de visitas ou atrasos no acesso à instituição.

⁵³ Segundo a pessoa responsável pelo funcionamento da biblioteca, os funcionários preferem levar DVDs e revistas.

enfermarias encontra-se uma grade semanal com os horários e locais das atividades, que são realizadas ou na sala da terapia ocupacional ou no refeitório do *pavilhão A*.

Grande parte do que é oferecido acontece esporadicamente dependendo da disponibilidade do voluntário. Alguns destes trabalhos eram muito esperados pelos idosos durante a semana – o cabeleireiro, jogos de conhecimentos gerais e um grupo que faz intervenções com animais. Nestes casos, as voluntárias pareciam gentis e cuidadosas, sabendo estabelecer uma comunicação com alguns idosos de difícil relação, dominavam o instrumento com o qual buscavam a interação com os moradores e um respeito ao *tempo* dos mesmos. São poucos os idosos que freqüentam os grupos, mas os que participam exigem pontualidade dos coordenadores. Uma idosa que freqüenta o grupo de bijuteria se diz aflita com a chegada das férias, já que *a professora* que coordenava o grupo ficaria sem vir durante três meses, relata: *Até o carnaval não vem ninguém, os funcionários só vêm porque são obrigados*. Para além do sentimento de desamparo, de ficar à mercê da disponibilidade do outro, esta fala explicita a vivência da temporalidade ali dentro, onde não há férias nem feriados, onde não se compartilham os rituais da cultura do mundo exterior à instituição.

Entre os profissionais discute-se aquilo que concebem como atividade: um grupo pensa que o idoso deve fazer todas as atividades na instituição, já que isso é um serviço oferecido e por isso todos devem incentivá-lo:

E eu acho que outra coisa muito importante é que tivessem mais atividades do que já têm. E que a gente conseguisse fazer com que todos participassem, que isso é um ponto bastante difícil: conseguir fazer com que as pessoas que não querem fazer façam alguma coisa. (...) Atividades de qualquer tipo que seja: desde ler até... ah... sei lá, jogar futebol. Atividades que fossem prazerosas, que fosse uma atividade meramente recreacional pra todos eles, tá. Que aqui têm muitos, mas nem todos a gente consegue que façam com a freqüência que a gente gostaria. (médico)

Outro grupo questiona a atividade a qualquer custo e considera que ela deve fazer sentido para a história de vida do idoso naquele momento:

Que eu não vou pedir para um idoso vir para o artesanato se ele não gosta de artesanato. E outra: 'Ah, mas ela pintava', aí eu falo: 'Ela pintava quando ela tinha trinta anos, ela enxergava super bem, hoje ela treme'. E eu sei da dificuldade que é

para o idoso vir aqui pintar e se frustrar: 'Nossa, tudo isso eu perdi', sendo que ele está bem, para quê é que eu vou fazer ele se deparar com uma coisa que ele está vivendo bem, entendeu? (terapeuta ocupacional)

Neste debate não é mencionada a inexistência de atividades fora da instituição e de uma maior articulação da vida institucional com o que acontece na comunidade do bairro ou mesmo da cidade; também não está incluída na pauta a saída dos idosos, sendo estes questionamentos realizados apenas por alguns profissionais isoladamente. Estes diferentes modos de conceber o fazer na velhice institucionalizada, mais do que uma diversidade de olhares, acabam por revelar uma desarticulação presente entre os profissionais sobre as melhores condutas a serem tomadas com os idosos. Não há espaços instituídos onde se possa pensar interdisciplinarmente o que rege as políticas institucionais.

Sexta-feira é o dia onde se concentra a maioria das visitas das famílias, que podem ir à instituição em qualquer horário e dia da semana. É considerado um dia *complicado*, pois muitos idosos ficam ansiosos por saírem para visitar seus familiares ou por aguardarem visitas, situações que nem sempre aconteciam e alguns trabalhadores relatavam *preocupação* com alguns idosos que nunca eram visitados.

Em diversos momentos do dia foram presenciadas visitas de familiares e amigos, mas estas eram poucas em proporção à quantidade de moradores na instituição. Havia ainda alguns parentes que visitam seus idosos todos os dias, permanecendo algumas horas com eles. Também foram presenciadas situações onde, durante uma visita, uma cuidadora ou auxiliar começam a chorar junto com aqueles que estão se reencontrando, uma delas diz: *Quando duas pessoas que se gostam e se encontram fico assim, emocionada.*

Cozinha, Copas e Refeitórios

Há uma única cozinha, que fica no prédio principal, de onde sai a comida para todos os outros *pavilhões*. A sala da nutricionista fica ao lado, juntamente com o refeitório dos técnicos, que sempre se encontra aberto com uma garrafa de café. O horário do almoço para os funcionários é dividido em dois turnos e não é servida

refeição para quem trabalha no período da noite. Há também uma cozinha externa, para uso exclusivo dos idosos, que podem organizar almoços entre eles com a ajuda de alguém da instituição, desde que combinados com antecedência; é um dos poucos lugares onde os idosos podem ter maior autonomia.

São várias as restrições para se entrar na cozinha geral – para manter a segurança e higiene adequadas –, mas elas não evitam um certo entra e sai de todos pelo fato da cozinha estar localizada dentro do próprio prédio de moradia, onde idosos vão buscar um *copo de leite* à noite para tomarem em seus quartos. Neste sentido, é mantido um acolhimento aos moradores com a possibilidade de satisfazerem estas pequenas vontades individuais. Em cada *pavilhão* existe uma copa e um refeitório agregado onde são servidos diariamente: café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e chá com bolachas. Os horários das refeições estão articulados com a troca de fraldas e parte da medicação; estes três eventos juntos organizam a rotina.

Quando chega o momento das principais refeições, os auxiliares e cuidadores levam os idosos *cadeirantes* (o modo como se costuma chamar na instituição aqueles que usam cadeiras de rodas) para os refeitórios. Os moradores que caminham sozinhos costumam ajudar uns aos outros, inclusive oferecendo *carona* para quem está nas cadeiras. Parte dos idosos continua recebendo alimentação nos próprios quartos, dependendo do grau de comprometimento da saúde dos mesmos. Em uma das cenas observadas deste momento, um auxiliar dava comida na boca de uma idosa acamada, ao mesmo tempo em que falava ao celular sobre assuntos pessoais; a tarefa em si (dar comida) estava sendo realizada, mas este funcionário não parecia se importar em compartilhar suas intimidades nem com a idosa com quem se relacionava, nem com a minha presença na cena.

No refeitório, antes de entrar, coloca-se nas mãos de cada idoso um punhado de álcool em gel, para desinfetá-las. Mesmo os que apresentam as maiores debilidades físicas esfregavam suas mãos sozinhos, demonstrando uma autonomia, mesmo que limitada, que nem sempre é levada em conta em outras situações cotidianas. Alguns reclamam que o álcool resseca as mãos; falas que não ressoam para nenhuma funcionária, estando estas preocupadas em organizar a entrada de todos para o almoço. Outros idosos questionam ser o horário do jantar muito cedo: antes das 17h. Isto acontece porque cozinheiras e auxiliares de cozinha trabalham até as 19h, quando

a mesma fecha, tendo sido observada uma correria entre elas para finalizar a tarefa e sair no horário previsto.

Durante as refeições os idosos sentam à mesa e aguardam os pratos feitos pelas auxiliares da cozinha; este procedimento é geral, inclusive para aqueles que realizam suas refeições na cozinha experimental. Eles também não escolhem com quem sentar, sendo os locais escolhidos pela nutricionista, que relatou ser esta uma opção dos próprios moradores após uma experiência que *não deu certo*, onde cada um poderia montar seu próprio prato. Segundo ela, ocorriam brigas por eles competirem entre si, por estarem sempre com a atenção voltada para o outro, sendo a comida um dos momentos propícios para disputar um lugar de privilégio ali dentro:

Eles têm coisas, que eu acho assim, que é de se preocupar muito com estar institucionalizado. Então é uma preocupação muito grande: 'Ah, de repente eu vou pegar a mais daquela salada e se o outro repara? (...) Não sei te explicar, não sei muito bem o que aconteceu, mas eu senti que foi uma preocupação muito grande: se os outros vão ver, se os outros estão reparando. Que é mais fácil vir num pratinho grande: 'Oh, foi ela que montou, ela já me mandou isso'. Acho que é muita preocupação um com o outro. Porque eles ficam ali, eles reparam muito um no outro, o que o outro faz, o que o outro ganha, o que um ganha e o outro não ganha. É aquele negócio, ganhos e perdas: 'Ah, esse pegou mais, ele tem mais vantagem do que eu.'. (...) É que nem criança: 'Você ganhou isto e eu não ganhei'. Eles são assim aqui. (...) Eu acho que tem um apego, eu acho que eles focam bem na comida, numa bala, num bombom, o que for, acho que tem um apego. Eu acho que eles focam demais na comida, tem uma ansiedade muito grande com a alimentação.

Este aspecto foi observado nesta situação vivida em campo: num fim de almoço, quando se encontravam poucos idosos no refeitório, uma senhora, que já havia terminado de comer, pede uma vitamina de frutas para ela, bebida esta feita para algumas pessoas que estavam com dificuldade de comer. Uma auxiliar da cozinha volta dizendo que acabou a vitamina, assim como as frutas. Esta idosa começa a gritar dizendo:

Aqui ninguém me respeita, vocês fazem isso de propósito, só para mim que não tem.

As pessoas ao redor não sabiam o que fazer, ficando surpresas com a reação dela. Pode-se dizer que esta uniformidade dos procedimentos pensada para evitar que

as diferenças (e com isso os conflitos) apareçam, não consegue cumprir seu objetivo, já que a relação entre os idosos é permeada por esta constante referência ao outro. Assim como observado nas salas de TV, o prestar atenção no outro é uma forma de se diferenciar e, ao mesmo tempo, de se conectar pelo estabelecimento da diferença: *ele é o velho, eu não*. Este aspecto remonta a frase de Beauvoir (1990), em que o “velho é sempre o outro”, idéia depois desenvolvida na psicanálise por Messy (1992) e Goldfarb (1998) nos quais a percepção da velhice normalmente acontece “de fora para dentro”, pela referência do outro, que com alguma palavra ou ato revela uma velhice estampada no corpo que não é vista pelo sujeito. Ou como resume poeticamente Carlos Drummond de Andrade: “Os outros enxergam a velhice que se esconde em nós”.

O aspecto relacional presente neste cotidiano é permeado por todos estes acontecimentos. Muitos dos idosos não discriminam para quem pedir as coisas: todos que circulam pela instituição, de uma forma geral, estão ali para servi-los e todo o pedido vira uma exigência. Nestes momentos é possível compreender esta tentativa de controlar a ação dos idosos, delimitando o que se pode fazer: corre-se o risco de ficar refém dos mandos e desmandos caso não haja regras e protocolos a seguir; agrega-se a isso a grande quantidade de idosos atendidos, que impossibilita tratamentos personalizados. Ou seja, a necessidade da ordenação do serviço em função do número de pessoas atendidas acaba sendo também uma forma de lidar com a demanda individual presente no cuidado aos idosos. Este tipo de atendimento, por sua vez, acaba por contradizer o próprio discurso oficial, que considera a instituição como a *casa* da pessoa, local em que “se tenta” satisfazer os pedidos e vontades dos *seus moradores*. A questão da alimentação aparece como um paradigma neste sentido, pois muitos profissionais e funcionários fazem a diferenciação entre a casa e a instituição pelo fato dos idosos não poderem abrir a porta da geladeira sempre que querem ou por não poderem escolher aquilo que querem comer. Nas falas dos integrantes da equipe, para que o idoso se sinta em casa na instituição, ele teria que fazer tudo o que quisesse e deveria ter todos os seus desejos respeitados nos *mínimos detalhes*. Esta situação obviamente não acontece, mas o modo como o assunto é abordado, indica o quanto os profissionais e funcionários estão cientes das limitações da rotina e da convivência impostas aos idosos, ao mesmo tempo em que estas restrições são consideradas “imperativas” para a efetivação do trabalho proposto.

Estes meandros presentes nas relações de cuidado ao idoso não são observados à primeira vista. Tem-se a impressão, num primeiro momento, de que a rotina nos refeitórios é permeada por uma apatia generalizada, esquadrinhada nos procedimentos de entrar no salão, esperar pela comida, comer, receber o remédio, sair da sala: todos os dias a mesma cena se repete, o tempo demora a passar. Aos poucos, com a constância da observação neste espaço, pequenos acontecimentos passam a ser percebidos e revelam uma rede de relações: uma idosa ajuda na arrumação, limpando as mesas e colocando em ordem as cadeiras; um casal de idosos em que ele está sempre atento a ela, limpando os restos de alimento que sobram em sua boca; uma briga por mudança de lugar à mesa; um funcionário que entrega bananas de sobremesa com o carrinho é ríspido com os idosos sem motivo aparente; uma cuidadora estabelece pouco contato com uma idosa enquanto lhe dá de comer; uma auxiliar parece que está alimentando uma criança pelo modo infantilizado com que se refere ao idoso; outro auxiliar brinca com um grupo de idosas falando de temas do próprio cotidiano institucional, todos riem; alguns moradores reclamam da comida, que não está gostosa, que é ruim; duas cuidadoras deixam de estar atentas enquanto dão comida para duas senhoras quando começam a conversar entre elas: o almoço vira tarefa; uma moradora carrega consigo um vidrinho de pimenta feita por ela mesma e quer ensinar a receita, diz que só consegue fazer comida quando vai para a casa de um parente, pois é complicado pedir autorização para sair, dá muito trabalho.

No grande refeitório do *pavilhão A* há um piano, que costuma ser tocado de improviso por um idoso logo que este termina de comer. Os moradores que permanecem na sala parecem gostar deste momento, se mobilizam e se relacionam com as músicas: cantam, suspiram, comentam. Há também um aparelho de rádio que fica ligado durante todo o tempo, e nem idosos, nem funcionários o desligam quando o piano está sendo tocado. Não há este tipo de cuidado, talvez porque os funcionários, preocupados em deixar o local em ordem para a próxima refeição, não atentem para este momento de relacionamento entre os idosos e provavelmente nem percebam que o rádio esteja ligado. Por outro lado, os moradores também não parecem incomodados com esta situação e não desligam, eles mesmos, o som que compete com o do piano.

O refeitório é um espaço importante de agrupamento e coletividade, mobilizando diversos aspectos relacionais entre todos os participantes da instituição. O mesmo

acontece no refeitório dos funcionários, onde as brincadeiras entre os presentes indicam tanto uma intimidade, quanto as diferenças e similaridades de poder, de acordo com a função exercida. Foi comum ouvir falas que colocavam todos ali numa mesma situação em contraposição a algum cargo mais alto: *Se você não fizer isso eu conto para a gerente!* Mais que meramente um momento de descanso acabava sendo utilizado como um espaço para lidar com os acontecimentos institucionais.

Enfermarias

Cada uma das enfermarias, presentes em todos os *pavilhões*, são administradas por um auxiliar de enfermagem denominado *líder*, já que os poucos enfermeiros se revezam na coordenação geral de todas as enfermarias; há um enfermeiro responsável pelo setor da enfermagem. O *líder*, apesar de ter a mesma formação que os demais, trabalha com horário e salário diferenciados por esta função. Segundo um dos *líderes*, eles têm como tarefa resolver os problemas antes de encaminhar para o médico, organizar a medicação e solicitar o que falta na enfermaria. De acordo com o enfermeiro responsável, esta é uma situação complicada, porque, no seu ponto de vista, cria-se uma diferenciação hierárquica complicando as relações entre todos os auxiliares; também se referiu à presença dos *líderes* como uma *ponte de comunicação* entre a administração e o que acontece nos *pavilhões*, movimento que atravessa a tarefa da enfermagem e cria uma situação de paranóia institucional ao situarem os líderes como *informantes* das vivências ocorridas durante o trabalho. Foram acompanhadas, durante o campo, discussões entre líderes, enfermeiros e assistente social, sobre a responsabilidade de atendimentos a idosos considerados inadequados, onde todos argumentavam – cada um com sua justificativa – não terem culpa sobre o acontecido; num caso específico uma auxiliar foi demitida por justa causa mesmo alegando não ter tido culpa.

De acordo com o organograma institucional, os enfermeiros coordenam os *líderes*, os auxiliares e os cuidadores, sendo os dois últimos a maioria dos funcionários na instituição. Os auxiliares exercem os procedimentos de cuidado geral: dão banho, trocam as fraldas geriátricas, trocam a roupa de cama, dão medicamento, fazem

curativos, medem pressão e glicemia, aplicam injeção, levam para o refeitório e acompanham as refeições.

Em toda enfermaria há um quadro de cortiça onde se estampam vários procedimentos gerais e informações específicas de certos idosos. Há um controle grande de entrada e uso dos medicamentos e fraldas geriátricas trazidos pelas famílias, para evitar uma possível reclamação posterior, seja da administração ou de algum familiar. Estes espaços nem sempre estão bem abastecidos, visto que muitas vezes, precisa-se ir até o *consultório* solicitar outros materiais básicos além da medicação. Esta contenção, segundo a administração e a enfermagem, tenta evitar que se gaste demasiado e que sumam materiais, supostamente levados pelos próprios funcionários. Apenas dois *pavilhões* dividem um mesmo local pelos poucos idosos que atendem (C e D).

Foi freqüente observar idosos pedindo medicação no decorrer do dia. Situação conduzida de diversas formas: alguns auxiliares conversam e tentam negociar um tempo de espera até o próximo analgésico, outros ignoram e seguem com o que estavam fazendo, há os que encaminham para conversar com o médico ou com o enfermeiro. Outros tipos de solicitações também são feitas, que vão desde um auxílio para trocar de roupa, até pedidos para ligar para a família tirá-los de lá. Apesar da afetividade presente no relacionamento entre funcionário-idoso, predomina na realização de procedimentos uma certa formalidade, seja pelo uso dos aventais (uniforme), seja porque interação no cotidiano a partir desta função de cuidado específica e tantas vezes burocrática. No entanto, o pragmatismo não evita que estes funcionários se sintam mobilizados afetivamente no contato cotidiano com estes idosos institucionalizados.

Lavanderia

A instituição possui uma lavanderia aberta todos os dias da semana, onde são lavadas e passadas todas as roupas e peças de cama. Está localizada num canto do terreno, separado dos *pavilhões*, mas de fácil acesso para os idosos. Uma funcionária, que passa roupa na porta de entrada, faz a recepção para quem está fora; apresentava

certa dificuldade na tarefa, mas não parecia se preocupar muito com a qualidade do seu passar de roupas. Ela, juntamente com o responsável pela lavagem, trabalham em escala 5 por 1 (trabalham 5 dias e folgam 1) e informaram sobre o funcionamento geral do espaço.

Quem separa as roupas nos quartos são as cuidadoras, que as deixam num recipiente de aço inox no corredor para serem recolhidas e levadas à lavanderia. Lá as roupas são divididas em três tipos: (1) muito sujas (a maioria com marcas de urina e fezes); (2) roupas usadas não tão sujas e (3) aquelas com contaminação (normalmente com sangue ou quando há alguma infecção presente, sendo estas colocadas separadas em sacos plásticos). Há duas máquinas que lavam a roupa e que estão preparadas para receber automaticamente uma quantidade certa de produto de limpeza.

As roupas de uso comum, entre elas lençóis, calcinhas e outras vestimentas, se não estiverem contaminadas, são colocadas todas juntas nas máquinas. Após serem lavadas e secas são passadas e depois distribuídas novamente para os armários nos quartos; são as cuidadoras que fazem esta separação. Há também as roupas sem nomes que são colocadas à parte para depois terem seus donos localizados. Cada pessoa que entra na instituição recebe uma indicação para bordar ou gravar seus nomes nas roupas para que elas possam ser identificadas durante este processo; quando isso não é feito pela própria família, a instituição utiliza uma caneta para tecidos para estampar nas etiquetas o nome do dono da vestimenta.

Alguns idosos passam por lá para pedir que as suas vestes sejam lavadas separadamente, tarefa impossível de ser realizada diante da quantidade a ser limpa diariamente e do procedimento automatizado que não permite este tipo de autonomia por parte dos funcionários. Mesmo assim algumas mulheres costumam ir pessoalmente até a lavanderia para lavarem suas próprias calcinhas, numa tentativa de cuidar da própria intimidade e também de continuar fazendo algo que já realizavam durante a vida cotidiana anteriormente à institucionalização. Também foi relatado por um auxiliar de enfermagem que alguns familiares preferem lavar semanalmente a roupa em casa.

Outra questão referente a este tema apareceu no comentário de uma idosa, que apesar de *lúcida* tinha um comprometimento grave em decorrência de um AVC

(acidente vascular cerebral). Esta reclamava de não poder usar uma mesma peça duas vezes seguidas, independentemente desta estar suja ou não e considerava isso um *desperdício* e também uma impossibilidade de poder decidir por si mesma. Supõe-se que a preocupação com possíveis infecções, num local com tantas pessoas convivendo juntas, leve a este tipo de procedimento, exigido pela vigilância sanitária. Por sua vez, este funcionamento acaba por não considerar as particularidades da vida cotidiana de quem ali reside; aspecto também observado na hora de se escolher a vestimenta a ser usada: nem todos os auxiliares perguntavam sobre a preferência do idoso; na maior parte das vezes, principalmente quando se tratava dos *dependentes*, a decisão era tomada pelo funcionário para não perder tempo diante de tantas tarefas a serem ainda realizadas.

Área dos técnicos e funcionários

O chamado *consultório* é o local onde ficam os enfermeiros⁵⁴ e médicos nos momentos em que não estão atendendo diretamente os idosos nos quartos e quando precisam realizar tarefas burocráticas; talvez fosse mais condizente chamá-lo de escritório pela prevalência de atividades de ordem administrativa ali realizadas. A sala é relativamente grande, com duas escrivaninhas, computadores, uma maca e outros utensílios médicos para as consultas clínicas. Tem um grande armário embutido numa das paredes, onde ficam os materiais de enfermagem, objetos pessoais, medicação e os prontuários dos idosos e das famílias. Nesta sala, os auxiliares de enfermagem batem na porta constantemente e entram para perguntar todo o tipo de coisa para o coordenador da enfermagem e para solicitar recursos materiais que se encontram ali. Numa das vezes observou-se que uma auxiliar buscava álcool para fazer um curativo e isto não estava disponível na sua enfermaria; depois de lhe entregarem o frasco foi pedido que ela devolvesse o mesmo após o uso, revelando não só uma contenção do material, mas também um controle da tarefa realizada pelos auxiliares. Segundo um enfermeiro, este controle de instrumental de trabalho é algo recente e surgiu para tentar diminuir os gastos, pois suspeitavam que muitos funcionários levavam produtos de uso institucional para fora. Isto justifica o controle realizado nas bolsas destes pelos

⁵⁴ Os enfermeiros não ficam na enfermaria.

porteiros, assim como a utilização de *nécessaire* de plástico transparente para que se evidencie aquilo que se carrega.

Desde as primeiras visitas à instituição recomendaram-me que não deixasse nada de valor na bolsa devido ao histórico de *sumiço de bens* entre os próprios funcionários. Esta questão da segurança também se encontra presente para os idosos: muitos andam com chaves de cadeados que fecham seus próprios armários e uma das idosas relatou que ali se *rouba muito*. A queixa de roubo de profissionais que trabalham com idosos costuma ser comum, tanto em instituições quanto em domicílios e em muitos casos está ligada à situação de fragilidade e vulnerabilidade do velho. Reclamar de um desfalque pode ser encarado como uma paranóia ou uma rabugice na velhice, e nem sempre são escutados como uma possibilidade real. Por outro lado, a gerência e a encarregada de limpeza oferecem outra versão, relatando que, em muitos casos, quando um idoso acusa funcionários por algo sumido, aquilo reclamado encontrava-se guardado em alguma gaveta ou armário do morador; a assistente social referiu-se ao cuidado que se deve ter com os pertences pessoais, principalmente dos idosos que estão em processo demencial, pois muitas vezes por não conseguirem localizar algo seu, acusam a instituição e/ou funcionário por roubo, como pode ser observado nas palavras da encarregada de limpeza:

Porque às vezes some alguma coisa do quarto dele, às vezes ele tira de uma gaveta e põe em outra... Vamos supor que hoje está nessa gaveta e ele tira e põe naquela, quando for amanhã ele teima com você: 'Tava nessa, tava nessa e me roubaram' e vai lá em cima e fala pra mulher: 'Me roubaram'. A gente vem e fala: 'Foi você que tirou, você devolveu e devolveu na gaveta errada', entendeu? Então você tem que ter muita paciência, aí tem vez que as pessoas falam: 'Ai fica acusando a gente, que fica chamando a gente de ladrão', mas ele não faz isso por maldade, não é que eles querem dizer que você é um ladrão, é porque eles esquecem. Por isso eu acho que tem que ter muito cuidado na hora que eles forem guardar alguma coisa você está ali vendo: 'Ó você está pondo aqui', para quando for no outro dia e eles vão procurar: 'Ó a senhora colocou aqui', né?

Provavelmente ocorrem as duas situações: o roubo imaginado e o roubo real dos objetos. De qualquer modo, principalmente no primeiro caso, pode-se considerar que o fato do idoso encontrar-se na instituição, destituído de suas posses e em grande parte da sua subjetividade, é vivenciado por ele como algo que lhe foi roubado.

Entre os locais de atividades dos técnicos encontram-se ainda a sala da terapia ocupacional e duas salas de fisioterapia. A primeira é bem grande, tendo sido anteriormente um quarto que foi desmontado para abrigar as atividades da terapia ocupacional. Já as salas da fisioterapia ficam num prédio separado dos *pavilhões*, mas estagiários, professores e profissionais (os fisioterapeutas são terceirizados) costumam atravessar o *pavilhão E* para acessar os pátios. Esta circulação evidenciava um tipo de relação presente para estas pessoas, em que pareciam ignorar a presença do idoso quando passavam por eles sem se comunicar. O avental branco utilizado parece ajudar neste distanciamento ao colocar o profissional (mesmo o estudante) da fisioterapia num lugar diferenciado daqueles que freqüentam a instituição. Esta relação, por outro lado, não acontece com os outros técnicos contratados pela instituição, que também são instruídos a usar avental, mas que mantêm um contato afetivo com os idosos.

