

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA -IPUB
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

VICISSITUDES DO CUIDAR: Uma análise da preparação dos cuidadores de
idosos.

VIRGINIA LUCIA REIS MAFFIOLETTI

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde Mental.

Orientador: CRISTINA MARIA DOUAT LOYOLA
DOUTORA

RIO DE JANEIRO
Fevereiro /2004

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

VICISSITUDES DO CUIDAR: uma análise da preparação dos cuidadores de
idosos

VIRGINIA LUCIA REIS MAFFIOLETTI

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde Mental.

Aprovada por:

Cristina Maria Douat Loyola - Presidente
Doutora

João Ferreira da Silva Filho
Doutor

Anita Liberalesso Neri
Doutora

Rio de Janeiro
Fevereiro/2004

Maffioletti, Virgínia Lucia Reis.

(Vicissitudes do cuidar: uma análise da preparação dos cuidadores de idosos)/Virginia Lucia Reis Maffioletti. Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Psiquiatria, 2004.

(nº de páginas em romanos), (nº de páginas em arábicos)p.

Bibliografia: p.(nº da página inicial – nº da página final)

Orientador(a): Cristina Maria Douat Loyola

Dissertação (Mestrado)

Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB.

1. Cuidador; 2. Idoso; 3. Ética; 4. cuidar.

I.Vicissitudes do cuidar: uma análise da preparação dos cuidadores de idosos.

II. Dissertação Mestrado.

DEDICATÓRIA

À CARMINHA,

Por ter desejado a minha vida; pelo cuidado atento em todos os meus passos;

Por não ter desistido nos momentos difíceis;

Por ter semeado em meu coração a solidariedade, não apenas como um sentimento, mas, acima de tudo, como um compromisso;

Pela sua disponibilidade, porto seguro para as minhas angústias, terra para os meus sonhos;

Pela coragem de recomeçar, pelo desejo de amar;

Por existir, por resistir;

Pelo ar que respiro, pelos sonhos que me guiam, pela saudade que rompe a solidão;

Pela fertilidade do meu desejo, por sua presença;

Por seres uma razão, a inspiração, minha origem, minha referência, minha estrela guia, obrigada minha mãe.

A CLAUDIO, meu pai, por estar na origem do meu desejo;

LIZE e MAFFIA, pela parceria, pelo exemplo;

WILLY, meu companheiro, ILAN, MICHEL e DANTE meus filhos,

Por ampliarem os sentidos da minha vida e fortalecerem em mim o compromisso de contribuir para a construção de um mundo solidário regido pela ética da compaixão.

AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho não teria sido possível sem a ajuda generosa de tantos amigos. Em sua origem, a confiança e orientação de Sherrine Borges, o acolhimento da equipe do LAPEPS, a generosidade da professora Silvia Jardim, foram fundamentais. Ao longo do percurso tive a oportunidade de encontrar pessoas que me presentearam com sua solidariedade e generosidade intelectual abrindo novos horizontes reflexivos, redefinindo os destinos do meu trabalho: Ligia Costa Leite, Ana Elisa, Ângela e Henry, Paulo Bruck e as colegas Patrícia e Nilsete.

Aos coordenadores dos cursos estudados agradeço a confiança, o exemplo e a oportunidade de compartilhar reflexões e esperanças.

A Cristina Loyola agradeço o acolhimento, a confiança, a orientação precisa e delicada. Seu exemplo tem renovado em mim a esperança de um mundo mais solidário, e sua amizade e apoio tem sido uma referência decisiva em minha vida.

Agradeço a Sônia Mendes pela disponibilidade afetuosa, pela revisão rigorosa e carinhosa.

A toda a equipe do CDA, e em especial a Fortunée Nigri e Mariângela Aleixo, agradeço a parceria e a oportunidade de desbravar juntos o desafio de um trabalho clínico cotidiano, inspirado na compaixão pelo humano.

Aos meus pais, ao meu companheiro e aos meus filhos, agradeço a razão e inspiração.

RESUMO

Nos últimos anos a gerontologia, tendo como referência à cidadania, vem investindo na construção de uma nova mentalidade de acolhimento para a velhice, visando uma reformulação da rede assistencial e administrativa de forma a incluir uma assistência especializada e diferenciada para os velhos. A ênfase é dada na atenção familiar, no domicílio. Neste cenário o cuidador surge como um novo agente social de cuidados dando suporte cotidiano às famílias que têm recursos. O alto custo emocional e físico dessa função, tem mobilizado algumas agências não governamentais a oferecerem cursos de preparação visando instrumentalizar esse profissional. Este estudo traz uma reflexão sobre a preparação que vem sendo oferecida, tomando como referência dois cursos da cidade do Rio de Janeiro. Destacamos três objetivos em suas propostas: contribuir para uma assistência qualificada para os velhos - em especial os que se encontram enfermos e dependentes -, promover a inclusão de uma parcela da população que se encontra excluída do mercado de trabalho e aumentar a oferta de mão de obra qualificada e barata para dar apoio às famílias. Desta forma tornou-se objeto de nossa reflexão as teorias, pressupostos, conceitos e métodos utilizados pelos cursos, que nos levaram a problematizar algumas questões, quais sejam: as concepções de clínica diferenciada e clínica singularizada; a oposição entre cuidados invisíveis, cuidados visíveis e cuidados técnicos; a naturalização do cuidar como um valor em detrimento de um aprendizado técnico; a informalidade dos cursos diante da profissionalização dos alunos; o lugar ético do cuidador na equipe multidisciplinar; o idoso como valor e o velho como excluído; a visibilidade e a invisibilidade do velho enfermo e seu cuidador, principalmente os pertencentes as camadas mais desfavorecidas da população.

ABSTRACT

(deve apresentar a versão do resumo para o inglês).

LISTA DE SIGLAS

AVD	- Atividade de Vida Diária
AIVD	- atividade Instrumental de Vida diária
CDA	- Centro Dia para Pessoas com Alzheimer e outros Transtornos Mentais na velhice
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
IPUB	- Instituto de Psiquiatria
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MET	- Ministério do trabalho e Emprego
PFPT	- Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Entrevista semi-estruturada.

Anexo 2 - Projeto de Lei sobre Cuidados Domiciliar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01 - 19
CAPÍTULO UM	
Um estranho familiar	20 - 33
CAPÍTULO DOIS	
Uma estranha e invisível Pièta	34 - 57
CAPÍTULO TRÊS	
Curso Um: A teia do cuidado social	58 - 84
CAPÍTULO QUATRO	
Curso Dois: A trama do cuidado em saúde	85 - 111
CAPÍTULO CINCO	
• O cuidar ético e técnico	112 - 114
• O indivíduo como referência	115 - 125
• Individualidade, história de cuidados e caráter	126 - 133
• A homogeneização dos indivíduos	134 - 147
• O cuidar, seus sentidos e destinos como sendo diferente de técnica	148 - 159
• O cuidar como atributo natural do humano: um fator de inclusão e exclusão	160 - 170
• A preparação informal do cuidador	171 - 181
CONSIDERAÇÕES FINAIS	182 - 187
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188 - 193
ANEXOS	
• Anexo 1	194
• Anexo 2	195 - 196

Vicissitudes do Cuidar:
Uma análise da preparação dos cuidadores de idosos.

INTRODUÇÃO

***Precisamos nos reencontrar
com as questões básicas da humanidade.
Reencontrar com aqueles valores que
constituem o valor humano,
o sentido de nossa existência humana.
(Herbert de Souza)***

Este projeto é produto de uma prática clínica iniciada há nove anos. O trabalho clínico que então comecei foi motivado pelo fato de eu estar cativada pela problemática da velhice e seus efeitos sobre a subjetividade. Principei em um asilo do Rio de Janeiro, com uma oferta de escuta clínica a velhos muito velhos. Os destinos assumidos pela minha reflexão desde então seguem as questões que emergiram desse exercício de dar voz a esses sujeitos que, apesar de manterem mais ou menos vínculos com o mundo lá fora, encontravam-se dele afastados, excluídos de sua dinâmica, do seu funcionamento, do seu pulsar.

Talvez por ter começado pelo extremo do extremo, encontrei uma velhice que comporta em si o pior dos estereótipos negativos construídos sobre ela: incapacidade, dependência, doença, solidão, desamparo e morte. Um contexto justificador de uma rede de significações que bordejavam a fala dos velhos e de todos os integrantes da instituição, justificando identificações e intervenções que fomentavam respostas diversas.

Encontrando-me imersa na provocação suscitada pelas questões desse trabalho busquei conhecer matizes variados da experiência da velhice, acreditando que seriam tão diversos quanto os são os sujeitos. Seguindo esse caminho cursei a Especialização em Psicogeriatria, curso oferecido pelo Centro para Pessoas com Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice – (CDA), no Instituto de Psiquiatria – (IPUB), na UFRJ, o qual, com sua oferta de um serviço multidisciplinar, acrescido à diversidade da população assistida -

condições econômicas, sociais, orgânicas e, especialmente, mentais -, proporcionou-me um contato com diferentes formas de pensar e experienciar a velhice.

Debruçada sobre as questões do cuidar e os vários sentidos que lhe são atribuídos, encontrei-me intrigada com uma questão teórica que me parece central à análise das situações clínicas, em especial no cuidado a velhos, qual seja, a de que dizer e fazer nem sempre andam juntos. Busquei no Laboratório de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica (LAPEPS)* o espaço reflexivo propício para me aproximar das questões e impasses que perpassam a prática clínica e a formação de pessoas que oferecem seu tempo, suas palavras e seu corpo como instrumento terapêutico, cuidando, para além da doença, do sofrimento humano, no cotidiano, em suas rotinas mais básicas. Encontrei ali uma equipe envolvida em bem dizer aquilo que era sua prática enquanto enfermeiras psiquiatras, problematizando suas contradições, seus temores, seus saberes e suas lacunas. Foi ali, sob a luz exemplar da mestria da Professora Cristina Loyola, que pude desdobrar as sutilezas das questões que envolvem o desafio da prática educacional em saúde: formar pessoas que se dediquem e se disponham a oferecer o seu fazer como instrumento de inclusão. Condição fundamental a ser transmitida para os cuidadores, visando diminuir a distância entre o dizer e o fazer quando se trata de cuidar de velhos, respeitando seus direitos à autonomia, à independência e à diferença.

Atualmente, como psicóloga do CDA**, tenho tido a oportunidade de integrar a equipe multidisciplinar do Centro Dia - um dispositivo terapêutico -, que oferece um trabalho clínico através de oficinas, grupos e atendimentos individuais, para pessoas com demência e seus cuidadores. Esse contato com pacientes com diversos níveis de comprometimento e dependência e seus cuidadores tem contribuído para meu estudo, provocando novas questões e o desafio de construir uma clínica do cotidiano que possa acolher e dar um destino à complexidade de suas demandas.

* LAPEPS – Laboratório de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica, coordenado pela Professora Cristina Maria Douat Loyola – Financiado pelo CNPq.

** CDA – Centro para Pessoas com Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice – IPUB/UFRRJ.

A pregnância dos estereótipos anteriormente citados se fez notar, ao longo do meu percurso, nos discursos enunciados por pacientes, por profissionais - expressando o “preconceito científico” em relação à velhice -, assim como na bibliografia consultada, a qual, mesmo questionando-os, os repete subliminarmente (NERI, 1995; DOMINGUES, QUEIROZ, 2000; PAZ *et.al.*, 2000).

Este assunto foi um dos motes trabalhados na minha monografia de especialização, onde questioneei a sua contribuição para a produção das neuroses. Nela, através de uma acanhada incursão antropológica sobre os lugares ocupados pela velhice em algumas sociedades e épocas, e na bibliografia sobre o assunto, pude demarcar a partir de quando - na civilização ocidental - a velhice foi-se transformando em uma categoria socialmente construída, assim como as interpretações a ela associadas.

A velhice percebida como “o estranho” (FREUD, 1919) engendra mecanismos de exclusão (principalmente dos doentes e pobres), um fenômeno que foi chamado “A Conspiração do Silêncio” por Simone de Beauvoir (1990).

Atualmente uma dupla fala compõe o imaginário social: a velhice como a etapa das perdas, improdutividade, doença, solidão e proximidade da morte; e como a fase do aposentado ativo, do jovem da terceira idade, onde a idade avançada concorre para um momento de maior lucidez, maturidade, atividade e possibilidades, principalmente para as camadas médias assalariadas com novos padrões de aposentadoria. O ideal proposto é que nos tornemos idosos sem velhice, e com isso tentam apagar as cores sombrias que ameaçavam a todos, oferecendo em troca, a imagem de uma etapa pródiga em prazeres possíveis dantes inimagináveis. Essa dupla fala determina, obviamente, formas de acolhimento, abandono, exigências, mecanismos de inclusão e de exclusão, que interferem diretamente na qualidade do cuidado oferecido aos velhos (DEBERT, 1999).

A busca da imortalidade – ou da eterna juventude - que está presente desde os primórdios da humanidade, foi capturada pela ciência no final do século XIX e início do século XX e que vigora estilizada em nossos dias enquanto promessas da técnica e da engenharia genética, assim como a

negação da velhice que se expressa na própria forclusão do termo velho, considerado atualmente politicamente incorreto, são exemplos de que tudo continua igual como antigamente (RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2000).

Pavarini e Néri (2000. p. 53/54) comentam que:

Embora de modo algum possam ser apontados como os únicos determinantes dos conceitos e práticas sociais em relação aos idosos, os preconceitos científicos podem contribuir para a instauração de políticas discriminatórias no âmbito do trabalho, da educação e dos serviços de saúde. Os mais velhos estão mais sujeitos ao desemprego, tendem a receber menores salários e a ter menos oportunidades de treinamento. Muitas vezes lhes são negados recursos terapêuticos, com base na premissa de que, por causa da idade, não apresentam potencial de recuperação ou crescimento. No âmbito das instituições e da família, a vitimização dos idosos (isto é, vê-los como coitadinhos) contribui para que lhes seja oferecido um tratamento superprotetor que, em vez de ampliar-lhes as chances de autonomia e independência, transforma-os em seres cada vez mais dependentes.

No entanto, apesar de ter evidenciado assim a contribuição da cultura na tessitura inconsciente dos seus membros, pude notar que uma grande diferenciação se faz em relação à assunção ou rejeição pelos sujeitos dos estereótipos sociais e culturais que perpassam a velhice, assim como aos recursos psíquicos e à engenhosidade, muitas vezes surpreendentes, que eles encontram para justificar a vida, para dar sentido à existência, para querer viver ou morrer. Isso me leva à conclusão de que será sempre preciso manter uma disponibilidade para as sutilezas da experiência subjetiva de cada um, para os diferentes matizes e meios-tons. No entanto, algumas questões se fazem presentes nos discursos dos velhos e até mesmo daqueles que estão se aproximando da velhice.

Nesta dissertação de mestrado, pretendo abordar inicialmente uma destas questões que se depreende de uma fala comum à maioria dos velhos por mim escutados ainda não se encontravam dependentes do cuidado de um outro, tocando, talvez, num certo ponto nodal da experiência humana, isto é, quando estes, ao contemplarem a suposta terminalidade associada à velhice - pois, como todos nós, o velho tem a morte como possibilidade de sua existência,

mas, devido a faticidade do corpo, do mundo e das doenças que podem acompanhar sua velhice, essa possibilidade parece estar mais próxima -, se esmeravam em dizer:

"Eu não tenho medo da velhice nem da morte, eu tenho medo da dependência. A pior coisa é depender dos cuidados dos outros".

Talvez no coração deste enunciado encontre-se a impossibilidade de falar da própria morte – pois, como nos lembrou Freud (1915), no inconsciente não temos uma representação da morte per se -, mas ele nos remete, contudo, em suas associações a um registro de experiências de aniquilamento e fragmentação, que, segundo Jacques (1990), foram, possivelmente, vividas na infância e as quais carecem de elaboração, sendo associadas com a morte que se anuncia com a velhice.

Segundo Pavarini e Neri (2000), essa preocupação tem seu berço nas expectativas decorrentes de um contexto cultural no qual a autonomia e a independência são supervalorizadas e, conseqüentemente, a sua perda, que se acredita ser uma condição inevitável da velhice, superdeplorada.

A experiência de depender de alguém para sobreviver nos remete à nossa origem, nossa infância e, em gradações diferentes a todo o nosso percurso de vida, pois, de uma forma ou de outra, dependemos sempre de alguém. No entanto, a associação da velhice com a dependência e a perda da autonomia feita pelo senso comum e os diversos tipos de exclusão a que são submetidos aqueles que pelas contingências dependem de um outro, alimentada pelos preconceitos científicos com relação a essa etapa da vida, concorre para o incremento de atitudes negativas e o conseqüente temor de se chegar a ela.

A questão que orientou esta pesquisa definiu seus contornos na medida em que, em suas associações, os pacientes apresentavam um colorido mais intenso quando faziam referência à relação que se estabelecia entre eles e o cuidador¹, ou com a "equipe de saúde"² que os assistia. Relação esta que, por

¹ Tomei como referência a classificação de cuidador proposta pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS (2000), qual seja: Cuidador informal *é aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não é remunerado*. E seu perfil é: pessoas de ambos os sexos, pertencentes à família ou não, que têm idoso em casa e identificam-se com as atividades pertinentes. Cuidador profissional *é a pessoa que possui*

configurar freqüentemente a tão temida dependência, era vivida como ameaçadora, povoada de fantasmas, fonte de angústias. Essas falas, circulando entre o real e o imaginário, remetiam a uma experiência de desamparo, mas se referiam também, não raramente, às sevícias morais e físicas que os vitimavam.

É marcante a estranheza que constitui a ambiência desta relação, um vínculo que se inaugura, muitas vezes, à revelia do velho (determinado pela família, ou pela instituição, geralmente associada a uma imposição do real do corpo), em função de um estado de dependência e diminuição da autonomia decorrentes do próprio envelhecimento ou de patologias que o acompanham. A atmosfera deste encontro reproduz de forma inconsciente os estereótipos culturais associados à velhice - carregando-a de sentidos que maculam e ameaçam a integridade do sujeito -, os quais informam os atos e interpretações; mas também põe em jogo as questões nascidas da permeabilidade e delicadeza que constituem a fronteira entre o eu e o outro - tanto para o velho³ quanto para o cuidador. Limite que se vê abalado pela

educação formal com diploma conferido por instituição de ensino reconhecida em organismo oficial, e que presta assistência profissional ao idoso, à família e comunidade. Seu perfil: ter cursado o 3º grau e recebido treinamento específico em cuidado do idoso, em instituições oficialmente reconhecidas; Cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo o elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado. O perfil exigido é: ter cursado o 1º grau, ser maior de idade e submetido a treinamento específico, ministrado por instituição reconhecida. Ressaltamos as seguintes atribuições do cuidador formal, o qual é o profissional contemplado nesta dissertação, e que se refere de maneira geral à ajuda: nos hábitos da vida diária; nos exercícios físicos; no uso da medicação; na higiene pessoal; nos passeios; na atenção afetiva; e outros que essa atividade requiera.

² O grifo visa ressaltar que a chamada "equipe de saúde", não indica, necessariamente, que os profissionais possuam alguma formação técnica específica, comportando desde médicos e enfermeiros, a cuidadores formais.

³ Devo de início esclarecer que optei por utilizar o termo *Velho*, e não *idoso*, com o objetivo de melhor caracterizar o objeto de cuidados desse novo agente de saúde, o cuidador. Esta opção se deu por considerar, de um lado, que a designação *pessoa idosa* é uma atribuição feita a partir do registro do social, que redonda numa homogeneização das representações e experiências da velhice, autorizando modos específicos de gestão da mesma. *Pessoa idosa* remete a um anonimato que faz desaparecer o sujeito com sua história pessoal, suas particularidades e caráter (sobre esse assunto, consultar DEBERT, 1996); e de outro, seguindo o exemplo de Freud, por decidir dar preferência aos termos da linguagem popular que aludem às significações que expressam a intimidade da experiência e as associam aos conteúdos imaginários introjetados. *Velho* remete, no imaginário da nossa cultura, a idéias contraditórias, comportando desde o velho sábio, guardião das tradições a uma odiosa e temida verdade, nossa incompletude, a castração – algo temido e inesperado, ao mesmo tempo em que, sabido

intimidade de um contato cuja modulação parece depender fundamentalmente da articulação entre a atenção e a intenção do cuidar e os limites e possibilidades impostos pelos conflitos inconscientes acionados em cada um pela situação.

Lacan (1949) em seu texto sobre o estádio do espelho nos fala do nascimento do eu como sendo sustentado por uma imagem, um efeito que resulta do reconhecimento de estar sendo visto por um outro, momento fundante do qual resulta não apenas o nascimento do eu, mas como a outra face de uma mesma moeda, o nascimento do outro, da diferença. Um efeito que, sustentado por uma imagem integradora, possibilita uma organização projetiva de uma experiência corporal fragmentada, desarticulada, imatura, sustentada por um nome que a circunscreve e diferencia. Na velhice o real do corpo muitas vezes atualiza esta experiência de fragmentação e, com ela, o temor de encontrar no outro ou não, o olhar que suportará a integridade, o limite, a nomeação e o desejo necessário para continuar a existir.