Há ainda dois vestiários, uma sala de repouso e dois banheiros, localizados próximos à lavanderia, e que se encontravam quase sempre muito sujos. Algumas entrevistas foram realizadas numa destas salas e durante o tempo de mais de um mês a sujeira parecia acumular. Apesar das diversas regras estipuladas sobre a limpeza e dos cartazes com pedido de *mantenha o lugar limpo*, havia uma barata morta, junto à bitucas de cigarros no chão, logo na entrada deste prédio. A sujeira não se restringe ao espaço dos funcionários, mas ali parece não haver uma preocupação em escondê-la. Foi presenciada em outro momento uma cena na qual a água do esgoto, junto com pequenas baratas, saíam de uma fenda do chão entre a cozinha e um corredor geral. Neste caso houve um esforço em controlar a situação por parte dos auxiliares (da cozinha e da enfermagem), que relataram ser este um problema recorrente que o pessoal da manutenção não conseguia resolver.

A institucionalização do idoso

Quando uma família ou um idoso procura a instituição, objeto desta pesquisa, não é feita uma seleção em função do grau de *dependência* que a pessoa se

encontra⁵⁵. Em grande parte dos asilos de Belo Horizonte, segundo pesquisa de Chaimowicz, Greco (1999), idosos com doenças crônicas ou com algum grau de dependência são restringidos na porta de entrada, sendo este um dos motivos considerados pelos autores para o baixo índice de idosos vivendo em instituições. De qualquer forma, como já foi exposto anteriormente, há uma presença maior de idosos considerados *dependentes*, sem possibilidade terapêutica.

A internação é determinada pela possibilidade ou não de se pagar pela estadia, já que a procura por vagas gratuitas é grande e estas nem sempre estão disponíveis, pois uma nova vaga só é aberta quando um de seus beneficiários morre; a instituição trabalha praticamente com todos os seus leitos ocupados. O valor cobrado é alto para a grande parcela da população, principalmente se for utilizado como referência o salário mínimo no Estado de São Paulo (R\$410,00). Este fator inviabiliza a estada de muitos que procuram a instituição, como foi observado em dois casos em que as famílias dispunham de R\$1.500,00 mensais e não conseguiram vagas para seus idosos, nem em habitações coletivas. Por outro lado, o fato de haver poucos leitos disponíveis indica que mesmo com este valor alto há uma demanda para este tipo de serviço, ainda que seja para dividir quartos.

Já foi dito que os cuidados protocolares, assim como a estrutura de profissionais e atividades, são comuns para todos, não havendo diferenças entre pagantes e não pagantes. No entanto, a desigualdade dos valores se reflete de forma velada nas relações. Perguntado sobre a existência de diferenciação entre os serviços prestados, um profissional respondeu:

Não deveria ter, mas de fato há este problema, alguns funcionários fazem sim distinção e isso ocorre também entre os próprios idosos, (...) há uma senhora que se recusa a sair de seu quarto para não se misturar entre os demais de outra classe.

Não se pode dizer que a diferença de classe social em si implica num melhor atendimento, ser *carismático* ou violento com o funcionário acaba sendo uma moeda de troca maior que interfere no tratamento recebido.

⁵⁵ Groisman (1997) atenta para o fato que algumas clínicas geriátricas utilizam como referência para a internação a sigla "*Pacientes fora de possibilidade terapêutica* (FPT), utilizada pelo SUS para designar pacientes terminais ou *pacientes sociais* (grifo do autor)" (p.21).

Parte dos idosos que utilizam as vagas gratuitas tem suas aposentadorias requeridas pela assistente social, sendo que uma parcela desta é utilizada pela instituição para manutenção de gastos como previsto no Estatuto do Idoso⁵⁶.

Entre os poucos idosos não *dependentes*, há aqueles que optaram por morar ali e os que foram levados por parentes (filhos ou sobrinhos na maioria). Dentre esta heterogeneidade, um tipo específico foi observado: mulheres solteiras, sem familiares próximos, que saíram muito jovens de suas cidades natais para trabalhar como domésticas em São Paulo. Mulheres que nunca se casaram e estabeleceram como suas as famílias para as quais trabalhavam. Com a velhice perderam o lugar de pertinência e permanência nestas casas por não terem mais a mesma força de trabalho. Com a morte de seus patrões ou ao serem substituídas por outras mais jovens, ficaram sem lugar. Algumas procuraram sozinhas a instituição, outras foram levadas pelos próprios ex-patrões, que dependendo da ligação com a diretoria, acabavam conseguindo vagas gratuitas para elas. Num desses casos, uma idosa negra, conta que foi levada ainda criança de sua cidade no interior do Estado para ajudar a cuidar dos filhos de uma família rica de imigrantes em São Paulo; cresceu ao mesmo tempo em que trabalhou e diz que tem duas mães, a pobre e a rica; os filhos da mãe rica são chamados de irmãos. Quando não se sente atendida, grita e diz que vai chamar seu irmão, que por ser deputado poderia processar a instituição. Segundo um profissional, ela mantém uma boa relação com esta família e este irmão sempre vai visitá-la ou liga para ter informações sobre como ela está. Outro caso é de uma idosa que sempre ajuda na arrumação da cozinha. Ela veio de um estado do nordeste e conta que foi abandonada pelo marido e perdeu o contato com a família quando começou a trabalhar como doméstica. Quando sua patroa morreu, não tinha para onde ir e uma vizinha ajudou a encontrar esta instituição; diz que não consegue ficar parada e que ajuda sempre que pode, principalmente no refeitório, onde faz faxina nas janelas e nas paredes. Comenta que as faxineiras ali pecam na higiene e que se não fosse por ela muita coisa ficaria suja. Uma auxiliar da cozinha comenta: *Quando ela não ajuda, faz*

⁵⁶ Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. (Capítulo VIII, art. 35): "Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade. § 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso".

falta, contamos com ela para realizar o trabalho. Em vários momentos esta idosa pergunta: *onde você mora? Quem faz comida para você?*, sendo a moradia e a família temas importantes e recorrentes para ela. Estas duas mulheres têm posturas diferentes com a instituição: se a primeira mantém um tom de indignação, sempre ameaçando os funcionários, a segunda valoriza este espaço e tudo é oferecido nele.

A valorização da instituição pelo acolhimento recebido e a participação no cotidiano pela realização de alguma tarefa – ajudar no refeitório, organizar almoços, desenvolver alguma atividade para si (como a leitura) – parece favorecer para a manutenção do estado de lucidez destes idosos.

Uma das principais informantes da pesquisa, uma idosa paraplégica, relata ter optado pessoalmente por morar numa instituição, ao invés de viver com um de seus sobrinhos. Visitou outros locais antes de escolher aquele, pois nos outros lugares não havia muito espaço para circulação e mal cabia a cadeira de rodas. Não teve filhos, mas seus sobrinhos são pessoas presentes, tendo sido observadas diversas visitas.

O mesmo não acontece com suas companheiras de quarto, duas irmãs que foram para lá juntas, uma para cuidar da outra (situação comum relatada por outros idosos). Uma delas tem uma filha que não a visita e não deixa cartão telefônico para que se entre em contato. Um dia, ela se aproxima muito angustiada e agitada, falando e chorando sem parar sobre seu *ressentimento* com esta filha, sobre a sua situação de estar ali dentro sem dinheiro, sem ser atendida quando sentia dores e sem poder se comunicar com os de fora. Diz, entre várias coisas, que *sente vergonha* por ter pedido dinheiro emprestado de outros moradores para comprar um chinelo. Disse algumas vezes: *Isto [vir morar na instituição] me faz morrer um pedaço.* As duas irmãs em todos os momentos se encontravam no quarto com aspecto abatido e discurso deprimido. Elas fazem parte daqueles que costumam pedir diversas vezes por dia algum medicamento para *dor*. Pode-se entender aí um pedido de escuta deste sofrimento que extravasa para qualquer pessoa que esteja passando no corredor, já que as cuidadoras e auxiliares não conseguem ouvir e dar algum direcionamento para estas falas. São situações constantes e cabe perguntar o que estes profissionais fazem e para onde direcionam isto que vivem constantemente na relação com estes idosos.

Em várias situações, alguns moradores solicitaram ajuda por estarem perdidos nos corredores de seu *pavilhão* e, desorientados, não conseguiam localizar seus quartos; acalmam-se quando acompanhados até sua cama. Num desses casos, uma idosa não consegue identificar nem seu quarto, nem seu pijama e fala: *Estou angustiada, preciso avisar por telefone que não vou dormir em casa, eles estão preocupados comigo porque eu ainda não voltei. Você avisa que eu estou aqui?*. A sensação nestes momentos é de grande impotência por não se saber mais da história destas pessoas e por não saber como ajudar. Estar em contato constante com esta loucura que permeia o discurso na demência – seja em maior ou menor grau – acaba por impor uma distância necessária contra a possibilidade do próprio enlouquecimento. Uma cena foi descrita no diário de campo sobre este limiar:

A senhora que estava lá sentada não parecia bem – estava bem debilitada e amarrada na cadeira de rodas com um pano porque não conseguia sustentar-se sozinha – fico imaginando que depois deste acontecimento [de ter caído e quebrado a perna, ficando impossibilitada de caminhar sozinha] ela irá definhando muito mais. Estava de camisola e volta e meia os botões se abriam e mostravam a pele branca e delicada dela, assim como a fralda e a calcinha. Eu fui duas vezes fechar os botões que insistiam em abrir. Ela me olha como que agradecendo. Parece que já não sabe se fica constrangida com esta situação ou se deixa de se importar. Parece estar no limiar da loucura (pela forma da demência) e da sanidade presente no constrangimento e na depressão.

Observa-se uma rápida perda da lucidez nestes lugares, onde idosos que se encontram saudáveis entram em processo demencial num curto espaço de tempo, como será discutido adiante.

Nestas circunstâncias institucionais é possível argumentar o surgimento da demência apenas pela justificativa orgânica?

Capítulo 5

O Cuidado a Velhos Asilados

O trabalho e as relações institucionais

Designações e concepções de *Velho, Velhice e Envelhecimento*

O cuidado institucional: o dom e a técnica

O Cuidado a Velhos Asilados

Neste capítulo, serão focalizados os principais temas surgidos do trabalho de campo, tanto da fase de observação quanto das entrevistas realizadas, em articulação com a revisão bibliográfica. Não se buscou integrar tudo o que foi dito em função de uma possível unidade, mas procurou-se abranger as diferenças e resgatar os sentidos tanto daquilo apresentado como “comum”, quanto, e talvez principalmente, das situações consideradas exceções. Como aponta Magnani (1986), a representação reflete um “processo de reconstituição”, onde os discursos e as práticas não estão em situações opostas, mas são campos que, articulados, possibilitam diferentes abordagens para se compreender os significados. A partir da articulação dos diversos registros foi realizado um recorte dos temas mais relevantes para o entendimento das questões levantadas.

Delinearam-se, assim, três categorias de análise que se mostraram fundamentais para o entendimento das relações de cuidado ao idoso institucionalizado: (1) o trabalho e as relações institucionais; (2) as designações e concepções de *velho*, *velhice* e *envelhecimento* e (3) o cuidado ao idoso: o dom e a técnica.

O trabalho e as relações institucionais

Os profissionais e funcionários entrevistados: a escolha pela profissão

Com exceção do médico e de um auxiliar de enfermagem, nenhum outro entrevistado relatou ter escolhido de antemão trabalhar com idosos ou mesmo na área do envelhecimento antes de entrar na instituição. Todos trabalharam anteriormente em outros setores, alguns muito distintos do atual, como: metalurgia, casa de família, comércio, creche (funcionários); atendimento ao público, educação universitária e desenvolvimento de políticas públicas (profissionais técnicos e administração).

Chegaram à instituição por indicação de antigos profissionais e colegas de trabalho ou por preencherem fichas após verem anúncio de disponibilidade de vagas na

portaria da própria entidade – apenas a assistente social soube do trabalho por um aviso publicado na sede de seu conselho profissional. A maioria se encontrava desempregada na época e para muitos foi o primeiro trabalho dentro da sua área de formação. Para Singer (2002), a instituição asilar é um dos destinos para aqueles que estão iniciando carreira, por se tratar de um lugar não investido socialmente e, portanto, com maior facilidade de entrada; a partir deste primeiro contato muitos se vêem envolvidos com o tema, despertados principalmente pela possibilidade de exercer um papel importante na assistência aos idosos; estas informações também foram relatadas por Martinez (2003) em sua pesquisa. A sensação de se sentirem imprescindíveis na relação de cuidado se transforma numa motivação que os leva a permanecer na área:

Ah... eu me encantei, sabe? Uma coisa que você descobre, uma coisa que eu me realizei, porém, ainda me realizo mais como pessoa do que como profissional.
(terapeuta ocupacional)

Para alguns, a chance de trabalhar na instituição é considerada mais do que uma oportunidade de emprego. Ao saírem da insalubridade do desemprego descobrem um local de pertinência e existência na realização dos cuidados aos idosos e atribuem a “escolha” ao destino (e não ao acaso), considerando-se predestinados a trabalhar naquele local e especificamente com idosos. Falam sobre isso em tom de devoção:

Eu sempre gostei de cuidar de pessoas. Na minha família mesmo: tia, avó, vizinha, o que eu precisava assim de cuidar de idoso, eu ia. Aí quando apareceu essa oportunidade, eu agarrei com todas as forças, vim e estou aqui, né? (aux. enfermagem mulher)

A gente pensa que a gente manda na vida da gente, mas quem manda na vida da gente é Deus. E ele sabe das nossas necessidades e eu tenho certeza que foi ele que me colocou aqui (...) e hoje, realmente, eu sei que Deus me colocou no lugar certo, eu sei. (aux. enfermagem mulher)

A entrada, no entanto, nem sempre foi fácil e este estranhamento inicial diante de uma velhice institucionalizada que é *triste* e *assusta*, torna-se posteriormente um motivo a mais ao justificarem a escolha por manter-se na instituição:

Eu vim para uma entrevista, de primeira mão eu não gostei, fiquei muito assustada. (...) E me assustou porque quando eu entrei aqui eu achei muito triste,

era tudo pintado de cinza, marrom, bege, sabe? Não tinha cores, não tinha vida, era muito... eu fiquei muito assustada. E aí, eu voltei [e] falei: 'Ah, não vou trabalhar não'. Ela [presidente] falou: 'Você pode mudar isso, quero alguém pra mudar mesmo essa visão'. (...) Eu falei: 'Bom, vou ficar um ano, vou pra fazer uma experiência e vou ficar um ano, no máximo dois'. E vim e realmente a gente acabou mudando, é muito diferente agora, e estou aqui há 13 anos. (gerente)

Há um cuidado institucional para que as pessoas permaneçam trabalhando; outro funcionário também mencionou ter pedido demissão nos primeiros meses de trabalho, sendo estimulado a ficar pelo amparo realizado pela gerente. Apesar das complicadas questões relacionais entre funcionários, profissionais e administração, que serão discutidas a seguir, a equipe valoriza este acolhimento oferecido para quem chega.

O médico se diferencia dos demais por ter cogitado trabalhar com velhos na época da faculdade, a partir do contato que teve com os mesmos durante o exercício da prática clínica presente em sua formação:

No final da minha faculdade, o hospital que eu trabalhava tinha muitos idosos e eu tive grande contato no final do meu sexto ano. E fiz um estágio opcional de geriatria no sexto ano onde gostei muito, e foi aí que eu decidi trabalhar com idosos. E... é... basicamente estas duas coisas que me fizeram trabalhar com idosos, né?

Já a opção dada pelo auxiliar de enfermagem *Líder*, está vinculada ao desenvolvimento de um mercado de trabalho na área do envelhecimento, sendo este considerado um campo promissor ainda com poucos profissionais; ele também se refere ao grau de necessidade dos idosos por cuidados, tornando sua presença imprescindível:

Quando eu comecei a fazer o curso para auxiliar no primeiro dia de aula, a professora perguntou: 'Qual a área que você vai querer atuar?', eu: 'Geriatria', todo mundo: 'Nossa geriatria tal...', ninguém falou geriatria, saúde pública... eu falei: 'Eu quero geriatria' e eu não pretendo sair dessa área, eu pretendo continuar. É uma coisa que eu gosto, a professora falou: 'Aí, você vai se aposentar lá', falei: 'Se Deus quiser!'. Se der pra me aposentar, eu me aposento. É uma coisa que eu gosto de fazer. Então...

Por que acha que você escolheu trabalhar com idosos?

A necessidade deles, né? Tem tão poucos profissionais da saúde que gostam de trabalhar, pensei: quem sabe, de repente... Acho que a necessidade que eles precisam, que eles necessitam.

O médico, no entanto, é o único que detém, pelo menos no momento de sua entrada na instituição, um saber específico sobre a população que irá ser atendida – a geriatria. Isto o coloca em lugar de destaque, já que os demais profissionais técnicos, mesmo vindos da área da saúde, não possuíam inicialmente formação em gerontologia. A falta desta formação especializada não implica num desinteresse pelo tema: com exceção da assistente social, todos os entrevistados pretendem continuar trabalhando com velhos, seja na própria instituição, seja em outros lugares:

Eu acho que se eu sair daqui, a primeira coisa que eu faço é procurar outra casa de repouso, uma casa de idosos ou nem que seja pra cuidar só de uma idosa pra mim cuidar dela, entendeu? (encarregada da limpeza)

Este interesse mobilizou alguns a buscar cursos para se aperfeiçoar nas ciências voltadas para a atuação com a velhice, para se inteirar e dominar melhor algumas questões que enfrentam no cotidiano:

Nunca tinha feito estágio de geronto, nunca pensei que eu fosse trabalhar. Então eu fui fazer um curso, entrei aqui em outubro, e em janeiro já me matriculei em um curso com uma terapeuta ocupacional para aprender fazer melhor as avaliações. (terapeuta ocupacional)

Esta falta de repertório técnico permite considerar aquilo que foi expresso pelos profissionais e pelos funcionários muito mais próximos de suas experiências de ordem pessoal do que permeadas por teorias acadêmicas do envelhecimento. Esta característica dada pela não formação na gerontologia possibilita algumas perguntas: um saber específico sobre a velhice e o envelhecimento contribui para um melhor atendimento? Que contribuições são feitas por pessoas que vêm de outras áreas para o cuidado com o velho?

Todos consideram o atual trabalho aquele que mais gostam e pretendem continuar atuando na área e se aperfeiçoando. Apenas uma profissional, a assistente

social, declarou não querer mais trabalhar com o envelhecimento institucional, por desejar no futuro um emprego que não exigisse total dedicação de tempo e de disponibilidade emocional e que fosse mais *ameno*, porque lidar com a perda das pessoas é um aspecto difícil com o qual não aprendeu a lidar:

Você trabalha muito com perda, é horrível. Eu já chorei muito aqui dentro, já levei muita tristeza pra minha casa. Eu já perdi muito idoso que eu amei de coração. (...) E não adianta falar que eu tenho que aprender a trabalhar o emocional. Quando você trabalha com o humano não existe isso. E aqui dentro, você não percebe que a pessoa está velha e que vai morrer, é um ser que você aprendeu a amar e é amado por este ser. Você não quer saber se o idoso está velho e vai morrer. Você deixou o idoso bem obrigada num dia e você chega no outro tem um caixão, isso te dói muito. (...) Eu acho que eu fiz um trabalho legal aqui dentro e eu quero mudar, quero ir pra outra área que eu não precise me doar tanto. Porque pra trabalhar aqui, você tem que se doar. A rotatividade do hospital é muito grande, então não tem aquele vínculo, eu acho, né? Então, você acha que sofre menos também. Vai trabalhar meio período, vai ter mais tempo pra se dedicar pros seus filhos e eu acho que eu ia me sentir melhor.

Além de se referir à dificuldade de lidar com a perda do vínculo criado com o idoso, quando este morre, a assistente social também relata o desgaste vivido pelo excesso de demanda dos idosos e de suas famílias. Enfatiza, neste sentido, a doação pessoal como uma condição presente neste tipo de trabalho.

Entre o modelo asilar e o modelo hospitalar

Goffman (2007) descreve e analisa aspectos relacionais pertinentes à instituição na articulação entre os internados e a equipe dirigente; e recoloca a importância da estrutura social da instituição como principal responsável pelo funcionamento da mesma, partindo do princípio que a compreensão dos problemas se dá somente pela apreensão das estruturas funcionais. Isto se aproxima da perspectiva tomada neste trabalho ao abordar os fenômenos humanos e sociais como fenômenos relacionais.

Apesar de não ser o foco desta pesquisa, pois não havia um interesse em realizar uma análise institucional, tornou-se imprescindível um olhar analítico para as

questões relativas à tarefa e às relações institucionais presentes para a equipe de trabalhadores; não apenas por este estudo ocorrer numa organização, mas principalmente pela presença destas questões imbricadas na realização dos cuidados prestados.

As relações entre funcionários, profissionais e gerência não se dão sem conflitos. No entanto, estas não podem ser analisadas unicamente pelo poder determinado pelos cargos ocupados hierarquicamente. Os micropoderes (Foucault, 2001) são exercidos por todos e atravessam o cuidado institucional, estabelecendo rupturas e entraves entre seus participantes, ao mesmo tempo em que as afeições e identificações presentes entre os membros da equipe criam um campo afetivo que viabiliza o trabalho.

A instituição vive um impasse entre manter em seu cotidiano um modelo asilar, fundamentado pela atuação caridosa, e a introdução do modelo hospitalar, com a contratação de técnicos da área da saúde e a padronização por regimentos de enfermagem das práticas de cuidado aos idosos. Segundo a gerente, a forma de organização atual é recente e corresponde a um projeto de profissionalização que visa melhorar o atendimento prestado aos idosos sob a perspectiva de *melhorar a qualidade de vida* dos mesmos. Relata que foi chamada para introduzir na instituição um atendimento humanizado que estimulasse os idosos moradores:

Antes, por exemplo, os idosos cadeirantes não iam para o refeitório, eles não comiam no refeitório, eles comiam ou no quarto ou na sala de televisão. Eu tive muito trabalho quando eu entrei com os próprios funcionários, que eles achavam um absurdo... a primeira coisa que eu fiz foi fazer com que eles fossem comer no refeitório e sentassem à mesa. Tive muita dificuldade com a resistência das copeiras, dos auxiliares de enfermagem, todo mundo, porque na verdade não tinha enfermeiro, não tinha técnico de enfermagem, nem nutricionista, tinha uma técnica de nutrição. Era um pessoal com uma visão muito estreita com relação ao envelhecimento. (...) Eu achei que o pessoal fosse me botar para fora daqui...

Esta situação é compartilhada pelo responsável pelo setor da enfermagem, que relatou diversas dificuldades em estabelecer padronizações nos atendimentos, inclusive com resistência da própria gerência e da diretoria. Segundo este profissional, faz parte desta conjuntura a manutenção de certos traços históricos institucionais onde anteriormente os atendentes, chamados de cuidadores, não tinham nenhum tipo de

formação para o trabalho com velhos, prevalecendo um modo *caseiro* de cuidado, como relata uma auxiliar que trabalha na instituição há mais de uma década:

Olha antigamente era muito mais... era ruim, antigamente não era fácil, (...) era muito serviço pra gente, a gente tinha treze, quatorze pacientes pra dar banho, quase não tinha ajuda, usava luva de pedreiro pra gente dar banho, sabe essa luva verde e amarela? Aquela que a gente dava banho em todo mundo, a gente guardava a roupa, arrumava todas as camas, vinha a roupa da lavanderia a gente separava tudo, guardava tudo, tinha a hora do café, hora da janta, tudo direitinho e a gente dava conta, hoje é muita gente em vista de antigamente e muita gente só quer ficar zoando, aí as coisas não vão.

A medicalização da velhice chega às instituições asilares como principal alternativa de melhorá-las; e não se trata de medicar somente as enfermidades, já que esta é uma realidade premente para os idosos residentes neste tipo de local, mas de criar uma estrutura de cuidados por meio de protocolos que dominem todo o cotidiano. Isto é realizado, em parte, por meio da profissionalização do quadro de funcionários; entretanto este processo de medicalização e profissionalização encontrou, na sua implementação, barreiras institucionais com a coexistência do modelo asilar.

A importância em tomar a medicação e fazer as refeições nos horários corretos não é algo a ser questionado, principalmente por se tratar de pessoas com alto grau de comprometimento orgânico. Mas quando toda a rotina é realizada a partir deste único referencial, a instituição passa a corresponder a um serviço muito mais médico do que de moradia e isto tem suas implicações: o cuidado passa a exigir uma especificidade técnica e quem cuida precisa ter qualificações para saber responder a uma série de protocolos. Aquele que é cuidado deve cooperar e se adequar à rotina protocolar para seu *próprio bem*. Assim, se cria uma disciplina institucional comum a todos para que o cuidado técnico possa ser realizado.