Oscilantes na possibilidade de poder confiar em alguém, os pacientes sob meus cuidados que já se encontravam dependentes me permitiram adentrar em um universo onde o sentimento de desamparo os deixava em completa suspensão. Irreversivelmente dependentes do cuidado do outro, uma prótese humana necessária para que realizassem seus movimentos mais íntimos, mais necessários à sua sobrevivência e manutenção de um mínimo de dignidade, sentiam-se expostos, ao mesmo tempo, a uma profunda angústia diante da possibilidade de invasão deste outro que, muitas vezes - respaldado por um saber ou por aqueles que o contrataram -, assumia atitudes impositivas e imperativas que os infantilizava cerceando sua autonomia⁴. Uma condição imposta onde o seu querer não era mais próprio, era o querer daqueles que cuidavam deles, suas decisões não eram suas, e sim daqueles que julgavam

desde sempre, a finitude marcada irremediavelmente no real do corpo. *Velho* é como os meus pacientes se autodenominavam, para me dizerem de suas saudades, seus temores, seus sonhos e indignações.

⁴ Autonomia é entendida aqui como a capacidade de deliberar sobre a própria vida, rotina, etc. Um temor freqüente dos velhos que se encontram dependentes, quer por limitações físicas decorrentes de uma velhice muito avançada ou conseqüência de doenças, é de que os coloquem no lugar de quem não sabe o que diz, privando-os de sua autonomia, como se fossem "velhos gagás" (PAVARINI, NERI, 2000).

saber o que era melhor para eles. Uma sofrida desconstrução de si, na medida em que, transformados em meros objetos de cuidados, perdiam também o suporte necessário para a manutenção de sua subjetividade, isto é, o desejo do outro, enredados numa trama assistencial que os condenava a um silêncio de morte.

Muitas vezes, a falta de responsividade, as condutas agressivas, o fechamento em si que a equipe que os assistia denunciava, as quais eram justificadas como "rabugices da velhice", revelavam-se na análise como as únicas respostas encontradas por eles frente à impossibilidade de confrontar-se com o poder dos cuidadores, a exemplo do que Boemer (1986) identificou em sua pesquisa, no caso, sobre a relação da equipe de enfermagem com os pacientes terminais.

Observando o tratamento que estes pacientes recebiam, em alguns momentos, era possível identificar procedimentos fundamentados numa lógica fisiopatológica da velhice - capaz de naturalizar certos traços psicológicos e comportamentais -, indicando que os complexos inconscientes associados à velhice, enquanto produtos, também, do preconceito científico em relação a ela, contaminam as teorias e intervenções às quais os velhos são submetidos. Diante deste tratamento, o sujeito que, em sua rebeldia, insistia em preservar sua força e poder decisório, recebia rapidamente a denominação de "difícil, rebelde, agressivo, etc." e, como consequência, sofria um afastamento da equipe, já que ele não correspondia às expectativas sugeridas pelo próprio termo "paciente".

A exacerbação do desamparo que se configurava fazia com que o discurso do silêncio fosse o meio de recuperar ao mesmo tempo seu querer, mantendo-se alienado do discurso da equipe que, por sua vez, o tinha passivo, aparentemente assujeitado a suas intervenções. Na verdade, não era com a sua passividade que a equipe contava, mas com sua alienação, a qual era aceita e justificada como compatível com o estado físico e com a velhice, "caduquice".

Pavarini e Neri (2000, p. 56/57) ao apresentarem os dados e a análise da pesquisa feita por Pavarini em ambiente institucional, investigando as relações

entre os padrões de cuidado predominantes nas instituições e a dependência e a autonomia dos velhos, referem que os dados apontaram para a supremacia do padrão de manutenção da dependência, que eles relacionaram com alguns aspectos, dentre eles:

(...) a vigência do conceito de cuidar como sinônimo de fazer pelo idoso e a orientação filantrópica (...) o cuidador diz agir no interesse dos idosos, mas na verdade os trata como crianças pequenas, negando-lhes oportunidade para fazer escolhas, ou seja, o direito à autonomia.

Por sua vez, eles advertem que esse padrão encontrado não nos autoriza a ver o velho como uma vítima passiva, ao contrário, eles adotam formas de comportamento infantis, tornam-se exigentes e queixosos, ou demonstram passividade e negação, enquanto formas de controle secundário, garantindo ganhos como alívio, proteção, atenção. E Concluem que os dados sugeriram, dentre outras coisas, estarem associados com *o sistema de atitudes e de crenças compartilhadas pelas atendentes, pelos funcionários da instituição e pelos próprios idosos* (PAVARINI, NERI, 2000, p.58).

Do outro extremo deste impasse, nasceu o outro viés que aumentou minha curiosidade em investigar esse assunto, a demanda de alguns cuidadores que trabalhavam com esses pacientes, de uma escuta terapêutica, uma espécie de supervisão, onde pudessem expor as angústias que os acometiam, nascidas da complexidade da sua função, do seu confronto com a velhice, com o sujeito que assistiam, com a família e a instituição, e sua própria falta de recursos teóricos e técnicos para manejar certas situações.

No diálogo que estabelecíamos - pois, para alguns casos, é sempre necessária uma certa mediação que circunscreva limites, desejos e possibilidades -, alguns deles diziam que não procuraram a especialidade por gostar, mas sim para garantir uma rápida absorção em um mercado de trabalho que oferecia uma remuneração e status melhor do que os destinados ao trabalho doméstico e, ao mesmo tempo, não exigia uma qualificação específica, pelo menos até o momento.

Paradoxalmente, apesar da pouca qualificação exigida para a ocupação da função, as exigências e responsabilidades que lhes era atribuída revelaram-se muito além das suas expectativas, tendo como condição implícita o empuxo a um trabalho com as próprias disponibilidades internas, semelhante ao trabalho da enfermagem psiquiátrica. Um trabalho muitas vezes penoso para quem o exerce, caracterizado por uma permanência cotidiana ao lado do velho, durante os sete dias da semana - com folgas semanais -; acolhendo demandas variadas vindas não apenas do velho, mas também, da família, da instituição, da equipe clínica, etc. Em casos mais extremos, tinham que trabalhar em um sistema de revezamento com outros colegas, seguindo o regime de plantões de 24 horas, o que dificultava o estabelecimento de um vínculo com o paciente e comprometia a perspectiva terapêutica dessa assistência. Este revezamento fomentava, em alguns casos, a construção de uma rede de intrigas que envolvia e penalizava a todos.

Algumas questões como a organização da sua vida particular, o cansaço, a responsabilidade de dar conta das prescrições médicas, o estado de vigilância que é exigido para detectar intercorrências clínicas - para as quais não se sentiam preparados -, alterações do estado físico e psíquico, enfim, uma dinâmica que esgota as resistências do sujeito, eram referidas em suas queixas.

Esse despreparo emocional e técnico, assim como o desgaste decorrente da própria atividade que eles me reportavam encontra eco na literatura sobre o assunto e denunciam a pouca familiaridade da sociedade contemporânea com a velhice, a doença e a morte (MENDES, 1998; GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000).

Alguns estudos realizados com cuidadores de velhos, especialmente quando os pacientes eram portadores de doenças invalidantes ou demências, ao investigar a saúde mental dos cuidadores, informaram altos níveis de depressão e ansiedade (MORRIS *et. al.* 1988). Vale considerar as diferenças nestas conseqüências em função de se tratar de um cuidador formal ou informal (CALDAS, 1998).

O trabalho do cuidador está imerso em um alto nível de tensão uma vez que é colocado pela família no lugar daquele que deverá zelar pela vida do seu ente querido, muitas vezes apaziguando seus membros da culpa pela impossibilidade de fazê-lo eles próprios. Seu trabalho, além de confrontá-lo com a possibilidade do sofrimento e da morte, envolve tarefas que são desagradáveis, provocam reações de repugnância e medo; um contato físico íntimo que pode provocar desejos e impulsos eróticos, os quais podem ser difíceis de controlar; um contexto povoado de sentimentos ambíguos de pena, compaixão, amor, culpa, aversão, ressentimento.

Diante disto, fez-se objeto de nossa investigação a questão que norteia este trabalho: como vem sendo a preparação dos cuidadores de idosos, quais os recursos de que estes sujeitos lançam mão, já que o cuidador carrega todo o impacto imediato e concentrado do cuidado do velho.

O objetivo inicial foi conhecer o perfil dos cursos de preparação de cuidadores, trazendo uma reflexão sobre o lugar ético do cuidador construído por eles e analisando suas implicações para o cuidado e para a formação de uma rede assistencial capaz de assistir a uma parcela mais abrangente de velhos dependentes em uma área metropolitana no Brasil, no caso, o Rio de Janeiro.

Essa pesquisa deveria permitir identificar o perfil dos cursos que se propõem preparar cuidadores para assistir pessoas velhas com variados graus de dependência e comprometimento da autonomia, considerando seus programas, práticas didáticas e metodológicas, objetivos, representações sobre o cuidar e a velhice, e realizando-se também um levantamento sóciodemográfico da população que procura esses cursos. Esperávamos obter dados que nos permitissem tecer considerações sobre o impacto desses cursos na assistência aos velhos, às famílias e à sociedade como um todo.

Tomamos como fontes da pesquisa dois cursos de preparação para cuidadores de idosos da cidade do Rio de Janeiro, pelos quais nos foi dado o consentimento livre e esclarecido autorizando a pesquisa, assinado tanto pelos coordenadores dos cursos, quanto pelas chefias a que estão subordinados nas instituições.

A escolha dos cursos se deu por estarem entre os mais antigos na cidade do Rio de Janeiro, por manterem uma regularidade na oferta do curso - uma média de três turmas por ano, totalizando uma carga de 60 e 36 horas/aula, respectivamente -, pelo contingente de profissionais que já estão atuando no mercado respaldados em seus ensinamentos, por contarem com uma equipe de professores multidisciplinar e por serem ambos, a nosso ver, paradigmáticos:

1. O primeiro curso (que será chamado Curso Um ao longo deste trabalho) passou a ser oferecido por uma empresa mista (estatal e privada) a partir da identificação de uma crescente demanda de cuidadores à previdência privada da empresa por parte dos seus associados, aposentados ou não, e seus respectivos dependentes. A iniciativa da oferta do curso surgiu da parceria entre uma Associação de Gerontologia com o Comitê da Cidadania da empresa, o qual tinha como propósito uma intervenção social que possibilitasse a inclusão de parcelas da população excluídas do mercado de trabalho, articulando nesses termos duas demandas: a oferta de mão de obra “qualificada” para dar suporte aos velhos e suas famílias, e a inclusão social de um contingente de pessoas de classe social desfavorecida, qualificando-as para atender a uma demanda do mercado. O cuidador tornou-se uma modalidade de assistência incluída, posteriormente, como um dos benefícios oferecidos pela previdência da empresa. Desde então, a partir de um cadastro de cuidadores formado pelos seus alunos para atender a demanda interna e da comunidade em geral, esse curso tornou-se referência para outras empresas. É um curso gratuito, cuja repercussão de sua intervenção social tem sido reconhecida pela comunidade. Atualmente a demanda crescente por cuidadores, torna-a uma das modalidades de assistência mais solicitadas à fundação previdenciária da empresa.

2. O segundo curso (que será chamado Curso Dois) era oferecido em parceria por uma Associação de Familiares de Idosos Dependentes com uma clínica de saúde privada. Surgiu a partir da demanda das famílias associadas e da necessidade de qualificar a mão de obra que trabalhava na clínica. Contava com a contribuição do relato de experiência de cuidadores informais (familiares) de pessoas portadoras de demência como parte do currículo, qualificando dessa forma o saber produzido pelos impasses da convivência cotidiana com pacientes de alta dependência. Era um curso gratuito para os familiares que queriam se instrumentalizar, e pago para pessoas da comunidade que quisessem se profissionalizar. Ao término do curso, era oferecido um estágio supervisionado que se realizava na própria clínica, para os alunos que tivessem interesse. A parceria entre as instituições que promoviam esse curso foi desfeita no início do ano de 2003.

A adesão dos cursos à pesquisa se deu sem maiores problemas, apesar de ter sido necessário manejar algumas resistências.

Para um dos cursos a proposta da pesquisa foi facilmente acolhida por todos os coordenadores, pois era percebida como um reconhecimento do trabalho que vinham realizando, sendo posto à minha disposição todo o material didático e teórico utilizado, assim como fontes sobre a história do curso e os dados do cadastro dos alunos.

Para o outro, a informação da minha instituição de origem suscitou reservas por parte de alguns coordenadores que tinham críticas à contribuição da academia, uma certa rivalidade com o saber médico, uma reivindicação de reconhecimento de primazia frente a outros cursos do mercado, além do temor de que o meu interesse fosse o de me apropriar do saber deles para posteriormente copiá-los oferecendo um novo curso. Expressaram, também, um lamento pela falta de interlocução entre as diversas agências, e agenciadores do campo da gerontologia. Conseqüentemente, para ter acesso ao material didático eu tive que comprá-lo. Progressivamente essa resistência foi se diluindo e dando lugar a uma disponibilidade para o contato,

permanecendo apenas por parte de um dos coordenadores, só que transformada em interesse de ver seu trabalho sendo divulgado e reconhecido.

Alertada pela experiência psicanalítica de que o amor impõe resistências tão empedernidas quanto o ódio, e pela exigência de “neutralidade” científica, permaneci atenta para não me deixar levar pelas resistências que cada uma das atitudes provocava em mim. Isso me possibilitou um certo distanciamento para observar e me surpreender em vários momentos com ambos os cursos. Pude observar quando seus discursos sofriam adaptações, buscando corresponder ao que pensavam que eu queria ouvir, e momentos em que se mostravam mais autênticos.

Durante os contatos para coleta de dados referentes às histórias dos cursos, o cadastro dos alunos ou das fichas de inscrição, e no momento da entrevista, entre informações e desabafos, houve reflexões sobre o papel do cuidador e dos cursos na melhoria da assistência e na inclusão do velho dependente, e sobre o pouco empenho governamental em assumir seu papel como gestor - tanto do processo de construção dessa nova categoria, quanto de prover uma rede de assistência efetiva aos velhos e suas famílias. Esses momentos de interlocução foram inevitáveis para manejar as resistências, mesmo sob o risco de comprometer o alcance dos objetivos da pesquisa, e se revelaram ricos, pois me permitiram uma aproximação dos pontos de vista, às vezes divergentes, dos coordenadores de cada curso, dos impasses e obstáculos encontrados ao longo das histórias dos cursos, na constituição das equipes, na proposta dos programas, etc.

Ao longo da pesquisa os contatos se tornaram mais receptivos progressivamente, melhorando a interação. Os coordenadores, na grande maioria, falavam sem apreensão, demonstrando ter-se estabelecido um clima de confiança que permitia uma maior liberdade para a expressão de sentimentos e relatos das motivações particulares do compromisso de cada um com a causa da velhice.

No último contato estabelecido com esses coordenadores, após a entrevista, eles se mostraram agradecidos pela oportunidade de refletir sobre o próprio trabalho, o que lhes permitiu fazer uma auto-avaliação e vislumbrar

novas perspectivas, configurando para eles um benefício imediato advindo da participação na pesquisa. Via de regra, pude observar por parte dos coordenadores uma progressiva apropriação mais reflexiva e crítica em relação ao trabalho que realizavam.

A escolha da metodologia qualitativa como referência para a estruturação da pesquisa, a coleta da maioria dos dados e a análise do material se deu por considerá-la a mais apropriada, já que o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e cultural. Os métodos de coleta de dados próprios dessa perspectiva metodológica pareceram-me os mais sensíveis para me informar sobre as atitudes, motivos, pressupostos, ambigüidades, atribuição de sentidos às categorias velhice e cuidar, assim como dados psicológicos que reprimidos ou não se articulam discursivamente e circunscrevem os pilares da construção dessa nova categoria; sobre a forma como os cursos tentavam dar conta do despreparo técnico e emocional dos cuidadores, referidos na literatura; sobre o impacto que os cursos pretendiam ter sobre os sujeitos e suas carreiras, e como este objetivo transparece na organização do curso e suas opções metodológicas; e sobre os aspectos identificados como relevantes para a performance do cuidador (MINAYO, 1999; BECKER, 1999).

No entanto, recorri também à metodologia quantitativa para a construção do perfil sócio-demográfico da população que procura estes cursos, dando um pequeno tratamento estatístico em termos percentuais a categorias como gênero, idade, procedência, escolaridade e profissão, de forma a ilustrar e enriquecer a análise.

Como métodos qualitativos de coleta de dados adotei os seguintes procedimentos:

1. Tomei os programas, currículos, apostilas e referências bibliográficas enquanto fontes documentais;
2. Realizei a gravação de algumas aulas ministradas na última turma do curso no ano de 2002, privilegiando aquelas ministradas pelos respectivos coordenadores, o que configurou um total de 27 horas de gravação, transcritas por mim;

3. Fiz um diário de campo foram registradas as observações feitas em todos os contatos com os coordenadores e durante as aulas assistidas, pontuando eventuais contradições entre o discurso e as atitudes assumidas na prática frente aos alunos e à própria pesquisa;
4. realizei uma entrevista semi-estruturada - anexo 1 - com os coordenadores dos cursos, a qual foi elaborada contando com os subsídios obtidos na análise do material coletado, visando aumentar o conhecimento sobre o objeto e facilitar a identificação de possíveis contradições entre o discurso programado dos escritos e aulas, e aquele que se revela no diálogo, quando nos aproximamos da perspectiva dos sujeitos, dos significados que eles atribuem à realidade, e de suas motivações. Fez-se um total de cinco entrevistas, sendo duas com coordenadores de um curso e três com coordenadores do outro, o que totalizou 9 horas de entrevista gravadas e transcritas por mim. A ênfase sobre a figura dos coordenadores se deu não apenas por serem os mentores dos cursos, mas por se fazerem atuantes em sala de aula e frente às suas respectivas equipes, norteando com seus estilos o trabalho.

Na análise segui o procedimento utilizado em pesquisas qualitativas, no qual as grandes massas de dados são agrupadas em unidades menores e, em seguida, ordenadas em categorias e unidades básicas descritivas que se relacionam entre si de forma a ressaltar padrões, semelhanças e diferenças, repetições, ausências, temas e conceitos. Foi feita uma triangulação dos dados observados: no diário de campo, na análise do conteúdo do material escrito, do texto das gravações, e das entrevistas. Primeiramente fez-se uma análise de cada curso em separado e depois um cruzamento das observações dos dois cursos. As categorias identificadas foram observadas e discutidas nos dois cursos. Na interpretação busquei atribuir significados à análise, explicando padrões encontrados e procurando relacionamentos entre as dimensões descritivas. Em seguida os achados foram analisados à luz de um exame

detalhado da literatura que traz reflexões acerca dos aspectos encontrados e suas conseqüências para o cuidar (MAZZOTTI, GEWANDSZNAJDER, 1999).

Os dados obtidos através do perfil sócio-demográfico também fundamentaram a construção da entrevista, tendo sido solicitado que os coordenadores comentassem o perfil identificado, contribuindo assim para dar visibilidade aos ideais, ideologias, valores, ambigüidades e interesses que circunscrevem as propostas dos cursos.

Apesar de ter na psicanálise o campo teórico e técnico que me inspira e orienta na minha prática profissional, neste trabalho não a tomei como referencial único de análise e interpretação dos dados, contudo ela comparece dando um certo alinhavo em vários momentos. Optei por recorrer com certa liberdade a diversos autores de campos distintos, porém vizinhos como a antropologia, a psicologia, a psiquiatria, o serviço social e outros, que me pareceram mais apropriados e enriquecedores para a reflexão a que me propus.

Este trabalho foi organizado considerando que a montagem de programas para assistir os velhos deve se respaldar em pesquisas que levem em conta a heterogeneidade da estrutura social, econômica e demográfica em que se inserem os diferentes grupos de velhos e seus cuidadores, os quais também apresentam características diversas, refletindo todo o contraste econômico e a desigualdade social (VERAS, 1988; VERAS, DUTRA, 1993).

No primeiro capítulo faço uma contextualização da necessidade de preparação dos cuidadores formais dentro do atual processo de visibilidade da velhice decorrente da transição demográfica e epidemiológica, localizando o surgimento dessa nova profissão dentro das diretrizes propostas pela gerontologia, considerando os impasses da assistência à velhice relacionados ao imaginário social, e os lugares reservados ao velho que apresenta comprometimentos na independência e na autonomia.

No segundo, busco circunscrever quem é o cuidador apresentado na literatura e quais as demandas e os impasses que permeiam o surgimento de sua atividade como profissão, quais as dificuldades relacionadas a essa prática

e as propostas encaminhadas pelas agências governamentais e não governamentais.

No terceiro e quarto, apresento em linhas gerais o Curso Um e o Curso Dois, respectivamente: um pequeno histórico, suas fontes motivacionais, a proposta, o programa, os conceitos e valores em que se baseiam, a constituição da equipe, os objetivos e resultados alcançados, o perfil sócio-demográfico dos alunos das quatro últimas turmas e o comentário dos coordenadores sobre ele. Procuro ressaltar nesta apresentação os dados que informaram as categorias que serão analisadas posteriormente.

No quinto capítulo desdubro a minha análise através das seguintes categorias: o indivíduo como referência; individualidade, história de cuidados e caráter; a homogeneização dos indivíduos; o cuidar, seus sentidos e destinos como sendo diferente de técnica; o cuidar como um atributo natural do humano: um fator de inclusão e exclusão; e por último a profissionalização informal do cuidador.

Para finalizar apresento algumas considerações, com o objetivo de trazer contribuições à construção dessa categoria profissional e, principalmente para a qualidade da assistência oferecida aos velhos que dependem do cuidado de um outro.

É neste momento em que o Brasil se dá conta do envelhecimento de sua população e busca encontrar caminhos possíveis para prestar uma assistência eficiente aos seus velhos e famílias, que encontra seu sentido o questionamento das formas discriminatórias de exclusão social dessa parcela da população, em especial daqueles que se encontram dependentes de cuidados especiais. Da mesma forma, diante da falência do sistema de saúde, jurídico e repressivo na atenção a este grupo, a preocupação de contribuir para a formação de “pessoas que se importem” e se envolvam como agentes promovedores da saúde e da inclusão social, ganha força.

Estudos que revelem quem são as pessoas que se dispõem a cuidar de velhos dependentes, quais os recursos de que lançam mão para exercer este cuidado e como têm acesso a eles são importantes para que possamos

conhecer melhor esse profissional e poder contribuir para sua qualificação, ressaltando a importância de estudar os discursos que informam essa nova tecnologia, que orientam suas escolhas, procedimentos clínicos e atitudes, por considerar que eles são determinantes da qualidade do cuidado oferecido (KARSCH, 1998; KALACHE, 1998; MENDES, 1998; GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000; BRÊTAS, YOSHITOME, 2000).

Considero que esse deve ser o primeiro passo para iniciar um programa de orientação de cuidados comunitários, subsidiando a montagem de programas capazes de aproveitar os recursos das comunidades, e políticas de apoio ao cuidador e, conseqüentemente, ao velho e sua família. Partimos da consideração de que o cuidador surge como um novo agente de saúde, que pode assistir não apenas os velhos que podem pagar, mas ir ao encontro da proposição da Política Nacional do Idoso, no sentido de viabilizar a ampliação da assistência, atingindo as camadas desprivilegiadas da população envelhecida.

CAPÍTULO UM

UM ESTRANHO FAMILIAR

*Em verdade, em verdade, te digo: quando eras
mais moço, cingias-te e andavas aonde querias.
Mas, quando fores velho, estenderás as tuas mãos e outro
te cingirá e te levará para onde não queres
(evangelho de São João 21,18).*

A experiência do desamparo, o desassossego humano em relação a uma existência que pouco dá e tudo exige, sempre impulsionou o homem a refletir sobre sua existência e a encontrar soluções para os desafios que a vida lhe impôs. A busca de explicações e a necessidade de produzir recursos que o amparassem têm revelado seu ilimitado potencial criativo e adaptativo (FREUD, 1913).

A ciência, a religião, a moralidade, a justiça, a filosofia, a família e outras instituições são exemplos dos esforços para integrar, metabolizar, controlar e superar o caráter inapreensível dos limites cruciais da vida. Exemplos de um trabalho psíquico, ao nível da coletividade, de construção de sentidos e conservação da identidade. Instituições nas quais, frente ao desamparo, nelas buscariam asilo, fazendo-as mediadoras entre ele e as vicissitudes da vida (RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2001).

A cronologização da existência, assim como os esforços empreendidos pelo homem ocidental em sua tentativa de desvendar a verdade sobre a velhice ou de circunscrevê-la biológica, psicológica e socialmente, podem ser entendidos como a realização de um trabalho frente a uma situação fronteiriça, que frustra suas expectativas e não corresponde aos ideais e ilusões nos quais ancora suas possibilidades de satisfação, e cuja estranheza deseja recobrir com teorias.

O envelhecimento da população mundial que hoje se observa é um exemplo do sucesso desses esforços e traz, conseqüentemente, novos desafios, dentre os quais o de garantir a dignidade da vida ao longo dos anos, de forma que o aumento dos anos de vida seja percebido como uma conquista e não um tormento.

Nas últimas décadas, observamos que a velhice vem ganhando visibilidade. A produção gerontológica associada a uma visão epidemiológica tem divulgado a transição demográfica – um progressivo envelhecimento populacional evidenciado a nível mundial, o que significa dizer que tem sido registrado um percentual maior de velhos na pirâmide populacional e, também, um aumento do tempo em que estes permanecem no nosso convívio. No Brasil, *considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade*, as projeções indicam que nos próximos 20 anos a população idosa poderá exceder a 30 milhões de pessoas ao final desse período, chegando a representar 13% da população (PEREIRA, CURIONI, VERAS, 2003. p. 46). Conseqüentemente observa-se também uma transição epidemiológica – uma maior freqüência de doenças crônico-degenerativas, perdas funcionais diversas devidas ao próprio envelhecimento ou decorrentes da presença de patologias, maiores índices de comorbidades e uma maior freqüência de condições de dependência prolongada e irreversível (DUARTE, DIOGO, 2000).

Se buscarmos na história um certo berço para esses fatos, da velhice desamparada, saberemos que já privou com a loucura da companhia de marginais e miseráveis, tanto nas errantes naus sem porto da Idade Média, quanto nos primeiros asilos, que a todos juntava como um só e mesmo lixo. Tempos depois, ao velho despossuído, incapacitado, inapto para o trabalho, impossibilitado frente ao cumprimento dos deveres básicos de cidadania, foi destinado um tipo de prática institucional, filantrópica, que se constituiria posteriormente nos asilos só para a velhice (FOUCAULT, 1978; BEAUVOIR, 1990; LEME, 1996; MAFFIOLETTI, RIBEIRO, ROCHA, 1999).

Já no final do século XVIII, início do XIX, os homens, inspirados em idéias e crenças no desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas relações, transformaram a indigência, a miséria e a doença em problemas sociais. Ao mesmo tempo, e a partir de uma estratégia biopolítica que se apropriava do corpo enquanto força de trabalho socializado e exercia controle sobre a vida do indivíduo, a população de velhos tornou-se um estorvo para os ideais da

sociedade, pela “improdutividade” e pela demanda de gastos com cuidados e assistência médica.

Desde então, por ocupar no imaginário um lugar de derrocada, finitude, morte, o estudo da velhice e do processo de envelhecimento guarda a ambição de alcançar novos conhecimentos sobre como não se chegar a ela ou, então, como fazê-lo de maneira menos inglória, mais satisfatória. Construiu-se um novo ideal: envelhecer sem velhice (BEAUVOIR, 1990; GROISMAN, 1998).

O alto custo financeiro que a assistência a essa população implica, ainda hoje, para o sistema de saúde das nações, tem determinado a atual visibilidade da velhice através de uma série de investimentos em pesquisas que possam embasar programas de assistência a esse segmento populacional. No entanto, segundo Kalache (1998, p. 10):

(...) Quando tais necessidades são apresentadas às autoridades de saúde, em países ainda às voltas com outros problemas sociais, elas encontram, com frequência, respostas inadequadas. O resultado se traduz em políticas incoerentes, tornando-se impossível enfrentar eficazmente o desafio do rápido envelhecimento de suas populações. As conseqüências são graves. Ao invés de encarar-se o envelhecimento como uma grande conquista individual e social, (...), passa-se a abordá-lo como um “problema”, uma maré avassaladora que nos vai engolir a todos. Não o é – desde que tenhamos as políticas adequadas para responder ao desafio. Há que reinventar a sociedade para que juntos, todos, possamos celebrar essa grande conquista do século XX que tornou o envelhecimento uma possibilidade para a maioria, em vez do privilégio que era num passado ainda recente.

O envelhecimento, transformado em questão social, vem sendo percebido como uma ameaça para a ordem social na medida que ele implica, dentre outras coisas, um progressivo aumento das classes dependentes e marginalizadas, sendo portador da mensagem de que algo não vai bem no social. Muitos trabalhos que se dedicam à análise da situação social do velho tendem a sobrepôr à velhice os fardos do subdesenvolvimento ou das contradições do modo de vida das sociedades capitalistas. Promovem a idéia de que a experiência da velhice seria igual e comum a todos,

independentemente da situação cultural, sócioeconômica, familiar, psicológica, ou mesmo de gênero e raça (DEBERT, 1999).

Na verdade, os velhos se tornaram mensageiros de uma série de reivindicações que, apesar de os penalizar também, transcendem a velhice em si e se estendem, de acordo com os direitos humanos, a toda a humanidade.

As respostas sociais ao envelhecimento populacional em países como o Brasil estão longe de aproximar-se de soluções razoáveis para a vida do velho, principalmente o doente, pobre e desamparado, aquele que fica no outro extremo da corda da chamada terceira idade, a qual tem ainda vigor e poder aquisitivo. Resta-lhes a “reprivatização da velhice”, que volta a ser uma responsabilidade individual e da família (DEBERT, 1999).

Nesta perspectiva os estudos sobre o imaginário social têm apontado uma dupla fala, a qual engendra uma mentalidade determinante de um processo de exclusão e violência no qual os velhos se vêm enredados cotidianamente, principalmente aqueles que se encontram doentes e/ou dependentes. Por um lado, um conjunto de representações e significações estereotipadas vê a velhice como uma etapa de perdas, solidão, improdutividade, doenças e proximidade da morte; e por outro, constrói-se um novo discurso no qual o velho aparece como o jovem da terceira idade, sendo a velhice um momento de maior lucidez, atividade e possibilidades.

De acordo com Debert (1996), tratar da velhice no Brasil exige atenção ao duplo movimento que acompanha a sua transformação em uma preocupação social. O idoso divulgado pela mídia é um ser participante, lúcido, ativo, cujo único desafio é buscar a sua realização pessoal, e que se encontra pronto para viver um dos momentos mais felizes de sua vida. Por outro lado, neste contexto de massa, traçar o perfil do velho como vítima privilegiada da miséria foi uma perspectiva fundamental para dar-lhes visibilidade e sensibilizar a sociedade brasileira para a problemática do envelhecimento. Era preciso estabelecer laços simbólicos capazes de demonstrar uma identidade entre indivíduos que, apesar de heterogêneos, precisavam agrupar-se para assumir a cena como ator político.

Seguindo uma outra perspectiva histórica, alguns estudiosos afirmam que todos os problemas sociais da velhice são decorrentes do processo de modernização. Essa teoria ressalta as conseqüências da transformação da organização do trabalho, a urbanização, o surgimento da família nuclear, a educação de massa e a crise geracional como provocadores do processo de marginalização sofrido pelos velhos do novo século (DOMINGUES, QUEIROZ, 2000; PAZ, *et. al.*, 2000).

Com esta perspectiva alimentam a idéia de que a manutenção das estruturas tradicionais de família garantiria aos velhos a necessária inserção social e proteção econômica. As intervenções assumem, assim, a característica de promover o aumento da rede social e uma ênfase na manutenção dos velhos no ambiente familiar (HADDAD, 1986; FELGAR, 1998), o que, em nível de Brasil, segue o estabelecido na Constituição Federal de 1988 que dispôs no art. 230 (SÉGUIN, 1999, p. 9 /15):

Art. 230 – A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida.

1º - os programas de amparo aos idosos serão executados preferentemente em seus lares.

Assim como é previsto na nossa Lei Substantiva do Código Civil o dever de alimentar recíproco entre pais e filhos. Estes têm o dever de prover,

No caso de pais que, na velhice, carência ou enfermidade, ficaram sem condições de prover o próprio sustento, principalmente quando se despojaram de bens em favor da prole, cabem, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes o dever de ajudá-los e ampará-los, com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas (art. 399, parágrafo único).

Por esta razão a família compõe, atualmente, o tripé – educação, trabalho e família -, no qual se assentam as idéias, noções, valores e normas, isto é, o conjunto de representações sobre a velhice formuladas pela ciência gerontológica, configurando um modelo de existência e de assistência que

deverá ser utilizado pelo velho para relacionar-se com seu corpo, com os outros homens e com a vida.

Os resultados do último censo (2000) revelaram que, no Brasil, a maior parte dos velhos reside com a família. A institucionalização é um último recurso e não se dá sem culpas, a não ser para aqueles cujo desamparo de uma rede social, incluindo a família, o coloca em condição de risco social. A institucionalização, por sua vez, não implica, necessariamente, a diminuição do risco social, podendo ser um agravante deste (CAMARANO, 2000).

A literatura sobre o assunto coloca que essa direção aponta para uma mudança no paradigma assistencial, na medida em que o cuidado aos pacientes crônicos, assim como a preocupação com o conforto e privacidade do cliente substitui o privilégio dado, anteriormente, aos problemas agudos e à hospitalização (DUARTE, DIOGO, 2000).

Esta orientação no sentido do acolhimento familiar aos velhos vai ao encontro das expectativas destes apontadas nas pesquisas e em resposta às seguintes demandas dentre outras (DUARTE, DIOGO, 2000, p. 4):

Individualização da assistência prestada e a conseqüente diminuição das iatrogenias assistivas; Possibilidade de o cliente/família manterem maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde; desenvolvimento de uma parceria entre os provedores de saúde e o cliente/família no alcance das metas estabelecidas para a assistência; diminuição dos custos quando comparadas intervenções equivalentes entre domicílio e hospital.

A permanência dos velhos na família também vem sendo reforçada pelas freqüentes denúncias da forma desumana como têm sido tratados aqueles que encontram-se asilados em casas e clínicas geriátricas filantrópicas ou conveniadas com o SUS, cujo número de óbitos, violência e maus tratos tem provocado a indignação social. Pavarini e Neri (2000, p. 50) comentam que a possibilidade de asilamento é um dos temores que acometem as pessoas velhas, e que:

(...) hoje é difícil pensar com isenção em instituições de longa permanência para idosos. Mesmo considerando que muitos velhos não possuem nem família nem teto para abrigá-los, que alguns optam por viver em instituições, ou que, por razões sociodemográficas, a família esteja se tornando cada vez mais inviável como locus do cuidado aos mais velhos.

E acrescentam que:

(...) no balanço geral, a velhice acaba sendo vista, genericamente e sem ressalvas, como uma patologia da condição humana, e os asilos, sem exceções, como manifestações patológicas das estruturas sociais.

Nos países considerados desenvolvidos, os programas domiciliares para apoiar a manutenção dos velhos na família, já estão inscritos na esfera pública. Instituições oficiais normatizam e regulam através de políticas públicas o recrutamento e treinamento de pessoas da comunidade para que prestem cuidados domiciliares. Os programas de *community care*, tendo um caráter voluntário, têm se revelado as alternativas menos custosas (financeira e emocionalmente) de assistência à saúde. Estes programas geralmente contam com recursos formais (serviços de saúde) e informais (rede social) existentes em regiões das grandes cidades (MENDES, 1995).

No entanto, mesmo que a família seja considerada indispensável para o cuidado integral da pessoa doente e o melhor espaço para o acolhimento dos velhos dependentes, ela se vê submetida a um duplo movimento: por um lado é considerada uma aliada, dotada de um potencial que a coloca como participante ativa no cuidado dos seus membros, e não uma simples depositária passiva das ordens profissionais (ÂNGELO, 2000); por outro, espera-se dela uma certa obediência aos “especialistas da velhice”, que tendem a desqualificar seus meios e recursos, desautorizam suas estratégias e acusam-na de incompetente caso seus tutelados - os velhos - não correspondam aos ideais prescritos. Um movimento que segue a mesma lógica de responsabilização e controle exercida pela medicina sobre a família, com relação ao cuidado com as crianças, evidenciado por Donzelot (1986).

Bretãs e Yoshitome (2000, p. 112), a partir de suas observações das famílias dos velhos usuários do SUS que têm a oportunidade de acompanhar, comentam que a imagem mais freqüente percebida por eles é:

(...) o desespero, o cansaço e a ansiedade dos cuidadores informais que por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade assumiram os cuidados dos idosos – seus familiares e/ou vizinhos.

E continuam referindo que os profissionais, familiares e/ou vizinhos cobram, explícita ou implicitamente, desses cuidadores:

(...) habilidades manuais, manuseio correto e no horário certo dos medicamentos, cama limpa, alimentação apropriada e na hora certa, banho de sol, amor, entre outros. Pouco lhes é oferecido. Tal situação muitas vezes coloca em risco o idoso, e não são raros os casos de adoecimento do cuidador (BRETÃS, YOSHITOME, 2000, p. 112).

O lugar terapêutico da família tem tanta relevância atualmente que esta se tornou uma nova especialidade e um novo campo de intervenção. Ângelo (2000, p. 27) referindo-se a pesquisa de Craft e Willadsen, relaciona nove categorias de intervenção com famílias: *Apoio à família, manutenção do processo familiar, promoção da integralidade familiar, envolvimento da família, apoio ao cuidador, terapia familiar, apoio a irmãos e educação dos pais.*

Em função deste lugar de importância que lhe é atribuído pelos próprios velhos e por nossa cultura, a família se tornou alvo de críticas, elogios e intervenções variadas, sendo submetida a diversos mecanismos de controle e vigilância.

Com o objetivo de transformar a realidade, a gerontologia social põe em ação um programa educativo, regido por normas claras: os velhos não podem ser um peso para o social; deve-se evitar o desamparo e a solidão; os velhos devem tomar consciência do que é clinicamente a velhice como estratégia para que administrem suas vidas com consciência, mantendo-se úteis e garantindo um envelhecimento sem velhice. O princípio fundamental é que é preciso que o homem seja educado para a velhice (HADDAD, 1986).

Transformando a família em alvo das suas intervenções educativas, algumas vertentes da ciência gerontológica buscam sensibilizá-la, vigiá-la, assisti-la, protegê-la, para que não falhe com os velhos, para que assuma o papel de protetora da velhice; procura conscientizá-la, ou melhor, convencê-la, de que as pessoas com mais de sessenta e cinco anos continuam sendo úteis. Parte do princípio de que ela precisa aprender a se situar com relação aos seus velhos. Para tanto, é benéfico orientá-la sobre como tratá-los, o que lhes oferecer, o que lhes pedir; como se relacionar com eles nas diversas esferas da vida familiar e social (HADDAD, 1986).

Por outro lado, a família também é reconhecida como vítima do sistema, assim como os velhos.

A problemática da velhice seria mais uma consequência de certas condições físicas próprias das áreas metropolitanas e da modernidade, como referi anteriormente, as quais não acolhem suas incapacidades⁵, o que resulta em desvantagens para o sujeito, pois apresenta dificuldades de moradia, transporte, alto custo de serviços, dentre outras. E alguns fatores de natureza sócio-cultural, tais como: a nuclearização da família; os desafios por esta enfrentados para manter-se produtiva, o que obriga seus membros a trabalharem para garantir o sustento, não lhes permitindo remanejar um deles para cuidar de suas crianças e velhos; os conflitos entre as gerações, devido à dificuldade de convivência com as diferenças em termos de valores, estilos de vida, ideais; o individualismo que compromete a permanência dos vínculos; o asilamento como solução mais prática provocando culpas e ressentimentos; além das complicações que podem se apresentar acompanhando o envelhecimento, tais como maior dependência física e/ou psíquica, e problemas de saúde, que aumentam a carga de trabalho e os gastos.

⁵ De acordo com a *International Classification of Impairment, Disability and Handicaps*, WHO, 1980, a capacidade funcional deve ser pensada a partir da seguinte classificação: Distúrbio (*impairment*) – qualquer perda ou anormalidade na estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; Incapacidade (*disability*) – qualquer restrição ou perda, resultante de um distúrbio na capacidade de desempenhar uma atividade dentro de padrões considerados normais para o ser humano; Desvantagem (*handicap*) – resultante de um distúrbio ou incapacidade, que limita ou impede o cumprimento de uma função considerada normal para aquele indivíduo. Devemos ressaltar que a desvantagem não se refere ao sujeito e sua incapacidade e sim à forma como o ambiente social acolhe um sujeito com sua incapacidade (SARACENO, 1999).

Neste contexto, não podemos esquecer que, apesar da legitimidade ética e moral do prestar cuidados aos velhos, nem sempre essa idéia é pacificamente aceita pelos familiares. Pavarini e Neri (2000, p. 50) comentam que:

As pessoas preocupam-se também com a necessidade de prestar cuidados a idosos, justamente numa época da vida em que, supostamente, poderiam usufruir a autonomia e as conquistas das fases anteriores. (...) na prática, não é fácil exercer a solidariedade, nem para com pessoas de outras gerações (pais, avós, bisavós), nem para com os da mesma geração (cônjuge, irmãos).

E relacionam como dificuldades: o ônus físico e financeiro; a falta de preparo e de informação que aumenta o custo físico e emocional; a escassez de apoio e de oferta de serviços especializados; o desencontro e as transformações promovidas ao assumir o papel de cuidador e os papéis profissionais e familiares que exerciam anteriormente; os sentimentos e conflitos passados e presentes que a situação do cuidado faz emergir; e a solidão da situação de cuidado.

Felgar (1998, p. 83) apresentando os resultados e a análise da sua pesquisa feita com cuidadores informais de pacientes velhos acometidos por AVC, relata que a solidariedade observada pelas mulheres cuidadoras informais no início da situação de dependência se dissolve progressivamente na medida em que a situação se configura como permanente, tornando-se uma presença difusa. Para elas foi mais fácil encontrar apoio e solidariedade junto a pessoas que passaram por experiências afins. A autora conclui que:

Não há na rede pública de saúde um atendimento específico a cuidadores e, em termos de atendimentos privados, os que existem são proibitivos a famílias de baixa renda. Por outro lado, não há uma cultura da solidariedade de vizinhos e/ou da comunidade geográfica, uma vez que o crescimento exagerado do município traz dificuldades cada vez mais sérias às pessoas, interferindo de forma direta nas relações pessoais e sociais. Os próprios parâmetros de um mundo globalizado isolam cada vez mais os indivíduos e requerem que as soluções para problemas, que, em princípio, seriam da sociedade, sejam encontradas no nível particular e do singular.