Um aspecto que pode ser visto como negativo em tornar hospitalar uma instituição asilar, é que nem todos os seus moradores necessitam deste tipo de cuidado, sendo estes prejudicados por terem restritas várias atividades que poderiam continuar realizando por si próprios, por serem também considerados pessoas necessitadas de cuidados. O fato da maioria dos profissionais e funcionários se referir aos idosos como *pacientes*, revela esta intenção de cuidado. A heterogeneidade das

peças atendidas neste tipo de serviço é um dos problemas enfrentados: há aqueles que, ainda *lúcidos*, buscam na instituição uma maneira de continuarem independentes ou por não terem mais onde morar (como é o caso das ex-domésticas), e aqueles que são levados pela própria família com um estado de saúde muito comprometido demandando um cuidado intensivo e integral. Todos convivem juntos, algumas vezes no mesmo quarto, não havendo uma diferenciação na rotina decorrente da condição de saúde entre eles. Foi observada uma deterioração em pouco tempo do estado de saúde do idoso que entra *lúcido* na instituição, como relatado por um familiar, em cena descrita no diário de campo:

Uma mulher se aproxima de mim na entrada do *pavilhão A*; havia visto ela e outra senhora mais velha no refeitório. Elas vieram fazer uma visita a uma idosa, mas enquanto estávamos no refeitório, não consegui identificar o parentesco entre elas. Esta mulher (devia ter uns 45 anos), pergunta se eu trabalho lá. Digo que não e no mesmo instante ela começa a falar seguidamente sobre não acreditar na situação da senhora que veio visitar (uma vizinha), que nunca a tinha visto com aquele comportamento: *catatônica, sem vida, sem motivação*. Questiona a decisão do filho desta mulher *ter colocado* ela ali: *Esta instituição está levando ela embora e olha que isso aqui não é barato, cobra-se muito para ter este tratamento que definha a pessoa*. Pergunto há quanto tempo a senhora estava morando na instituição. Ela diz que três semanas e que neste tempo ela havia virado outra pessoa.

A palavra *definhar*, usada por esta mulher, expressa um movimento observado em muitos idosos. Por melhor que seja a intenção dos cuidados, a restrição da autonomia na realização das atividades cotidianas e o nivelamento da rotina em função dos cuidados aos idosos com grave comprometimento de saúde, acabam por restringir a idealização ou manutenção de projetos de vida e, como será abordado adiante, a impossibilidade de se visualizar projetos no futuro pode acarretar para o sujeito, o início de um processo demencial (Goldfarb, 2004). Corrobora para esta hipótese o enquadramento do *paciente* neste lugar de passividade, característica das instituições hospitalares, onde o saber técnico médico se sobrepõe ao saber daquele de quem cuida (Caponi, 2004).

Saber técnico e Saber vocacional

Neste processo de mudança para um novo modelo de funcionamento profissional, alguns dos antigos funcionários buscaram formação como auxiliares de enfermagem para poder continuar trabalhando; outros foram sendo substituídos e alguns permaneceram no serviço no cargo de cuidadores, função que não exige formação específica, sendo enquadrada na mesma legislação trabalhista que um trabalhador doméstico. Para a enfermagem, a manutenção de alguns destes empregados na instituição existe para a diretoria manter uma vigilância sobre os outros profissionais e funcionários. São pessoas que conservam uma relação afetiva com a gerência e as conselheiras da diretoria, suas primeiras contratantes, e por isso acabam servindo de informantes daquilo que acontece nos *pavilhões*; em troca disto lhes é oferecido um lugar de regalia, que lhes permite ignorar ou recusar (veladamente) algumas tarefas que considerem diferentes daquelas realizadas anteriormente, no tempo em que elas supostamente decidiam o que era bom ou ruim para o idoso. Neste sentido, esta “classe de privilegiados” é considerada um dos empecilhos para a implantação de um regimento da enfermagem, assim como para esta nova ideologia. Por outro lado, sentem-se desqualificadas profissionalmente em comparação aos novos funcionários, muitos deles mais jovens e com mais formação técnica; sentimento reforçado pelas constantes exigências da administração para que façam o curso técnico de enfermagem.

Outra dificuldade enfrentada no estabelecimento de uma hierarquia funcional, baseada no saber científico e profissional pela enfermagem, é a existência do *líder*. Inicialmente criada para centralizar a coordenação das enfermarias em uma única pessoa, quando não existia a personagem do enfermeiro, a figura do *líder* permanece no organograma apesar de serem questionados os conflitos, legais e institucionais, pelo fato de possuírem a mesma formação que os demais auxiliares de enfermagem, mas com contrato e salário diferentes. Os *líderes* respondem diretamente à gerência, passando por cima do enfermeiro, e por isto também são considerados informantes. O modo como são vistos pelos outros profissionais e funcionários, cria um estado de

atenção e paranóia já que todos se sentem vigiados pelos seus “iguais”. A introdução de profissionais técnicos, considerada uma conquista institucional, tem que se haver com este histórico difícil de ser remanejado, pois estes funcionários antigos e os *líderes* continuam exercendo um papel importante de controle do cotidiano.

Neste processo em que lutas internas não podem ser reveladas, apesar de evidentes para todos, a enfermagem acabou encontrando na organização dos horários e plantões um primeiro local para poder exercer sua função de coordenação do setor e manter, assim, uma perspectiva de instalar um modelo profissional baseado no atendimento hospitalar, isento dos vícios de um serviço *amador* com base na caridade. O enfermeiro relata realizar remanejamentos entre os integrantes das equipes de trabalho dos *pavilhões* e dos plantões (os auxiliares se dividem nos plantões pares, ímpares e folguistas), visando uma não cristalização dos vínculos de trabalho, ao entender que nos pequenos coletivos se estrutura, em muitos casos, a força resistente aos novos procedimentos. Com os grupos desarticulados, muitos funcionários se dizem incomodados e frustrados, mas por dependerem do trabalho se submetem ao que é decidido. Ao evitar a criação de vínculos entre os funcionários, esta medida interfere na prática do cuidado aos idosos, pois mudar de *pavilhão* para um auxiliar implica aprender novos nomes e novos modos de relação com cada um dos moradores; para os idosos significa descuido, como será visto a seguir.

A esta situação se soma uma constante rotatividade dos auxiliares de enfermagem que pedem demissão por não agüentarem o trabalho ou por receberem melhores propostas de remuneração. Durante o período de campo foram realizados dois aumentos salariais para manter as pessoas na instituição, ação que não evitou que alguns saíssem após uma semana de contrato. Além da hipótese financeira, o enfermeiro acredita que o serviço realizado pelos auxiliares não instiga desafios, ao tornar-se desestimulante em pouco tempo por não vislumbrar um crescimento profissional; considera a tarefa básica e ao mesmo tempo *pesada*: dar banho, trocar fralda (*É limpar xixi e cocô a maior parte do tempo*), fazer curativos, dar medicação, dar de comer, aspecto que pode ser percebido na entrevista de uma auxiliar sobre a atividade exercida:

Você chega de manhã, dá os banhos, depois dá a medicação, dá o café, depois o almoço, é assim... medicação e alimentação, aí se tem um curativo você faz, faz

uma inalação... (...) Troca fralda, aí coloca pra dormir à noite, dá o jantar tudo, café da tarde, é o dia inteiro com a função ali com o paciente, diretamente mesmo com o paciente.

O enfermeiro se incomoda com a situação por entender que ali se formam pessoas que acabam indo trabalhar em outros lugares e pergunta se é possível melhorar o trabalho e os atendimentos sem contar com uma mudança estrutural institucional: *será que isto é possível sem trabalhar diretamente com a diretoria?* Para este profissional a ideologia que rege a instituição não está clara e somente a partir dela podem ser pensadas as ações para aprimorar o serviço.

Uma das conseqüências desta má remuneração dos auxiliares, além dos pedidos de demissão, está na dupla jornada de trabalho necessária para complementar a renda: trabalham em outras instituições (para velhos ou não); em casas particulares (alguns indicados pela própria entidade); como diaristas; entre outros *bicos* e até outras profissões, não restando muito tempo para descanso ou lazer. Já para os cuidadores, que têm contrato em escala 5X1, não há tempo disponível para outro emprego e não há remuneração suficiente para financiarem algum curso profissionalizante. O fato de trabalharem praticamente todos os dias é considerado pelos outros funcionários e profissionais como um fator desgastante que interfere no desempenho destas cuidadoras.

É importante ressaltar que os idosos vivem a rotatividade destes funcionários como um descuido. Considerado inicialmente nesta pesquisa como um dos motivos da inconstância na qualidade do serviço, este foi um tema ouvido freqüentemente durante o campo: uma idosa e seu familiar iniciam uma conversa comentando sobre as faltas consecutivas dos auxiliares, pois naquele dia não havia ido ninguém do *pavilhão C*; reclamavam mais especificamente das mudanças internas, nas quais o funcionário era realocado após se integrar e criar vínculos com os idosos; para eles o problema das saídas freqüentes estava ligado à baixa remuneração. Outra idosa disse se incomodar com as alterações por não se sentir bem cuidada e por ter que explicar todas as vezes como é que deveriam proceder com ela. Um idoso ao demorar em lembrar o nome de um auxiliar comenta: *Mas também é tanta gente que vem aqui, gente que vem e que vai embora que não consigo guardar os nomes*; sobre isto disse que não pretendia mais se apegar a nenhum funcionário, pois sofria quando eles iam embora.

Quando os auxiliares faltam ou quando há sobrecarga de trabalho, as cuidadoras são chamadas para assumirem estas atividades. Nestes pedidos torna-se evidente a dificuldade em discriminar a especificidade de cada uma das funções quando auxiliares e cuidadores realizam as mesmas tarefas. De fato, para além da discriminação feita pelos aventais (azul e branco), pela formação técnica e pelo modo de contratação, muitas das atividades realizadas acabam se aproximando. Apesar dos auxiliares terem uma formação técnica e estarem aptos a realizar procedimentos específicos da área da enfermagem, como dar injeção e fazer curativos, na prática institucional acabam realizando um trabalho braçal (*pesado*) *sem tantos desafios*, nas palavras do enfermeiro. Já as cuidadoras são designadas, inicialmente, para a função de acompanhar os idosos nas áreas coletivas, pois os mesmos não podem ficar sozinhos sem que alguém os esteja observando, o cuidado com os pertences individuais na arrumação das roupas e dos armários e o acompanhamento nas refeições. No entanto, acabam por desempenhar outras tarefas, a princípio específicas dos auxiliares, mas sem que haja uma valorização (inclusive financeira) das mesmas. Esta situação pode ser observada na fala de uma cuidadora após ser perguntada sobre a atividade exercida por ela:

Como cuidadora? Eu exerço... todas. Porque até a parte de enfermagem a gente tem parte também, na troca, em tudo.

E como que é tudo? Porque eu não sei o quê você faz.

Olha só, têm os banhos né, a gente dá banho, eu acho que é uma parte que uma cuidadora não deveria fazer, porque a cuidadora tem que ser... cuidar só da parte do idoso, as coisas dos idosos, na hora do auxílio no café, no almoço, mas aí a gente dá banho, a gente troca, e que mais? É tanta coisa que eu nem posso nem citar. Só.

Tem coisa que você não pode falar, é isso?

Aham (afirmativo). Ó, da enfermagem a única coisa que a gente não faz na parte da enfermagem é aplicar injeção, passar a insulina, isso a gente não faz não. Curativo, a gente aprende a fazer curativo aqui também, se precisa a gente faz, tá fazendo. Apesar que a gente é uma cuidadora, né, nada a ver com a parte...

E por que você acha que vocês fazem isso?

Por que a gente faz? (silêncio) Tem que fazer, né? Porque fica aquele tipo de coisa irregular no caso.

É pedido pra que vocês façam?

Às vezes pede: 'Ah ela sabe fazer'. A gente aprende, realmente aprende, não é a parte auxiliar, auxiliar que a gente não fez o curso pra isso, entendeu? Mas vendo no dia a dia a gente aprende, aí eu acho que é só isso mesmo só no curativo, também dependendo do curativo, se não for aquele curativo que só a auxiliar mesmo pode ter acesso.

Te incomoda fazer essas coisas?

Não. Eu gosto porque eu aprendo, né, aprendo mais.

A discussão do papel do cuidador ultrapassa as questões institucionais por se referir ao modo como a enfermagem define o cuidado e aquele que pode ser responsável por esta tarefa: é antes de tudo uma questão desta classe profissional. A fala do enfermeiro sobre isso revela o conhecimento da situação e a dificuldade em lidar com esta falta de discriminação no cotidiano quando se necessita a presença do cuidador:

... O cuidador não é reconhecido como profissional, ainda, em termos de Conselho Regional de Enfermagem, (...) falta definir muito bem o papel dele aqui dentro, porque quando a gente fala que o cuidador não pode dar banho em paciente dependente ou parcialmente dependente e quando falta funcionários? Porque eles entram no banho. Então aí é muito fácil para mim falar: não pode.

A convocação para exercer (e assim aprender) a função de outro é vivida de forma ambígua pela cuidadora: por um lado faz um questionamento da irregularidade do pedido por ir além da sua função; e por outro ao realizar a tarefa se aproxima dos auxiliares e a distância hierárquica, e social, diminui. Nas entrevistas, tanto cuidadora quanto encarregada de limpeza pareciam vislumbrar na carreira de auxiliar de enfermagem uma ascensão social e uma melhora de vida com maiores possibilidades de arranjar trabalho, ao visualizarem uma demanda por estes trabalhadores na área da saúde:

Eu sempre dou conselho para as meninas novinhas que são auxiliar de enfermagem: 'Ó, vai fazer técnico, vai fazer enfermagem, pra enfermeira paga...', eu sempre dou esse conselho pra elas porque se eu tivesse a oportunidade que elas tiveram, que elas têm aqui... porque quando eu era mais jovem assim... nossa... eu trabalhei muito na roça, eu acho que é por isso que eu dou muito valor porque... e não tem serviço ruim pra mim, entendeu? (encarregada da limpeza)

Esta idéia se respaldava nos exemplos encontrados na instituição, nos quais alguns auxiliares, além de terem formação profissional, exibiam sinais de distinção como ir trabalhar com carro próprio, indicando condições e perspectivas de vida melhores do que a delas, além de poder contar com a possibilidade de ter outro trabalho particular ganhando relativamente bem. No caso específico das cuidadoras, há a perspectiva de já saber e fazer, pelo menos em parte, a tarefa dos auxiliares, mas com o diferencial de que não são reconhecidas, valorizadas e nem remuneradas como tais. Uma das queixas ouvidas dizia de se sentirem desconsideradas por nunca serem participadas das condutas tomadas com os idosos: em alguns casos são informadas sobre a internação hospitalar ou morte de alguns deles quando entram no quarto e não mais o encontram. São também tratadas com menor cerimônia pelos próprios idosos, que as consideram de uma estirpe menor por usarem avental azul (e não branco). Por outro lado, a gerência acha que as cuidadoras são subestimadas – e financeiramente o são – por considerar sua função mais *humanizada*, leia-se não profissionalizada. Para a gerente, elas *buscam entender o jeito de cada idoso*, ao contrário dos auxiliares que *estão preocupados em concretizar na prática aquilo que aprendem tecnicamente*.

A questão da formação, ou da falta dela, se apresenta como conflito também entre os próprios auxiliares, principalmente para aqueles que tiveram que se formar para se manter na instituição. Isto aparece num relato de uma auxiliar em que busca uma diferenciação entre *ter o saber técnico* em contraposição a um *saber vocacional*, sendo que somente o segundo – o dom – garantiria o bom cuidado:

... Eu não sou tão inteligente, eu não tive muito estudo porque eu não fiz o colegial nem o técnico ainda não fiz, eu nem sei como vai ser a minha vida porque eu nem sei se vou ter condições de fazer daqui a três anos, que vai acabar o auxiliar e vai ser só técnico. Então você acha que tem muita gente que tem estudo, acabou de sair da escola, mas não tem esse outro dom, eu acho que deve ter o dom da gente cuidar.

A falta ou a precariedade do repertório técnico implica numa vivência de insegurança para o funcionário, que acredita não saber o que deve sobre o assunto. O uso recorrente de termos técnicos, na realização de certos procedimentos básicos, acaba servindo como uma tentativa de diminuir essa insegurança. Isto não acontece somente entre os funcionários, mas também foi observado o mesmo em relação a profissionais não médicos que se esforçavam em falar uma língua com terminologia biomédica, como se isso garantisse um domínio da tarefa e uma inclusão no universo do saber médico.

Neste contexto onde se evidencia uma disputa entre aqueles com formação e os sem formação profissional, a rotatividade dos auxiliares é vivida como um acinte para os que permanecem na instituição (vale lembrar que foram entrevistados alguns dos funcionários mais antigos). Este aspecto pode ser observado em relatos, nos quais funcionários questionados em seus saberes pelo lugar institucional ocupado, buscam valorizar uma suposta dedicação ao depreciarem o envolvimento de outros:

Mas a parte da enfermagem, acho que tem que ter uma pessoa mais ali no pé, são muito relaxados. (cuidadora)

... Aí tem umas aqui, que Deus me livre: 'Ai, tô cansada, ai tô isso' (...) já chega reclamando, reclama de tudo. (encarregada da limpeza)

Que nem a gente vê muita gente aí que faz de qualquer jeito as coisas, como vai, vai, quer pôr a roupa põe, não quer põe aquela mesma, aquela coisa toda... tem gente que fica só nas costas da gente. Porque eu gosto das coisas feitinhas. (...) Então eu fico às vezes doente de ver essas coisas, né, que os outros às vezes acabam abusando da sua boa vontade, e você quer fazer, quer deixar tudo em ordem tudo e você não tem valor nenhum. (aux. enfermagem mulher)

A questão de exigirem do outro um trabalho bem feito apareceu diversas vezes como uma qualidade pessoal que favorece o cuidado, ao mesmo tempo em que dificulta a relação com os outros funcionários. A presença de “informantes” no cotidiano faz com que todos virem “bedéis” uns dos outros, sendo os trabalhadores mais antigos os detentores de um micropoder, o de saber aquilo considerado “mais correto a ser feito”:

Eu faço o melhor, mas é aquele tipo: eu sou uma cuidadora que eu gosto das coisas bem feitas! Eu sou muito exigente e esse é o meu jeito, entendeu, e tem funcionário

que não aceita isso. Eu gosto de corrigir as coisas: 'É errado isso aí', isso é o que me estressa, mas é com os funcionários, não tem nada a ver com os idosos. (cuidadora)

Chato, exigente. Se às vezes eu pego um funcionário falando alto eu já chamo atenção. (...) Um funcionário chamou atenção, falou alto com o idoso você vai fazer o quê? Você vai ficar quieto? Vai encobrir o funcionário? Não. Então você vai lá e chama a atenção dele. Tem muito funcionário aqui que me acha chato, que eu sou metido, que eu sou arrogante, tal, mas não por mim, entendeu, mas por eles. Eu sou assim, eu gosto das coisas bem direitinho, tudo no seu lugar. (aux. enfermagem líder)

Apresenta-se, neste sentido um aspecto do controle comum em “instituições totais”, em que cada nível hierárquico repete uma exigência à qual são submetidos com seu subalterno, ou colega do mesmo nível, dentro do organograma institucional (Goffman, 2007). Os funcionários, de forma geral, recebem ordens e direções de conduta não só da administração, mas também dos profissionais, de alguns voluntários e da diretoria. Os auxiliares, especificamente, são o principal alvo do controle da administração, não só por serem a maioria dos empregados, mas por permanecerem a maior parte do tempo com os idosos. É exercido sobre eles um controle rigoroso com o horário de entrada no trabalho e com o que é realizado nas enfermarias e na prática de cuidado com os idosos; são eles os primeiros a receberem o ônus por qualquer coisa inadequada que aconteça, sendo esta uma política assumida administrativamente, evidenciada pela assistente social:

... É que eu passo espionando, já querendo achar coisa errada pra brigar com os funcionários. Porque eu cobro muito dos funcionários, mas eu tenho que cobrar muito dos funcionários. Então você nota uma cama mal arrumada, nossa! Se esquecerem o idoso antes do almoço, menina eu viro um capeta aqui dentro, eu exijo uma advertência. (...) a gente está sempre do lado do idoso. Eu nunca vou estar do lado do funcionário, eu vou estar sempre do lado do idoso e geralmente do lado da família. (...) Então, se as meninas fazem tudo bonitinho eu fico muito feliz e agradeço a elas e falo que é a obrigação delas. Agora, se elas não fazem, nossa, eu fico muito irada. (...) E eu acho que elas não acham errado, elas sabem que a gente trabalha para melhoria deles.

É certo que ocorrem descuidos e má vontade nas realizações das tarefas para com o idoso, mas antes que o auxiliar de enfermagem entre no serviço, este já recebe a marca daquele que não irá corresponder às expectativas e que será considerado um profissional com menor qualificação. Este não é um problema velado e reafirma lutas internas, cada qual no uso de seu pequeno poder (Foucault, 1996). Existe na instituição a expectativa de que uma melhor remuneração poderia apaziguar conflitos com os auxiliares de enfermagem, mas há também a percepção, compartilhada pelos profissionais, de que a condição de trabalho está relacionada aos lugares ocupados na trama institucional que interferem diretamente no cotidiano. A política adotada pela administração é questionada por criar regras rígidas para a maioria e privilégios para poucos e é manifestada nos seguintes relatos:

Muitas vezes tem muita crítica: 'Eu fui lá e o funcionário não estava', mas vai uma tarde para ver como é que é aquilo ali. Eu acho que é até de ordem administrativa que incomoda mais. Por exemplo: te dou bronca porque você chegou 3 minutos atrasada de seu almoço e eu faço 2 horas de almoço. Aí aquele funcionário acaba ficando desmotivado, muitas vezes não tem a valorização, só são criticados, sem a parte do elogio. (terapeuta ocupacional)

Se eu desconto 30 minutos de atraso do auxiliar de enfermagem, eu tenho que descontar 30 minutos de atraso de um enfermeiro. Não posso ter privilégios, igual eu escutei hoje: 'Ah, com você tudo bem, com você é outra coisa' e assim não dá. (enfermeiro)

Às vezes eles chegam gritando com a gente, não sabem conversar, (...) por mais que você esteja errado, você sendo superior a mim, você tem que ter um certo nível de falar. E não tem e incomoda o modo como eles falam com a gente por ter um nível superior a mais. (...) Eu não gosto de ser tratado como um qualquer, gosto de ser tratado como um profissional e você não vê isso... isso me incomoda bastante (...) Eu estou aqui há seis anos eu nessa vida, levanta quatro horas da manhã, chega em casa 11 horas, quando eu estudava saía de casa três e meia chegava em casa meia noite, quer dizer, isso pra mim nunca foi cansativo, mas a cobrança é o que exige... é o que cansa mais a gente. Quer dizer, a gente é cobrado, mas não pode cobrar (aux. enfermagem líder).

A capacitação dos funcionários acaba sendo uma alternativa encontrada para diminuir a distância existente entre a *cobrança* e o sentir-se *cobrado*. Para alguns

profissionais a idéia ajudaria a desenvolver o senso crítico e uma postura reflexiva; ou ainda informaria sobre um assunto de forma a situar todos numa mesma linguagem. Cabe, no entanto, um questionamento sobre o que significa *capacitar* para aquele que propõe (e para quem será capacitado) e como isto será introduzido neste contexto mais amplo da organização: a capacitação pode servir apenas como mais um instrumento de controle sob um discurso educacional medicalizado.

O auxiliar da enfermagem está num lugar limiar, pois se encontra entre o saber dos profissionais (também possui uma formação) e o não saber técnico dos outros funcionários (já que esta formação não é acadêmica). Aproximam-se dos primeiros pelo acesso à educação e por apresentarem melhores condições sociais; e dos segundos pela proximidade do lugar institucional onde são colocados, subjugados ao saber dos profissionais técnicos.

As especificidades e implicações dos lugares técnico e não-técnico são temas relevantes e pouco discutidos na área da saúde; cabendo apontar, portanto, alguns pontos revelados durante o campo e as entrevistas. Entre os próprios funcionários há diversas variações dos históricos sócio-familiares e profissionais, sobretudo entre os trabalhadores antigos e novos, e entre aqueles que estudaram ou não, tornando difícil o estabelecimento de uma diferença apenas pela classe social. Entretanto, a condição socioeconômica e a concepção de vida de alguns são consideradas realidades que dificultam a negociação para os profissionais:

Porque eu acho complicado você ter dificuldades lá fora com alguma coisa; que é uma coisa que eu tenho que parar de brigar aqui dentro, que eu brigava muito com relação a higiene, por causa da sala sempre suja. Até outro dia estava conversando com meu terapeuta e ele falou: 'Você já parou pra pensar que o cara mora dentro de um córrego e você brigando porque tem um papel no chão?'. É tão difícil pensar algumas coisas da vida desse funcionário e das cobranças aqui dentro, que eu acho que para um funcionário trabalhar bem, ele tem que estar suprido em suas necessidades como pessoa. (terapeuta ocupacional)

Para os profissionais, de uma forma geral, a diferença social dos funcionários se apresenta principalmente como uma dificuldade no modo de compreensão daquilo que é indicado como conduta a ser realizada com os idosos. Os profissionais não se sentem compreendidos pelos funcionários e acreditam que isto se deva à vivência de uma

realidade social degradante que os tornam incapazes de compartilhar um mesmo sistema de idéias. Supõem que uma maior formação profissional destes funcionários diminuiria a distância existente entre eles, de modo que pudessem falar a mesma língua.

Os profissionais não percebem que os funcionários não participam das decisões e elaborações das condutas a serem realizadas com os idosos; sendo possível entender que parte da resistência ao saber profissional é uma maneira de exercerem alguma forma de poder.

Ainda assim, foram observadas na prática relações respeitadas e cooperativas entre profissionais, auxiliares e cuidadores na realização de atendimentos aos idosos e convívios afetivos fora da situação de trabalho.

A instituição encontra-se longe de uma perspectiva de trabalho horizontalizado, se é que se pode dizer desta possibilidade na área da saúde, mantendo uma hierarquia em que o médico e suas decisões ocupam o lugar mais alto. Isto pode ser percebido pelo modo como os entrevistados sentiam-se mais ou menos à vontade para dizer o que pensavam. Profissionais e gerência demonstravam maior liberdade para questionarem o próprio trabalho e reclamar das impossibilidades de ação decorrentes da falta de verbas ou de ordens da diretoria, aos quais estão submetidos.

A conduta médica e a interdisciplinaridade

Até agora a cultura organizacional foi abordada pelo foco dos funcionários por estes evidenciarem, na realização dos cuidados aos idosos e na presença das disputas institucionais, as questões do impasse vivido na instituição entre a atuação caridosa e o modelo hospitalar. A esta questão se agrega a desarticulação dos trabalhos propostos pelos diferentes profissionais – enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social – na qual a atuação multiprofissional, evidenciada pela presença dos mesmos na instituição, não resulta numa *visão biopsicossocial* do idoso atendido, palavra diversas vezes ouvida no campo.

Cada profissional possui um contrato de trabalho diferente, sendo a maioria de autônomos, com horário mais flexível por trabalharem menos horas. Como é comum em instituições do gênero, são também convocados a realizar tarefas diferentes daquelas que foram chamados a desenvolver, tendo que estar à disposição dos pedidos da gerência e da diretoria, que vão desde assumir funções administrativas até organizar festas em datas comemorativas.

Os profissionais relatam dificuldades com a diretoria, por esta não estar presente no cotidiano e não se importar com o direcionamento dos atendimentos aos idosos (definido pelo médico), ao mesmo tempo em que interferem nos projetos realizados. A diretoria se reúne uma vez por semana numa grande sala do setor administrativo, afastada dos *pavilhões*, local onde discute e decide o que pode e o que deve ser feito em conjunto com a gerência. As integrantes da diretoria não participam do cotidiano institucional e não têm contato direto com os idosos e suas ações parecem ser efetivas e pontuais: a casa está sempre em manutenção e há divulgação constante da entidade na mídia. Para alguns profissionais a instituição é um modo encontrado por estas mulheres de se *realizarem socialmente*.

Cada profissional, por mais que tenha como parâmetro o direcionamento clínico definido pelo médico, acaba por exercer solitariamente sua especialidade. São poucas as reuniões realizadas entre os profissionais da equipe, indicando a inexistência de discussões sobre condutas pensadas conjuntamente para algum idoso ou para algum coletivo na entidade; as decisões são tomadas individualmente. A administração, sob os limites impostos pela diretoria, também acaba por interferir no cotidiano validando ou passando por cima das indicações feitas pelos profissionais e isto foi apontado como uma das dificuldades do trabalho. Neste contexto alguns acabam se refugiando nas realizações burocráticas das tarefas que lhe dizem respeito ou passam a estabelecer uma parceria com a gerência administrativa para ter um pouco mais de autonomia.

Não há uma articulação entre as especialidades e ao invés dos vários profissionais ampliarem o olhar para aquele que é atendido, o que acontece é uma fragmentação dos atendimentos e uma desarticulação da equipe. Falta um direcionamento das ações que seja compartilhado por todos, principalmente por alguns profissionais apresentarem pontos de vistas divergentes sobre a prática clínica com idosos. Alguns conflitos são declarados e convivem abertamente no cotidiano.

O termo *clínico* tem como referência os profissionais da saúde. Apesar da obviedade deste esclarecimento, cabe lembrar que a instituição não se autodenomina um serviço médico, mas um local que conta com serviços médicos, de tal forma que permanece em conflito sobre sua proposição.

Designações e concepções de *Velho, Velhice e Envelhecimento*

No primeiro dia do trabalho de campo cometi um ato falho durante o registro no diário: escrevi “O tempo não pára aqui na instituição” ao invés de “O tempo não passa”. É um costume dizer, quando se está enfasiado numa situação, que o tempo demora a passar, tornando-se enfadonho ou aborrecendo o sujeito durante a espera. O lapso introduz uma nova possibilidade de se olhar para aquilo que era vivido durante a observação: O TEMPO NÃO PÁRA, naquele contexto, implicou no pensamento de que se envelhece a todo o momento. O processo de envelhecimento é contínuo e inexorável.

Este ato falho, como não poderia deixar de ser, revela uma aproximação com uma dimensão da temporalidade vivida na instituição de forma ofuscada. Simone de Beauvoir (1990), como já foi dito anteriormente, introduziu a idéia de que a velhice é antes reconhecida pelo outro do que pelo próprio sujeito: quando passam a lhe ceder lugar para idosos no ônibus ou na fila do banco é que a percepção acontece. Isto também ocorre na relação entre velhos, porque mesmo entre “iguais”, “velho é sempre o outro” sendo o outro depositário daquilo que não se quer ver em si mesmo (Beauvoir, 1990, Goldfarb, 1998).

Na instituição, a diferença etária entre profissional/funcionário e idoso é evidente. Há apenas uma cuidadora com mais de sessenta anos de idade, todos os demais têm menos de cinquenta anos. Este aspecto pode ser considerado como mais um ponto na diferenciação entre estes dois grupos institucionais, juntamente com a distinção de função: um cuida e outro é cuidado.

Seguindo a idéia de Beauvoir, seria pertinente considerar a velhice apenas para os moradores, como se esta correspondesse à loucura dos pacientes num hospital

psiquiátrico. Mas, nos dois casos, trata-se de considerar o fator relacional entre aquele que cuida e aquele que é cuidado – não há como versar sobre isso sem apreender o aspecto relacional entre os participantes. Tendo isto ressaltado, vale voltar ao lapso cometido. A interpretação que fez sentido naquele momento está relacionada a uma identificação que tive com os velhos da instituição, pela qual pude reconhecer meu próprio processo de envelhecimento como algo constante e, principalmente, inevitável. Entendimento que reafirma que não é só o velho que envelhece, apesar da cultura predominante pregar a existência de uma juventude eterna para todos.

A vivência de que se está envelhecendo constantemente e a inexistência de um antídoto para prorrogar o fim da vida toma proporções maiores para os integrantes da entidade – idosos e equipe –, pois não se trata de um envelhecer qualquer. Apesar de uma parcela pequena da população dos moradores não apresentar doenças ou estados funcionais que impliquem num cuidado intensivo, a própria situação de internação corresponde a uma restrição nas perspectivas de projeto de vida fora dali. Segundo Chaimowicz, Greco (1999), o tempo médio de estadia nos asilos em Belo Horizonte era menos de 3 anos; em vinte meses de estudo longitudinal identificaram 31,2% de registros de saída das instituições, sendo 76,8% por óbito. Por melhor que sejam os serviços e intenções, não há como negar que a maioria dos que vão morar numa instituição asilar tem sua saída registrada como *óbito*. Moraes (1977), ao observar repetidamente os idosos se referirem à vinda à instituição como um tempo para aguardar a morte chegar, nomeia seu trabalho como *A sala de espera*, ao considerar que no asilo muitos velhos vêem a vida “esvaziada de sentido, despojada de qualquer objetivo” (p.164). Para alguns destes idosos o tempo demora a passar, já que não conseguem ver razões para continuar vivos e neste sentido a vivência da temporalidade é inversa da que foi descrita anteriormente.

Mesmo a realização de atividades no cotidiano institucional não afasta esta idéia, como relatou um morador. Todos os dias após almoçar, ele, por vontade própria, toca o piano que se encontra no refeitório. É um dos poucos moradores que tem livre circulação fora do prédio e que utiliza a cozinha específica para os idosos, preparando constantemente refeições para alguns colegas da instituição. Uma vez perguntado sobre quando havia aprendido a tocar piano, respondeu: *Tudo que aprendi sobre música foi de ouvido, nunca fiz curso, mas não sei tocar direito, só brinco. Isso me*

distrai enquanto espero a morte chegar aqui, porque é isso que acontece com quem vem para cá. Durante o trabalho de campo surgiu a notícia da morte de um amigo deste idoso, também morador da instituição, atropelado por um ônibus numa de suas saídas diárias. Após este acontecimento, foi observado nas conversas com ele um agravamento de um quadro depressivo e uma dificuldade na marcha. Poderia se dizer que esta situação caracterizaria um luto, como diferenciou Freud (1915) no texto *Luto e melancolia*, sendo portanto, um processo pertinente a uma situação de perda. No entanto, o contexto desta morte, ou melhor, das mortes na instituição, toma outras proporções já que a perspectiva de futuro para o institucionalizado começa a se tornar cada vez menor, não somente pela idade avançada, mas pela impossibilidade de se vislumbrar no asilo um espaço de realização de novos projetos.

Como já foi comentada anteriormente, a impossibilidade de se tratar as depressões na instituição, seja esta em decorrência da própria entrada ou da perda de algo importante para o sujeito, implica numa grande chance deste entrar num processo de demência ao desligar-se da vida, principalmente daquela vivida no coletivo. Este aspecto é explorado por Goldfarb (2004), para quem o processo demencial está ligado a um rompimento da perspectiva de futuro (seja individual ou social) e à impossibilidade de realização de um luto. A autora inicia seu trabalho *Demências* referindo-se ao aumento da procura de grupos de apoio a familiares da Associação Brasileira de Alzheimer, seis meses após o confisco das poupanças decretado em 1990, pelo então presidente Fernando Collor de Mello. A impossibilidade de retirada das economias e a conseqüente recessão econômica acabaram por inviabilizar projetos de curto prazo:

“para os mais jovens, embora represente um grande sofrimento, pode ser um simples adiamento; enquanto que, para os mais velhos é a constatação de que seu tempo já acabou. É o fim de toda a esperança” (p. 22).

Portanto, se trata neste trabalho de considerações sobre um tempo específico vivido por profissionais/funcionários e idosos a partir da referência premente da velhice institucionalizada – e não qualquer velhice – num local onde nem sempre há possibilidade da vivência do luto, seja porque não há um acompanhamento deste processo, seja porque a morte não tem lugar na instituição e não há como enlutar quando não há morte. Se a possibilidade de luto se restringe, restaria a melancolia que se encaminha para um processo demencial? Neste sentido, antes de prosseguir,

competete descrever o procedimento realizado no caso de morte e analisar a dinâmica institucional decorrente do mesmo, pois este aspecto revelou-se um ponto difícil de ser ignorado no decorrer do campo e da análise.

Quando um idoso morre, ele é retirado de seu quarto e levado para uma sala específica, perto da administração, onde um enfermeiro *prepara* seu corpo. Se o *óbito* (como a morte é chamada lá dentro) acontece à noite, o corpo é retirado do prédio sem que se anuncie a operação. É avisado o médico para que este possa comprovar a morte e comunicar a família, quando esta existe. Nada é comentado com os idosos, nem mesmo com aquele com quem era dividido o quarto. Mesmo com a existência da igreja e da capela, também não é realizado nenhum tipo de ritual de despedida (missa ou reza) e nem mesmo um aviso geral. Para Elias (2001) nas sociedades mais desenvolvidas, estes tipos de rituais perderam sua potência de dizer, sem parecer superficiais, aquilo que se sente no momento da perda; situação intensificada, segundo o autor, por cada vez mais se evitar manifestações de sentimentos em público.

Quando uma pessoa morre na instituição é como se desaparecesse, ela passa a ser alguém cuja existência não deixa marcas ou alguém que nunca existiu – principalmente para aqueles que não têm família, já que não haverá nenhuma comunicação a ser feita. Obviamente, este não dito é sabido por todos. Conscientes ou não, os idosos sabem que quando morrerem não lhe será feita nenhuma homenagem, não será falado seu nome entre aqueles com quem conviveram os últimos dias (ou anos), mesmo sendo estas pessoas estranhas. Não há como negar que este *procedimento* traz implicações para a perspectiva da vida institucional – coletiva e individual. A partir desta situação a análise do termo *ante-sala da morte* toma outra proporção: a entrada na instituição pode ser entendida como o próprio ritual mortífero antecipado. É a própria marca da passagem para o fim da existência. Morrer é desaparecer como se não tivesse nem vivido e muito menos morrido. É a solidão vivida entre outros como descreveu Elias (2001): “se uma pessoa sentir quando está morrendo que, embora ainda viva, deixou de ter significado para os outros, esta pessoa está verdadeiramente só” (p.75).

Segundo um dos profissionais da instituição, até recentemente não havia uma política de cuidados intensivos respaldados por tecnologias que mantivessem vivos, por exemplo, idosos quando entravam em coma. De acordo com o mesmo, a conduta

tomada sofre influência direta do médico responsável pela direção clínica que opta por este ou aquele procedimento. Não há uma discussão ou debate institucional sobre estas decisões. Na época do trabalho de campo, a médica responsável havia introduzido a utilização de galões de oxigênio permitindo que alguns idosos, mesmo inconscientes, permanecessem vivos na própria instituição. Segundo a gerência, buscasse manter o maior tempo possível o idoso em seu quarto, evitando a internação hospitalar, *para que ele não sofra fora de casa*. A idéia de conforto e afetividade proporcionada por um ambiente caseiro recebe a marca inegável do tratamento hospitalar, já que muitos quartos se assemelhavam a pequenas UTIs em função da quantidade de instrumentos existentes, necessários na maioria dos casos.

Outro profissional deixou escapar que esta opção por prolongar a vida num estado terminal, não é algo consensual institucionalmente mesmo que isto não seja um assunto aberto. Diante da constante procura por vagas, alguns questionam a manutenção de certas situações de coma, onde o sujeito não mais se conecta com os demais e não há terapêutica possível. Não entrou no mérito desta conversa, ou em nenhum outro momento, a questão da eutanásia e nem as tentativas de suicídio; no entanto, foi presenciada a comunicação da descoberta por uma auxiliar de enfermagem de uma moradora enforcada em seu quarto que não havia morrido. As perguntas que se repetiram nos momentos seguintes eram: *Onde ela arranhou esta corda? Como ninguém viu nada?* Questionamentos que provavelmente se referiam a um medo de retaliação por este acontecimento ser encarado como uma falha no cuidado. Nada mais foi mencionado no decorrer do trabalho de campo sobre isto; nem todos os funcionários e voluntários souberam da sua existência como pôde ser averiguado em conversas posteriores.

Obviamente a instituição não assume para si, como função, lidar com a morte, tampouco esta é a sua intenção. Mas é inevitável não considerar as questões relacionadas a ela intrincadas ao cotidiano tanto para os idosos quanto para os trabalhadores. A insistência, neste trabalho, em associar a presença da morte nesta instituição de velhos, não tem outro intuito do que poder evidenciar aquilo que se encontra na ordem do não dito. Não se pretende, portanto, fazer uma única analogia entre velhice e morte, mas não há como evitá-la, pelo menos neste caso. Cabe perguntar, inclusive, se é possível pensar numa instituição asilar em que este tema

possa ser conduzido de outra forma, levando-se em conta o modo como na contemporaneidade se empurra “a agonia e a morte mais que nunca para longe do olhar dos vivos e para os bastidores da vida normal nas sociedades mais desenvolvidas. Nunca antes as pessoas morreram tão silenciosa e higienicamente como hoje nessas sociedades, e nunca em condições tão propícias à solidão” (Elias, 2001; p.97).

Perguntado a um enfermeiro sobre como ele lidava com ter que *preparar* corpos de idosos com quem ele convivia cotidianamente – e aqui se faz uma distinção entre trabalhar com corpos desconhecidos como acontece no IML, por exemplo – ele diz ser uma tarefa *difícil*, mas *No fim das contas tem que se acostumar para continuar trabalhando*. Deve ser evitada, portanto, uma possível correlação entre esta situação e aquela enfrentada por técnicos que trabalham em hospitais: há uma diferença que se estabelece pelo grau de convivência entre os protagonistas. É preciso que haja um distanciamento, não facilitado pela condição institucional onde o cuidado em vida e em morte encontra-se no mesmo local, para que a tarefa possa ser realizada. O cotidiano asilar cria relações afetivas intensas que mobilizam profissionais e funcionários, tornando a morte do idoso um momento difícil de ser enfrentado. Provavelmente por este motivo esta vivência não encontra um lugar de escuta e de fala instituído.

Encontrava-me presente na instituição quando um idoso morreu e apenas soube do acontecido quando uma cuidadora passou chorando pelo corredor, por *não agüentar ver as pessoas morrendo*. Esta funcionária foi para o refeitório onde continuou a chorar e foi acolhida por outros colegas que lhe diziam que *aquele senhor não estava bem, que tinha sido melhor assim*. Apesar do uso recorrente de termos formais para designar a morte, como o *óbito*, não se consegue com isso diminuir o impacto diante da finitude da vida, principalmente daqueles com quem se tinha um vínculo estabelecido. A morte, portanto, é um problema também para a equipe, justamente por referir-se à interrupção de uma relação afetiva que ultrapassa a questão mecânica dos cuidados com os corpos. Talvez seja justamente o contrário: o mecanicismo pode servir de âncora para lidar com a fragilidade inegável do outro envelhecido. Neste sentido não se pode ignorar o desamparo vivido pelo funcionário e profissional ao acompanhar estes processos e o esforço que muitos realizam para tornar a vivência institucional um lugar voltado para a

vida. Portanto, estas questões estão imbricadas na prática do cuidado, trazendo efeitos para os dois atores desta história: trabalhadores e idosos.

Os modos como os profissionais e funcionários representam a velhice e o envelhecimento indicam padrões sociais mais amplos, não se restringindo ao que é vivido institucionalmente, ainda que esta seja uma referência importante. As concepções de velho, velhice e envelhecimento serão articuladas, a seguir, em três vertentes de análise: o uso das terminologias (ou o *velho não existe*), a referência funcional (dependência e desejo de autonomia) e a velhice como um adjetivo (ou um *estado de espírito*). Cabe lembrar que as falas dos entrevistados não são em si mesmas representações, mas refletem idéias presentes para o sujeito social e serão utilizadas para ilustrar a construção do pensamento.

O Velho não existe

O primeiro aspecto a ser considerado nos relatos dos funcionários é a diferenciação constante que fazem entre os termos *velho* e *idoso*:

*... Eu acho que não existe **velho**, **velho** não. Eu acho que não existe **velho**, eu acho que existe jovem, meia idade e **idosos**, entendeu?*

*Eu não acredito nessa palavra **velho** e sim **idoso**.*

(encarregada da limpeza)

*Eu acredito que o termo **velho**... eu acho que não existe, entende?*

***Idoso** é experiente, **velho** é insatisfeito.*

(aux. Enfermagem homem)

*... Não existe ser **velha**, eu acho que não existe isso não, ser **velho**, porque eles não se sentem velhos, eles se sentem vivos.*

(cuidadora)

Permeava estes dizeres um incômodo quando se dizia a palavra *velho*, como se ela fosse depreciativa. Pode-se supor que esta aversão ao termo corresponde uma forma politicamente correta de pensar a velhice “positivamente”, na tentativa vã de valorização de uma suposta “identidade deteriorada” nos termos de Goffman (2007). Durante a pesquisa foi observado um texto, colocado em mural da instituição, onde

eram listadas diversas diferenças entre o *idoso* e o *velho*, sendo o primeiro carregado de atribuições “positivas” e o segundo de “negativas” como pode ser observado no anexo 3. O discurso institucional influencia, e talvez induz, esta necessidade de diferenciação, como se dessa forma compensatória pudesse expressar um maior apreço pelos moradores. Isto pode ser visto na explicação dada pelo médico responsável quando perguntado sobre Quando uma pessoa se torna velha?:

É... primeiro a palavra velho a gente não gosta muito de usar, a gente prefere idoso. E assim... a concepção de idoso é a partir dos 60 anos, tá? Essa é a concepção médica de idoso aqui no Brasil. Em países mais desenvolvidos seria a partir de 65 anos. Então é uma concepção meramente numérica, digamos assim, para definir quem é idoso ou não.

E por que esta preferência de usar idoso e não velho?

Porque velho dá a idéia, na cabeça das pessoas, de uma conotação mais pejorativa do que a palavra idoso. É meio que automático quando gente fala: ‘Velho’, vem mais um pensamento pejorativo, essa é a impressão que dá. (...) Que a palavra idoso dá muito menos noção pejorativa do que a palavra velho.

Observa-se que a palavra *velho* tem uma conotação pejorativa que deve ser evitada. Esta representação não pode ser considerada isoladamente como algo pertinente apenas a esta instituição: corresponde a um discurso social reafirmado pela geriatria e pela gerontologia, e pode ser evidenciado em uma apresentação realizada num Congresso Nacional da SBGG⁵⁷ em 2000. Uma palestrante relatava uma *bem sucedida* experiência no Estado de São Paulo onde se pretendia favorecer a convivência entre velhos e crianças de uma dada comunidade. Entre os resultados “positivos” estava a constatação de mudança nos significados atribuídos aos idosos pelas crianças, onde estas relatavam que passaram a considerar *idoso* alguém que tinha conhecimentos, era divertido, brincava e contava histórias interessantes; uma imagem bem diferente daquela que tinham antes: do *velho* que fica em casa sem fazer nada, que só resmunga e sempre está doente. Este relato, aplaudido e elogiado pela platéia, valorizava as mudanças da imagem do *velho* para o *idoso*; o termo, politicamente correto, portanto, é disseminado pelos próprios especialistas do ramo.

⁵⁷ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Congresso realizado em Junho de 2000 em Brasília. Descrição realizada anteriormente em Barbieri (2000).

Quando profissionais e funcionários da instituição se referem ao mesmo discurso para designar *velho* como uma palavra inadequada, estão respondendo àquilo que esperam deles: que neguem a existência dos aspectos considerados “negativos” na velhice daqueles que acompanham.

Esta diferenciação entre *velho* e *idoso*, presente nas representações, coincide com resultados de estudos realizados sobre termos classificatórios, onde as terminologias atuais utilizadas – idosos, pessoa idosa, terceira idade, maturidade, melhor idade – são entendidas como nomeações que visam separar uma perspectiva boa e ruim de velhice (Neri, 1992; Goldfarb, 1998; Peixoto, 1998; Debert, 1999). Estudos históricos e antropológicos discordam sobre uma possível época áurea na qual os velhos teriam um lugar de privilégios, respeitados pela família e pela comunidade, pois são poucos os dados acessíveis e os que existem indicam vários modos de classificação social. Alguns defendem que a valorização se dava não à velhice em si, mas ao lugar social ocupado por alguns velhos e não difere muito da situação atual onde o velho rico continua sendo respeitado por sua riqueza (Debert, 1999; Elias, 2001). O velho rico se defende da possível desvalorização de sua pessoa pela acumulação de bens e propriedades (Bosi, 1995).

A forma depreciativa atual que encontra a velhice pode ser localizada, historicamente, nas mudanças sociais e econômicas ocorridas a partir do século XVIII, principalmente em decorrência dos novos modos de produção, que interferiram significativamente nos espaços sociais, sobretudo naquilo que se refere aos novos modos de entendimento e vivência dos âmbitos público e privado. A inserção e a valorização do sujeito na sociedade passaram a se dar pela força de trabalho. O velho, ao não trabalhar, começou a ser desvalorizado por ser considerado cidadão improdutivo, sendo a aposentadoria a marca da passagem do mundo do trabalho para a inatividade. Vale lembrar que o termo aposentar quer dizer: retirar-se para os aposentos, evidenciando a relação com a idéia de inatividade. Quase sinônimos, velhice e aposentadoria passam a ser caracterizados pela inatividade e pela pobreza (Peixoto, 1998; Debert, 1999). Entretanto, com a ampliação do trabalho assalariado, começa a ocorrer uma dissociação entre aposentadoria, pobreza e velhice. Um novo mercado de consumo começa a ser descoberto e serviços são desenvolvidos para atender esta nova população que passa a receber uma renda fixa mensal. A criação de novos termos

acompanha o crescimento deste mercado e é neste momento que se cria a denominação “terceira idade”, e se estabelece o termo *idoso* como o representante desta categoria (Debert, 1999).

Do final do século XIX até a década 1960, a palavra *velho* apresentava uma ambigüidade por receber tanto conotações positivas quanto negativas, dependendo principalmente da maneira como era entoada, em que situação ou lugar e a quem se dirigia (Peixoto, 1998). Isto permanecerá no âmbito do privado, quando se trata dos velhos próximos – pai, avô, professor – aonde as relações com o termo *velho* vêm carregadas de afetividade num sentido carinhoso: “Meu velho!”. Falas referentes aos moradores da instituição são, neste sentido, bastante elogiosas e refletem a intimidade construída na relação de cuidado. A terapeuta ocupacional, em seu relato, refere-se ao *velho* como uma qualidade e sinônimo de sabedoria e de acúmulo de experiências:

Eu me acho velha, entendeu? E eu acho isso ótimo, acho isso um elogio. É porque eu acho que a pessoa velha tem aquela característica de ser mais madura. Mas isso não é uma regra. Porque a gente pega pessoas mais velhas que continuam irresponsáveis e... então não sei...

Com as mudanças sociais, o termo *idoso*, utilizado anteriormente apenas em situações formais, passa a designar inicialmente as pessoas com poder aquisitivo que continuam exercendo atividades na comunidade e que se diferenciam da imagem associada à pobreza e doença, que continuará ligada ao termo *velho* (Peixoto, 1998).

Apesar das mudanças dos termos, permanece com as novas denominações a marca do eufemismo, que se traduz em uma maneira politicamente correta de abordar as relações humanas, pois o trabalho de classificação e eufemização servem para nomear aquilo que não pode ser expresso por ser socialmente repellido (Peixoto, 1993). Há algo temido no falar sobre o envelhecimento, que não pode ser dito. No discurso da geriatria e da gerontologia observa-se uma tentativa de positivar a velhice justamente para tirá-la deste lugar de limbo em que se encontra e tornar seu objeto de intervenção menos pejorativo socialmente. Algumas falas dos entrevistados levam esta tentativa ao extremo, ao descrever que a pessoa se torna *velha* somente quando já não consegue realizar mais *nada*, deixando de ter importância para os demais, como pode ser observado a seguir:

Quando se torna velha? Eu acho que nem... ninguém fica velho, né? Vê o caso dos idosos daqui, eu acho que ele só se torna velho quando não serve mais pra nada mesmo, que fica ali acomodado não faz mais nada, mas eles quando eles ainda podem fazer alguma coisa eu acho que eles não estão velhos. (cuidadora)

Que é ser velho? É você se sentir improdutivo. É você se sentir inútil, achar que você não é importante pra ninguém, que você não é nada. Que você não serve pra mais nada, isso pra mim eu acho que é ser velho, isso é a minha opinião. (assistente social)

Ser velho é a partir do momento que você começa a depender de outra pessoa, que você não tem mais capacidade de fazer nada, acho que é isso. (aux. enfermagem homem)

Nestas falas, a entrada na velhice se daria no limite da não existência. Quando não se é mais *nada* também se deixa de ser sujeito? Talvez *velho* corresponda a um momento em que já não há mais *nada* e como encontram subjetividade nos moradores, buscam marcar uma diferença ao dizer que o *velho não existe*. Uma fala da cuidadora ajuda a compreender este ponto:

Ser velho é a pessoa que já viveu muito, né? Chega uma certa idade, que eles já conheceram de tudo e aqui tem, quer dizer, acho que não tem mais não, só tinha uma.