Problematizando um pouco mais a reflexão sobre esse privilégio da família como o contexto ideal para o amparo dos velhos, não podemos esquecer as pesquisas sobre negligência e violência doméstica que revelam a família, também, como um lugar de risco potencial. Nessa perspectiva, são várias as razões do descuido apontadas: estresse, patologia ou dependência do cuidador informal, retaliação, violência aprendida, violência conjugal, dependência do velho, patologias do velho aumentando o estresse (CARP, 1999).

A rigor, nos parece difícil propor receitas que possam ser aplicadas a todos os casos, na medida em que tudo o que afeta o humano passa pelos filtros da experiência particular de cada um e suas relações. Cavalcante (1997, p. 6), pondo em questão as generalizações prescritivas, comenta que: (...) *Sempre que estivermos diante de princípios morais e éticos, dificilmente teremos regras fixas, pré-estabelecidas e universais independentes da situação que se apresente.*

Pavarini e Neri (2000) questionam em que medida a deterioração dos conceitos e das atitudes em relação à velhice, à dependência e à prestação de cuidados a velhos, não seria uma consequência da pouca oferta de cuidadores formais e de serviços formais domiciliares ou institucionais que ofereçam suporte para os velhos e suas famílias.

Por outro lado, essas autoras reconhecem que principalmente em sociedades como a nossa,

No âmbito dos cuidados formais também há problemas. (...) se a sociedade não dispõe de recursos para suprir as necessidades básicas dos seus cidadãos de forma igualitária e adequada, no que concerne ao atendimento primário, secundário e terciário em saúde. (...) nossos problemas dizem respeito, principalmente, à escassez de profissionais especializados e à precariedade da formação dos profissionais disponíveis. Esses problemas são ao mesmo tempo causa e efeito da baixa remuneração, da falta de motivação para as tarefas e do elevado índice de rotatividade da mão de obra. Atuando em conjunto, eles dificultam o alcance de bons índices de qualidade de vida pelos idosos, pelos profissionais de cuidado e pelas instituições. Além disso, repercutem desfavoravelmente sobre os conceitos, atitudes e desempenhos em relação aos idosos e ao prestar cuidados (PAVARINI, NERI, 2000. p. 51).

Para dinamizar essa discussão, considero pertinente inverter os termos dessa equação, isto é, não é apenas a carência de recursos e assistência que engendra preconceitos e atitudes negativas em relação à velhice, mas a perspectiva da velhice como uma etapa de perdas, solidão, doença e morte é que justifica o não investimento, que provoca estranheza, pois ela não corresponde aos ideais da nossa cultura. Até hoje encontramos nos hospitais a denominação PFPT – Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas -, aplicada a pacientes velhos, sem ter, necessariamente, alguma patologia que a justifique. A razão do não investimento justifica-se, exclusivamente, no caráter crônico, na presença de comorbidades que demandam internações prolongadas, redundando em alto custo de internação e tratamento, sem que se possa esperar um retorno em termos de contribuição social, num futuro, por parte desses pacientes.

Uma cultura que privilegia o novo e o atual, o lucro e a transformação permanente não encontra lugar para acolher aqueles que não lhe servem de espelho.

Nesta perspectiva a velhice atual, o contexto assistencial e os novos discursos que ordenam seu lugar no social, seguem o curso da história, revelam os destinos que a trajetória humana vem traçando em seu esforço por superar sua própria condição e, como tais, trafegam no fio da navalha das ambigüidades e ambições do humano frente ao mundo, à sexualidade, à morte, ao amor e à dor. Assim, encontram-se capturados pelo paradigma da pós-modernidade, de acordo com a teoria de Bauman (1998).

Filhos da modernidade, nossos velhos cresceram confiantes de que a felicidade seria o produto do sacrifício da liberdade individual em nome da segurança.

Acreditavam que o “mundo perfeito” seria um que permanecesse para sempre idêntico a si mesmo, um mundo em que a sabedoria hoje aprendida permaneceria sábia amanhã e depois de amanhã, e em que as habilidades adquiridas pela vida conservariam sua utilidade para sempre (BAUMAN, 1998, p. 21).

Conseqüentemente consideram difícil encontrar um lugar num mundo onde a liberdade de procura do prazer justifica e tolera uma parcela de segurança pequena demais. Uma nova ordem onde o valor reside no começo permanente, fazendo surgir uma nova condição onde as coisas comuns e familiares convertem-se em inúteis em pouco tempo e sem se aperceberem disso. Condição esta que atinge até os próprios indivíduos. Um mundo permanentemente em mudança, uma era de incerteza e desconfiança.

Sustentando-se num fio de navalha, os velhos são facilmente transformados em “consumidores falhos” - pessoas incapazes de responder aos atrativos do mercado consumidor -, pois a plasticidade exigida vai à contramão dos valores em que fundamentaram suas vidas. Com a aposentadoria passam a ser vistos como meros dependentes dos fundos públicos e passam a ser vítimas das políticas do “menor custo”. Percebidos como estranhos por não corresponderem ao mapa cognitivo, moral e estético do mundo, espelhos da transitoriedade e inexorabilidade da vida, os velhos estão impossibilitados de qualquer reparo. Não se pode livrá-los da sua humanidade, a qual é percebida como defeito (BAUMAN, 1998).

Este é um mundo onde os laços não são duradouros, nem tratados como tais, pelo contrário, têm cláusulas embutidas até segunda ordem, que podem ser retiradas unilateralmente, não implicando definição de direitos e deveres. Tudo é passageiro e a construção de sentidos sem sentido. É um mundo onde a arte de esquecer é um bem talvez maior que a arte de lembrar.

É nessa ambiência reflexiva sobre a assistência prestada à velhice, as estratégias e discursos de que a sociedade tem lançado mão para dar conta das demandas, que o cuidador formal e sua preparação tornaram-se objeto dessa dissertação. O cuidador, enquanto força de trabalho remunerada, surge como uma “nova tecnologia de cuidado”, na instrumentalização da família, configurando um novo contexto de assistência.

Eventos de contexto são como um cenário em que os conceitos, atitudes e ações observáveis desempenhadas pelos indivíduos e pelas instituições sociais em relação à velhice, à dependência e ao cuidado desempenham o papel de mediar e moldar as relações entre

gerações e a maneira pela qual a velhice será considerada e tratada
(PAVARINI, NERI, 2000, p. 52)

CAPÍTULO DOIS

UMA ESTRANHA E INVISÍVEL PIETÀ

Os protetores são os que amam,
que sofrem, que perdoam (...)
(Proust)

A fonte de onde brotam as palavras se alimenta de um manancial de significados e sentidos existenciais, os quais compõem os fios utilizados na construção da teia da expressão do humano, e assim seu brilho é revelador. A palavra “cuidado” deriva do latim *cura*, a qual em sua escrita mais antiga era *coera*, sendo usada nos contextos de amor e amizade, para expressar o desvelo, a preocupação, a inquietação pelo objeto de amor e devoção. Um contexto no qual a atitude de cuidado implica uma responsabilidade frente ao ser amado (BOFF, 1999).

Um outro entendimento da palavra cuidado reconhece-a como derivada de *cogitare - cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. Seu sentido, neste caso, é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. Pode-se dizer que a atitude de cuidar floresce quando a existência de alguém tem importância para outro, de tal forma que este se disponha a participar do seu destino, de suas buscas, sofrimentos, esperanças, etc. (BOFF, 1999, p. 90/91; NASCENTES, 1966; CUNHA, 1991).

Segundo Boff (1999) estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. O cuidar é conseqüência imediata de um ideal de amor, entendido como a completa dedicação e responsabilidade frente ao objeto de devoção, onde o sentido da própria existência está intimamente vinculado ao destino do outro. Uma maneira feminina de amar, representando a submissão, o espírito de servir e sacrificar-se, a abnegação destituída de gratificação, numa completa disponibilidade para o outro.

Cuidando do início da vida nós temos a mãe, as parteiras, a obstetrícia e nossa senhora do Bom Parto. Mas essa vida que começa com a chegada

guarda sempre a possibilidade da despedida. Como o dia que começa no alvorecer e termina com o deitar do sol. Essa transitoriedade e o pouco controle que temos do nosso destino faz todos os momentos da vida merecedores de cuidado (ALVES, 1998).

A medicina criou a geriatria e as ciências sociais e humanas a gerontologia, ambas portadoras, pelo menos em termos ideais, do desejo de acolher e cuidar do envelhecer e dos velhos até sua despedida.

Freud (1915, p. 234), analisando os termos e a atitude com que a consciência contemporânea passou a definir a morte e partindo dos achados psicanalíticos, propôs uma redefinição. Ele afirmou que a pulsão de morte trabalha nas profundezas do ser, levando o sujeito inexoravelmente para o seu fim. A morte, à revelia da nossa disposição consciente, é nosso anseio mais profundo. Em seu ensaio sobre a guerra e a morte ele parte do velho ditado: *Si vis pacem, para bellum - se queres conservar a paz, prepara-te para a guerra*, e propõe uma atualização através da modificação: *Si vis vitam, para mortem – se queres suportar a vida, prepara-te para a morte*.

A transição demográfica a que ora assistimos é o coroamento de uma série de esforços da humanidade em seu cuidado com a vida e seu diálogo com a morte. No entanto, isso a coloca frente ao desafio de aprender a acolher e cuidar dos produtos desse sucesso, pois não basta adiar a morte prolongando a vida, é preciso garantir condições dignas de vida para os velhos, assim como acolher e permitir que partam com dignidade no momento em que a terra os chama.

Nessa perspectiva o envelhecimento da população mundial tem sido percebido como um desafio para todas as nações, não apenas na exigência de promover re-arranjos sociais, previdenciários e nos seus sistemas de saúde, mas de transformar seus paradigmas de forma a perceber que a doença, a dependência e a morte, longe de serem os inimigos da vida são seus irmãos, como a noite e o dia, o silêncio e a música.

Alves (1998), refletindo sobre os extremos da vida, buscou para os que estão se despedindo uma outra Nossa Senhora, uma padroeira que representasse a demanda de acolhimento para o ocaso da vida. Ele descobriu

na Pietà - aquela que acolhe em seus braços o filho que está morrendo -, a mãe em cujos braços a despedida pode ser vivida. A Pietà nos revela, também, que a morte não é um privilégio da velhice. Estando ligada às artimanhas do destino, pode nos surpreender a qualquer momento. No entanto, na velhice ela se mostra como o destino mais certo, sustentando ao mesmo tempo o temor da dissolução e o desejo de paz.

Essa parece ser a inspiração da função de cuidador, pois em sua missão seus recursos não são apenas para tratar, curar feridas, manter a vida e lutar contra a morte, mas suportar junto o inexorável, o irreversível, de forma que a despedida seja mansa e, se possível, sem dor. Sem medo de falar sobre a morte ser capaz de tecer os sentidos que a tornam parte da vida, guardando a permanência do sujeito e sua lembrança (ALVES,1998).

Na literatura sobre o assunto descobrimos que o cuidar de doentes no domicílio perpassa a história. De acordo com Boff (1999), o ato de cuidar não é um fenômeno novo, mas de certa forma é a própria condição de possibilidade da existência humana, sua dimensão é ontológica. Um dos coordenadores dos cursos analisados nesta pesquisa o associa ao ***primeiro abraço***⁶, quando uma mulher ao sentir que algo saía de dentro do seu próprio corpo, causando-lhe dor, em meio a secreções, sangue, mucos, segurou em suas mãos aquele corpo estranho que se mexia, emitia sons e parecia consigo, e decidiu recolhê-lo em seus braços em vez de jogá-lo fora, como muitas o fizeram e ainda fazem. ***Esse primeiro abraço garantiu a eternização da humanidade como garante até hoje (...) essa disposição de a mulher ser mãe, de o homem ser pai, de quererem manter no outro a sua própria vida (...).***

Duarte e Diogo (2000, p. 4) nos lembram que atender doentes em domicílio, enquanto atividade voluntária, remonta aos tempos bíblicos, sendo uma valorizada forma de caridade. Naquela época, havia a falta de uma metodologia assistencial, pois a assistência tinha seu berço nos sentimentos de solidariedade e no imperativo religioso da caridade. Posteriormente, durante um certo tempo, as congregações religiosas assumiram o encargo de

⁶ Utilizarei a fonte arial em itálico e negrito visando salientar nos termos dos informantes ou de dados obtidos através da gravação ou das fontes documentais, os conteúdos que instruíram as categorias que serão analisadas.

acompanhar os doentes em suas atividades de vida diária. Segundo as autoras, *data desta época a elaboração de um manual (Manual das filhas de caridade) em que se encontra um capítulo dedicado exclusivamente à visita domiciliária.*

Do século XIX até nossos dias, essa assistência tornou-se, também, uma atribuição da enfermagem, seguindo um processo de sistematização metodológica e técnica. Essa assunção pela enfermagem nos remete à origem da formalização dessa profissão, a qual era inicialmente delegada a mulheres, por serem mulheres, sem exigência de uma formação sistematizada, partindo da crença de que:

(...) uma mulher seria uma enfermeira “nata” porque poderia estender a qualquer desconhecido, e sem precisar estudar, a forma habilidosa ou carinhosa com que cuidava de seus próprios filhos. A realidade não se mostrou exatamente assim porque os laços que nutrem mãe e filho não são os sentimentos que alimentam as possibilidades de uma profissão (MIRANDA, 1996, p.183).

Florence Nightingale, uma mulher de berço, rica, instruída e poderosa em termos de relações sociais, na Inglaterra vitoriana, que conhecia de perto todas as instituições de saúde importantes da Europa no final do século XIX, instigada por um dom ou sensibilidade não conseguiu se fazer indiferente ao sofrimento e à miséria. Na busca de sentido para sua existência enfrentou e venceu resistências, familiares e sociais, e propôs uma reforma sanitária, dando um significado diferente à palavra *nurse* enquanto uma resultante da equação: formação científica mais boletim moral, igual à ciência e arte de enfermagem (MIRANDA, 1996; SILVA, 1998).

Desde então a enfermagem assumiu para si o encargo da assistência aos doentes, que vem sendo aperfeiçoado em seus procedimentos técnico-científicos sintonizados com o paradigma médico.

O cuidar para além da enfermagem

Para muitos estudiosos, o cuidar não é uma prerrogativa exclusiva da enfermagem. O ato de cuidar determinado por condições de dependência física

irreversível, decorrente ou não de patologias é, ainda hoje, exercido no âmbito domiciliar, mesmo que orientado pela medicina e pela enfermagem. No caso das famílias abastadas, existem e sempre existiram as acompanhantes, e conta-se ainda com o auxílio dos empregados domésticos chamados a assumir também as tarefas de cuidado. Nos grupos familiares menos abastados, que dependem exclusivamente do atendimento do sistema público de saúde (SUS), os cuidados costumam acontecer, também, no seio de sua própria família, contando, com sorte, com a ajuda voluntária de vizinhos e amigos.

O que se observa é que, historicamente, a perda da independência e muitas vezes da capacidade de sustentar a autonomia pressupõe, inexoravelmente, a entrada em cena de um cuidador, ou seja, o indivíduo (familiar ou não), com ou sem qualificação, que assume os cuidados no contexto familiar, tornando-se o elo entre o paciente, a família e a equipe clínica que o assiste.

Nos estudos sobre cuidadores domiciliares não existe uma unanimidade nos critérios utilizados para classificar os tipos de cuidadores. Encontramos várias terminologias, algumas baseadas nos tipos de cuidados ou na hierarquia, isto é, considerando como cuidador desde aquele que presta auxílio nas atividades de vida diária (AVD) ou instrumentais (AIVD), até aquele que só se faz presente na ajuda financeira; outras classificações só consideram as pessoas que têm vínculos parentais, ou mesmo um certo grau de envolvimento com o velho objeto de cuidado (SINCLAIR, 1990; MENDES, 1998; CALDAS, 1998; BRETÃS, YOSHITOME, 2000; GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000).

Neste trabalho, como referi na introdução, optei por utilizar a classificação de cuidador proposta pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS (2000), por considerá-la a mais apropriada para o meu objeto de estudo, qual seja: Cuidador informal é aquele que presta cuidados no domicílio, tendo ou não vínculo familiar, e que não é remunerado; Cuidador profissional é aquele que possui educação formal superior reconhecida e que, tendo treinamento específico em cuidado do velho, presta-lhe assistência profissional, assim como à família e comunidade; Cuidador formal é a pessoa capacitada

para auxiliar o velho dependente, fazendo o elo entre o velho, a família e serviços de saúde ou da comunidade, para isso sendo remunerado. Ele deve ter cursado o primeiro grau, ser maior de idade e ter se submetido a treinamento específico, ministrado por instituição reconhecida.

Na literatura, observamos que os estudos sobre cuidadores apresentam uma certa circularidade, qual seja, referem-se predominantemente aos cuidadores informais e à descrição do seu perfil; mulheres com vínculos de parentesco (esposa, filha, neta), ou com vínculos de afeto como vizinhas e amigas (caracterizando um trabalho voluntário); ao desgaste biopsicossocial; ao despreparo técnico e emocional; à necessidade de um trabalho de informação, orientação e suporte emocional direcionado para eles (MENDES, 1998; FELGAR, 1998; INÁCIO, 2001).

Em outros países a figura do cuidador informal tem sido alvo de estudos com vários desenhos de pesquisa: descrições das características e atividades dos cuidadores; exploratórias avaliando os níveis de stress; avaliação de serviços e intervenções (MENDES, 1998).

No Brasil, no entanto, essa personagem ainda é pouco explorada, apesar de ser considerada o “principal sujeito” na rede de cuidados às pessoas que se encontram em situação de dependência. A pouca visibilidade tem sido relacionada, no nível governamental, à falta de uma estrutura assistencial de suporte; na família, em função da naturalização do cuidar como sendo uma atividade inerente às mulheres, desvalorizada e concentrada em uma só pessoa; para os estudiosos, em função da falta de incentivos e da perspectiva de utilização dos resultados de suas pesquisas (KARSH, LEAL, 1998).

Diante deste quadro, os estudiosos consideram que o passo fundamental para construir programas de assistência domiciliar, para propor políticas e programas de informação, orientação e apoio aos cuidadores e iniciar um processo de orientação de cuidados comunitários, é revelar quem são estas pessoas que, ocultas aos olhos da sociedade, se dedicam a cuidar de velhos, e quais os recursos de que lançam mão, assim como conhecê-las e estabelecer com elas uma parceria (KALACHE, 1998; KARSH, LEAL, 1998).

Os estudos sobre o assunto, em nível nacional, são unânimes em afirmar o despreparo emocional e técnico tanto dos cuidadores informais, quanto dos cuidadores formais e mesmo dos cuidadores profissionais, para administrarem a situação de dependência e proverem um cuidado de qualidade. Esse despreparo é considerado o responsável por desfechos desfavoráveis como situações de violência doméstica e/ou institucional, tais como: cárcere privado, negligência, agressão física e psicológica, abuso medicamentoso, financeiro e outros, sofridos pelos velhos mais fragilizados (KARSH, LEAL, 1998; MENDES, 1998; BRÊTAS, YOSHITOME, 2000; GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000; GROISMAN, 2002).

A especialização do cuidar

A visibilidade social da velhice tem redundado numa nova configuração do cenário social. Os rearranjos impostos pela conjuntura atual submetem a assistência ao velho ao campo geriátrico/gerontológico, que é composto por diversas disciplinas. Como uma resultante das demandas engendradas no núcleo desses saberes, emerge a necessidade de garantir a qualidade de um cuidado diferenciado e especializado para essa faixa etária na dimensão do seu cotidiano e, quando necessário, em suas tarefas mais básicas, assim como o desenvolvimento de uma rede pública de orientação e apoio aos cuidadores informais e formais.

Contudo, na literatura especializada, o cuidador formal, enquanto força de trabalho remunerada, tem merecido pouca atenção. Ele surge na esfera privada das famílias abastadas como uma suplência decorrente da nuclearização das famílias e da inserção da mulher no mercado de trabalho, ou quando, por insegurança ou ausência de desejo, ninguém na família assume o encargo (BRÊTAS, YOSHITOME, 2000; GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000; INÁCIO, 2001).

O lugar do cuidador formal se configura como um ponto de fuga na triangulação de três fontes de cuidados: o trabalho doméstico, as relações familiares e a enfermagem. Ele também é absorvido na esfera pública como profissional ligado às instituições asilares, tanto nas chamadas clínicas

geriátricas, cujo regulamento exige um corpo de profissionais de saúde qualificado, mas que admitem cuidadores formais particulares prestando assistência individualizada àqueles que podem pagar, quanto nas que têm um caráter estritamente residencial, que acolhem velhos saudáveis ou com comprometimentos leves, neste caso assumindo os cuidados que os moradores requerem.

Nesta articulação entre a demanda e a oferta, em função dos altos índices de desemprego, surge imediatamente um grande contingente de mão de obra composta por profissionais que migraram de atividades diversas, com ou sem qualificação na área da saúde, que satisfazem ou não às exigências da classificação citada acima e buscam, dessa forma, serem reincluídos no mercado.

Enfrentar o desafio de cuidar de um familiar com dependência, modifica a dinâmica familiar. É um trabalho que se desenvolve oculto ao público, sem o devido e adequado apoio. São cuidados com grande frequência prestados por pessoa que, ela própria, encontra-se em pleno processo de envelhecimento (KALACHE, 1998).

O custo de lidar com uma pessoa incapacitada no âmbito familiar é desconhecido no Brasil. O impacto emocional acrescido do financeiro, principalmente se ela era o provedor da casa no âmbito familiar, social e/ou financeiro, tem início com a internação hospitalar, exige adaptações para acomodá-lo no domicílio após a alta, demanda uma reordenação nos papéis familiares e a entrada em cena de um cuidador, familiar ou não. Se acrescentarmos a isso o alto custo dos medicamentos e da contratação de profissionais que garantam um mínimo de assistência, veremos que uma atenção com um mínimo de qualidade é inviável para a maior parte da nossa população (MENDES, 1998; BRÊTAS, YOSHITOME, 2000).

Mesmo um cuidador formal, com pouca ou nenhuma qualificação, que recebe salários inferiores aos dos profissionais mais qualificados – como os da área da enfermagem -, tem um custo inacessível para as famílias com menor poder aquisitivo. A expectativa de contar com a ajuda de voluntários também não se realiza, pois esmorece a cada dia a solidariedade como possibilidade na

nossa cultura (FELGAR, 1998; BRÊTAS, YOSHITOME, 2000; PAVARINI, NERI, 2000).

Para alguns estudiosos, as pessoas que assumem a tarefa de cuidar de um semelhante fora do sistema e o próprio tratamento são invisíveis socialmente, apesar de sua existência diminuir uma parte do déficit no programa de saúde dos governos (KARSH, 1998; FELGAR, 1998; MENDES, 1998).

Um outro aspecto que considero relevante é que, na literatura consultada, encontramos pouca referência às implicações, para o velho, da condição de dependência que impõe a presença de um cuidador. Tendo sido essa a inspiração inicial desse trabalho, não quero perdê-la de vista. Considero que as ressonâncias dessa situação para o velho, objeto do cuidado, devem ser o fio condutor de todas as reflexões, seu sentido primeiro e último.

Quanto maior for a dependência, maior será a importância do cuidador na vida do indivíduo, uma prótese humana eticamente responsável pela manutenção da vida e pela qualidade dessa permanência em termos físicos, psíquicos e sociais. Por exemplo: em termos físicos, garantindo o seguimento de tratamentos prescritos, evitando ou adiando internações; psicológicos, enquanto suporte subjetivo, garantia de identidade e autonomia; e sociais, permitindo a permanência na família, evitando institucionalizações e um lugar como cidadão.

Brêtas e Yoshitome (2000, p.187) comentam que a dependência dos cuidados de um outro é uma condição que pode provocar distorções naquilo que se tem de mais privado – a própria existência, podendo comprometer a autonomia através dos manejos do próprio corpo e da própria vida. O limite filosófico e ético do ato de cuidar impõe que o cuidador esteja atento para não anular a subjetividade do indivíduo cuidado. Em sua reflexão eles consideram que:

A dependência torna visível o corpo desajeitado e fragilizado, que interferirá na apresentação de si para o outro. É um corpo doente que é exposto e tocado pelo cuidador. Essa intimidade partilhada é dada em bases desiguais, sofrendo, por isto mesmo, constrangimento. (...) Os cuidados pessoais ao doente vão exigir

profundas reconstruções. A dependência, nessa relação, tem significados diferentes para ambos. Para o paciente, a relação de dependência está inscrita na incapacidade de fazer a maioria das atividades sozinho. Para o cuidador, a relação de dependência com o paciente está inscrita na necessidade do outro por cuidados pessoais desempenhados por ele. Essa relação de dependência, para ambos, é complicada, pois alteram-se as relações de poder e novos limites se introduzem para serem aceitos e ou superados.

Vários autores observam que existe uma relação de dependência entre o cuidador e o paciente.

Os trabalhos que seguem uma orientação referida às relações sociais afirmam que muitos cuidadores conseguem sair da sua relação de subordinação por meio desse papel de cuidador, estabelecendo uma nova relação de poder interpessoal dentro da dinâmica familiar e social, na medida em que esse papel/atividade é reconhecido pelos outros como imprescindível e específico. Essa reflexão se coloca tanto para os cuidadores informais referida às relações de gênero no seio das famílias, quanto ao cuidador formal, referindo-se às disputas e diferenças sócio-econômicas que aí se atualizam. (FELGAR, 1998; MENDES, 1998; INÁCIO, 2001).

Estudos que abordam a construção da identidade de cuidador trazem a perspectiva de que o cuidador se define numa relação, ou seja, sua presença pressupõe, inexoravelmente, a figura do paciente. A função surge num momento de ruptura que é a doença, e a identidade vai sendo construída no processo de cuidar do outro, no cotidiano, articulando dois processos: a atividade de cuidar e a reflexão existencial instigada por ela, redefinindo não apenas o sentir, mas também o pensar. (FELGAR, 1998; MENDES, 1998)

Esse processo de identidade é construído no seu meio social. Social porque constrói-se na relação entre o eu e o outro, mediatizada por instituições, valores socialmente estabelecidos e que são referências sobre as verdades do eu para consigo mesmo, reconhecidas pela relação do eu com o outro. Social, ainda, porque é constituída em condições objetivas, dadas historicamente pela sociedade, nas quais o indivíduo se insere, enquanto membro de uma dada classe ou segmento social (MENDES, 1998, p.185).

Nessa interdependência devemos destacar que, se o paciente depende do cuidador para a manutenção da própria vida, o cuidador, por sua vez, tem nessa relação a fonte do seu sustento, economicamente falando. No capítulo cinco, no qual farei uma breve reflexão a partir da categoria “a naturalização do cuidar” tomarei como referência o papel do trabalho como lugar estruturante da subjetividade e da vida.

Numa outra perspectiva, tomando como referência a psicanálise, no meu trabalho clínico com pacientes velhos e seus cuidadores - referido no início dessa dissertação -, pude evidenciar que o cuidador assumia um lugar na trama inconsciente do sujeito de quem ele cuidava, em seu sintoma, ou seja, nas satisfações substitutivas que esse sujeito encontrou para aquilo que a vida lhe negou. Lugar esse, irremediavelmente relacionado com a demanda de amor que o paciente endereçava ao cuidador, contaminado pelas marcas dos seus primeiros objetos de amor. Por sua vez, o cuidador respondia, conseqüentemente, a partir do seu próprio sintoma e do lugar que o velho ocupava nele. No caso de cuidadores informais, não é raro observarmos que a situação de dependência de um familiar atualiza conflitos relacionais anteriores, instaurando atitudes, nem sempre conscientes, de retaliação, reparação e/ou culpa (MAFFIOLETTI, 2000).

Pavarini e Néri (2000, p.55) comentam que:

(...) as interações sociais, como as que ocorrem na situação de dependência-cuidado são co-determinadas pelas cognições dos indivíduos envolvidos, as quais são adquiridas mediante experiências diretas e simbólicas.

Considerando ou não essa relação de dependência, o que a literatura enfatiza são as ressonâncias da atividade de cuidar para o cuidador, relacionando-as com jornadas exaustivas, trabalho solitário, pouco reconhecimento, valores como submissão, abnegação, caridade e disciplina, enquanto atitudes ideais exigidas, e, via de regra, o comprometimento de sua sociabilidade e vida privada. Para os cuidadores formais ainda existe o agravante da baixa remuneração e da alta rotatividade no emprego.

Quando o cuidador é chamado a assumir também as tarefas domésticas, o que acontece com bastante frequência, isso redundará em uma dupla sobrecarga. Conciliá-las com os cuidados pessoais ao paciente exige novas habilidades para estabelecer rotinas para cada uma das atribuições e compatibilizá-las (MENDES, 1998).

Para o cuidador formal, a atividade de cuidar é regulada por relações contratuais, aparentemente objetivas, principalmente nos hospitais ou nos espaços asilares, onde os espaços físicos já são definidos e as rotinas são pré-estabelecidas, reguladas e normatizadas. No espaço domiciliar os atos têm de se orientar pelo estabelecido no contrato, mas o cuidador tem de ser sensível à ambiência familiar e suas rotinas, à individualidade do velho, seus hábitos e desejos e, ainda, ser o grande depositário das orientações e prescrições da equipe clínica responsável.

Por exemplo, a assistência domiciliar profissional compreende as atividades assistenciais exercidas por uma equipe interprofissional no local da residência do cliente. Nesta, conta-se com o cuidador (informal, formal ou profissional) como responsável pela continuidade da assistência em domicílio, sendo sua presença um dos critérios de elegibilidade para que o paciente receba essa assistência. Ele deverá acatar as orientações e submeter-se à supervisão dos especialistas nos procedimentos que deverá realizar (DUARTE, DIOGO, 2000).

Ressalta-se que estes eventos estão incidindo sobre mulheres pobres, pouco educadas e com dupla jornada de trabalho, uma vez que muitas vezes são mães e donas de casa. A invisibilidade do papel de cuidador na esfera pública ao mesmo tempo em que compromete a leitura desse cuidar, naturalizando-o como uma atividade feminina de domínio doméstico, não lhe oferece oportunidade de treinamento (MENDES, 1998; FELGAR, 1998; PAVARINI, NERI, 2000; GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000; BRÊTAS, YOSHITOME, 2000; INÁCIO, 2001).

É nesse contexto, reforçado pela interlocução entre a mídia, os velhos, os gerontólogos e o movimento dos aposentados e pensionistas em nosso país, que a pressão da demanda por uma assistência qualificada impulsionou a

sociedade civil a buscar soluções. Assim, surgiram vários cursos preparatórios de cuidadores de idosos nos quais são esmiuçadas as questões que afetam o envelhecer e o velho, suas fragilidades, limites e possibilidades. De seu lado, o Estado, através dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (MPAS) movimenta-se no sentido de institucionalizar esse grupo.

Surgiu assim uma nova ocupação profissional, recentemente reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego sob o código 5.40.90, da Classificação Brasileira de Ocupações, sob o título sinônimo de Cuidadores de Crianças, Jovens, Adultos e Idosos (MTE, 2000).

No entanto, a profissionalização dos cuidadores formais, sua inserção no mercado de trabalho, a busca por informações, instrumentalização e legalização no campo das profissões, vem provocando reações e gerando um debate com a enfermagem. Ela questiona a pertinência dessa nova profissão, sua inclusão, limites, especificidade e formação, na medida que a consideram uma atividade de cuidado não leiga, já que se destina a assistir, também, velhos dependentes e fragilizados (GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000; BRÊTAS, YOSHITOME, 2000; INÁCIO, 2001).

Por sua vez, os cuidadores formais, apesar de trafegarem na fronteira da enfermagem, reivindicam um lugar diferenciado para si, sob o argumento de que, paralelamente à história da enfermagem, sempre existiram os “acompanhantes” que desempenhavam a função de cuidar dos velhos, no seio das famílias abastadas, assim como as nutrizes das quais surgiram as babás atuais (DONZELOT, 1986).

Para nos localizarmos nesse debate, devemos partir das atribuições dos cuidadores formais descritas na literatura, assim como de outros movimentos desse novo mercado em torno da velhice e sua assistência. Dentre várias descrições encontradas optamos pelas seguintes, considerando a primeira como exemplo da orientação do Estado sobre o assunto e a segunda por ser bastante detalhada e proposta por profissionais do campo da enfermagem:

- A Classificação do MPAS (2000) descreve da seguinte maneira: as atribuições do cuidador referem-se de maneira geral à ajuda nos hábitos da vida diária; nos exercícios físicos; no uso da medicação; na higiene

pessoal; nos passeios; na atenção afetiva; e outros que essa atividade requiera.

- GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS (2000, p. 105/106) propõem:
 - a) *Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar;*
 - b) *Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene íntima, cuidados com eliminações;*
 - c) *Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações);*
 - d) *Estimular e ajudar na alimentação;*
 - e) *Promover o lazer e a recreação;*
 - f) *Promover a comunicação e a socialização;*
 - g) *Estimular a memória e o intelecto de um modo geral;*
 - h) *Estimular e/ou manter o seu interesse pelo auto-desenvolvimento (espiritualidade, auto-estima, revisão da própria vida);*
 - i) *Estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividade laborativa pelo idoso segundo suas possibilidades e capacidades;*
 - j) *Manter a limpeza e a ordem da casa ou quarto do idoso fragilizado, acomodando dependências, promovendo ambiente seguro e diminuindo os riscos de acidentes;*
 - k) *Assegurar um ambiente confortável para o repouso e o sono reparador diário;*
 - l) *Servir de elo entre o idoso e seu médico e/ou serviços de saúde como hospital, emergência, centro de fisioterapia etc., que o idoso costuma freqüentar, tomando as providências necessárias;*
 - m) *Acompanhar o idoso e/ou ajudar os familiares em consultas, exames e hospitalizações;*
 - n) *Prestar cuidados elementares⁷ em tratamento no domicílio, sob a orientação de profissionais pelos quais o idoso e os familiares são assistidos;*

⁷ Atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei (resolução COFEN – 186, de 20 de julho de 1995).

(...) Art. 2º - As atividades elementares de enfermagem executadas pelo Atendente de Enfermagem e assemelhados são as seguintes:

I – Relacionados com a higiene e conforto do paciente:

- a) anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos clientes;
- b) preparar leitos desocupados.

II – Relacionados com o transporte do cliente:

- a) auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;
- b) preparar macas e cadeiras de rodas.

III – Relacionados com a organização do ambiente:

- a) arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente de trabalho;
- b) colaborar, com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do paciente;
- c) buscar, receber, conferir, distribuir, e/ou guardar material proveniente do centro de material;
- d) receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia;
- e) zelar pela manutenção da unidade, comunicando ao enfermeiro os problemas existentes;
- f) auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem;

IV – Relacionados com consultas, exames e tratamentos:

- a) levar aos serviços de diagnóstico e tratamento o material e os

- o) *Outras a serem negociadas segundo um contexto do cuidado, em conformidade com a pessoa envolvida, a família e a instituição social e/ou de saúde na qual o idoso é assistido.*

Paralelamente à prescrição dessas atribuições, também encontramos na literatura a referência às situações estressantes mais relatadas pelos cuidadores, tais como: a vigilância demandada e os cuidados diretos com velhos que apresentam comprometimentos cognitivos e/ou psíquicos (demências, depressão, etc.); o despreparo para o desempenho de cuidados complexos, para interpretar as circunstâncias, e a expectativa frente aos resultados; a sobrecarga e solidão do trabalho; a eclosão de conflitos na família, no paciente e/ou no cuidador provocados ou reacendidos pelas circunstâncias; manejo entre as demandas e a falta de recursos; os preconceitos e mitos referentes à família e à velhice, que provocam conflitos e julgamentos (GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000).

Por outro lado, alguns estudos nos informam sobre os altos índices de depressão, ansiedade e somatizações diversas, encontrados ao investigarem a saúde mental dos cuidadores de idosos, principalmente quando os pacientes sob seus cuidados eram portadores de doenças invalidantes ou terminais. (MORRIS *et. al.*; 1988; CALDAS, 1998; INÁCIO, 2001).

Notamos aqui uma primeira questão. Observamos que dentre as atribuições referidas na listagem acima, com exceção para as do item “n”, não há expressamente uma exigência de supervisão de um profissional de enfermagem. No entanto, muitas delas correspondem às atribuições do atendente de enfermagem relacionadas no item “n” como “cuidados elementares”, as quais têm a exigência dessa supervisão determinada por lei.

Em seguida, na descrição das situações mais estressantes, observamos que consta a referência do cuidado de casos com complicações

pedidos de exames complementares;

b) receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios;

c) agendar consultas, tratamentos e exames.

d) preparar mesas de exames;

V – Relacionados com o óbito:

a) ajudar na preparação do corpo após o óbito.

Art. 3º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (...)
(LEME, 2000, p.129).

psicopatológicas, como depressão e demência, que exigem disponibilidades e manejos bastante específicos. Por exemplo, no âmbito da enfermagem exigem qualificações próprias da enfermagem psiquiátrica que, por sua vez, diferem da enfermagem clássica. Detalhando um pouco mais, tomemos como exemplo os quadros demenciais que, em sua maioria, são evolutivos e irreversíveis, apresentam comprometimentos das capacidades funcionais e cognitivas, podem apresentar alterações de comportamento e humor - demandam atenções e manejos complexos - tanto em termos físicos quanto subjetivos, para realizar procedimentos considerados simples como o banho, alimentação, etc.

Não se trata, neste momento, de defender a necessidade de uma qualificação, mas de ressaltar aspectos que, configurando condições que se superpõem à velhice propriamente dita, necessitam de uma assistência diferenciada e um cuidado mais sofisticado por parte do cuidador.

Já fizemos referência, na introdução deste trabalho, à transição epidemiológica que acompanha a transição demográfica de inversão da pirâmide populacional. A mesma se configura pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e pela presença de comorbidades. Não se trata de fazer corresponder a velhice à doença, mas de reconhecer que ela conta, via de regra, com sua companhia. E, mesmo os velhos saudáveis, atualmente, têm como companhia das suas alimentações vários comprimidos com cores e funções as mais variadas. Esses aspectos estão incluídos na descrição das especificidades da velhice colocadas pelos saberes geriátrico/gerontológico, que defendem a necessidade de uma qualificação específica para os cuidadores de velhos (GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000).

Alguns autores ressaltam que, dependendo da patologia, a condição de dependência assume características diferenciadas que demandam orientações específicas: o que deverá ser observado; como deverão ser realizados os procedimentos; quais as possibilidades de reabilitação, circunscrevendo esperanças e expectativas de cura e redefinindo objetivos, que podem almejar desde a reabilitação total ou parcial, ou apenas a manutenção das reservas

funcionais e/ou cognitivas, ou unicamente a aceitação e apaziguamento. Aspectos que, a despeito de sua aparente obviedade, aconselha-se que não sejam esquecidos no planejamento das intervenções, de forma a não promover um confronto excessivo com incapacidades, aumento da frustração e angústia no paciente e expectativas impossíveis no cuidador e familiares (KARSCH, LEAL, 1998).

É com essa perspectiva que, no mercado literário, encontramos uma série de manuais direcionados à família e aos diversos profissionais que lidam com velhos. Em sua maioria são produzidos por enfermeiros e objetivam dar conta da “falta de preparo” e desconhecimento quanto aos procedimentos cotidianos do cuidado e ao processo de envelhecimento biológico. Neste material encontramos informações sobre as doenças mais comuns, orientações práticas, procedimentos de AVD, noções sobre o processo de envelhecimento saudável em oposição ao envelhecimento patológico, aspectos sócio-demográficos, aspectos psicológicos da morte, da velhice e da relação velho/cuidador. O objetivo é familiarizar os leigos com os termos, questões e especificidades da geriatria/gerontologia. Nessas publicações é evidente a orientação pelo paradigma biomédico (GWYTHER, 1995; VIEIRA, 1996; RODRIGUES, DIOGO, 1996; GASTEL, 1997; CALDAS, 1998; BOTTINO *et.al.*; BORGES, 2000).

No entanto, essa interlocução com a enfermagem não tem se dado de forma pacífica, num apoio mútuo. Como referi anteriormente, a enfermagem, fora do mercado literário, questiona o surgimento do cuidador como uma nova profissão.

No ano de 1998, os dirigentes do Programa Nacional do Idoso elaboraram um Projeto de Lei sobre o Cuidador Domiciliar (anexo 2) dispondo sobre a regulamentação de suas atividades. O texto determina que toda e qualquer pessoa que preste cuidado a velhos, crianças, portadores de deficiência e outros que inspirem cuidados na vida cotidiana será denominado cuidador. Em sua justificativa retomam a idéia de que a prática do cuidador sempre esteve presente na história, só que confinada ao espaço doméstico e invisível para o social. O aspecto novo é a discussão do papel social do cuidador e a

necessidade de definir suas atribuições, levando em consideração as necessidades da população. Esse movimento visa imprimir um caráter público a uma atividade que existe há muito, de forma a incluí-la no planejamento das estratégias assistenciais, conectando-a aos serviços de proteção social, de forma a fortalecê-la e prover o amparo de que carece. Eles acreditam que, assim, estarão promovendo a inclusão social de parcelas da população com média e baixa renda, dando-lhes acesso a uma melhor assistência.

Por sua vez, algumas representantes da área da enfermagem enviaram um documento resposta, expressando sua surpresa em relação ao teor do projeto de lei acima referido, em função de ele tratar da assistência de velhos dependentes e fragilizados. Inicialmente questionam que a regulamentação da profissão de cuidadores de idosos seja feita pela Política Nacional do Idoso. Afirmam que o cuidar/cuidado constitui a essência da prática da enfermagem regulada pelos órgãos fiscalizadores da profissão. Por sua vez, a regulamentação da profissão de cuidador está se dando à margem dos esforços dessas instituições que regulam a prática da enfermagem e de seu investimento em qualificar a profissão do atendente de enfermagem. Questionam, também, o procedimento de oficializar uma categoria que não está vinculada a nenhuma área profissional, que não tem competência para exercer as atividades que lhes é atribuída, sob o falso pretexto de que a regulamentação dessa profissão garantiria que os setores de média e baixa renda teriam seus direitos assistenciais assegurados. Eles relacionam a falta de capacitação dessas pessoas que assistem o velho com a ocorrência de sérios problemas, tais como a interferência na dinâmica familiar, a ausência de sistematização assistencial, o estímulo ao comportamento dependente e a ocorrência de maus tratos. Perguntam a quem o velho e sua família deverá recorrer nestes casos e quem assumirá a responsabilidade.