Só tinha uma velha aqui?

É que tinha uns cento e tantos anos, já é bem vivida, né? E ela era lúcida, acho que você não conheceu ela não, ela foi embora.

Importante reparar no modo como ela designa a morte desta idosa, uma pessoa muito querida na instituição: *ela foi embora*. A morte como acontecimento não pode ser dita, ao mesmo tempo em que a idade avançada desta moradora permite à cuidadora chamá-la de *velha*. Chega a ser curioso que mesmo dentro de uma instituição asilar não se possa falar nestes termos. Será radical demais atribuir a isto um movimento de resistência contra a mortalidade?

Em outro trabalho (Barbieri, 2003) foi relatada a dinâmica de uma equipe num serviço de saúde mental quando um velho chegava para tratamento. Era observado no

início um interesse menor dos profissionais em atendê-lo em comparação com a entrada de jovens psicóticos, sendo sempre os mesmos que assumiam a condução do trabalho. O distanciamento inicial se revertia para a maior parte da equipe no decorrer do tratamento: com o tempo, os terapeutas passavam a conhecer melhor o paciente e este passava a se sentir mais à vontade na instituição abrindo espaços para o estabelecimento das várias transferências institucionais, momento em que se desvela o velho enquanto sujeito, e a velhice deixava de ser um empecilho de contato para ser considerada como parte da sua condição. Na instituição asilar para velhos, a condição primeira é a velhice – seja ela apresentada nas diversas formas possíveis – e, no entanto, parece ser continuamente negada por aqueles que estão ali para atendê-los. Para além da afetividade presente em muitas relações observadas, cabe perguntar que tipo de sujeito, se é que é possível fazer esta pergunta, existe para a equipe de trabalhadores. Para Messy (1992),

“A expressão – tão anônima! – “pessoa idosa”, designa uma categoria social, no sentido de uma corporação que agrupa os indivíduos que pertencem à mesma profissão, assim como o nome de um país serve de raiz para designar seus habitantes. Infelizmente esta composição de palavras faz desaparecer o sujeito com sua história pessoal, suas particularidades, seu caráter. A “pessoa idosa” vira um habitante da velhice, (...) a “pessoa idosa” não existe como entidade individual, é apenas um termo social que não tem realidade humana” (p.18).

A formulação aqui feita – *o velho não existe* – serve não só de trocadilho à expressão de Messy, mas refere-se fundamentalmente à negação da condição da velhice dos velhos institucionalizados. Na prática isto pode ser observado na seguinte cena: um profissional apresenta uma moradora que está sentada com dificuldades numa poltrona da sala de TV, diz ser ela uma mulher de garra que chegou muito debilitada, mas se recuperou por causa de uma *força interior*. Brinca com ela falando coisas como *lindinha, bonitinha, menina faceira*. A idosa comenta que ele só fala estas coisas por ser jovem e ela ser velha. Esta mulher diz claramente que o jeito infantilizado com que o profissional a trata, a princípio tido como carinhoso, refere-se a uma diferença de condições, nas quais ela somente se encontra naquele lugar por problemas de saúde decorrentes da sua velhice. Ao se referir a ela deste modo, revela o quanto o profissional tende a ignorar, sem perceber, a mesma história que, de início, parecia valorizar.

O uso de diminutivos e expressões familiares pode produzir, ao contrário do que parece, um afastamento em direção ao sujeito que ali se encontra. A pretensa intimidade proposta pela terminologia parece responder a uma dificuldade de se estar em frente (em relação) a um sujeito envelhecido, mas ainda sujeito. Ao considerar aqui o conceito de transferência como algo que acontece nos dois lados da relação, não só para a pessoa atendida, alguma coisa reverbera naquele que trabalha intervindo na manutenção deste distanciamento. Muitas vezes chamar um idoso de “bonzinho” pode ter como sentido uma diminuição de um sentimento de ameaça, e a ameaça aqui tem relação com a perspectiva de futuro presentificada na pessoa que está sendo atendida. O termo “bonzinho” serve para abrandar a perspectiva de que os velhos são também sujeitos com história (Barbieri, 2006). Pode estar incluída nesta idealização positiva uma dificuldade em assumir o cuidado de pessoas que não foram tão boas assim durante a vida. A concepção do atendimento caridoso incondicional não favorece a discussão aberta sobre o tema, dos quais apenas alguns profissionais sentiam-se à vontade para falar sobre a diversidade do envelhecer presente na instituição:

Você vai ficando mais velho você vai ficando mais maduro. E você vai chegando naquela fase da sua vida que você deveria ter feito tanta coisa e se torna ou melhor ou pior, né? Eu acho que você vai chegar lá na frente e falar: ‘Poxa, que legal, fiz tudo que queria ter feito’, ou: ‘Não fiz, mas que bom que tenho minha eficiência e não dá pra voltar atrás, e vivo bem com aquilo’, ou aqueles que se tornam amargos pela vida. (...) Porque eu sempre falo: ‘Bandido também envelhece, não é privilégio só dos bons’. Tem horas que choca um pouco, sabe? Por mais que eu falo: ‘Ah, bandido também envelhece’, só que quando você se depara com algumas maldades, você fala: ‘Meu Deus, realmente é isto mesmo’. (terapeuta ocupacional)

De uma forma geral, prevalecia uma atribuição positiva às características dos velhos asilados, nas quais se ressaltava a valorização da sabedoria e da experiência acumulada, além do modo como alguns ainda mantêm a vaidade e os cuidados com a aparência. Por outro lado, ao comentarem sobre a própria situação de vida, o termo *velho* apresenta outros significados, não politicamente corretos, como num relato da encarregada de limpeza que se considera velha para fazer um curso de auxiliar de enfermagem, respondendo a uma juventude exigida pelo mercado de trabalho:

Eu só não fiz o curso de auxiliar de enfermagem porque eu já tenho 42 anos, eu acho que quando eu fosse terminar já não estaria valendo para mais nada (...) em termos de serviço você passou dos 42 é difícil você encontrar, é muito difícil.

Ou na seguinte fala de uma auxiliar que tenda lidar com as suas dificuldades na vida:

É tanta coisa, mas se a gente for pensar que está velha, que ninguém te quer, que você está gorda e por isso você não vai ter ninguém, aí é difícil você não falar: 'Eu estou ficando velha, eu vou me anular de tudo, não vou querer trabalhar'. Não! Aí eu senti aquela força, entendeu? Que ajudou em tudo, pra ter força de trabalhar, de não ter preguiça, de lutar, sabe? (aux. enfermagem mulher)

A juventude é apresentada como o modelo ideal de referência daquilo que é valorizado como um bem de consumo a ser conquistado e mantido.

Dependência e desejo de autonomia

Também esteve presente como representação a explicação baseada no conceito de *capacidade funcional*, no qual haveria um predomínio de perdas físicas e fisiológicas na velhice em relação aos ganhos com o avançar da idade, associado ao conseqüente prejuízo nas realizações das tarefas cotidianas, entendimento expresso principalmente pelos profissionais técnicos.

A explicação dada pelo médico, exposta no início deste item, refere-se a uma tentativa de definir o momento em que uma pessoa se tornaria velha. É o único a utilizar como referência a Organização Mundial da Saúde (OMS), que estipula a entrada na velhice aos 60 anos de idade, a mesma empregada pela legislação brasileira. A lei nº 8.842 – sobre a Política Nacional do Idoso – no seu artigo 2º também considera idoso “a pessoa maior de sessenta anos de idade”. Esta convenção parece não dar conta de responder integralmente à questão de quando alguém passa a ser velho ou passa a se considerar como tal; inclusive com a desigualdade social e a decorrente discrepância da expectativa de vida entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, esta idade é constantemente colocada em questão como única referência mundial.

A dificuldade nas definições de velho e velhice vem sendo uma das críticas realizadas à geriatria e gerontologia, já que alguns autores, entre eles Groisman (1999) e Guedes (2000), questionam como estas áreas se autodenominam uma ciência se nem mesmo conseguem delimitar seu objeto de estudo. Discussões à parte, esta dificuldade também foi enfrentada nas entrevistas. Nas falas dos profissionais técnicos se observou uma tendência na busca de uma única definição, genérica, para a velhice, articulando principalmente os aspectos psíquicos e biológicos:

Aí, depende do conceito de velho. O velho pode ser no sentido de tempo, digamos de longevidade, de uma parte de um ciclo da vida, com infância, jovem, e velho, (...) mas acho que é mais nesse sentido, quando já passou um tempo maior, já está tendo perdas funcionais mais características, quando já chegou num estágio característico, começa a perda da sensibilidade, da coordenação, perda do equilíbrio, da audição, visual. (terapeuta ocupacional).

Também foi observada uma tentativa de se evitar uma definição caracterizada apenas pelas perdas funcionais sofridas:

O que é ser velho? Então, eu tenho pensado muito nessa questão também e ainda não consegui clarear isso ainda na minha cabeça. Porque eu não quero pensar no velho como perda de funcionalidades ou num aspecto negativo, mas querendo ou não existe perda de funcionalidade, eles perdem muita coisa, além do aspecto social, do aspecto psicológico, funcional, mas ainda eu vejo, como é um padrão social, o velho com perdas, ainda vejo isso, mas eu sei que eu tenho... eu quero enxergar esse outro lado que eu estudo e falo que o velho não pode ser visto como um aspecto negativo e sim como um aspecto positivo (...) Então eu ainda enxergo o velho, resumindo, como perdas, que existem perdas, porém ele pode ter uma qualidade de vida sabendo lidar com essas perdas, é isso hoje. Se não eu vou estar enrolando se eu falar mais alguma coisa (enfermeiro)

Para a geriatria e a gerontologia o conceito de *capacidade funcional* é considerado paradigmático, ao propor uma nova referência de saúde na velhice, pois a maioria dos idosos apresenta ao menos uma doença crônica. Ou seja, não é a presença da doença a referência importante, mas sim a capacidade de continuar realizando atividades da vida diária ou ainda coordenar outras pessoas para que elas ajudem neste processo (Ramos, 2003). Neste sentido, as perdas como algo característico da velhice não são necessariamente vistas como limitantes nem precisam

ser negadas, mesmo que nas entrevistas acima se perceba um incômodo em considerá-las existentes. A dificuldade do enfermeiro em defender uma teoria que torna positiva as perdas ocorridas (e acompanhadas) no processo de envelhecimento, pode ser tomada como um exemplo de que nem sempre se consegue ignorar este aspecto inexorável da vida. Neste sentido, podemos dizer enfaticamente que a dificuldade em lidar com as perdas é uma dificuldade humana que a velhice evidencia de forma radical.

A idéia de *funcionalidade* cria uma nova referência para se lidar com as questões de dependência e atividade no envelhecimento. Implica a criação de novas condições na vida diária para permitir que o sujeito continue o maior tempo possível autônomo, já que o sujeito é em grande parte reconhecido por aquilo que fez e faz, tornando a realização de uma tarefa um dos modos mais reconhecidos de inserção no coletivo. Vale lembrar que no Brasil, até o fim do século XX, qualquer cidadão podia ser preso na rua caso não portasse a carteira de trabalho, com o risco de ser caracterizado como vagabundo. Quando os entrevistados dizem: *velho é quando não serve para mais nada*, parecem se referir a esta analogia intrínseca entre o humano e o trabalho. Todavia, o *nada* aqui parece ter outro sentido: provavelmente indica a impossibilidade de realização de qualquer coisa, mesmo que seja apenas a demonstração de um desejo de comunicação com um outro. Isto pode ser entendido pela presença na instituição de uma maioria de idosos *dependentes* ou *semi-dependentes*, aqueles que não conseguem mais comer ou andar sozinhos, utilizam fraldas geriátricas e dependem do cuidado alheio para se manter e já não mais decidem ou escolhem. Para se ter uma idéia da dimensão desta situação, de uma média de 170 internos, apenas 12 tomam banho sozinhos como já exposto anteriormente. O surgimento de novas hotelarias para velhos vêm responder justamente a demanda por este tipo de cuidado intensivo.

Pode-se dizer, então, que a explicação para a entrada na velhice a partir do momento em que *não se pode fazer mais nada* está associada à convivência constante com os idosos *dependentes* desta instituição. Mas a que se refere este *nada*? Neste *nada* ainda se considera algum sujeito? E quando é que não há mais sujeito? Somente com a morte? Seria necessário discutir o conceito de sujeito para responder a estas perguntas, sobretudo porque na área do envelhecimento, nas atuações interdisciplinares, são diversas as vertentes tomadas e algumas divergem entre si. Num esforço de síntese, podem ser traçadas duas perspectivas: aquela que considera a

subjetividade existindo no sujeito até o fim da vida e outra que entende que após certa idade não vale mais o esforço de ações terapêuticas. Parte desta discussão também se refere ao questionamento que a área do envelhecimento impõe para a medicina quando ela não pode atuar a favor de um tratamento diante da impossibilidade de cura.

Mesmo com a presença de muitos idosos *dependentes* os entrevistados não associam diretamente a inatividade aos idosos moradores. A pessoa torna-se *velha* quando passa a necessitar de cuidados:

Eu acho que a inativação faz a pessoa ficar mais velha, deixar ele não ser mais tão independente. Ele depender de alguém faz com que a pessoa se torne velha. (...) As pessoas que moram aqui hoje são pessoas ativas, que conseguem fazer essas coisas. Eu acho que determinar um montante como velho é difícil. Nós temos vários grupos aqui e a gente tem pessoas velhas muito independentes, muito capazes. E têm outras que já não estão mais tão independentes, que eu colocaria como uma pessoa mais velha que precisa de mais cuidados. E outras precisam de atenção, de carinho porque não conseguem ser capazes de fazerem o que querem.
(nutricionista)

O acesso a esta representação é mais facilmente visualizado nas imagens que os profissionais e funcionários fazem da própria velhice ou da velhice de seus familiares e são dadas principalmente pelos homens:

Não sei se eu posso considerar minha mãe como idosos, 63 anos então... Eu acho que por enquanto ela não é idosa não, se depender dela ela viaja, ela faz tudo, ela dança, ela sai, ela não depende de ninguém, entendeu? Acho que ela não é idosa não, nem ela nem meu pai. Como eu te falei, ser velho é a partir do momento que você começa a depender de outra pessoa, que você não tem mais capacidade de fazer nada. (aux. enfermagem líder)

Uma coisa que eu gostaria muito quando eu ficasse velho é poder continuar correndo como eu corro semanalmente e até continuar atendendo, clínica, continuar trabalhando. Então basicamente eu me imagino velho como uma pessoa saudável, ativa, independente e funcional. Eu acho que esse é o padrão que todo mundo gostaria de ter e de ser. (médico)

Eu ainda me vejo com perdas de funcionalidade. (...) Porém eu sei que eu vou trabalhar muito tempo, que eu sempre quis ser uma pessoa muito ocupada no

trabalho, então eu sei que eu vou ter perda de funcionalidade, mas eu vou tentar viver uma vida boa. Por isso me preocupo tanto com a questão financeira também pra que esse aspecto social não seja tão abalado quando eu viver a velhice.
(enfermeiro)

Esta representação em que se associa velhice e *dependência* está intimamente ligada ao aumento da longevidade e a conseqüente ampliação de casos nos quais vários níveis de dependência passam a fazer parte do cotidiano. Controlam-se algumas doenças, mas não se evita o envelhecer do corpo e junto com ele a capacidade de realização das atividades rotineiras. Contribui para esta expectativa, o fato da pessoa *dependente* precisar integralmente de cuidados de outros, situação que remete o projeto de envelhecimento para o contexto relacional. Alguns funcionários, justamente por não desejarem depender de ninguém, relatam não querer viver a velhice e imaginam uma idade até a qual pretendem viver antes de se considerar velhos:

Eu tenho certeza que eu não vou passar dos 50 anos. (...) Dependere de outras pessoas é o que eu não quero. (...) É uma coisa minha, eu não quero. Quero chegar aos 50, está bom pra mim, já vivi muito pra passar dos 50 e se eu passar vou encarar numa boa, mas... não quero. (aux. enfermagem líder)

[sobre se imaginar velha] *Eu não queria, eu não me imaginei. Mas eu não queria chegar nessa fase, eu falo que eu queria chegar até os 70, que Deus me leve antes. Porque depender de outra pessoa é muito difícil.* (aux. enfermagem mulher)

Toda vez que eu imagino eu acho que eu nem vou chegar à idade deles. (...) Não sei, eu posso morrer cedo. Minha mãe já está com 60 anos, eu acho que ela deve viver mais, agora eu chegar nessa idade... (silêncio) não acredito. (...) Ah eu acho que a época de hoje não é igual à época de antigamente, porque eu acho que agora a gente se desgasta mais, né, acho que o nosso corpo não agüenta e o pessoal de antigamente, que é o caso deles, era mais reservado. (...) Eu nessa idade [28 anos] já me sinto cansada... (cuidadora)

Neste sentido, trabalhar na instituição trouxe para alguns a possibilidade de se deparar com aquilo que esperam (ou não) para a própria velhice, sendo a questão da dependência, em seus vários aspectos, uma importante referência para aquilo que não querem como futuro. Alguns profissionais e funcionários entrevistados relataram que nunca haviam pensado na própria velhice nem na velhice de seus familiares. Outros

identificaram o trabalho na instituição como um fator importante na construção do próprio futuro e tentam imaginar como seria se estivessem com alguma doença grave ou o que fazer para envelhecer saudavelmente e evitar uma situação de dependência. Querem estar ativos, independentes, vivendo sozinhos sem pedir ajuda para ninguém, nem para a família. De alguma forma vislumbram um futuro permeado de *quereres* e a velhice se apresenta como uma época de realizações de atividades prazerosas. Este *querer* e *desejar* dos profissionais parece buscar um futuro melhor do que aquele vivido pela maioria dos moradores da instituição

A velhice como um estado de espírito

Juntamente com esta tentativa de definir a entrada na velhice a partir das perdas *funcionais* e suas implicações no cotidiano, se mostrou presente a representação da velhice como um *estado de espírito*. Este termo foi utilizado por Neri (1992) em sua pesquisa sobre os significados de velhice e velho para jovens e corresponde *ipsis litteris* às palavras expressas por vários profissionais e funcionários. O *estado de espírito* designaria a velhice como um fenômeno regido pela força de vontade do sujeito, pela forma como este se coloca na vida. Tanto velhice quanto envelhecimento também são compreendidos como algo que acontece no *espírito* em detrimento do que acontece na materialidade do “corpo”. Interessante notar que as explicações por conceitos anatômico-biológicos, consideradas parte do discurso dominante nas formações acadêmicas e técnicas dos profissionais da saúde assumem nesta representação uma referência não tecnicista.

Você pode pegar aqui idosos de 90 anos, de 95, 80, 70 nossa não tem nada de velho, a mente é super jovem, como você pode pegar gente da minha idade, da nossa idade ou mais novo com a mente velha. (...) Porém, o corpo não quer dizer nada o que manda é a sua vontade de viver, a tua alegria, isso sim eu não classifico como velho. (aux. enfermagem homem)

Tem pessoas tão novas hoje que para gente parecem tão velhas. E velhas que parecem tão novas com uma cabeça tão boa. (nutricionista)

Tem idoso que com 60 anos já é velho pra mim, tem uns com 100 anos ainda está jovem, ativo, dependendo do espírito de cada um deles. O envelhecer é muito relativo.
(assistente social)

Ser jovem ou ser velho são adjetivos empregados para especificar uma qualidade ou modo de encarar a vida. Não correspondem à corporalidade em si, mas referem-se a uma leitura que se faz sobre como o corpo é utilizado. Semelhante à diferenciação entre os termos *velho* e *idoso*, prevalece no *espírito velho* idéias ligadas à indisposição perante a vida, acomodações, não serventia, não sonhar, não querer e a morte, características que podem estar presentes em qualquer momento da vida e não se restringem à idade cronológica.

Outra analogia feita por alguns funcionários foi uma oposição entre estar *cheio de vida* e estar *cansado*, sendo consecutivamente atribuído o primeiro aspecto aos moradores e o segundo para alguns membros da equipe. Há uma valorização de como os moradores continuam sendo vaidosos (e ativos) e uma desqualificação da pessoa jovem que pelas atitudes não corresponde à idade que tem:

Porque tem gente que é nova e tem aquele, aquele... como se diz? Aquele que não é animado pra vida, já fica com aquela cabeça: 'Ah porque eu estou velho', 'Que eu não agüento isso, que eu não agüento aquilo', Ah não! (aux. enfermagem mulher)

Eu acho que vai das pessoas, vamos supor tem uma avó de 70, 80 anos e você olha pra ela e você vê como se fosse uma de 15, 16 anos pelo jeito de se arrumar por estar cheia de vida, entendeu? Você sente que aquela pessoa tem vontade de fazer uma pintura, fazer um crochê, se arrumar direitinho, eu acho que essa pessoa pra mim não é velha, agora às vezes você vê uma pessoa de 20, 25 anos e não tem disposição, é muito fraco assim... como é mesmo que eu falo? Não é uma pessoa rica, rica que eu digo de espírito, entendeu? (encarregada da limpeza)

Neste sentido há uma valorização do percurso do idoso morador que merece ser reconhecida. No entanto, toda atividade ou desejo de realização é circunscrito ao modelo da juventude: quando descrevem um idoso ativo como jovem acabam por afirmar que descrevê-lo como *velho* não é algo elogioso. Ou seja, não há um menosprezo ou desqualificação por parte do profissional ou funcionário em relação ao morador por ele ser velho, mas cabe ressaltar que as características valorizadas –

atividade, ânimo, vaidade, bom humor – são atribuições dos *jovens*, e que presentes na pessoa a tornariam menos velha.

O Cuidado Institucional: o Dom e a Técnica

Foi visto anteriormente que a instituição objeto deste estudo de caso, se originou como uma obra de caridade, oriunda da *dedicação* de um grupo de senhoras que se reunia *toda semana para fazer o bem, distribuindo ajuda a pessoas carentes*⁵⁸. Para Caponi (2004), que estudou a genealogia da assistência médica em relação às práticas caridosas, este tipo de atendimento se fundamenta na lógica da compaixão piedosa, típica das instituições nascidas nas últimas décadas do século XVIII. Segundo a autora, este modo de atuação acabou contribuindo para a racionalização do mundo da pobreza, ao diferenciar seus participantes numa categoria específica: a dos pobres. A lógica piedosa irá corroborar o estabelecimento do controle social ao estabelecer dois personagens numa relação desigual: o necessitado e o homem piedoso. A atitude piedosa movida pela força da compaixão, nestes casos, está a serviço não da solidariedade – que implica a existência do outro como um sujeito capaz de pedir ou negar ajuda – mas sim da coerção do poder de um sobre outro (que hipoteticamente não teria nada). O homem piedoso não mede se o seu socorro é desejado ou não, mas a partir do momento em que se configura a benesse feita, o ente carente passa a contrair uma dívida eterna a ser paga com gratidão e humildade. Caponi (2004) utiliza Hannah Arendt para dizer que a piedade traz em si um componente de crueldade ao legitimar a violência e a exclusão por um suposto sentimento de humanismo: nestas ações, para que um se engrandeça, o outro precisa ser diminuído.

A pesquisa de Caponi (2004) serviu, neste trabalho, como uma referência para abordar as questões relacionais, presentes nas práticas de cuidado e nas proposições da instituição, como um lugar de referência no atendimento de idosos. O sentimento de piedade descrito acima pôde ser observado num acontecimento importante no período de campo quando se comemorou o aniversário da instituição. Foi montada uma grande

⁵⁸ Informação da página na Internet.

festa no próprio prédio da entidade, para aproximadamente 800 convidados, entre políticos e personagens importantes da cidade, com ampla divulgação na mídia de redes sociais. Não foram convidados a este evento os idosos, suas famílias, os profissionais e os funcionários.

A diretoria, responsável pelo evento, solicitou aos integrantes da equipe que não estacionassem seus carros dentro do terreno e que cuidassem para que os idosos não se aproximassem de onde se encontravam os convidados. Dois auxiliares de enfermagem homens foram designados para evitar que os moradores entrassem na festa, tendo havido apenas uma *ocorrência* quando uma idosa apareceu no pátio e foi retirada *sem maiores problemas*. Para os idosos foi realizado um almoço especial, seguido de bingo. Como podem comemorar sem os idosos? Isto revela o pensamento que rege a instituição: ela existe para ser divulgada para fora. Os idosos, neste aspecto, servem exclusivamente como um pretexto para que os membros da diretoria sejam reconhecidos como pessoas *caridosas*, merecedoras dos elogios públicos. Assim como não foi permitida a participação dos moradores, também se evitou que os convidados circulassem pelos *pavilhões* para alívio de uma funcionária da limpeza, que comentou:

Ainda bem, porque os corredores nunca estariam limpos o suficiente.

Nos dias seguintes não havia comentários sobre a festa e a maioria não quis conversar sobre o assunto. Por não terem sido integrados ao evento é como se não existissem; poderia se dizer que nesta ocasião de exclusão, idosos e equipe, vivenciaram a verdadeira “solidão dos moribundos” descrito por Elias (2001), ao serem mantidos segregados do mundo “normal”. Esta situação evidencia a tese de Caponi (2004), pela qual se pode entender os membros da diretoria apenas preocupados em manter a instituição como um local para realizarem seu espírito caridoso, onde o outro não existe.

Neste sentido, equipe e idosos encontram-se juntos neste lugar de submissão às decisões beneficentes de quem, de fato, dirige a entidade. Por outro lado, a diretoria não participa do cotidiano institucional e nem toma partido nas decisões sobre o cuidado com os idosos. Só o faz quando se coloca em questão algum gasto financeiro que, por sair do orçamento previsto, precisa ser discutido. Como se viu anteriormente,

as condutas são decididas prioritariamente pelo médico e se traduzem no cotidiano como um atendimento voltado para a área da saúde.

A substituição do modelo caridoso pelo espírito filantrópico da medicina, que poderia ser considerado um avanço para as práticas sociais, é entendido por Caponi (2004) como um movimento não de ruptura, mas de complementaridade, ao argumentar que a razão utilitarista (que fundamenta a medicina) partilha da mesma origem do sentimento de compaixão que move a assistência caridosa:

“Tanto a razão utilitarista quanto a compaixão piedosa partem de uma certeza. Sempre agem invocando o nome e o bem daqueles que dizem assistir. Ambas conhecem esse modo bem claro e distinto, ainda antes que seja solicitado. Ambas prescindem de argumentos, excluem as palavras e silenciam qualquer diálogo fundado em perguntas e respostas razoáveis. A razão utilitarista, à medida que substitui essas razões pelas normas inapeláveis que prescreve. A compaixão piedosa, pela força do sentimento compartilhado, que aproxima os sofredores, sem necessitar da mediação de argumentos. (...) Por isso acreditamos que é possível pensar que não é por ironia, mas sim por estrita complementaridade, que os filantropos podiam insistir em apresentar suas instituições disciplinares sob a retórica da compaixão.” (Caponi, 2004; p. 41).

Apesar das diferenças entre estes dois modelos de assistência, eles se encontram justamente ao manter uma relação de poder e controle sobre a pessoa (ou coletividade) atendida quando assumem a responsabilidade por um tipo específico de cuidado: ambos acreditam conhecer aquilo que é melhor para o outro, já que este outro não sabe ou não tem condições de saber o que é melhor para si. Neste sentido, se distanciam da idéia de solidariedade, que pressupõe a existência da reciprocidade entre os pares mediada pela palavra. (Caponi, 2004).

Cuidado *técnico* x Cuidado *humanizado*

O cuidado é considerado nesta pesquisa um fenômeno humano fundamentalmente relacional e assim como acontece na transferência, também se supõe uma assimetria dos lugares entre quem cuida e quem é cuidado. A assimetria não equivale a uma relação de desigualdade, como a própria palavra diz, mas se refere

a um encontro em que um demanda ajuda enquanto um outro se coloca disponível para ajudar. Pressupõe, pelo menos em teoria, uma relação na qual cada um dos protagonistas ocupa um lugar distinto sem o estabelecimento de uma hierarquia de poderes. Neste sentido, buscamos não formulações teóricas, mas aquilo que motiva os profissionais e funcionários a realizar a prática de cuidado a idosos asilados; o que entendem como cuidado e se acreditam existir uma especificidade no cuidado à velhice.

O aspecto caridoso que fundamenta o histórico e a existência da instituição, como relatado acima, reafirma a presença da prática caridosa num espaço onde profissionais técnicos tentam implantar um modelo de assistência baseado na profissionalização dos funcionários por um referencial da saúde. O trabalho da equipe está permeado por estas duas referências, nas quais muitas vezes encontram-se numa relação de complementaridade, como descrito por Caponi (2004), ainda que destoem em suas proposições e atuações.

Para Goffman (2007), os profissionais das “instituições totais” têm como uma das suas funções fazer com que as pessoas do coletivo entendam e se submetam às regras impostas pela organização, independente de concordar com elas, para viabilizar a realização de seu trabalho. Nesta entidade acontece o mesmo. Muitos funcionários reclamaram das metas diárias estabelecidas pelos novos procedimentos e referem-se principalmente à quantidade de banhos que devem realizar, como se a instituição tivesse virado uma empresa onde o que importa é uma produção em massa das tarefas cotidianas:

... Da época que eu estou aqui mudou muito e mudou pra melhor, mas ainda tem umas coisinhas que você tem que estar remexendo. (...) Esse negócio de banho, eu acho que vira rotina você todo dia você dá banho, todo dia você dá banho... os mesmos idosos, então eu acho que você tem que fazer rodízio e é uma das rotinas que eu mudaria. (...) Se você está aqui 30 anos você vai dar 30 anos banho naquele idoso. (...) Porque tem muitos funcionários aqui que ficam focados só no banho, eles não vêm atenção, eles já chegam sete horas da manhã, já chegam apavorados: ‘Que eu tenho que dar banho, que é 11 horas’, então eles ficam focados nisso, mais nos banhos e não na atenção e muitas vezes a enfermagem não observa isso. (aux. enfermagem líder)

... Ultimamente eu acho que está sendo muita correria, entendeu? O serviço é muito corrido... Então as pessoas trabalham tudo correndo, tudo correndo, como vai, vai, então fica muita coisa a desejar. (...) Parece que está fazendo para empresa: tem que dar produção tem que correr, corrê, corrê, corrê, corrê e vida não dá pra correr, cuidar... (aux. enfermagem mulher)

Para Sarti (1998), no gerenciamento da ação filantrópica está presente “uma nítida preocupação com a ‘eficiência da empresa’ e a ‘eficácia do atendimento” (p.7), que se revelam nestes relatos como uma crítica ao modelo médico implantado, como se este fosse responsável por uma burocratização da prática de cuidado na instituição. Neste sentido, quando perguntados sobre o significado de cuidar – de todas as perguntas realizadas nas entrevistas, estas foram as mais difíceis de serem respondidas, alguns se surpreendiam e outros silenciavam pelo cuidado ser colocado como questão, já que *cuidar significa cuidar* – prevaleceu nas respostas uma diferenciação entre aquilo que é considerado um cuidado meramente *técnico* (burocrático) e aquele que é realizado com *amor e atenção*:

Eu acho que cuidar é dar carinho. Cuidar é dar atenção. (...) Porque cuidar de idoso não é só limpar o idoso. Que tem gente que acha que cuidar é só limpar, trocar a fralda, passar pano e pronto. Cuidar é dar atenção. Olhar para ele e ver o que ele precisa: ‘Está com sede, está com sono, está com fome?’. Passar um perfume é cuidar. É realmente dar carinho. É isto o que eu acho. O idoso não é objeto, não pode chegar dar um banho nele, por a roupa nele e sair. Isto não é cuidar. Então tem que ter algo mais, né? (aux. enfermagem mulher)

Cuidar é tratar bem, dar atenção, carinho, ah... suprir as necessidades que a pessoa precisa. (...) Eu cuido sempre com atenção, carinho, com responsabilidade no tratamento que eu dou pra eles. É difícil de definir em palavras, né? Mas eu acho que seria basicamente a atenção, o carinho e a responsabilidade, pelo menos na parte de atendimento médico. (médico)

... É um termo não técnico, tem gente que fala que está cuidando, mas está sendo técnico: ‘Eu tenho que tirar o senhor da cama’, ‘Tenho que dar o banho’, ‘Troquei e pronto, agora o próximo’. Eu acho que o cuidar é você chegar, você conversar, você conseguir suprir a real necessidade da pessoa, aí sim você está cuidando. (...) A diferença é você chegar e dar um bom dia: ‘Como que o senhor passou a noite?’, ‘Ah você passou bem?’. Se gosta de uma brincadeira, poxa, faz uma piadinha pro

idoso dar um sorriso e criar uma amizade, eu acho que não tem como você cuidar de alguém sem uma amizade. (...) E ao invés de você ter mais um paciente, mais um cliente você tem o quê? Mais uma amizade, mais uma amiga. Aí sim você está cuidando, a pessoa não vai te ver como uma pessoa que está ali só porque necessita. Não. Ele é um amigo, entende, é isso a diferença. (aux. enfermagem homem)

Destaca-se nestas colocações a definição de cuidado como um *termo não técnico*; privilegiam o modo como o cuidado é realizado em detrimento da tarefa em si, que deve ser feito com *amor, dedicação e carinho*:

Com dedicação, carinho, respeito... (silêncio), isso. (aux. enfermagem líder)

Com amor, dedicação. Acho que é o princípio básico, dedicação, com carinho. (...) É relativo o cuidar, não? Mas acho que quando você faz com amor, com carinho e dedicação acho que você cuida melhor. (assistente social)

Chama a atenção que estes sentimentos, considerados imprescindíveis, não estão referidos às características pertinentes ao profissional da saúde, que estaria apenas preocupado em realizar o cuidado tecnicamente de forma mecânica. Ao contrário, estes aspectos presentes para um *bom cuidado* dizem respeito à pessoa daquele que trabalha, demarcando uma diferença entre uma característica “pessoal” em contraposição ao “profissional”:

Cuidar é amar, cuidar é respeitar. Eu acho que muito é respeitar. Muito fácil estar aqui, ser uma nutricionista, ter um número, fazer papel. Mas se você não quer escutar isso, respeitar essa vontade dele, chegar perto de um idoso que não está comendo. Então ficar lá trocando uma idéia num dia que ele não quer a comida, quer um lanche, quer batata frita. Eu acho que isso é cuidar. Não só colocar o meu profissional, mas colocar a minha pessoa. (nutricionista)

Nestas colocações está presente a idéia de que no cuidado profissional não cabe a consideração da subjetividade daquele que é atendido; esta só poderia ser acessada (e valorizada) por uma característica *pessoal* – diga-se afetuosa, respeitosa e preocupada – daquele que atende. Ao *profissional* cabe lidar com a disciplina imposta para ordenar o trabalho diante do grande número de pessoas que devem ser atendidas e para isso acontecer não pode haver espaço para as vontades individuais. Goffman

(2007) lembra que nas “instituições totais” existem as relações de ordem pessoal, que escapam ao enquadramento proposto de atendimento. Mais do que uma relação extra trabalho, se evidencia como concepção de cuidado profissional uma cisão entre a realização apenas da *técnica* (burocrática) e o atendimento *humanizado* (pessoal).

Este aspecto do cuidado tem sido prioritariamente abordado na área da saúde em função do desenvolvimento de biotecnologias que estariam acarretando uma crise da assistência, por haver um privilégio do progresso tecnocientífico em detrimento de um atendimento humanizado – debate que contribuiu para aumentar uma diferença já existente entre o tratamento e o cuidado, indicando uma maior importância do primeiro sobre o segundo (Ayres, 2002). No entanto, não se pode dizer que a questão apresentada na instituição diga respeito diretamente à introdução de tecnologias inovadoras na prática do cuidado. Ao contrário, o cuidado desenvolvido, na sua maioria, é considerado simples e *básico*, sendo a falta de desafios uma das justificativas apresentadas para a saída de funcionários do serviço. Trata-se, portanto, de entender o problema por outro aspecto.

Foucault (2001), ao discorrer sobre o tema da medicalização, não se refere à utilização dos medicamentos em si, mas argumenta sobre a construção de um discurso de ordenação social (de controle sobre os corpos), justificado pelos avanços dos estudos anatômicos e fisiológicos da medicina e o controle das epidemias e doenças infecciosas. As importantes descobertas, que possibilitaram uma melhoria na qualidade de vida, não são colocadas como questão, mas sim o uso que se fez do discurso médico, sob a justificativa da “cientificidade”, que passou a legislar sobre as relações sociais mais amplas (Foucault, 2001). No mesmo sentido, a diferença que se faz entre a *técnica* e a *humanização* deve ser referida aos discursos presentes na instituição, principalmente pelo fato da *técnica* estar associada ao processo em andamento na entidade de profissionalização dos funcionários.

Ofício sacrificado

Trabalhar com idosos asilados, na sua maioria em situação de *dependência* ou *semi-dependência*, não é uma ocupação fácil. Além de se revelar um trabalho repetitivo

e *pesado*, situação observada no campo e relatada pelos membros da equipe, há uma dificuldade no relacionamento com alguns moradores, que normalmente oscilam sentimentos e ações de submissão e impotência (*Eu não posso nada aqui dentro...*) e pedidos imperativos (*Liga para a minha família! Faça isso porque eu pago o seu salário!*). Esta proximidade com a velhice fragilizada tende a provocar reações, nos profissionais e funcionários, de apego ao idoso ou de afastamento onde muitas vezes é preciso situar-se para não transferir sentimentos de familiaridade de relações vividas anteriormente com seus velhos próximos:

Tem a parte da transferência né, tinha um idoso que chorava quando eu entrei aqui, que lembrava muito meu avô, então eu já começava a pensar no meu avô. Então você tem que se cuidar: 'Não, não é meu avô'. Algumas coisas que você quer fazer, mas não concorda com o que família faz, mas também você não é filho, você também não pode... são as nossas limitações e ter que lidar com isso é bem difícil.
(terapeuta ocupacional)

Em alguns momentos, a demanda dos idosos pela presença do outro é imperativa e não correspondê-la pode ser vivido pelo profissional como um abandono, ou como uma resistência em manter-se em contato constante com estas pessoas em estado de demência avançada. Este aspecto da relação foi vivenciado diversas vezes durante o campo, como pode ser observado no relato em diário sobre uma ajuda realizada a uma idosa que estava num pátio tomando sol e não conseguia se mover com sua cadeira de rodas:

Ao me despedir de Lara⁵⁹, após ficar ao seu lado tentando me comunicar por vários minutos, ela segura minha mão e não me deixa sair; parece querer dizer algo, mas não consigo entendê-la. Tento um pouco mais e percebo que ela não quer que eu vá embora pela pressão que faz ao segurar minha mão. Digo que preciso ir, e de fato precisava, e que nos encontraríamos no dia seguinte. Ela me olha e continua irredutível. Retiro a sua mão da minha, me despeço novamente e saio de cena. A exigência da minha presença tornou a saída difícil, não havia negociação possível. Vivi a despedida, por mais delicada que tenha sido, como um rompimento brusco.

Em uma conversa com uma auxiliar de enfermagem que circula entre os *pavilhões*, esta diz: *Trabalhar aqui é uma lição de vida e de humildade*; e relata uma

⁵⁹ Nome fictício.

cena que se repete constantemente na sua relação com uma idosa. Esta senhora, que não consegue sair da cama sozinha, costuma lhe chamar diariamente para lhe pedir um copo de água ou um remédio para acabar com suas dores. Quando a auxiliar entra no quarto com aquilo que foi pedido na mão, a idosa diz que não havia pedido nada. No momento seguinte a mesma idosa *reclama* para outras pessoas (entre funcionários, idosos e familiares) que esta auxiliar nunca faz o que lhe pede e que é muito *maltratada* ali dentro, pois todos ignoram seus pedidos. Esta auxiliar diz não saber como proceder nestas circunstâncias, pois a idosa em questão não apresenta um quadro demencial e crê se tratar de uma pessoa má:

Eu fico me perguntando o que ela fez para estar aqui, porque ela é bem cuidada aqui dentro e mesmo assim cria estas situações que a gente não sabe o que fazer. Eu falo de humildade porque vai fazer o que neste caso com ela?

Alguns relataram sofrer agressões físicas, mas este aspecto, presente em algumas relações, é considerado algo previsto no trabalho com pessoas com demências, sendo abordado como uma dificuldade na realização do cuidado e que deve ser relevado:

... Qualquer coisa eles estão brigando, eles estão batendo entre eles, eles batem na gente.

Já apanhou aqui?

Vixi. Já apanhei muito viu? Apanhei muito. Agora nem tanto, mas já apanhei bastante. Na verdade apanha se quer. Você vai fazer o quê? (...) Eu escolhi essa profissão, então quer dizer, independente de que seja idoso ou não, você pode estar no hospital e vai apanhar, a gente sabe que eles não fazem isso de propósito, né? Isso depende da demência deles. (...) Eu já levei uma bengalada na garganta, tenho marca até hoje de paciente que me arranhou, eu levo numa boa. A gente fala que não pode fazer isso, não pode... mas também tem que manter a linha, a pose... manter a classe também, a postura. (aux. enfermagem líder)

Nas situações descritas acima, suportar agressões físicas ou *provocações* é entendido não como um sacrifício, mas como uma condição neste tipo de trabalho. *Manter a classe*, nas palavras do auxiliar, é sustentar a vivência destes acontecimentos sem se abater pessoalmente, pois faz parte do lado profissional.

Mesmo na prática de cuidado com pessoas consideradas *diffíceis*, de um modo geral, os membros da equipe acabam por se afeiçoar a algumas delas e descobrem modos para estabelecer uma relação de cuidado mais personalizada, como na cena descrita no diário de campo sobre o acompanhamento do trabalho de duas auxiliares de enfermagem:

Peço para acompanhar uma auxiliar numa troca de fralda. É aquela senhora que grita e só fala em outra língua. Estou já no quarto quando chega uma outra auxiliar que pergunta se eu estou ajudando, digo que não, mas a primeira diz que ajudei com a cadeira de rodas. Elas conversam enquanto trocam a fralda. Preparam a cama com um lençol; com esforço colocam a idosa deitada na cama, tiram a fralda suja e a limpam. Fazem novo malabarismo para colocarem uma nova fralda limpa. A idosa xinga e belisca as duas, às vezes dá tapas. Elas, por sua vez, tratam-na bem, tentam falar na sua língua ou tentam falar palavras que ela entenda. Elas conseguem se comunicar. Durante este processo a senhora percebe que eu estou no quarto e passa a me xingar e fica muito irritada. Peço licença a ela para estar ali: ‘Posso acompanhá-las enquanto elas cuidam de você?’. Ela fica mais tranqüila e eu lhe agradeço por permitir que eu esteja ali. Não sei o que ela consegue discernir da cena, mas não deixo de pensar que independentemente dela se encontrar num alto grau de demência, aquela situação de intimidade e de dependência a colocava num lugar incômodo frente a uma estranha (eu). As auxiliares a infantilizam em alguns momentos, mas parece que não tem como ser diferente: um cuidado primário de limpeza das partes íntimas do corpo e um agüentar de contato físico também primário, pelos tapas e pela pele suja, do outro. Não foi tranqüilo observar esta cena. Será a primariedade que mobiliza o incômodo? Naquele momento fiquei pensando como é que elas fazem para trocar todos os idosos em tão pouco tempo e em tão poucas pessoas? E dar banho e dar de comer... Porque ali havia uma intimidade entre as auxiliares, e entre as auxiliares e a idosa demenciada. Tento imaginar como é ter tanta intimidade com tantas pessoas.

As auxiliares são relativamente rápidas neste procedimento e ao mesmo tempo tranqüilas. São consideradas boas funcionárias e, apesar do trabalho descrito acima referir-se a uma tarefa *técnica* (trocar fralda), sendo elas mesmas da área técnica da saúde, pode-se dizer que nesta prática de cuidado está presente um vínculo afetivo, mantendo, na medida do possível, uma relação de intimidade necessária para a realização do procedimento. Neste sentido, alguns profissionais relatam buscar

compreender as particularidades dos idosos como algo pertinente a sua própria prática, enfatizando a escuta da fala do outro numa relação de troca:

Para eu cuidar de alguém eu preciso levantar dados dessa pessoa, ou seja, entender um pouquinho a história de vida, entendendo a história de vida eu vou levantar as necessidades que essa pessoa precisa, em cima dessas necessidades eu vou cuidar dela. Agora, esse cuidado aí pode ser às vezes o simples fato de eu sentar próximo dele e escutar ou pode ser cuidados mais complexos, onde vai precisar sondar todo dia essa pessoa. (enfermeiro)

Cuidar é você se relacionar e aí essa troca ocorre normalmente. Como a gente vai estar se relacionando, eu vou falar com você, te tratar como pessoa. Eu te valorizo ou eu brigo com você, que isso é cuidar também de você. (terapeuta ocupacional)

O problema não está na realização da *técnica*, mas no modo como ela é realizada no contato relacional com o idoso, a partir das particularidades construídas na relação. Ter somente o domínio da *técnica* não prepara, ou não forma, um funcionário para lidar com aquilo que aparece na relação com o idoso; ao contrário, ter uma formação técnica, para alguns auxiliares, é suficiente para que este possa argumentar a favor de seu saber sobre o outro, colocando-se num lugar de superioridade por deter um conhecimento específico.

O cuidado como dom

Apesar da enfermagem insistir com os funcionários para que estimulem o autocuidado dos idosos, no qual está presente a idéia de valorizar a autonomia para que eles mesmos possam realizar as tarefas cotidianas sozinhos (tomar banho, trocar de roupa, se alimentar), alguns auxiliares dizem não ter tempo para acompanhar o ritmo mais lento daqueles, por uma pressão em cumprir as metas diárias, e acabam dando eles mesmos o banho quando deveriam somente observar (*banho assistido*). Mas a justificativa da falta de tempo não é a única para esta situação. Mesmo que o idoso esteja impossibilitado de vestir a própria roupa, ele mantém, na maioria das vezes, capacidade e autonomia para decidir o que quer usar; caso o funcionário consiga perguntar e aguardar a escolha feita pelo idoso, ele se coloca num lugar solidário, ajudando-o em sua dificuldade, respeitando a sua decisão, situação presenciada

algumas vezes. No entanto, durante a observação, percebeu-se a prevalência de uma relação onde o funcionário, algumas vezes de forma gentil, decidia pelo idoso, independentemente das reclamações deste. Naquilo que se apresentava como uma realização burocrática da *técnica*, revelava-se uma relação onde um detinha o saber e a decisão sobre o outro. O *poder fazer tudo* pelo outro se mostrava mais satisfatório para o funcionário do que para o idoso e neste sentido, este fazer sob a justificativa do saber *técnico*, se assemelha ao exercício da caridade.

Funcionários e profissionais tendem a criticar o modelo de atuação técnica, como já foi visto, e buscam representações em que esteja presente um aspecto mais afetivo no cuidar. Em muitos casos o cuidado é representado como uma dádiva do trabalhador para o idoso: para cuidar bem é preciso dar amor, dar atenção, dar carinho e tudo o mais que o idoso queira ou necessite:

Eu sempre deixo eles o melhor possível, a gente tem que dar toda atenção pra eles, que se a gente deixa, aí já é um desleixo, né? (cuidadora)

Eu acho que cuidar é você dá muito amor, carinho, ter muito respeito e gostar muito, gostar muito da profissão, entendeu? (...) Dar muito amor e eu acho que principalmente amor e carinho e muita atenção. (...) Atenção, porque tem vezes que eu fico, olha, 10, 20 minutos ali e falando, ele falando, falando às voltas ali naquela mesma história de novo entendeu, eu acho que a gente tem que dar muita, muita atenção pra eles. (encarregada da limpeza)

Os profissionais e funcionários constantemente se referem à prática do amor, inclusive em excesso, como parte fundamental do trabalho, aspecto também apontado no trabalho de Martinez (2003). Não se discute, no entanto, o que este amor representa na realização do trabalho institucional. Na relação caridosa, também presente nas relações profissionais, nem sempre se questiona a “necessidade” daquele que atende (Sarti, 1998). Considerando o aspecto apontado por Caponi (2004), este amor, se caracterizado por um sentimento de piedade perante o outro, tende a ser benéfico apenas para um lado da relação, ao colocar em alta referência o profissional ou o funcionário, por estes fazerem o *bem* para os idosos que se encontram em situação de necessidade.

Mauss (2003), ao discorrer sobre a dádiva (dom), trata de desmistificar a caridade como um ato desinteressado, caracterizado por um despojamento e voluntariedade. Para o autor não existe o dom gratuito, já que a existência deste implicaria num gesto sem segundas intenções e a recusa da reciprocidade, de receber algo de volta, mesmo que seja na forma de agradecimento. Defende, no entanto, que a prática da dádiva faz parte de um ciclo de trocas sociais que fundamenta as relações humanas, no qual está previsto uma obrigatoriedade em retribuir aquilo que é recebido. Quando não há reciprocidade – quando só um dos lados oferece algo – não há possibilidade de solidariedade. Segundo Mauss, quando se considera o dom como uma ação livre de qualquer interesse, torna-se impossível perceber os sistemas de trocas que se estabelecem e que fazem parte das regras de hospitalidade; não existem doações desinteressadas, mas sim redes de trocas.

Na doação está em questão uma ficção construída socialmente onde se atribui demasiada importância para quem dá e pelos protestos deste em não querer recompensa (Mauss, 2003). O interesse da diretoria desta entidade em manter a instituição tem um sentido já evidenciado: além de oferecer um serviço para a sociedade à qual pertence, faz de sua existência a moeda de troca na qual seus membros são reconhecidos como benfeitores.