Desta forma eles propõem que alguns pontos sejam minimamente considerados antes que a lei seja aprovada, quais sejam: definição do perfil do cuidador em termos de escolaridade mínima exigida; vinculação desse cuidador ao serviço de saúde que está assistindo o velho, sendo o mesmo o responsável pelo planejamento, supervisão e orientação dessa assistência;

delimitação clara de suas atribuições; garantia de que os profissionais responsáveis pelo treinamento dos cuidadores tenham experiência em assistência domiciliar e, especificamente, nas atividades de cuidado; além da explicitação clara do vínculo empregatício definido pelo projeto de lei e da vinculação do cuidador a algum órgão fiscalizador (DIOGO, DUARTE, PAVARINI *Apud* GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000).

Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), concordando com a posição das autoras do documento, consideram que a melhor solução seria investir na formação de auxiliares de enfermagem, especializando-os em assistência domiciliar. Ao mesmo tempo, fazendo referência a programas de assistência e internação domiciliar, por considerá-la a assistência eticamente mais indicada, realizada por uma equipe multiprofissional, elas admitem a presença de cuidadores formais: (...) *certamente poderão as famílias incluir alguns cuidadores leigos contratados, porém a responsabilidade da assistência recai sobre o serviço e os profissionais que atendem o cliente no domicílio.* (GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000, p. 109).

Por sua vez, Duarte e Diogo (2000, p. 7/8/9/10), autoras do documento referido, observam o seguinte:

*O modelo de cuidado domiciliário agudo/intermitente é direcionado a pacientes que apresentem episódios patológicos agudos ou incapacitantes ou àqueles com agudização de quadros patológicos crônicos. (...) **Prevê a monitoração dos cuidados prestados ao cliente por seu cuidador e/ou familiares em sua residência, com visitas sistematizadas uma ou mais vezes por semana dos profissionais mais diretamente envolvidos com as demandas apresentadas pelo cliente. São supervisionados, entre outros, os procedimentos relacionados ao auto-cuidado ou ao cuidado do cliente realizado por outrem, como a administração de medicamentos, dietas especiais ou enterais, etc.****

(...) A equipe interprofissional fornece as orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados pelo denominado cuidador (familiar leigo ou profissional), pessoa responsável pelo cuidado do idoso no contexto domiciliar.

(...) critérios que podem ser seguidos para auxiliar na seleção dos pacientes elegíveis para o atendimento domiciliário: 1) estabilidade clínica; 2) rede de suporte social (cuidador, família, amigos,

* Grifos da autora.

voluntários, etc.); 3) ambiente apropriado; 4) avaliação profissional das demandas existentes; 5) suporte financeiro.

É evidente que esta é uma arena de contradições, revelando posições e interesses ambíguos. Não me parece que o foco do conflito seja realmente o cuidar em sua complexidade e sua realização por pessoas leigas com pouco preparo, já que quando este é assumido por familiares ou voluntários, também despreparados, é digno de elogios – *Heróis Anônimos do Cotidiano* (MENDES, 1998, p. 171), uma atualização do ideal caritativo e filantrópico dos séculos passados (SILVA, 1998; DUARTE, DIOGO, 2000). Neste caso o despreparo costuma convocar parcerias:

*Tendo em vista o aumento progressivo da população idosa, a contribuição de cuidadores leigos de tipo voluntário se faz cada vez mais **bem vinda** e necessária. Entretanto (...) exige-se de qualquer cidadão para alguma empreitada um preparo e um aprendizado específicos; mesmo porque a pessoa voluntária tem o direito de desempenhar suas funções doadoras em clima de segurança e satisfação* (GONÇALVES, ALVAREZ, SANTOS, 2000, p. 105).

Parece-me óbvio que há a necessidade para o cuidador de um aprendizado de técnicas e procedimentos que minimizem os riscos e iatrogenias e sejam, também, mais ergonômicos para a pessoa que cuida, frente à complexidade do cuidar de pessoas fragilizadas e/ou com a saúde comprometida.

No entanto, ninguém está livre de erros, o risco faz parte da vida, e a quem o velho e sua família vão recorrer caso uma pessoa caridosa falhe em seu trabalho voluntário? Será que os vínculos afetivos ou caritativos previnem falhas, ou tornam suficientes uma supervisão de alguns minutos diários para a realização de procedimentos sofisticados como administrar uma dieta enteral; alimentar um paciente com Alzheimer que esteja apresentando problemas de deglutição e afasia; cuidar de um velho com depressão que esteja apresentando anorexia e idéias suicidas; manter a higiene e arrumação do leito de um velho acamado; e até mesmo evitar que, num momento de cansaço físico e emocional, depois de algumas noites insones, a mão não pingue

algumas gotas a mais do “sossega leão”, ou que o medicamento SOS seja usado sem que haja demanda da parte do paciente. Será que o treinamento formal garante que o cuidado seja prestado de forma técnica, moral e ética? Será que a formação técnica protege o profissional da sobrecarga, do estresse e da desilusão?

Se ampliarmos nossa investigação contemplando, também, a reflexão na literatura sobre as ressonâncias da profissão da enfermagem para os seus agentes e, em especial para os auxiliares de enfermagem, encontraremos dados bastante semelhantes aos evidenciados pelas pesquisas com cuidadores.

Nos relatos destes profissionais apresentados pelas pesquisas, os motivos de insatisfação apontados fazem referência, via de regra, à organização do trabalho: fragmentação dos plantões, desorganização da vida particular, baixa remuneração, pouca especificação das funções, desgaste, exaustão, pouca autonomia, fragilidade dos vínculos empregatícios e, principalmente, ao baixo reconhecimento. Encontramos, também, a referência a uma demanda por cursos de qualificação e por um espaço de orientação e supervisão, justificados pelo chamamento a atender uma diversidade de demandas (que seriam específicas dos terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos, assistentes sociais), para as quais não se sentem preparados, e queixas de não serem ouvidos devido à sua pouca qualificação. Eles demandam cuidados, têm a solidão como companheira e encontram solidariedade apenas em seus pares. São submetidos às exigências de um ideal sustentado por representações de submissão, espírito de servir e sacrificar-se, abnegação destituída de gratificação, disponibilidade para o outro. Conseqüentemente, os estudos sobre a saúde dessa população indicam índices consideráveis de doenças psicossomáticas, osteomusculares, absenteísmo, etc. (PITTA, 1999; MARANHÃO, 2000; MIRANDA, FIGUEIREDO, VIEIRA, 2000).

A proposta de que o fazer dos cuidadores formais esteja submetido à supervisão da enfermagem também reproduz dinâmicas historicamente presentes no interior deste campo, pois segue um modelo estabelecido desde Miss Florence, o qual, segundo Silva (1998), organizava-se numa divisão social

do trabalho onde aqueles que dominavam o saber (as *ladies nurses*) ensinavam e supervisionavam aquelas que, oriundas de um nível sócioeconômico inferior, não possuíam capital cultural, devendo ser instruídas, já que caberia a elas prestar cuidados diretos ao paciente.

Mas a aceitação dessa condição não é suficiente. Um outro conflito surge, a disputa de mercado entre os considerados “leigos” e aqueles que, partilhando da mesma origem, já alcançaram uma qualificação mínima, encontrando-se inseridos no sistema (auxiliares de enfermagem) e, conseqüentemente, submetidos aos que detêm o saber (enfermeiros).

Como resultado do poder de barganha dos auxiliares, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – COREN, deliberou em plenário em sua 291ª Reunião Ordinária, a proibição da participação e contribuição dos profissionais de enfermagem, de qualquer forma, no desenvolvimento de atividades educativas e/ou treinamento em cursos para cuidadores formais já existentes ou que viessem a ser criados, assim como o acompanhamento e realização de estágio prático (Diário Oficial – RJ, 2001).

O que assistimos é a disputa por uma reserva de mercado que desvela impasses e contradições presentes no “campo do cuidar”. A questão com o cuidador formal se formula, de acordo com Inácio (2001, p.37) no *movimento do cuidar enquanto atividade familiar, metamorfoseando-se no cuidar enquanto atividade remunerada*. É a passagem do doméstico para o profissional, em resposta a uma demanda de mercado que provoca mal-estar.

As razões que viabilizam o surgimento dessa nova profissão, sob a exigência de uma nova mentalidade de assistência para os velhos, não podem ser entendidas como decorrentes exclusivamente das pressões do campo gerontológico, mas se implantam e difundem, apesar de acionarem mecanismos reativos, porque há condições propícias para a sua adoção. Há compatibilidade entre a nova mentalidade e a estrutura social, numa lógica interna que lhe dá sustentação: há uma demanda e uma oferta, que se inscreve nas frestas da fragmentação dos saberes, da prestação de serviços desregulamentada, da carência de uma rede de serviços públicos especializada e a exigência de minimizar os custos.

Fazer uma análise aprofundada dessa discussão, tomando a perspectiva das demandas de mercado, foge às ambições dessa dissertação.

Diante de toda essa controvérsia, o que se sabe é que, neste momento, é impossível dar conta da demanda crescente de recursos que instrumentalizem e ofereçam suporte aos velhos e suas famílias, contando somente com os profissionais qualificados existentes, tanto em razão da insuficiência quantitativa e qualitativa, quanto em função do custo de seus serviços.

A presença do cuidador formal é uma realidade em muitos lares brasileiros, principalmente nas grandes cidades.

Duarte (1997) realizou uma pesquisa em São Paulo com o objetivo, entre outros, de identificar a capacitação das pessoas que se habilitam à função de cuidador para velhos dependentes. Os resultados deste estudo revelaram que os cuidadores constituíam-se de acompanhantes (34,38%), atendentes de enfermagem (31,04%), auxiliares de enfermagem (31,04%) e enfermeiros (3,44%).

A existência e qualificação dessa nova tecnologia e a problematização das questões que a afetam aumentam a visibilidade das dificuldades que envolvem a pessoa que está envelhecendo em condições de dependência no Brasil. E, quiçá, tornem possível a ampliação dos recursos assistenciais, ao nível das políticas públicas de saúde, promovendo a inclusão social de uma parcela da população que se encontra à margem do sistema de saúde. Por exemplo, ao promover uma mudança da mentalidade e com isso da possibilidade de acolhimento do velho dependente, doente, retirando-o da categoria de Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas e engendrando propostas de novas modalidades de assistência que façam chegar aos lares mais carentes os braços da Pietà.

Pavarini e Néri (2000) comentam uma questão teórica que é central à análise das situações de interação social que envolvem o cuidado a velhos, qual seja, a de que dizer e fazer nem sempre andam juntos. Para elas essa afirmação coloca uma pergunta importante para o campo do cuidar: como intervir educacionalmente para diminuir a distância entre o dizer e o fazer quando se trata dos direitos dos velhos a uma assistência de qualidade?

De acordo com Cavalcante (1997, p. 7), existe pelo menos um princípio fundamental para a qualidade de um atendimento:

(...) a qualidade das pessoas que fazem este atendimento (...) esta qualidade não se mede apenas pela capacitação técnica dos profissionais, embora ela seja fundamental, mas também pela pontualidade, assiduidade, vontade de resolver as situações que lhe aparecem sem deixar para amanhã, em fim, por uma atitude ética e desejante diante do trabalho.

Tomando esta referência como uma perspectiva para o seguimento da minha análise, parafraseando-a, formulo a questão que deve nos orientar, qual seja: o que é tratar bem de um velho? Primeiramente, ter vontade de fazê-lo e achar que isto importa. O fundamental em relação a um bom cuidado é o compromisso ético daqueles que se dispõem a cuidar. É preciso não perder de vista a promessa de acolhimento que a palavra cuidar guarda e buscar na tessitura do encontro que ela postula as razões do seu acontecer.

Encontramos assim a importância de conhecer os cuidadores formais, reconhecer suas motivações e estudar os discursos que os informam, que orientam suas escolhas, procedimentos clínicos e atitudes, por considerar que eles são determinantes da qualidade do cuidado oferecido.

CAPÍTULO TRÊS

Curso Um: *A TEIA DO CUIDADO SOCIAL*

Como a aranha retira de suas entranhas a matéria com que constrói sua teia, parto da concepção de que a tessitura e a consistência dos cursos de preparação de cuidadores são o resultado da interlocução das motivações, experiências, conhecimentos e interpretações daqueles que os conceberam e viabilizam sua existência. Assim, assumi o risco de demarcar meu campo de análise privilegiando, arbitrariamente, as perspectivas dos coordenadores que assumiram os cursos na sua idealização e, posteriormente, no seu desenvolvimento, conferindo suas ressonâncias com os registros das minhas observações e com os dados obtidos na análise das fontes documentais e das aulas gravadas.

A verdadeira sabedoria é aquela que nos permite perceber através dos terrenos áridos as pequenas aberturas, mínimas que sejam, para que possamos ali implantar o verdadeiro exercício de cidadania. A cidadania é singular a cada um de nós, coletiva para todos nós (Coordenadora do Curso Um).

Com estas palavras a coordenadora apresenta seu curso. Tivemos sete oportunidades de contato mais direto e outras através de telefone. Três deles aconteceram em seu escritório, durante os quais colocou à minha disposição todo o material didático utilizado no curso, além de textos e reportagens feitas ao longo de sua história. Nesses momentos tive a oportunidade de assistir a conversas telefônicas mantidas com familiares que contrataram cuidadores do curso e a instruções dadas aos estagiários de sua equipe sobre como proceder no manejo de impasses entre cuidadores e familiares. Nessas oportunidades pude reconhecer uma linha de coerência entre suas palavras e atos.

Seu acolhimento da minha proposta de estudo foi imediato, sendo evidente seu orgulho e identificação com o trabalho que vem realizando. Já no primeiro contato fui convidada a assistir às aulas do curso e, em nenhum momento, os coordenadores ou a empresa responsável colocaram obstáculos ao meu estudo. Outros três contatos se deram nos momentos em que fui

assistir às aulas e por último na entrevista, durante a qual ela quis que os estagiários estivessem presentes. Com o segundo coordenador, que é o supervisor pedagógico do curso, estive durante uma das aulas citadas acima - a qual foi ministrada por ele - e por ocasião da entrevista, que aconteceu na sede da Associação Gerontológica à qual ele é filiado.

Obviamente o Curso Um não nasceu pronto, ele tem uma história de oito anos e, mais que isso, tem uma pré-história. A coordenadora e o coordenador - o qual também é supervisor pedagógico -, têm formação em Serviço Social e o supervisor é mestre em Serviço Social e Doutor em Gerontologia. A coordenadora é funcionária da empresa e o supervisor já foi funcionário e atua hoje como profissional convidado, tendo seu vínculo como professor de uma instituição universitária pública. Por conseguinte, o curso se inscreve no seio da prática profissional dos dois coordenadores - enquanto tarefa própria de seu ofício -, respaldado pelos referenciais de seu campo de saber, o qual tem grande importância na construção dessa parceria.

Para a coordenadora o curso tem re-significado sua própria **história de cuidados**, que segundo sua opinião foi uma história de descuido. As lembranças de sua primeira infância guardam a denúncia de que não foi tratada com **afeto**. Posteriormente compartilhou com a irmã os cuidados da mãe que sofreu com um câncer, tendo passado por intervenções cirúrgicas. A angústia vivida nesta época foi motivada pelo **desejo de cuidar adequadamente** da mãe que esbarrava na **falta de conhecimento sobre os procedimentos adequados; pelo temor de falhar**; pelo medo da repetição, de não fazer certo; pela tristeza de vê-la envelhecendo, doente e não entender direito o que estava acontecendo; pela confusão entre a velhice que se apresentava e o sofrimento da doença, culminando com a morte.

Posteriormente a dúvida, a culpa que só os amantes guardam de, talvez, não ter cuidado direito, fez nascer o desejo de saber. Começou a se cuidar, vivendo **uma transformação de dentro para fora** a partir da elaboração da sua história de cuidados. O cuidado consigo mesma tem sido alvo de questionamento e transformação constante ao longo da história do curso, pois

parte do pressuposto de que não poderá fazer pelo outro aquilo que não é capaz de fazer por si própria.

Após o falecimento de sua mãe, a coordenadora do Curso Um, como funcionária da empresa que oferece o curso, pensou em trabalhar com os funcionários em fase de aposentadoria, estabelecendo a primeira parceria com o atual supervisor do curso, na época funcionário da mesma empresa. Iniciaram um trabalho de preparação para a aposentadoria, com a proposta de refletir sobre os projetos de vida, o que o trabalho representava na vida de cada um enquanto lugar de identificação e como a aposentadoria era percebida. Encontraram pessoas tristes, deprimidas e preocupadas com a perda do *status*, apresentando comprometimento de suas relações sociais, já que seus vínculos estavam ligados ao ambiente de trabalho. Este encontro despertou a curiosidade de saberem como estavam vivendo os funcionários que já estavam aposentados há algum tempo. Depararam-se com uma realidade desoladora, marcada por solidão, doença, descuido, apesar de financeiramente esses funcionários terem uma aposentadoria acima da média da população. Identificaram situações de negligência, abuso e maus tratos, perpetrados por pessoas com vínculos diversos. Essa realidade os levou a implantar na empresa um trabalho assistencial com essa população.

Passaram-se aproximadamente dez anos. A coordenadora do curso acima citada encontrava-se então freqüentando as reuniões de uma Associação de Gerontologia, onde reencontrou o antigo parceiro, que havia se desligado da empresa para seguir uma carreira acadêmica. Lá ganhou mais intimidade com as questões que afetam o envelhecimento, integrando-se num projeto de estudo **sobre a situação do idoso⁸ no Rio de Janeiro**. Nesta equipe visitou instituições asilares e daí surgiu a reflexão sobre a função dos cuidadores.

Compondo essa pré-história do curso, temos as motivações presentes na história do supervisor pedagógico. Ele não encontrou para si uma inspiração na infância. A proximidade com a questão da velhice surgiu no seu percurso

⁸ Nos capítulos três e quatro, onde estarei apresentando os dados colhidos na pesquisa, utilizarei o termo “idoso”, pois é a forma de tratamento escolhida pelos coordenadores dos cursos.

acadêmico. Um primeiro momento foi quando, ainda funcionário da empresa protagonista do curso de cuidadores, participou das discussões sobre o trabalho com os funcionários em processo de aposentadoria acima citado, onde expressou sua discordância em relação a se fazer um trabalho nos termos que vinha acontecendo em outras empresas, qual seja, palestras explicando o que era a aposentadoria, sua possível conseqüência e como se precaver. Em sua opinião era mais pertinente fazer grupos de reflexão sobre projetos de vida, nos quais a aposentadoria seria apenas um item. Não chegou a participar do desenvolvimento do trabalho, pois se desligou da empresa para fazer mestrado e seguir uma carreira na academia.

No mestrado estabeleceu diálogo com uma colega que estudava os asilos de velhos, mas ainda não era assunto seu. Tornando-se professor de uma instituição universitária, teve que optar por se engajar em um dos trabalhos de pesquisa de seu departamento. Escolheu aquele que **ninguém queria** e que estava em fase de implementação. Tratava-se de uma pesquisa numa instituição hospitalar **com uma população de idosos com demência**, sendo as características dessa população o terceiro fator motivador. E assim a velhice entrou na sua vida. Somente algum tempo depois veio a vivenciar uma situação familiar, quando teve o pai vítima de um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e passou a conviver com as seqüelas e o envelhecimento. Sua causa está referida aos **excluídos, aos mecanismos de exclusão e inclusão social**. As **respostas sociais àqueles que estão envelhecendo e as representações sociais sobre a velhice** tornaram-se objeto de pesquisa e militância, levando-o a se filiar à Associação de Gerontologia, onde veio a reencontrar a antiga companheira.

A sintonia entre os dois parceiros com relação aos seus investimentos na causa dos excluídos os levou por caminhos distintos aos velhos, ou melhor, utilizando o termo de sua preferência, aos **idosos**. Essa identificação é uma variável determinante das diretrizes do curso e contribui para um certo consenso em relação aos seus objetivos.

O curso nasce, então, sob os auspícios de uma parceria entre uma Associação de Gerontologia e o recém-criado Comitê da Cidadania, entidade

responsável pela intervenção social de uma empresa de economia mista. Situado no momento histórico, em que a sociedade civil, inspirada e provocada pelo trabalho do Betinho⁹, chamou a si a responsabilidade por contribuir para a assistência e inclusão dos seguimentos marginalizados da sociedade, o curso foi batizado de **Sentir o Idoso**, pois pressupunha que para trabalhar com idosos tinha-se primeiro que ganhar intimidade com **a experiência da velhice**, com os idosos, saber como ela era vivida, sentida e pensada. Nesses termos pode-se notar um certo princípio de que haveria uma especificidade na experiência da velhice comum a todos que deveria ser apreendida, talvez decorrente de um certo determinismo biológico.

O respaldo financeiro e logístico oferecido pela empresa é outra variável decisiva para a estrutura do curso, inclusive na definição de seus compromissos, na necessidade de registrar resultados e na possibilidade de exigir uma certa dedicação dos professores contratados.