Visando abordar as concepções presentes para funcionários e profissionais sobre quem são os idosos que cuidam, foi perguntado quais os motivos que levaram estes idosos a morarem na instituição. Dentre as razões elencadas destacou-se, inicialmente, a opção pessoal do próprio idoso morar ali e a falta de tempo disponível da família para a realização dos cuidados para aqueles com comprometimentos graves, sendo a instituição entendida como um lugar mais adequado de cuidado:

A maioria dos idosos tem alguma dificuldade na capacidade funcional ou na capacidade de raciocínio, na cognição. Então, basicamente, eu diria que a maioria deles veio morar aqui porque a família não teve condições de manter o cuidado deles em casa e chegaram à conclusão de que na instituição o idoso seria melhor cuidado, com menos riscos e menos, ah... conflito com a família, a maioria deles é por isso, tá? Os que são independentes e não têm essa incapacidade funcional ou de raciocínio, provavelmente por algum conflito familiar ou por preferência pessoal, varia de acordo de cada um. (médico)

Alguns idosos têm distúrbios psicológicos. Poxa, a família não tem condição de ficar 24 horas. Aqui nós damos o acompanhamento, aí ficamos direto. Outros vivem sozinhos e eu acho que a própria vizinhança notou que não tava legal vivendo só, às vezes o idoso pode esquecer uma panela ligada, alguma coisa assim e acaba vindo pra cá. (aux. enfermagem homem)

Ah, são vários fatores, os mais comum é a família não ter mais tempo pra cuidar desse pai ou dessa mãe pela rotina de vida que levam. Outro é por alguma doença, alguma demência ou por alguma seqüela de AVC, onde a família não teria condição de cuidar dessa pessoa e até mesmo pela sobrecarga que é cuidar de uma pessoa demenciada dentro de casa, e muitas vezes, a família não quer ter compromisso, prefere viver a sua vida lá, prefere pagar um lugar pra que outras pessoas cuidem do seu pai. (enfermeiro)

Agregam-se a esta justificativa idéias e pensamentos oriundos das próprias relações de cuidado institucional e das representações sociais mais amplas, onde estão presentes imagens que remetem ao “estigma” do asilamento (Sarti, 2001a). A ida para a instituição representa ou um castigo por algo ruim cometido durante a vida ou uma consequência do abandono familiar devido a relações conflitantes entre os membros:

Às vezes passa pela minha cabeça, a gente comenta, todos nós comentamos: porque chega final de semana direto e chega um monte de família e vê uma idosa triste no canto, aí às vezes passa pela minha cabeça assim ó: ou ela não foi boa pra família ou a família não presta pra ela, um dos dois é. (cuidadora)

Cada caso é um caso: tem alguns que têm limitações, que não tem condição de ficar em casa e cuidador não pára. (...) Nenhum idoso está aqui em vão: o idoso que fica independente, lúcido e bonzinho fica em casa com a família, gente! Você pode perceber: idoso que parece ser fofo, santinho, você vai puxando todo o histórico, então, conforme o tempo vai passando, põe as manguinhas de fora e mostra pra gente quem é realmente. Idoso lúcido e independente que está aqui são gratuitos, pessoas que realmente não têm assistência. Mas quem tem família, amiga, é que a família não tem mais saco pra agüentar. Entendeu? (...) E a gente fala: ‘Ai que gracinha’, e não entende porque que o filho colocou aqui. A gente julga as pessoas, mas não conhece a história. Mas é sempre bom a gente conhecer os dois lados. (assistente social)

A assistente social resvala num ponto importante quando diz que há uma tendência em culpar a família pelo asilamento antes de se conhecer a história de relacionamentos entre os familiares e os motivos que levaram à decisão de internação. Neste caso, a dificuldade das famílias atuais em manterem os cuidados pela redução do núcleo familiar e pela impossibilidade de manterem uma estrutura de cuidado intensivo doméstico (financeira e afetivamente), é sobreposta por uma concepção onde os familiares são responsáveis pelo abandono de seu parente velho:

Porque os filhos, uns não têm tempo e outros não têm paciência, como diz minha mãe: ‘Outros não tem estômago para cuidar’. Então tem vários motivos, e outros não têm família. Mas o mais triste é aquele que tem condições lá fora, mas a família quer que fique aqui. Que eles passam isto para gente: ‘Eu tenho muito dinheiro, meu filho ficou com todo dinheiro e ele e a nora, a mulher dele, e me deixou aqui trancado’. E outros que nem sabem que estão aqui. (aux. enfermagem mulher)

Abordar como o profissional e o funcionário justificam a presença do idoso na instituição é particularmente relevante por indicar como entendem o sujeito com o qual estão se relacionando e, portanto, como se relacionam com a própria atividade. Responsabilizar e culpabilizar a família por um suposto abandono não só está de acordo com uma representação social conhecida – presente inclusive no Estatuto do Idoso como se viu no primeiro capítulo deste trabalho – mas também pode ser compreendida como uma maneira do funcionário preservar uma relação de cumplicidade com o idoso, ao atribuir a um terceiro o aspecto ruim (o abandonar). Ao questionarem a família acabam valorizando o que realizam na instituição, onde muitas vezes referem o próprio trabalho como uma tentativa de substituição de um cuidado familiar. Os profissionais, especificamente, relatam que a instituição nunca será equivalente ao ambiente familiar, o que não os exime do esforço de criarem melhores condições de serviço. Este aspecto também foi apontado por Debert (1999):

“a entrada no asilo é antes representada pelos residentes como uma alternativa capaz de possibilitar sua independência e o resgate de uma multiplicidade de papéis sociais, de uma vida social intensa que estaria ameaçada ou em franco declínio fora do asilo. E é a impossibilidade desse resgate que torna a experiência na instituição decepcionante e dá a ela uma dinâmica própria. Esse é também, um dos aspectos que complicam o trabalho do pessoal técnico, que tende a pensar no asilo ideal

como aquele capaz de oferecer um substituto, o mais próximo possível, da vida familiar” (p.107).

Alguns profissionais e funcionários, de uma forma geral, nesta tentativa de tornar o ambiente institucional mais familiar, passam a estabelecer um vínculo fora da situação de trabalho com os idosos. Nesta relação é freqüente satisfazer pequenos desejos dos moradores, ao fazer comidas especiais para aqueles com quem se tem maior proximidade e levar *mimos* da rua como bolachas e doces, já que raramente os idosos saem do prédio. Os membros da equipe sentem-se bem em poder realizar estas pequenas vontades e de fato isto contribui para um ambiente menos burocrático. Cabe apenas lembrar que o idoso nem sempre está desprovido materialmente dentro desta instituição já que não há problemas de carência financeira e mesmo os idosos que ocupam as vagas gratuitas têm uma porcentagem da sua aposentadoria para usufruírem como quiserem. Estes pequenos agrados podem ser entendidos como uma tentativa de apaziguar a impessoalidade presente no cotidiano de uma “instituição total”.

Profissionais e funcionários, de uma forma geral, avaliam como boa sua relação com os idosos, e relatam a inexistência de reclamações dos moradores sobre o trabalho desenvolvido por eles. Consideram este contato a parte que mais gostam do trabalho e reclamam que muitas vezes este tempo com os moradores fica comprometido pela realização de funções administrativas ou burocráticas. Alguns funcionários associam o reconhecimento do trabalho que realizam às constantes perguntas feitas pelos idosos quando se ausentam, por folga ou por falta. A percepção da ausência pelos moradores é considerada como um retorno positivo para alguns membros da equipe, que se sentem importantes e queridos, como relata a encarregada de limpeza:

Tem uma idosa na enfermaria, a Maria⁶⁰ que acha que é Deus no céu e eu na terra. Quando eu estou de folga, no outro dia ela já fala pra mim: ‘Você não estava aqui ontem, o que é que você estava fazendo? Por que você não falou pra mim?’.

Esta proximidade é entendida, em certos casos, como uma tentativa de suprir a falta de um ambiente familiar por um cuidado mais afetivo, acontecimento observado principalmente entre os funcionários. Em alguns casos o trabalhador faz referência à instituição como a sua própria família, de forma que este assume para si a

⁶⁰ Ibidem.

responsabilidade em cuidar do outro como fosse seu parente, como pode ser visto no relato de uma auxiliar:

... Eu estou aqui e é como se eles, os idosos, fossem meus filhos.

... a Beatriz⁶¹ [moradora da instituição] é especial para mim. Outros estavam aqui no outro plantão e foram fazer curativo nela. Ela estranhou muito, ela começou a chorar: 'Pelo amor de Deus, deixa a minha perna, esse monte de gente está mexendo comigo'. Aí eu tirei todo mundo do quarto e fui falar com ela. Ela demorou em me reconhecer porque ela estava assustada. Aí comecei a pegar ela no colo, aquela perninha, ela foi se acalmando: 'É você. Não deixa mais eles fazerem isso comigo'. Então assim eu já estou realizada. Já que eu não sou mãe, pelo menos eu já estou com um lado completo, que eu cuido deles com muito carinho, como se eles precisassem realmente de mim.

[sobre outro morador] *Ele é um bebê, ele é um bebê grande, ele não é um velho. Ele é um bebê grande e eu não tenho nojo nenhum de cuidar dele. Eles são muito lindos.*

São evidentes a afetividade e a preocupação com os moradores, além da tentativa desta auxiliar se fazer presente em situações adversas. Percebe-se, no entanto, que está presente nesta concepção de cuidado o envolvimento pessoal do funcionário, que não só tenta suprir as necessidades do idoso, como as suas próprias. Freud (1937) nomeou o desejo do analista em curar como *furor curandis* e considerava este excesso de cuidado com o outro um impeditivo do tratamento, por pressupor uma valorização no narcisismo daquele que oferece ajuda.

Quando prevalece a necessidade daquele que cuida em cuidar, precisa existir alguém que se coloque neste lugar de necessitado: um tem muito para dar e o outro está em falta. Cabe ressaltar que a valorização do dom (principalmente como doação pessoal) na prática de cuidado, não vem acompanhada de uma intenção maquiavélica pelo funcionário que a realiza, ao contrário, este aspecto do cuidado é entendido como um *bem* que está sendo realizado ao outro, sendo o cuidar *com amor* uma prática reconhecidamente estimada na sociedade. A crítica que se faz neste trabalho não se refere à presença do amor nas relações, mas como, sob sua justificativa, são

⁶¹ Idem

estabelecidas relações nas quais aquele que é cuidado acaba se estabelecendo num lugar de sujeição justamente para ser (ou se manter) cuidado.

A concepção do idoso asilado como aquele que foi abandonado por sua família, independente do que aconteceu na sua história pregressa ou de sua condição de saúde, intensifica esta noção da doação incondicional dos funcionários na realização de seu trabalho; principalmente destes que trabalham há mais tempo na instituição.

Por outro lado, o cotidiano asilar permeado também por “corpos indóceis” dos idosos, que agridem, reclamam, choram, falam mal e brigam entre si, não facilita o sentimento e a manifestação de doação do funcionário. Numa cena observada, uma das auxiliares que apresentava em sua fala o discurso do dom como uma habilidade inata de cuidar, mostrou-se muito impaciente e irritada com os idosos que acompanhava; a circunstância em que se encontrava não era das mais fáceis: estava junto com alguns moradores, todos muito comprometidos em suas cadeiras de rodas, numa das salas de TV. Dois deles gritavam um com o outro; outra moradora gritava tentava agredir quem passava no corredor; os outros reclamavam da gritaria. A auxiliar parecia constrangida com a minha presença por não conseguir colocar *ordem* na situação; dava broncas nos idosos para que ficassem quietos ao mesmo tempo em que tentava demonstrar afeição falando em seguida em tons mais baixos. Este tipo de trabalho é desgastante, ainda mais se o funcionário assume para si a responsabilidade pelo controle do “bom comportamento” dos idosos. Neste sentido, a estrutura hospitalar da instituição não favorece que recursos grupais sejam utilizados como produtores de regras e combinados coletivos, sendo privilegiado o atendimento individual aos idosos.

A especificidade do cuidado ao idoso

Quando perguntados sobre a existência de uma especificidade no cuidado ao idoso, profissionais e funcionários apresentaram respostas diversas. De uma forma geral atribuem a esta prática dificuldades relacionais no lidar com o idoso, seja porque ele tem um histórico de vida longo e não aceita qualquer forma de cuidado, seja porque é uma pessoa normalmente carente e demanda muita atenção. Neste sentido a fala do médico é ilustrativa, ao indicar a diferença do tratamento dado pelo profissional ao idoso

em relação a pessoas de outras idades, para além das especificidades de ordem orgânica (como *alterações neuropsiquiátricas*):

A maioria dos idosos, principalmente os que vão ao consultório ou os que moram aqui na instituição, tem uma carência afetiva muito maior do que a média das pessoas mais jovens. Então, eles necessitam de muito mais carinho, cuidado e atenção do que uma pessoa mais jovem necessitaria. Eu acho que é essa é a grande diferença.

Ter paciência e dar muita atenção ao idoso também foram aspectos levantados por outros membros da equipe como uma especificidade no cuidado. Há quem ache que não existe diferença, pois a atenção e o cuidado devem ser os mesmos para pessoas de qualquer idade e que apresentem patologias diferentes.

A associação que se costuma fazer entre o velho e a criança aparece sob duas formas distintas. Os profissionais tendem a considerar uma dificuldade no cuidado aos idosos como algo muito diferente daquele realizado a uma criança. As diferenças podem ser resumidas na fala da assistente social:

Cuidar de um bebê é a coisa mais gostosa do mundo, é muito diferente. O idoso é uma pessoa que envelheceu, que está lá com as suas limitações, você se enxerga amanhã. O bebê é o futuro. Não é? (...) Eu acho ridículo quando as pessoas comparam o idoso com uma criança, me desculpa, eu acho uma falta de respeito com o idoso. (...) Você limpa a bunda do bebê você quer morder a bunda do bebê, e do idoso você não vai fazer isso. Mas tem gente retardada, que faz isso, que cheira. Eu acho isso ridículo, acho uma falta de pudor, uma falta de respeito com o idoso.

Outros profissionais também relataram diferenças sobre o cheiro da urina de uma criança em comparação ao cheiro forte da urina do velho (em função da quantidade de medicamentos), assim como a diferença da pele macia de um bebê e a pele fina e ressecada de um idoso. Além destas questões que tratam diretamente do contato físico, houve referência ao fator relacional, em que aspectos vividos durante a vida poderiam interferir na prática de cuidado: alguns profissionais apontam a dificuldade de alguns familiares cuidarem de seus pais quando foram muitas vezes maltratados por eles e apontam a instituição como uma boa alternativa de cuidado neste sentido.

Alguns funcionários, por outro lado, dizem que os cuidados com os idosos são semelhantes aos de uma criança pela responsabilidade diante da fragilidade nos dois casos. A diferença apontada é que a criança está se desenvolvendo e o idoso não, como aponta a cuidadora:

No caso deles eles já viveram, então a diferença é pouca, é como se fosse uma criança se desenvolvendo, mas no caso do idoso a tendência é piorar.

Quando a cuidadora refere-se ao idoso como alguém que *já viveu*, aponta para uma concepção na qual o presente e o futuro não fazem parte da vivência institucional. Este aspecto pode ser observado em outro relato:

Na verdade, eles vivem do passado. (...) Eles acham que eles estão aqui porque eles estão muito doentes e que eles vão voltar para a casa deles. Mas na verdade aqui é o lar deles, eles vão ficar aqui com a gente. Então é triste. (...) Eles não tem mais a família deles, não tem mais o marido, não tem mais os filhos. A família deles somos nós. Então se a gente não der atenção para eles, eu acho que eles vão ficar mais tristes. (aux. enfermagem mulher)

Quando se considera o idoso como alguém que *vive do passado*, tira-se a possibilidade de acreditar na existência de um futuro possível, mesmo com as limitações impostas pela fragilidade. A situação de desamparo do idoso é dada a partir do momento em que ele entra na instituição, independente de sua história de vida e das suas condições de saúde. Não há perspectiva de projeto futuro: ele já viveu. O passado, por sua vez, também recebe a marca de alguns estigmas, como foi visto anteriormente, no qual está presente a idéia de que o idoso deve ter cometido algo ruim durante a vida para merecer viver sua velhice longe da família, sozinho num asilo.

Entretanto, é a marca do abandono familiar, recebida no momento em que a pessoa entra na instituição, aquilo que vai prevalecer enquanto representação. Isto se torna evidente quando os entrevistados respondem não conseguirem imaginar algum familiar numa instituição, sendo esta considerada a última alternativa:

Têm muitos idosos aí que você vê que o filho coloca aqui porque está atrapalhando em casa, no relacionamento da família. Têm muitos aí que você vê que o idoso está aqui porque a família não tem condições de cuidar. Só que na minha realidade é totalmente diferente: se um dia minha mãe e meu pai, se eles chegarem na velhice,

eu acho que eu não vou enfiar eles num asilo, eu vou cuidar. Meu avô tem 96 anos e está começando a ter Alzheimer agora, minhas tias cuidam dele, ele faz necessidades na roupa e tudo, então, quer dizer, não vamos colocar no asilo, vamos cuidar até na hora que dá. (aux. enfermagem líder)

Não, eu não colocaria ninguém da minha família. (...) Porque aqui eles não estão abandonados porque tem a gente que olha por eles e se não tiver? (cuidadora)

Por opção eu não imagino, esta opção é a última das últimas pra colocar (terapeuta ocupacional).

A ida para a instituição é representada como decorrente de um abandono familiar que caracterizaria o idoso como um ser abandonado; imaginar um parente nesta situação é assumir uma relação entre abandonador-abandonado.

Quando se trata da própria velhice, muitos profissionais e funcionários relataram já terem imaginado a instituição como uma opção de moradia, seja porque não querem dar trabalho para seus parentes, seja porque alguns visualizam os serviços e cuidados oferecidos como um bem que nunca tiveram em vida (situação mais presente entre os funcionários mais pobres).

Pode ser percebido, portanto, que a institucionalização não é algo que visualizam como ruim para si mesmo, sendo esta uma possibilidade considerada, ainda que reconheçam a dificuldade em aceitar um cuidado feito por um desconhecido.

Considerações finais

Considerações finais

Este trabalho teve início a partir da escuta de queixas apresentadas por familiares de idosos que viviam em instituições, que relatavam uma alta rotatividade do quadro de funcionários que realizavam os cuidados mais básicos da rotina. O permanente remanejamento afetaria a qualidade dos serviços prestados, mesmo em locais tidos como referência neste tipo de atendimento.

Com base em Althusser (1973), partimos da compreensão do cuidado como um fenômeno relacional de caráter transferencial, no qual aquilo que acontece na prática de cuidado deve ser entendido pelos papéis exercidos por ambos protagonistas: aquele que cuida e aquele que é cuidado; premissa que orientou o trabalho de campo. Neste sentido, a primeira hipótese considerava que este tipo específico de cuidado a velhos asilados estava permeado por questões relativas ao envelhecimento do outro e de si mesmo e pelos vários discursos sobre a velhice e o envelhecimento presentes na sociedade, que vão desde o argumento meramente epidemiológico e das indicações sobre o *bom* envelhecer dos especialistas, aos alardes anunciados pela mídia sobre o aumento da população de idosos no país e o déficit do Estado frente às novas demandas desta realidade.

A revisão bibliográfica serviu como um parâmetro para entender os significados referentes ao cuidar e às concepções de velho, velhice e envelhecimento presentes para os trabalhadores da instituição onde foi realizado o estudo de caso. A especificidade do atendimento à velhice, nesta instituição de longa permanência, exigiu circunscrever a situação estudada a partir de: (a) do processo de institucionalização dos velhos no país, referida à perspectiva da pesquisa desenvolvida por Goffman (1999); (b) do desenvolvimento da medicina no século XIX, por esta estar intimamente ligada às origens das teorias do envelhecimento concebidas atualmente; e (c) do discurso da geriatria e gerontologia como importante propulsor de um modo de pensar a velhice e o envelhecimento sob a perspectiva da saúde e da atividade.

Vimos que o discurso epidemiológico veio dar visibilidade ao tema da velhice, validando um movimento iniciado por grupos organizados de idosos, pelos especialistas na área e pela mídia que tinham como interesse retirar a velhice da aura de silêncio, situação descrita por Beauvoir na década de 1960 (Debert, 1999). Acompanhando a

valorização do envelhecimento bem sucedido, os termos *terceira idade* e *idoso* passam a designar *velhice* e *velho*, no intuito de nomear uma nova população de velhos ativos e com recursos que se diferenciava das imagens ligadas à decrepitude e pobreza (Peixoto, 1998).

Neste movimento, que erigiu o tema do envelhecimento em problema de relevância social no Brasil, o asilo para velhos manteve-se segregado da discussão, em relativo esquecimento, por continuar destinado a abrigar uma classe de pessoas que não se enquadravam no modelo estabelecido do *bom* envelhecer (Groisman, 1999). Além disso, a crítica às más condições de grande parte destes estabelecimentos restringe o debate sobre as instituições asilares como um recurso que se revela necessário para o atendimento da velhice fragilizada, dado o advento de doenças crônicas que passam a existir com maior frequência, em função do aumento da longevidade, e a dificuldade das famílias (cada vez menores) em assumir o cuidado integral a seus parentes mais velhos.

A crescente demanda por instituições de moradia para idosos estimulou a oferta de novos empreendimentos asilares, modestos e de alto padrão. Nestes locais os serviços médicos são oferecidos como garantia de qualidade, e a medicalização e profissionalização no atendimento à velhice são apresentadas como um avanço em relação às formas anteriores de atendimento, verificadas tanto na revisão bibliográfica quanto no estudo de caso.

Com efeito, a instituição objeto deste estudo, originada como uma obra de caridade no início do século XX, passou na década de 1990 a contratar profissionais técnicos da área da saúde para que implantassem procedimentos de cuidado autenticados pelo saber da medicina. O médico passou a conduzir as ações clínicas e os antigos funcionários sem qualificação foram substituídos por auxiliares de enfermagem trazendo consigo a insígnia do saber técnico biomédico. A enfermagem, neste contexto, centralizou a maior parte do cuidado realizado e iniciou a criação dos regimentos que orientam esta prática. A instituição passou a divulgar a oferta do serviço de internação hospitalar e a chamar seus moradores de *pacientes*. Estas mudanças, baseadas num modelo hospitalar na qual se verifica a presença de várias especialidades da área da saúde (medicina, nutrição, terapia ocupacional, assistência

social e enfermagem) são defendidas como uma melhoria conquistada pelos profissionais para o atendimento ao idoso asilado.

Esta proposta de gestão, baseada no conceito de hospitalização, teve a intenção de substituir um modelo de atenção aos velhos desamparados, fundamentado pelo discurso da caridade da tradição cristã, nascida com a criação da instituição. Porém, a pesquisa evidenciou que não houve uma substituição completa destes modelos, mas sim uma convivência, às vezes pacífica outras vezes dissonante, entre as referências da biomedicina e da caridade cristã. A coexistência e o impasse entre estes dois modelos se revelaram no campo uma questão central, e tal qual apontou Caponi (2004), apesar de partirem de fundamentações diferentes, os dois modos de assistência se encontram ao estabelecer para aquele que cuida, o saber e o poder sobre aquele que é cuidado, por este ser entendido como alguém que não sabe ou não tem condições de decidir o que é melhor para si.

Este aspecto tornou-se evidente na comemoração do aniversário da instituição realizada na própria sede, quando não foram convidados para a festa os idosos, seus familiares e a equipe de trabalhadores. As atenções, inclusive da mídia presente, estavam inteiramente voltadas para o grupo de senhoras membros da diretoria, que recebiam elogios pela ação caridosa de acolher velhos desamparados. Este tipo de ação benevolente não costuma ser questionada culturalmente, onde prevalece a valorização do caridoso como aquele que dá sem pedir nada em troca. No entanto, cabe apontar que a instituição é utilizada muitas vezes como um local de divulgação do dom realizado por algumas pessoas tidas como caridosas. A idéia de dom, neste caso, remete à dádiva e à doação. Neste sentido, o trabalho de Mauss (2003), ao apontar que o dom exige reciprocidade, foi de extrema importância para compreender a inexistência da troca desinteressada nas relações de cuidado, aspecto também observado no campo. A concepção do cuidado como um dom diz respeito a um aspecto presente nas relações humanas que nem sempre são esclarecidas em função de uma valorização social da pessoa que faz a doação.

Quando se considera apenas o dom realizado pela diretoria, se exclui a possibilidade de enxergar no idoso alguém que pode estabelecer trocas e participar da decisão sobre sua própria situação: ele se encontra na instituição como um pretexto para o exercício da boa ação alheia. Apontar este aspecto é de fundamental

importância para entender a noção de idoso que rege as relações institucionais. O discurso da caridade incondicional se sobrepõe à consideração de que 70% dos moradores pagam um alto valor pelos serviços prestados na instituição, entre R\$1.600,00 e R\$4.000,00, no qual ainda não estão computados gastos com medicamentos, fraldas e eventuais taxas extras que variam de acordo com a dependência e a necessidade de cuidados específicos para cada idoso. A realização do pagamento configura uma relação de troca, mas esta não é apresentada como tal, pois o morador é colocado numa situação de alguém que depende da generosidade da instituição que lhe oferece abrigo. Nestas condições qualquer coisa que é oferecida ao idoso é valorizada pelo profissional ou funcionário, que muitas vezes têm dificuldades de identificar o porquê de algumas reclamações de moradores, como se estes devessem apenas agradecer o cuidado que recebem.

O velho, independente de sua condição de saúde ou situação financeira, ao entrar na instituição recebe a marca do desamparo. Esta representação remonta ao surgimento do asilo no Brasil, no século XIX, onde os velhos mendicantes passaram a ser recolhidos das ruas para serem amparados neste tipo de instituição de fundamentação cristã. Contudo, desde esta época, já existiam nestes locais setores destinados ao público pagante, que permaneciam constantemente cheios, mas que não conseguiram desfazer a imagem do asilo como um lugar destinado à velhice pobre e desamparada (Groisman, 1999).

Pode-se dizer que velho que entra na instituição é tido, de antemão, como aquele que sucumbiu ao envelhecimento por não se enquadrar no modelo ativo e saudável da velhice bem sucedida. Além disso, profissionais e funcionários consideram a ida à instituição como resultado de um abandono familiar, seja porque fizeram algo ruim durante a vida, seja porque sofreram com o descaso da própria família. Reafirmam, desta forma, uma concepção presente no Estatuto do Idoso em que o asilo é previsto como o último lugar de destino sendo concebido prioritariamente como um abrigo para pessoas abandonadas, sem família, ou sem recursos financeiros. Percebe-se, portanto, que o desamparo não está apenas referido à situação de fragilidade da saúde do idoso ou da sua família que se vê incapaz de realizar os cuidados básicos, mas se apresenta como uma condição designada ao idoso que vai morar na instituição independentemente dos motivos reais que o levaram até ali.