Duas mulheres forjaram os seus primeiros passos, sendo as duas do campo do Serviço Social, e a partir da terceira turma contaram com o enriquecimento trazido por uma profissional da enfermagem. O atual supervisor entrou inicialmente como professor, aprofundando os vínculos progressivamente.

Buscaram primeiramente diferenciar os lugares e funções da empregada doméstica, da acompanhante (terminologia utilizada na época) e do pessoal da enfermagem. Assumiram desde então o termo cuidador para referir-se **à pessoa que, membro ou não da família, com ou sem remuneração, cuida do idoso semidependente no exercício de suas atividades diárias**.

Observaram que a contratação de um cuidador é feita pela família quando o idoso está apresentando dificuldades nas atividades de vida diária, cuidado visível, à revelia de como a presença do cuidador é sentida pelo idoso ou se este está disposto a permitir-se ser cuidado por um estranho. A coordenadora, preocupada com a falta desse cuidado invisível, considerou que na preparação dos cuidadores o sentir o idoso deveria anteceder o cuidar. Aplicou, também,

⁹ Herbert de Souza, o Betinho, Sociólogo brasileiro que iniciou um projeto de Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria, fazendo um chamamento a sociedade civil brasileira ao exercício da solidariedade social enquanto ação de cidadania.

este princípio aos cuidadores, considerando que estes deveriam estar disponíveis para cuidar. A permissão de um e a disponibilidade respeitosa do outro é percebida como condição de possibilidade para que esse encontro seja fecundo, sendo que a disponibilidade tem que ser dada de princípio, configurando uma oferta de acolhimento, e a permissão deve ser conquistada.

No início o curso voltava-se para o preparo de cuidadores para acompanhar idosos enfermos, com a perspectiva de uma intervenção social em saúde.

Seguindo a filosofia do comitê que estava voltado para pessoas de baixa renda, o curso era oferecido gratuitamente com a perspectiva de profissionalizar essas pessoas, a fim de que tivessem acesso ao mercado, como uma nova fonte de renda. Essa orientação levou à dissolução da parceria com a Associação de Gerontologia. O curso continuou a ser oferecido pela empresa e a associação passou a oferecer seu próprio curso.

Desde o início o critério de seleção dos candidatos ao curso segue os princípios do comitê, acima citado, o qual se baseava no perfil social dos alunos, que deveriam pertencer a comunidades de baixa renda, com uma escolaridade de primeiro grau incompleto, tendo a necessidade de melhorar seu nível de renda. Esse critério se mantém, mas não corresponde aos critérios considerados ideais pelo supervisor, nem aos exigidos pela classificação de cuidadores que tomei como referência nesse trabalho.

A coordenadora, enquanto responsável pelo processo seletivo dos alunos, passou a realizar uma **anamnese social** com a finalidade de identificar o que ela nomeou de **história de cuidados** desses alunos – **suas motivações em relação ao curso, como cada um percebe o cuidar em sua vida, como foi cuidado, o que pensa que seja cuidado, suas experiências com o cuidar de um outro** -, considerando que esses dados seriam reveladores das habilidades e do potencial que o aluno traz para tornar-se um cuidador. A idéia é que a aprendizagem se faz a partir daquilo que a pessoa já experimentou como sendo cuidado enquanto determinantes históricos de suas motivações.

Para o supervisor a história de cuidados fornece dados interessantes sobre o aluno, mas não se pode considerá-la como único fator determinante da

qualidade do cuidado que a pessoa vai ser capaz de realizar. Ele acredita que o curso consegue estimular e promover a criação de vínculos e compromissos com o cuidado mesmo naqueles que não trazem uma história de cuidados significativa.

De qualquer forma, todos os dados são tomados em consideração no planejamento do curso, que tenta se adequar ao perfil de cada turma. Ao longo da história deste projeto, já houve turmas com perfis diferenciados, atendendo a demandas específicas de algumas instituições sociais ou privadas, como por exemplo: um curso encomendado para qualificar um grupo de seguidores de uma determinada igreja, interessados num trabalho voluntário, ou para cuidadores informais e formais assistidos (financiados) pela caixa de assistência de alguma empresa, etc. Mesmo as turmas que seguem os critérios iniciais contam, eventualmente, com alunos vindos a partir de outras demandas.

Vale ressaltar que essa demanda de curso que foi feita pela caixa de assistência da empresa se deu a partir da constatação de que a presença de um cuidador informado - seja ele formal ou informal - na assistência a pessoas em condições de dependência representa uma diminuição de custos financeiros e emocionais, tanto para a família quanto para os fundos da entidade.

Em sua proposta o curso pretende ser ***uma experiência sócio-educativa com grupos de pessoas interessadas na atividade informal de cuidados com o idoso***, trabalhando com a perspectiva da ***inclusão social de pessoas que desejam sentir e conhecer a realidade dos idosos***. Em seus objetivos consta, ainda hoje: ***vivenciar a realidade dos idosos, sua problemática, questões pessoais e sociais; construir uma nova forma de olhar o idoso; informar sobre cuidados gerais e específicos; possibilitar o apoio informal e doméstico; viabilizar uma assistência que vise a autonomia do idoso; otimizar a utilização dos recursos materiais e humanos, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a morbidade; problematizar a tendência à infantilização do idoso; inserir o sofrimento e a morte como parte da vida.***

Inicialmente o curso contava com uma equipe bastante restrita, composta de profissionais filiados à referida Associação de Gerontologia. Passou depois por várias transformações, tanto na sua finalidade quanto nos objetivos e na carga horária, todas motivadas pela necessidade de se qualificar para atender melhor a demanda, redimensionando a concepção do cuidar. Em sua concepção atual ***o cuidado é muito maior que o mero atendimento, ou a mera prestação de auxílio a um determinado sujeito adoecido: ele se refere a uma atitude de implicação com o bem-estar de si mesmo, do outro, no meio social, no ambiente.***

Atualmente o curso assume cada vez mais a perspectiva do ***cuidado social***, na qual ***o cuidado é concebido como uma potencialidade natural a todos*** e deve ser estimulado inclusive no sentido do autocuidado, numa espécie de educação para a velhice. Baseia-se na crença da possibilidade da autodeterminação, da consciência e do livre arbítrio como definidor dos destinos.

A trilha seguida partiu de uma intervenção social em saúde, como referi anteriormente, para uma intervenção na saúde social.

Na medida em que iam formando mais pessoas que tendiam, ao se inserirem no mercado de trabalho, a retornar trazendo suas questões e impasses, o curso foi dinamizando seu perfil, chegando hoje a ser ***mais que um projeto, um programa de trabalho social de cuidado***. Conta, atualmente, com a seguinte equipe multidisciplinar, na qual todos os professores têm experiência com idosos: geriatra, assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, musicoterapeuta, pedagogo, especialista em atendimento familiar, gerontólogo e enfermeira - apesar da proibição do COREN-RJ. Eles consideram que cada um desses saberes pode sensibilizar e instrumentalizar o cuidador para que ele assuma um lugar terapêutico junto ao idoso.

Hoje a equipe tem uma configuração mais permanente, reúne-se regularmente, contando com uma estrutura pedagógica na qual cada disciplina tem uma ementa que é discutida com toda a equipe. Existe uma fundamentação teórica e filosófica compartilhada, baseada nos ***trabalhos***

sobre o cuidar de Leonardo Boff, na reflexão sobre a questão de classe e a questão do trabalho na sociedade capitalista que cria descuidos de todo gênero trabalhadas por Simone de Beauvoir, na importância da memória inspirada em Ecléa Bosi; no nominável e o inominável do sofrimento na velhice com Maud Manoni; e em Úrsula Karsh, que trouxe uma reflexão sobre a assistência aos idosos com comprometer e sua família. Somam-se a essa orientação comum, as especificidades de cada campo de saber trazidas pelos professores.

Tendo na sua origem o Serviço Social como referência, o curso utiliza uma **metodologia participativa** que integra aulas expositivas/informativas com dinâmicas de grupo, visando exercitar os ensinamentos, facilitar a aprendizagem, a troca de experiências, pondo em evidência os valores considerados fundamentais e a sensibilização. É solicitado que todos os professores utilizem essa metodologia, por considerarem que ela facilita a aprendizagem e **é mais adequada aos objetivos do curso e ao perfil sócio-demográfico dos alunos.** Com essa metodologia eles esperam promover o maior envolvimento possível, tanto dos alunos quanto dos professores, **de forma que todos discutam e repensem as suas participações na sociedade e sua relação com o cuidado na vida. O objetivo fundamental dessa metodologia do Serviço Social é fazer com que o indivíduo se perceba como sujeito do processo e do conhecimento.**

Seguindo esse princípio, ao longo da história eles chegaram a dispensar professores que não apresentaram disponibilidade para um maior envolvimento com o projeto. Como oferece uma remuneração razoável por hora/aula, o curso atraía muitos profissionais, mas nem todos demonstravam um envolvimento a ponto de assumi-lo como projeto próprio, contentando-se apenas em dar aula. Os profissionais que se fixaram na equipe foram aqueles cuja identificação com o curso os levou a assumi-lo como causa própria. O investimento desta equipe tem justificado a solicitação que foi feita à empresa para que acrescente uma remuneração para as horas gastas com o planejamento. Esse caráter de reciprocidade é fundamental para entendermos a dinâmica desse curso em seu

esforço por traçar uma linha de coerência, compromisso e responsabilidade entre todos os atores de seu processo, enquanto **cuidadores sociais**.

Eles procuram encontrar uma justa medida entre a **abordagem fenomenológica** com a qual a coordenadora se identifica, e a **abordagem marxista** preferida pelo supervisor. Esse esforço se justifica, pois consideram importante a equipe chegar a um consenso sobre o que é cuidar e os objetivos do curso, de forma a **falarem uma mesma linguagem**. Existe toda uma preocupação de evitar o uso de uma linguagem muito acadêmica, por considerarem que ela dificulta o entendimento e assimilação dos conteúdos. **É preciso traduzir o saber profissional para as necessidades do grupo**.

Essa preocupação se sustenta inclusive no material didático já oferecido - apostilas sobre os assuntos de diversas aulas -, que auxilia na fixação dos conteúdos. O curso pretende fazer futuramente uma apostila simplificada sobre **cuidados sociais que aborde todos os assuntos contemplados pelo curso**, para funcionar como um referencial balizador da formação e da prática dos cuidadores.

O compromisso com os resultados de seu investimento os faz oferecer orientação e supervisão após o curso para os alunos que se mantiverem cadastrados, assim como incentivá-los a retornar periodicamente para manterem-se atualizados. Há uma responsabilidade com relação à qualidade do profissional que estão formando e ao atendimento da família.

Quando o Comitê é procurado para encaminhar um cuidador, o serviço social tenta traçar um perfil inicial dessa demanda e da família solicitante e associar com o perfil do profissional que se encontra disponível, de forma a favorecer uma assistência satisfatória para as partes. Quando ocorrem desentendimentos entre elas e o comitê é procurado, o serviço tenta diagnosticar o problema para intervir da melhor forma, tendo no idoso a referência principal da sua reflexão. O desdobramento do curso em uma rede de assistência que atende os funcionários da empresa e seus dependentes, assim como a comunidade, serve também aos objetivos iniciais do curso, na medida em que viabiliza a inclusão dos alunos no mercado, garantindo o sucesso do projeto.

O **cuidar** é entendido como meio para a **inclusão social do idoso**, resgatando sua condição de **cidadão**; **uma atitude de acolhimento do sofrimento e da possibilidade da morte**. **Cuidar é, antes de tudo, exercitar nesta relação com o idoso a sua autodeterminação**. Assim, a tarefa do cuidador informal deve se dar na liberdade, no respeito ao direito que cada um tem de encontrar seus próprios caminhos. Ela acontece através da convivência social, exercitando valores como respeito, dignidade, livre arbítrio, participação e cidadania. O cuidado deve ser percebido dentro de uma dimensão política, ou seja, o cuidado que a gente tem de ter com a gente, o cuidado que a gente tem de ter com o outro, com o ambiente, com o universo. O cuidar é, para além dos atos e procedimentos, **a expressão de um afeto**. Informado pelo paradigma do positivismo, o curso reforça a perspectiva do sujeito como sujeito da razão, da consciência e do livre arbítrio, capaz de se autodeterminar.

Os conteúdos abordados incluem a questão social do idoso (transição demográfica e epidemiológica); reflexões sobre o imaginário social sobre a velhice; noções sobre cuidados básicos, principais patologias e quais os sinais que devem ser observados; características do envelhecimento físico; importância da nutrição, do movimento físico, e quais as observações fundamentais considerando as especificidades do idoso; o risco de negligência e maus tratos; família, hábitos, rotinas da casa e procedimentos contratuais; atitudes e comportamentos; importância da memória (conceito, funcionamento, procedimentos de estimulação cognitiva) e respeito à identidade do idoso; sexualidade, luto e morte, o cuidado com quem cuida; e, principalmente, **a questão ética, tanto na questão do trabalho, pois, na verdade, a maioria dos cuidadores vai exercer isso como uma atividade laborativa, quanto nas relações que decorrerão desta relação de trabalho que se inscreve no espaço domiciliar, privado**. Isso configura um programa básico de educação em saúde, onde está incluída a importância das relações humanas.

As atribuições do cuidador se referem a auxiliar na alimentação, higiene pessoal e medicação de rotina; acompanhar aos serviços médicos ou outros requeridos no cotidiano; estabelecer o contato com familiares responsáveis,

profissionais, hospital ou clínica a que esteja filiado, sempre que necessário garantindo o socorro imediato; estabelecer hábitos e rotinas, respeitando as preferências do indivíduo e sua família; planejar o horário e os cuidados necessários, garantindo a realização e continuidade de terapias e/ou atividades que ele esteja realizando; estimular a participação e interação do idoso em seus cuidados de forma a promover a independência e autonomia; amenizar a solidão, acompanhando sua participação em atividades sociais e culturais; supervisionar e auxiliar na realização das atividades de vida diária; manter a equipe clínica informada dos procedimentos de cuidado, reações e alterações clínicas observadas; garantir o seguimento adequado do tratamento medicamentoso prescrito; ***partilhar com o idoso das suas histórias e fazer com que ele dinamize seus conhecimentos de forma a incorporar a realidade, evitando a auto-exclusão através da repetição das histórias do passado***; e possibilitar o intercâmbio intergeracional.

As habilidades necessárias ao perfil do cuidador são trabalhadas em dinâmicas de forma que os alunos possam refletir e expressar suas opiniões. Um relatório produzido nesta atividade relacionou as seguintes qualificações: ser participativo, responsável, criativo, sensível, atencioso, comunicativo (conseguir compartilhar) e ser paciente; saber ouvir; ter autocontrole; ser pontual, respeitoso, organizado, observador e prestativo; ter calma e equilíbrio emocional, amor pelo trabalho e iniciativa; ter os conhecimentos necessários para realizar as tarefas; preocupar-se com sua aparência pessoal; manter sua auto-estima elevada; conservar os cabelos limpos e presos, e as unhas bem aparadas e limpas; se usar maquiagem, ela deve ser leve; não usar perfumes fortes; lavar as mãos antes e depois de manusear o idoso para evitar infecções; cuidar do seu hálito bucal e secreções axilares; e elaborar um plano de cuidados onde possa estabelecer uma rotina que auxilie na realização das atividades.

Complementando, eles consideram que os cuidadores não devem demonstrar insegurança nem descontrole emocional; fazer críticas inadequadas ao ambiente familiar imiscuir-se nos assuntos familiares,

diagnosticar doenças, prescrever medicamentos; e realizar procedimentos de medição de pressão e injeções.

Esse “boletim moral”¹⁰, construído e reconstruído junto com cada turma, demanda um certo aprendizado de contenção, de controle, na medida em que configura a construção de um ideal de atitudes e comportamentos que será posto à prova no cotidiano.

Nas aulas que abordam conhecimentos mais técnicos em termos clínicos, são apresentados de forma simplificada: conceitos, principais teorias, procedimentos específicos para a clientela, observações importantes. A crença no determinismo biológico configura a demarcação de especificidades determinadas pela velhice, traçando uma certa homogeneidade entre os indivíduos. Neste aspecto, determinados sinais e sintomas definidores de patologias costumam facilmente ser confundidos como especificidades da velhice.

As noções básicas de cuidados relacionados à higiene, ao deslocamento e banho no leito, primeiros socorros, etc. são dadas pela enfermeira, mas a ênfase é sobre a forma como as tarefas devem ser realizadas. A orientação é que você pode conhecer os procedimentos básicos, mas se não estiver disponível para ter uma troca afetuosa com o idoso, não irá realizar a tarefa a contento.

Apesar da ênfase no cuidado social e na afirmação de que o curso não se destina a preparar cuidadores para cuidar exclusivamente de idosos enfermos, observamos que o programa dá toda ênfase aos aspectos relacionados à saúde e, mesmo quando pensamos em auxiliar nas atividades de vida diária, vale lembrar que o sujeito só demanda essa assistência quando apresenta comprometimentos na sua independência, os quais, via de regra, são causados por comprometimentos na saúde.

O supervisor enfatiza que ***o cuidador não atua com as técnicas e com os instrumentais de que o enfermeiro se utiliza (medição de pressão, injeção, prescrição). Ele é orientado para realizar procedimentos de***

¹⁰ A expressão “boletim moral” alude à formulação de Florence Nightgale - criadora da enfermagem moderna -, que regulava a ética e a conduta das futuras **enfermeiras (NIGHTINGALE, 1989)**.

auxílio nas atividades de vida diária, para saber o que observar e tomar as providências cabíveis para obter orientação e assistência, como qualquer familiar faria.

A referência ao ***aspecto afetivo e psicossocial do cuidar*** é considerada o principal diferencial em relação à atuação da enfermagem, que é percebida como uma prática de procedimentos técnicos mais sofisticados e diferentes dos acima relacionados, destinados à assistência de indivíduos acometidos por patologias. É com essa perspectiva que eles se posicionam frente aos questionamentos do COREN-RJ.

Segundo o coordenador, ***a enfermeira que dá aula no curso não ensina as informações que são da enfermagem, o que ela ensina qualquer profissional de saúde que tivesse esse conhecimento e pudesse passá-lo, o faria. Nós enfatizamos que, caso o cuidador identifique a necessidade de uma assistência mais especializada, ele deverá solicitar à família a presença de alguém da enfermagem.***

Na análise da coordenadora, a ***formação técnica*** em enfermagem não resulta necessariamente num cuidado de maior qualidade. O supervisor considera que o técnico de enfermagem está autorizado, mesmo sem o curso de cuidador, a fazer trabalho de cuidador, mas o contrário não. A fronteira entre o cuidado visível – considerado como mais técnico -, e o cuidado invisível – considerado como potencial natural e humano -, tende a demarcar o campo de discussão com a enfermagem, sendo comum a alusão à denúncia sobre a forma fria, descuidada, mecânica e, muitas vezes, iatrogênica dos tratamentos dispensados aos doentes pelo pessoal qualificado nos hospitais e clínicas. Esta é, por sinal, uma das justificativas da importância do cuidador como prevenção das hospitalizações, inclusive na literatura.

A coordenadora observou que ***o grande problema de adaptação dos cuidadores no domicílio é o aspecto comportamental, os modos. Principalmente no manejo de conflitos com a família. E o obstáculo intransponível é o caráter***, sobre o qual eles não conseguem influir.

Considerando as semelhanças e diferenças observadas entre os cuidadores e os profissionais de enfermagem, a coordenadora comenta que:

(...) eu tenho cuidadores que são técnicos e auxiliares de enfermagem e, quando faço a anamnese social deles, detecto os mesmos problemas dos cuidadores em relação às famílias, as mesmas dificuldades. A maioria vem de desemprego prolongado. Os profissionais de enfermagem repetem os mesmos problemas de postura (modos), até muito mais que o cuidador, que costuma ser mais flexível e acessível para receber orientações. Eles têm mais dificuldades para administrar os conflitos que surgem com as famílias. Uma observação empírica, pois nunca quantifiquei esses dados, é que os cuidadores permanecem mais tempo com as famílias. Isso é uma alusão à tendência à arrogância do saber presente naqueles que detêm um certo capital cultural, como impeditivo da humildade e paciência necessárias ao manejo de conflitos com os familiares.

Em sua opinião, ***a diferença para um cuidado de qualidade é dada pela história de cuidados, pela experiência de compartilhamento de situações difíceis e pelo compromisso com a pessoa idosa, o que pode estar presente tanto no profissional de enfermagem quanto no cuidador.***

Quando, com o propósito de problematizar a diferença das funções do cuidador e do profissional de enfermagem, apresentei a informação de que alguns programas de visita domiciliar exigem a presença de um cuidador como critério de elegibilidade, inclusive para dar continuidade a determinados procedimentos como administrar dietas enterais, etc. obtive como resposta que, esse sim é um problema para o COREN, pois eles estão cientes de que não é com um curso de 60 horas que eles vão qualificar pessoas para esse tipo de procedimento.

Empiricamente eles têm observado que o processo de conscientização que o curso promove tem levado alguns alunos, que assumem empregos para cuidar de idosos enfermos que demandam uma assistência mais técnica, a procurarem se aperfeiçoar fazendo cursos técnicos de enfermagem. Da mesma forma, profissionais da enfermagem que se vêem tendo de cuidar de idosos enfermos, procuram o curso de cuidadores para se qualificarem para um ***cuidado gerontológico***, referindo-se à ausência de informações sobre geriatria e gerontologia nos cursos de formação da área de enfermagem.