A representação de abandono, como característica concebida ao idoso asilado, reforça o sentimento de doação dos profissionais e funcionários, que descrevem o cuidado como um ato de amor, carinho e atenção, algo que não faz parte do saber técnico. Nesta concepção de cuidado foi evidenciada na instituição uma cisão entre o que era considerado trabalho *técnico*, em geral visto como uma obrigação burocrática, e o atendimento acolhedor. Em outras palavras, a afetividade e o respeito às particularidades do idoso não estavam incluídos no saber técnico, mas no caráter de bondade do cuidador. Esta separação entre a técnica e o acolhimento foi chamada na área da saúde de crise na assistência (Ayres, 2002). No entanto, a palavra técnica (do grego *thechné* e do latim *ars-artis*) contém em sua origem etimológica o saber sobre um determinado processo ou método agregado à reflexão sobre este fazer, ou seja, a intenção da ação vem acompanhada de uma relação de compromisso com o outro. A técnica não se restringe apenas ao saber fazer com eficiência alguma coisa, mas inclui também um compromisso com este fazer, suas conseqüências e sua valorização social, remetida, portanto, ao campo da ética (Barbieri, 1990).

Neste sentido, os dois modelos de gestão, o caridoso e o biomédico, que permeiam as representações dos profissionais e funcionários, trazem implicações importantes para a prática de cuidado, na qual foi observada uma tendência a assumir para si, pessoalmente, a responsabilidade por amparar todas as ações que digam respeito ao morador, sem que haja uma participação do mesmo nas decisões sobre o seu cotidiano. Portanto, a suposição que rege o pensamento caridoso em que o cuidador faz aquilo que considera melhor para o outro por seguir os preceitos da caridade cristã de ajuda ao próximo, também se apresenta na prática profissional quando separam o dom da técnica.

O modo de funcionamento hospitalar mantém a mesma questão presente nas relações previstas pela caridade, pois, semelhante ao que acontece num hospital, onde é impossível a participação do paciente na terapia prescrita pelo médico, profissional que detém a prerrogativa sobre a conduta do tratamento, o idoso morador na instituição asilar deve se adequar ao cotidiano regido pelos procedimentos e regimentos médicos, independente de estar doente ou não. No discurso da caridade, o velho é considerado alguém incapaz que necessita de amparo completo, e no discurso biomédico ele é considerado como alguém que deve responder às condutas a ele prescritas. Ou seja,

por motivos diferentes ambos acabam convergindo para um mesmo tipo de prática que aliena o asilado.

Não se trata de uma intenção maldosa por parte dos profissionais, funcionários e diretoria em colocar o idoso numa situação de sujeição. Ao contrário, foi percebido no trabalho de campo que as ações são bem intencionadas. Porém, verificou-se que mesmo estas ações acabam por aniquilar a subjetividade do outro sem que isto seja visto desta forma, pois culturalmente não se tem o costume de analisar a necessidade que move o benfeitor de fazer o bem, independentemente das implicações para os envolvidos na relação. Como diz o dito popular, de boas intenções o inferno está cheio.

Além disso, ambos os modelos estão distantes da idéia de solidariedade, descrita por Caponi (2004) como um sentimento em que se pressupõe a existência recíproca entre pares, mediada pela palavra. A solidariedade pode ser entendida como um vínculo entre pessoas que se reconhecem minimamente como iguais, no qual a ação que envolve a ajuda não estimula a dependência de um em relação ao outro, mas prevê a existência do diálogo como mediador da relação. Como alternativa a estes dois modelos, pode-se propor um outro, um modelo solidário. Isso não implica retirar as prerrogativas médicas naquilo que lhe é pertinente e nem prescindir de ações altruístas que decorrem do sentimento de alteridade enquanto uma virtude cristã.

A inexistência do velho

O processo de medicalização nesta instituição, seguindo uma tendência constatada pela revisão bibliográfica, foi acompanhado por um discurso “politicamente correto” defendido na geriatria e na gerontologia, numa tentativa de positivar a velhice institucionalizada e afastar estigmas arraigados no imaginário social. No entanto, observamos no último capítulo o quanto a defesa do termo *idoso* em detrimento da palavra *velho*, considerada depreciativa, acabou contribuindo para que a velhice – como condição primeira daquele que vai morar na instituição – fosse continuamente negada. Negar a velhice e as perdas inerentes ao processo de envelhecimento produz um afastamento daquele que cuida em direção ao sujeito que ali se encontra. O mesmo também foi observado com o uso de diminutivos (bonitinha, velhinho) e expressões

familiares (vó, vózinha). Esta suposta intimidade se apresentou no campo como um modo do profissional e do funcionário lidar com a dificuldade de se estar em relação a um sujeito envelhecido, mas que ainda carrega consigo suas idiossincrasias.

Duas outras representações foram observadas e correspondem aos resultados da pesquisa realizada por Neri (1992) sobre significados de velhice e envelhecimento para os jovens: a velhice como um *estado de espírito*, considerado um fenômeno regido pela força de vontade do sujeito; e a velhice decorrente da perda de funcionalidade, aspecto influenciado pelo conceito de capacidade funcional, sendo este um modo por meio do qual, pelo menos no discurso, as perdas são consideradas. A juventude como modelo de referência era constantemente utilizada, principalmente quando valorizavam algum morador por este ser ativo, ter disposição na vida e ser “jovem”. Quando profissionais e funcionários se referem a um idoso ativo como um jovem, reafirmam a depreciação presente na palavra *velho*.

As terminologias que vêm responder ao discurso politicamente correto de valorização da velhice tendem a evitar que se considere no morador aspectos entendidos como negativos. Esta boa intenção, no entanto, revela uma tentativa de evitar a dificuldade humana em lidar com as perdas e com o processo inexorável do envelhecimento, que o velho asilado suscita com a sua presença.

A mesma dificuldade se apresenta em relação à morte do idoso, evidenciada pela inexistência de um ritual de morte na instituição. A morte não dita, mas sabida por todos os moradores, corrobora para a falta de perspectiva de futuro ali dentro. Neste sentido, a entrada na instituição, além de ser entendida como uma situação de abandono, pode ser considerada o próprio ritual de morte antecipado como a marca da passagem para o fim da vida, onde só existem referências ao passado.

As questões enfrentadas pelos trabalhadores são, portanto, de difícil manejo por referirem constantemente ao aspecto relacional presente no cuidado, estarem remetidos à própria vivência do processo de envelhecimento e às próprias referências de família e cuidado. A maneira como o trabalho é concebido e realizado, não deixa espaço para estes trabalhadores relatarem e elaborarem as idiossincrasias vividas com os idosos e os diversos sentimentos que são despertados por elas. A pouca participação nas decisões cotidianas de cuidado, remetidas à administração e a

predominância da decisão dos médicos, também influem no trabalho que acaba muitas vezes restrito à realização de procedimentos burocráticos. O problema enfrentado pela constante rotatividade dos funcionários permanece e pode-se dizer que está ligado à falta de desafios do trabalho, sendo este caracterizado como básico e ao mesmo tempo pesado, a falta de paciência em lidar com idosos em situação de dependência, a má remuneração, a pouca participação nas decisões cotidianas de cuidado, a desqualificação, o trabalho com a demência e o definir e lidar com a morte de pessoas com quem se convive diariamente. É importante frisar que o momento da entrevista trouxe questionamentos e reflexões para os entrevistados, como eles próprios relataram, indicando a necessidade de espaços de trocas reflexivas sobre o trabalho institucional com idosos.

As críticas feitas à instituição, objeto deste trabalho, não são apenas referidas a ela e refletem aspectos comuns a outras instituições como apontaram Moraes (1977) e Debert (1999). Além disso, vimos como algumas representações pertencem ao campo social mais amplo, mas tomam proporções específicas na prática de cuidado institucional. Neste sentido, as críticas a esta instituição concernem ao ambiente geral que reproduz estas representações pelos meios mais diversos, inclusive pela formação dos profissionais da área da saúde que irão trabalhar com idosos. Assim, é razoável supor que os mesmos discursos que influenciam os profissionais e funcionários da instituição analisada também estão presentes nas demais instituições congêneres, bem como no cuidado domiciliar. Este, embora defendido pelos próprios profissionais como a melhor opção de cuidado, também está sujeito às relações em que predominam a concepção de cuidado baseado na caridade em detrimento da solidariedade.

A convivência entre idosos lúcidos e independentes com pessoas com grave comprometimento de saúde é algo que merece estudos mais aprofundados. Como estas pessoas podem exercitar a autonomia convivendo com idosos com dependência física e mental? Esta é uma questão para futuras pesquisas e que surgiu da percepção do rápido processo de demência observado nos idosos que entravam lúcidos na instituição.

Outro objeto possível de estudo refere-se a necessidade de tornar viável um modelo de gestão solidário como alternativa aos modelos existentes, seja o caridoso, seja o biomédico. Como viabilizar a participação dialogada dos idosos, dos familiares e

dos funcionários, nas decisões cotidianas, visando a manutenção de uma velhice ativa com perspectivas de realização de projetos futuros, mesmo considerando as particularidades deste momento da vida em que prevalecem as perdas?

Vale lembrar que existe uma demanda para instituições de moradia para idosos; tal fato coloca-as como oportunidade de negócios e, portanto, sujeitas a uma gestão de caráter empresarial que visa o lucro. Assim cabe a seguinte questão: como estas empresas poderiam lidar com um ambiente de cuidadores permeados por considerações baseadas no dom? Os problemas relacionados ao velho e à velhice, como mostram os diversos autores citados, bem como a pesquisa aqui relatada, trazem a necessidade de uma atenção permanente por parte da academia. Espera-se que este trabalho possa contribuir para colocar a instituição asilar como tema relevante nos debates sobre o envelhecimento e para melhor compreender os problemas que afetam os profissionais e funcionários, atores centrais da prática de cuidado.

Bibliografia

Algebaile EB. As ações da sociedade civil e do Estado diante da pobreza. In: Valla VV, Stotz EM, Algebaile EB, organizadores. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto/Escola Nacional de saúde pública; 2005. p.73-99.

Althusser L. Sur le transfert et le contre-transfert. In: Écrits sur la psychanalyse. Paris: Éditions Stock/Imec; 1973. p.173-89.

Ayres JRCM. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: Saeki T, Souza MCBM organizadoras. Cuidar: tão longe... tão perto.... Ribeirão Preto: FIERP/Escola de Enfermagem/USPRP/CNPq; 2002. p.13-26.

Barbieri JC. Produção e transferência de tecnologia. São Paulo: Ática; 1990.

Barbieri NA. Os significados de envelhecimento e velhice para jovens universitários [monografia]. São Paulo: PUC-SP; 2000.

_____. NA. Trabalho com velhos: algumas reflexões sobre a clínica do envelhecimento. Pulsional Revista de Psicanálise. 2003; (173): 18-24.

_____. NA. A não escuta: pungente violência em relação ao idoso [resumo em anais]. In: I Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico; 2006; 7-9 Setembro; São Paulo, Brasil.

Barbieri NA, Formighieri P, Bonilha AT, Barbieri CLA, Faustino A, Magalhães L et al. A experiência de um grupo interdisciplinar numa instituição asilar em Ribeirão Preto-SP [anais] Summus editoriais, CD-rom. [Apresentado na 1ª Mostra Nacional de Práticas em Psicologia; 2000; São Paulo, SP].

Barros EMR. Psicanálise e pesquisa [editorial]. Revista brasileira de psiquiatria. 2006; 28 (3): 169-170.

Barroso M, Rodrigues N. Lutas e conquistas da sociedade civil. In: A velhice no Brasil. Memória e histórias: lutas e conquistas. Revista Kairós. 2001; 4(1): 17-32.

Beauvoir S. A velhice. 3ª ed. Traduzido por Martins MHF. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.

Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. Traduzido por Estevão M, Aguiar R. São Paulo: Hucitec; 1997.

Berlinck MT. O método clínico - 1 [editorial]. Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental. 2007; X (3): vii-x.

_____. MT. O método clínico – 2 [editorial]. Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental. 2007; 10 (4): ix-xii.

Berzins MAVS. Secretaria Municipal da saúde - área temática de saúde do idoso. Revista Kairós. 2004; 7(1): 67-89.

_____. MAVS. Instituição de longa permanência para idosos. Envelhecer com dignidade: um direito humano! [texto na Internet]. In: Portal do envelhecimento [31 Jan 2006]. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/pforum/ilpis

Birman J. Apresentação: interpretação e representação na saúde coletiva. Physis: Rev. de Saúde Coletiva. 1991; 1 (2): 7-22.

_____. J. Leituras sobre a cientificidade da psicanálise. Série Estudos em Saúde Coletiva. 1992a; (14): 1-20.

_____. J. A direção da pesquisa psicanalítica: uma leitura dos pressupostos freudianos da psicanálise. Série Estudos em Saúde Coletiva. 1992b; (15):1-28.

_____. J. Os impasses da cientificidade no discurso freudiano e seus destinos na psicanálise. In Psicanálise, ciência e cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

_____. J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Veras R. organizador. Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995.

Bleger J. Questiones metodológicas del psicoanálisis. In: Ziziemsky D. Métodos de investigación en psicología e psicopatología. Buenos Aires: Nueva vision; 1985. p.113-32.

Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 7ª ed. São Paulo: Cia das Letras; 1999.

Brasil. Lei nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência 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 [texto na internet]. 01 Dez 2005. Disponível em: www.anvisa.gov.br

Camarano, AA; Kanso, S; Leitão e Mello, J. Como vive o idoso Brasileiro? In: Camarano, AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.25-73.

Camargo Junior, KR. Biomedicina, Saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.

Carvalho, MCB. O lugar da família na política social. In: Carvalho, MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. 4ª ed. São Paulo: Educ/Cortez; 2002. p.15-22.

Caponi S. da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Rev. Saúde Pública. 1999; 33(5): 454-60.

Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp; 1999.

Drummond de Andrade C. O avesso das coisas. Rio de Janeiro: Record; 1987.

Eizirik CL. Psicanálise e pesquisa [editorial]. Revista brasileira de psiquiatria. 2006; 28 (3): 171-2.

Elias N. A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

Estêvão IR. Sobre a universalidade na psicanálise: um estudo da teoria freudiana do complexo de Édipo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

Fédida P. O interlocutor. In: O sítio do estrangeiro. Traduzido por Seicman M. São Paulo: Escuta; 1996. p. 99-174.

Ferreira ABH. Novo Aurélio. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Freud S. A Pulsão e seus destinos. Traduzido por Abreu JOA. Rio de Janeiro: Imago; 1915a. Vol. XIV, p.129-82.

_____. S. Luto e melancolia. Traduzido por Abreu JOA. Rio de Janeiro: Imago; 1915b. Vol. XIV, p.271-91.

_____. S. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). Traduzido por Abreu JOA. Rio de Janeiro: Imago; 1915c. Vol. XII, p.207-21.

_____. S. Análise terminável e interminável. Traduzido por Abreu JOA Rio de Janeiro: Imago; 1937. Vol. XXIII, p.239-87.

Foucault M. Vigiar e punir. 13ª ed. Traduzido por Ramalheite R. Petrópolis: Vozes; 1996.

_____. M. Nascimento da clínica. 5ª ed. Traduzido por Machado R. Rio de Janeiro: Forense universitária; 1998.

_____ M. História da loucura. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1999.

_____ M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 14ª ed. Traduzido por Albuquerque MTC, Albuquerque JAG. Rio de Janeiro: Graal; 2001.

Goffman, E. Manicômios, prisões e conventos. 7ªed. Traduzido por Leite DM. São Paulo: Perspectiva; 2007.

Goldfarb DC. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do psicólogo; 1998.

_____ DC. Demências. São Paulo: Casa do psicólogo; 2004.

_____ DC. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC/PUC; 2006. p.73-85.

Giami A. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade? Physis: Rev. saúde coletiva. 2005; 15(2): 259-284.

Groisman D. A Instituição médica e velhice: o caso da clínica Santa Genoveva. Série Estudos em Saúde Coletiva. 1997; (157): 18-27.

_____ D. A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999.

_____ D. A velhice, entre o normal e o patológico. História, Ciências, saúde – Manguinhos. 2002; 9(1): 61-78.

Hazen RM, Trefil J. Saber ciência. 5ª ed. Traduzido por Prada C. São Paulo: Cultura; 1999.

Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 1991; 1 (2): 57-70.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados obtidos no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>. [Set 2005].

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública. 1987; 21 (3): 200-10.

Lacan J. O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente. Ribeiro V. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.

Laplantine F. Antropologia da doença. 3ª ed. Traduzido por Siqueira VL. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

Le Breton D. A sociologia do corpo. Traduzido por Fuhrmann SMS. Petrópolis: Vozes; 2006.

Lévi-Strauss C, Eribon D. De perto e de Longe. São Paulo: Cosac Naify; 2005.

Lessing D. Se os velhos pudessem... Tradução de Rodrigues AS. Rio de Janeiro: Record; 1984.

Lopes RGC. Saúde na velhice, as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: Educ/FAPESP; 2000.

Magnani JGC. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencontrar-se nas atuais pesquisas. In: Cardoso RCL organizadora. A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986. p.127-140.

Malinowski B. Tema, método e objetivo desta pesquisa. In: Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril Cultural; 1976. p.21-38. [Coleção Os Pensadores - XLIII].

Martinez SHL. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Markun P. Anita Garibaldi: uma heroína brasileira. 4ª ed. São Paulo: SENAC; 2000.

Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: Sociologia e antropologia. Traduzido por Neves P. São Paulo: Cosac Naify; 2003. p.185-314.

Messy J. A pessoa idosa não existe. Traduzido por Werneck JSM. São Paulo: ALEPH; 1993.

Mendonça JMB. Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas. Revista Kairós. 2006; 9(2):169-90.

Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad. Saúde Pública. 2003; 19 (3): 783-91.

Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.11-24.

Monzani LR. Freud: o movimento de um pensamento. 2ª ed. Campinas: UNICAMP; 1989.

Monteiro PP. O que é gerontologia? Boletim geronto PUC. 1998 Ago; Seção 1:1.

Moraes MLG. A sala de espera: um estudo da ideologia do velho asilado [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 1977.

Neri AL. Envelhecer num país de jovens: significados de velhice e envelhecimento segundo brasileiros não idosos. Campinas: Ed. UNICAMP; 1991.

Neri AL. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. Revista A terceira Idade (SESC). 2005; 16 (34): p.7-24.

Nosek LE. Dor mental e pesquisa [editorial]. Revista brasileira de psiquiatria. 2006; 28 (3): 173-4.

Ocariz MC. O dispositivo psicanalítico no começo do século XXI. In: Fuks LB organizadora. Desafios para a psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2003. p.103-15.

Oliveira RM. Saneamento e pobreza no Brasil. In: Valla VV, Stotz EM, Algebaile EB, organizadores. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto/Escola Nacional de saúde pública; 2005. p.125-51.

Oury J. A transferência - primeira sessão [apostilado]. Clínica de La Borde; 1988. 37p.

Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: Barros MML organizadora. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. p.69-84.

Pereira L. As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2002.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública. 1987; 21(3):211-24.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):793-98.

Ribeiro RN. Abordagens teóricas da velhice: múltiplos acessos. In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG, organizadoras. Masculinidade e velhices: entre um bom e mau envelhecer. São Paulo: Vetor; 2006. p. 25-59. [Coleção gerontologia 3].

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Sarti CA. A assimetria no atendimento à saúde: quem é o "necessitado"? In: XXII Encontro Anual da ANPOCS; 1998, 27-31 Out; Caxambu, Minas Gerais.

- ____ CA. A velhice na família atual. *Acta Paul. Enfermagem*. 2001a; 14(2): 91-6.
- ____ CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*. 2001b; 10(1): 3-13.
- ____ CA. A observação etnográfica: relato de uma experiência. In: *O reconhecimento do Outro: uma busca de diálogo entre ciências humanas e ciências da saúde*. [Livre docência]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003a. p. 60-7.
- ____ CA. Ética, antropologia e pesquisa com seres humanos. In: *O reconhecimento do Outro: uma busca de diálogo entre ciências humanas e ciências da saúde*. [Livre docência]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003b. p. 83-95.
- ____ CA. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*. 2004; 15(3): 11-28.
- Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis: Rev. de saúde coletiva*. 2006; 16 (2): 167-83.
- Selltiz et al. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. Traduzido por Leite DM. São Paulo: EPU/EDUSP; 1975.
- Setllage CF. Transcendendo a velhice: criatividade, desenvolvimento e psicanálise na vida de uma centenária. Traduzido por Seincman M. *Boletim Pulsional*. 1997; X(101): 56-74.
- Simões M. Modos de morar: o que é morar? O que é moradia? De que maneira se vai morar. *Revista Kairós*. 2004; 7(1): 151-155.
- Souza ER, Minayo MCS, Ximenes LF, Deslandes SF. O Idoso sobre o olhar do outro. In: Minayo MCS, Coimbra Junior, CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 191-209.
- Texeira LC. Articulações entre Antropologia e Psicanálise: Mauss, Lévi-Strauss, Clastres e Freud. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. 2001 [acessado em set 2007]; (13): [cerca de 17p]. disponível em www.acheronta.org
- Veras RP. Prefácio. In: Minayo MCS, Coimbra Jr, CEA organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.9-10.
- Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*. 1987; 21(3): 225-33.
- Víctora CG, Knauth DR, Hassen MN. *A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo; 2000.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª ed. Traduzido por Grassi D. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Anexos

Anexo 1 – Roteiro das Entrevistas

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 – Ser velho e Ser idoso

Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP

Anexo 1 – Roteiro das entrevistas

Dados pessoais

Iniciais:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Sexo: Mulher () Homem ()

Situação familiar

Tem filhos?

Quantos?

Com quem mora?

Local de moradia:

Atividade exercida na instituição:

Sobre a atividade

- . Que atividades você exerce na instituição?
- . Como foi que você veio trabalhar aqui?
- . Você escolheu trabalhar cuidando de idosos?
- . Se sim por quê? Como foi esta escolha?
- . Que outros trabalhos você teve? O que você já fez antes?
- . De todos os trabalhos que você teve, qual você mais gostou?

Sobre significados de velhice e envelhecimento

- . Quando uma pessoa se torna velha?
- . Como é seu contato (ou a sua relação) com os idosos?
- . Você tem contato com idosos na sua família?
- . Você tem contato com idosos em seu cotidiano fora da instituição?
- . O que é ser velho para você?
- . Você se imagina velho? Como?
- . Quem você se imagina velho?

Sobre significados do cuidar

- . O que é cuidar para você?
- . Como se cuida de alguém?
- . Como é se sentir cuidado?
- . Você acha que se cuida?
- . Quem você acha que cuida bem de você?
- . Você acha que há uma diferença no cuidado com idosos?

A instituição e o morar

- . Por que você acha que os idosos vieram morar aqui?
- . O que você acha que muda na vida de um idoso quando ele vem morar aqui na instituição?
- . O que você considera importante para que um idoso morador se sinta em casa aqui na instituição?

Sobre o cuidar nesta instituição

- . Como é o seu contato (ou sua relação) com demais profissionais da instituição?
- . Do que você gosta neste trabalho?
- . Do que você não gosta? Alguma coisa te incomoda?
- . Se você pudesse mudar alguma coisa o que mudaria?
- . Pretende continuar trabalhando nesta área?
- . Se sim por quê?
- . Se não, o que o que gostaria de fazer?

Projeto de vida

- . Você alguma vez se imaginou nessa situação?
- . Você alguma vez imaginou alguém da sua família nessa situação?
- . Você acha que trabalhar com idosos aqui te fez pensar em seu futuro? Como?

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: O cuidado profissional ao idoso: estudo de caso numa instituição asilar no Município de São Paulo.

- O objetivo geral deste estudo é descrever e analisar as representações de velhice e envelhecimento para profissionais da saúde que trabalham com idosos em instituição asilar no município de São Paulo.
- O procedimento consiste na realização de entrevistas individuais com os profissionais, que serão agendadas previamente com aqueles que concordarem em participar. Estas serão gravadas e posteriormente transcritas.
- Não há benefício direto para o participante, pois se trata de estudo qualitativo que visa analisar as representações de cuidado para profissionais que trabalhem com idosos numa instituição asilar.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é a Natália Alves Barbieri que pode ser encontrada no endereço Rua Borges Lagoa, 1341 2º andar ou pelo telefone 5571-5000 r.205. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.
- É garantida a você:
 - a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na instituição;
 - o direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas somente pelo pesquisador, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante, estando garantida a privacidade e anonimato dos profissionais envolvidos;
 - o direito de ser mantido atualizado e informado sobre os resultados da pesquisa em todas as suas fases.
- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.
- O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O cuidado profissional ao idoso: estudo de caso numa instituição asilar no Município de São Paulo”.

Eu discuti com Natália Alves Barbieri sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante (?)

Data ___/___/___

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ___/___/___

Anexo 3 – Ser idoso ou ser velho?

Idoso é quem tem o privilégio de viver a longa vida; velho é quem perdeu a jovialidade.

A idade causa a degenerescência das células; a velhice causa a degenerescência do espírito.

Você é idoso quando sonha; você é velho quando apenas dorme.

Você é idoso quando ainda aprende; você é velho quando já nem ensina.

Você é idoso quando se exercita; você é velho quando somente descansa.

Você é idoso quando tem planos; você é velho quando só tem saudades.

Você é idoso quando curte o que lhe resta de vida; você é velho quando sofre o que o aproxima da morte.

Você é idoso quando indaga se vale a pena; você é velho quando, sem querer pensar, responde que não.

Você é idoso quando ainda sente amor; você é velho quando não sente nada mais do que ciúme e possessividade.

Para o idoso a vida se renova a cada dia que começa; para o velho a vida se acaba a cada noite que termina.

Para o idoso o dia de hoje é o primeiro do resto de sua vida; para o velho todos os dias parecem o último da longa jornada.

Para o idoso o calendário está repleto de amanhã; para o velho o calendário só tem ontens.

Enquanto o idoso tem os olhos postos no horizonte de onde o sol desponta; o velho tem a sua miopia voltada somente para as sombras do passado.

Enquanto as rugas do idoso são bonitas porque foram sulcadas pelo sorriso; as rugas dos velhos são feias porque foram vincadas pela amargura.

Enquanto o rosto do idoso se ilumina de esperança; o rosto do velho se apaga de desânimo.

Idoso e velho podem ter a mesma idade cronológica, mas têm idades diferentes no coração!
(...)

(De “Aprenda a curtir seus anos dourados”, de Jorge R. Nascimento)