Atualmente o curso conta com um modelo de avaliação proposto pelo supervisor que vem sendo aplicado a título de experiência para futuramente ser aperfeiçoado. A partir da assimilação dos conteúdos que o instrumento consegue detectar e da computação das faltas, é feita uma certa seleção daqueles que deverão receber ou não o certificado e aqueles que deverão repetir algum módulo para poder concluir o curso.

Eles trabalham com a perspectiva de que um bom cuidador precisa ter primeiro um **reconhecimento humano da questão do cuidado**, sendo fundamental **tratar o idoso como pessoa e não como doente. O ensino de noções de gerontologia (noções sobre envelhecimento, suas características, as implicações de ser velho, na história, as exigências sociais atuais) dá ao cuidador uma dimensão sócio-política e inscreve o idoso numa realidade que requer que hajam direitos garantidos, que haja respeito ético. Desta forma desenvolve a noção de que aquele sujeito continua a ser um cidadão e, como tal, tem direitos.**

Desta forma o objetivo do curso em termos de inclusão social do cuidador vai sendo trabalhado, na medida em que, **ao reconhecer essa dimensão para o outro, o cuidador a reconhece para si próprio. Assumindo o cuidado como um trabalho, ele tem que percebê-lo como tal, assumindo que é um trabalhador e tornando-se um agente desses direitos para si e para o outro. Não adianta só reivindicar o retorno do salário, ele tem de cumprir sua tarefa, de tal forma que consiga perceber o sujeito para além da negociação.**

O cuidar percebido como uma dimensão ética frente à vida e ao outro está mais referido à responsabilidade com o outro e seu destino, revelando-se na forma como os procedimentos são realizados.

O cuidador precisa desenvolver habilidades de atenção e paciência, **saber ser comedido e perceber que pode influir naquele ambiente, mas não pode interferir nele e para isso precisa usar o bom senso.** Ele tem de reconhecer a igualdade e respeitar as diferenças e, principalmente, **precisa querer estar naquela função.**

O supervisor considera que o sujeito com uma história de cuidados significativa, em que de fato tenha havido **compartilhamento de experiências**, talvez traga o reconhecimento dessa dimensão humana mais estabelecido, **sabendo que aquele idoso não é só um idoso bom, um idoso idealizado, mas também tem vontades, tem conflitos, tem tudo o que o cuidador também tem.**

Em todo o material analisado, assim como nas entrevistas, foi possível identificar uma preferência pelo uso do termo **idoso**, tanto pela coordenadora e pelo supervisor quanto pelos outros profissionais da equipe em seus textos e apostilas. Esta opção foi justificada em função de os sentimentos sociais em relação à velhice serem ainda bastante preconceituosos.

Assim, na opinião da coordenadora, o uso do termo **idoso convoca uma atitude de maior respeito. O uso do termo idoso é para conferir um caráter de respeitabilidade. Ao chamar de velho você pode estar reproduzindo, reforçando determinados papéis sociais que a pessoa vai reproduzindo de maneira pejorativa. A sociedade trata essas terminologias de maneira pejorativa.**

Segundo ela, na anamnese social lhe é possível identificar que os alunos, **em sua maioria, trazem visões infantilizadas da velhice, inclusive são utilizados termos no diminutivo, termos relacionados à decadência, o idoso como um dilacerado, um coitado precisando de ajuda e visto sob um ponto de vista da doença.**

Para contrapor a idéia de velhice como determinante da atitude frente à pessoa cuidada, o curso enfatiza o uso do nome próprio: **a importância do nome da pessoa, de quando ela está sendo cuidada ser chamada pelo nome, porque a gente percebe que existe uma reprodução social da velhice de maneira bastante alicerçada, que o idoso que chegou à velhice não tem mais direito a nada, não serve para nada, é um coitadinho, digno de pena.** Em sua opinião, a identificação nominal impede que a pessoa seja confundida com sua categoria etária.

Contudo, ela comenta que, embora o curso reforce muito o respeito ao idoso, às vezes quando o cuidador vai para o mercado, no seu confronto com a

prática, com os limites e a não submissão do idoso às suas manipulações, ele retorna trazendo muito forte o preconceito com relação ao velho como aquele que não serve para nada, **o velho gagá**.

Por outro lado, em seu discurso foi possível identificar a mesma reprodução dos estereótipos associados à velhice, os quais estavam supostamente resolvidos com a exclusão do termo velho. No momento em que trazia um pouco da sua história de cuidados, talvez entorpecida pela embriaguez das lembranças e suas emoções, a ambigüidade de sentimentos e o estranhamento que a velhice evoca não puderam ser velados: ***Até aquele momento com a minha mãe eu não conhecia o que era a velhice, eu conhecia o que era dor, mas velhice não. Porque eu via a minha mãe com saúde até o final lutando, trabalhando, então eu não tinha ainda essa conexão. Então a velhice para mim foi uma coisa com que eu só tive proximidade naquele momento, não só de envelhecimento, mas de vê-la naquele momento precisando de cuidados, sem saúde.***

Ao ser confrontada com essa associação da velhice com a doença, a improdutividade, a dependência, buscou na memória uma reparação: (...) ***Eu não tenho problemas com a velhice até porque a imagem que eu tenho da minha avó era fazendo vestidos, bordados. Ela era uma das mulheres mais bonitas do bairro em que morava e eu só via a minha avó resplandecente e no meu avô, que era espanhol, eu só via cultura. Eu não via claramente o que de fato era a velhice, ser velho. Eu lembro da imagem dos meus avós e eu não via essa imagem depauperada, de doença, de morte, de uma coisa assim findada. Eu acho que por causa da convivência com a minha mãe, não por ela estar mais velha, mas por ela estar doente, naquela época eu associava muito isso à velhice.***

A linguagem tem essas armadilhas. Capturados pela engrenagem do inconsciente que fala a língua da cultura, da nossa ancestralidade, dos nossos temores e dos nossos desejos, quando falamos dizemos menos do que queremos, mais do que queremos e nunca o que queremos.

Quando lhe foi perguntada a razão da opção pelo termo idoso, surpreendida com a pergunta ela buscou sua confirmação: ***Você quer saber porque o termo idoso e não aquele outro (...)?***

Já o supervisor diz que preferiria utilizar o termo velho, mas em função da rejeição social ao termo que leva a produzir novos termos como terceira idade, melhor idade, etc., ele acabou adotando o termo idoso, e justifica dizendo: ***o termo idoso parece mais neutro por se fixar no recorte da idade. Para ele, idoso é mais uma referência etária para demarcar as faixas etárias ou grupos etários diferentes e não, necessariamente, uma condição social ou uma questão social.*** O termo idoso refere-se a qualquer um que ultrapasse os sessenta anos, pela legislação.

Segundo o coordenador, ***a questão social é velhice, não é envelhecer, envelhecer é uma condição humana que todos podem alcançar. A velhice é uma questão social porque ela traz esse quadro de uma velhice difícil, desprotegida, desassistida, em função da desestruturação social. A velhice não é uma questão para todo mundo, ela é uma questão para aqueles que dependem para seu amparo da estrutura social.***

Ele afirma sua preferência pelo termo velho que, apesar dos preconceitos sociais, se refere aos que estão bem de vida e aos que estão mal de vida. Contudo, acabou se habituando a utilizar o termo idoso, reproduzindo o que é predominante na literatura, inclusive na legislação.

Sua rejeição recai sobre os termos novos, terceira idade, maior idade, melhor idade, porque ***eles não conferem nenhuma relação com a realidade de ser velho. Idoso não confere nenhuma qualificação para pior ou para melhor.*** No entanto, ele lembra que alguns grupos rejeitam serem chamados de idosos e de velhos, só admitindo a denominação de terceira idade. Já aqueles que não têm nenhum problema em relação à velhice, aceitam serem chamados de velhos e idosos, e rejeitam a terceira idade.

Referindo-se aos cuidadores, diz estar informado de que em situações pontuais, na prática, quando se referem ao velho os cuidadores trazem sempre uma conotação pejorativa. E quando querem fazer referência num sentido mais carinhoso usam "***meu velho***", etc.

Ele considera pertinente problematizar esses termos, no sentido de mexer com ***a desconstrução dessas coisas que a gente vai introduzindo, reproduzindo. Operar um certo desmonte das coisas que a gente organizou como certas, mas que são apenas reproduções.*** Ele já faz isso de certa maneira em suas aulas ao questionar o imaginário social sobre a velhice, mas nunca tinha se dedicado a refletir sobre a imposição destes termos e suas possíveis ressonâncias no cuidado, mas admite que, se as formas de tratamento determinam atitudes, elas devem ser explicitadas.

Contudo, ele considera difícil retomar o termo velho que está excluído das produções científicas, ao mesmo tempo em que o termo terceira idade é proposto como sendo o próprio paradigma da modernidade. Compara com a noção de qualidade de vida, na qual as pessoas que não correspondem aos critérios propostos como sendo qualidade de vida, ficam excluídas.

Outro aspecto questionado junto aos coordenadores foi a perspectiva de uma preparação informal de cuidadores em contraposição à finalidade de profissionalização da proposta.

A posição deles é que o curso tem um caráter informal, porque o cuidador não é um profissional. Se a função ainda não tem um caráter profissional, não se pode formar. No entanto, isso não impede que o trabalho desenvolvido para preparar cuidadores seja feito com seriedade, mantendo-se a preocupação de não esbarrar no trabalho da enfermagem. E se, apesar de ser um curso informal, ele profissionaliza, é porque existe uma demanda que gera um mercado.

Por outro lado, o caráter informal do curso está relacionado à perspectiva do cuidado como algo natural e como tal potencialmente presente em todos, e não uma prerrogativa de poucos.

Segundo a coordenadora ***a sociedade clama por cuidadores informados.*** Por isso a equipe vem trabalhando junto à assembléia legislativa para viabilizar a profissionalização do cuidador.

Diante da possibilidade de regulamentação desta nova profissão, um outro aspecto questionado pelo Conselho de Enfermagem é a falta de um agente corporativo que regule os atos desses profissionais e responda por eles frente

à sociedade civil. A proposta deles é que esse controle seja feito pelos conselhos comunitários de idosos e pelas sociedades de gerontologia.

Até este momento a responsabilidade pelos atos do cuidador é regida apenas pelo código de direito civil e penal. No entanto, para os alunos desse curso, a necessidade de permanecer ligado ao cadastro de cuidadores da empresa, que facilita a inserção no mercado de trabalho, ajuda a fazer uma contenção ética.

O coordenador explica que **o cadastro é composto por um dossiê de cada aluno**, onde ficam registradas todas as informações sobre ele, além de todas as observações feitas durante e após o curso. Esse dossiê é usado quando o aluno é encaminhado para o trabalho através do comitê. Quando nesse registro aparece alguma queixa ou é detectada alguma deficiência em alguma área, o cuidador é convidado a retomar o curso ou algum módulo específico.

Quando o comitê é procurado para encaminhar algum cuidador, ele se baseia nesse dossiê correlacionando com o perfil solicitado pela família. Da mesma forma, o resultado desse contato, isto é, se foi firmado o contrato ou não, se houve algum problema, etc. costuma ser informado para que fique registrado e, se for considerado pertinente, proceda-se ao desligamento do cuidador do cadastro. Guarde-se a ressalva de que o cuidador não é obrigado a incluir seu nome no cadastro.

Segundo o relato dos coordenadores, é comum a pessoa, depois de terminado o curso, ir buscar um crescimento, inclusive em termos de escolaridade. **O curso altera o projeto de vida dessas pessoas, abrindo novas perspectivas**. Elas passam a exercitar seus conhecimentos na vida, sensibilizando-se, inclusive, para o trabalho voluntário. Essa é uma das razões para o curso não colocar obstáculos à inclusão dos alunos, pois ele traz a perspectiva de influir no projeto de vida deles, redirecionando e abrindo novos horizontes.

O impacto social desse curso levou a empresa a colocar o cuidador como uma das assistências oferecidas pelo seu programa de benefícios.

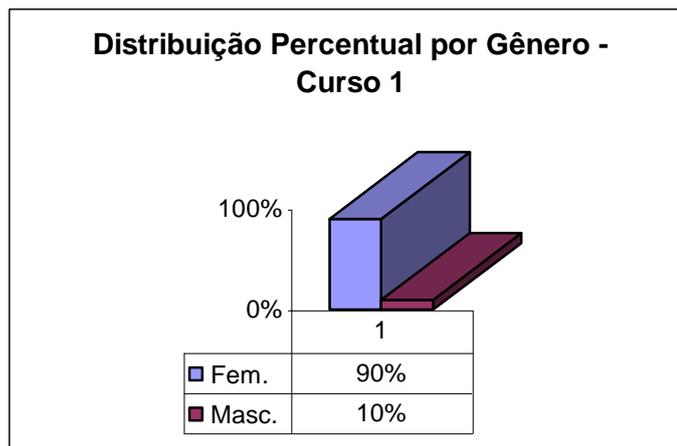
O coordenador explica que ***a idéia fundamental de cuidador social está referida àquele que tem uma compreensão da realidade social e se coloca disponível para atender a uma demanda de cuidado, qualquer que seja ela. Ter pessoas comprometidas com o ato de cuidar, esse é o objetivo do Projeto Social com Cuidadores Informais de Idosos.***

A ênfase na perspectiva de cuidador social, embora seja a representação de ideais pertinentes ao campo profissional dos coordenadores, não deixa de ser, também, uma estratégia para legitimar esse curso frente aos questionamentos levantados pelo COREN-RJ.

O risco dessa abordagem é dispersar e esvaziar as implicações da velhice dependente e os mecanismos de exclusão social que incidem sobre aqueles que dependem do cuidado de um outro para manter sua existência e identidade. Há uma extensa literatura que ressalta o cuidar de uma pessoa dependente, acometida por patologias que comprometem as funções orgânicas e as funções cognitivas - como é o caso da doença de Alzheimer -, exigindo recursos internos e externos e pondo à prova tanto as prontidões internas para o cuidar quanto os saberes técnicos de que aquele que oferece seus préstimos dispõe. A ausência de qualquer um deles pode inviabilizar o cuidado, ou acarretar ressonâncias complicadoras como o adoecimento do próprio cuidador.

O perfil sócio-demográfico feito a partir das quatro últimas turmas do curso, tomando-se como referência, retroativamente, a última turma do ano de 2002, num total de 154 alunos, apresentou os seguintes dados:

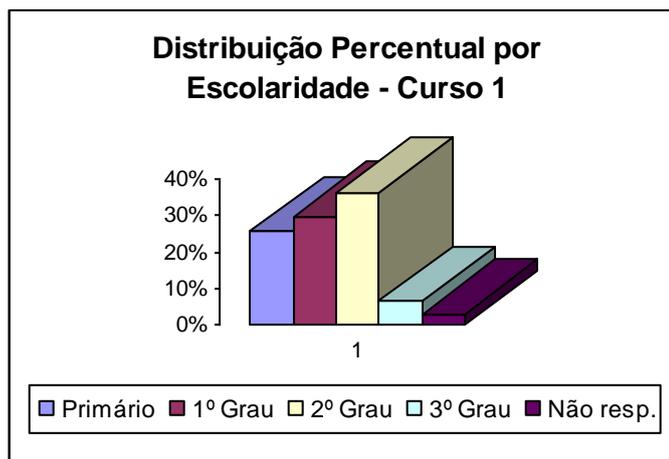
Distribuição por gênero - 139 mulheres e 15 homens.



A presença das mulheres é pensada pelos coordenadores como determinada pela cultura, pelo imaginário social, que delega essas funções de cuidar às mulheres, as quais, por sua vez, a reproduzem como algo natural. Esse fenômeno é semelhante ao que se observa em outros cursos como enfermagem, psicologia, pedagogia, serviço social, etc., que são áreas de ocupação e profissionalização das ciências humanas e sociais, consideradas como funções femininas. No caso do cuidador, o próprio sentido do cuidar tende a ser associado com a maternidade, o cuidar da família, do marido, etc. Apesar de se observar atualmente que os homens estão assumindo essas tarefas, eles ainda são minoria.

Em sua perspectiva, o cuidar como algo natural do humano, deveria ser uma responsabilidade de todos, independente do sexo.

A distribuição por escolaridade apresentou: prim. = 40; 1º grau = 46; 2º grau = 56; 3º grau = 10; não resp. = 5.

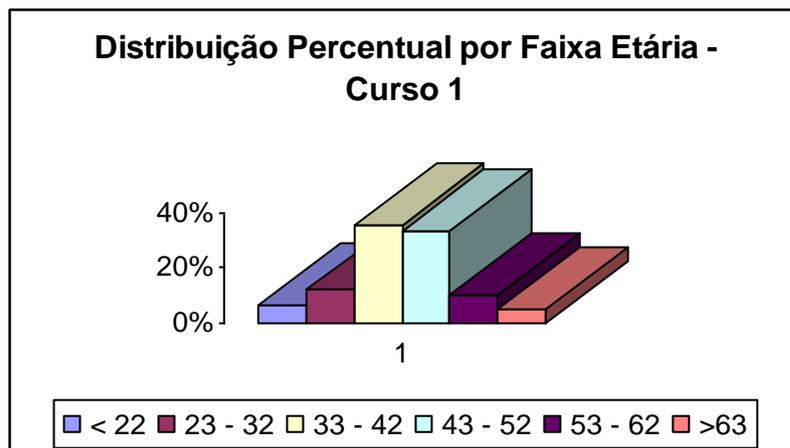


Refletindo sobre o nível de escolaridade apresentado pelo perfil, a coordenadora observa que nas últimas turmas esse nível melhorou bastante, mas continua havendo um grande número de analfabetos funcionais, considerando-se inclusive que, como não há nenhuma exigência de comprovação da escolaridade declarada, a veracidade dos dados da ficha de inscrição deve ser tomada como relativa. De qualquer forma, isso já era esperado em função dos objetivos do comitê, relacionados anteriormente.

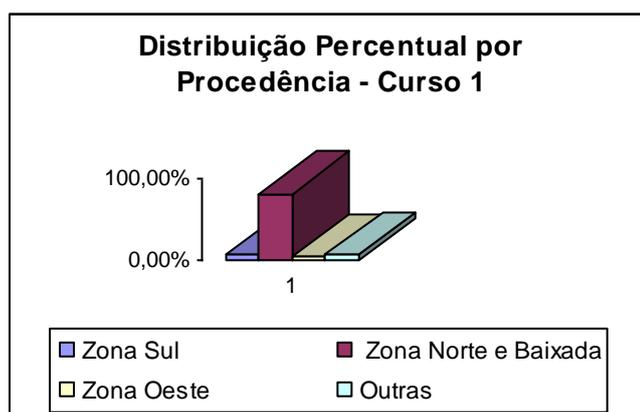
O curso se propõe a cuidar desse aspecto através da busca de uma linguagem simplificada que aproxime o saber dos profissionais das necessidades do grupo e da observação dos alunos no contexto da sala de aula, para identificar os níveis de entendimento e, caso o assunto não esteja ficando claro, buscar novas estratégias de transmissão. Assim o curso assume uma certa dinâmica, viabilizada pela metodologia adotada. Em sua opinião, o fato de o serviço social ser o mediador do curso favorece essa adaptação.

Para o coordenador, a baixa escolaridade faz diferença no cuidado na medida em que ela se torne um obstáculo para a realização de determinadas atividades como, por exemplo, ler para o idoso, registrar as observações. ***Mas para a atenção mais doméstica, digamos assim, não vai interferir.***

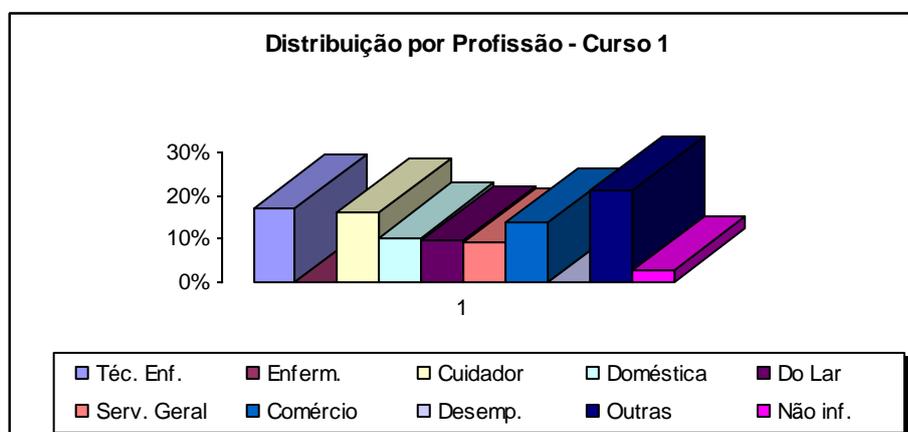
A distribuição por faixa etária apresentou: $\leq 22 = 10$; $23 - 32 = 18$; $33 - 42 = 54$; $43 - 52 = 55$; $53 - 62 = 15$; $\geq 63 = 8$.



A distribuição por procedência encontrada foi: zona sul = 12; zona norte e baixada fluminense = 125; zona oeste = 6; outros = 10.



A distribuição por profissão de origem foi agrupada em algumas categorias, escolhidas por mim, de forma a destacar aquelas que me pareceram mais instigantes e relevantes para a análise.



Esse perfil marcado pela presença de mulheres com pouca escolaridade, numa faixa etária acima dos trinta anos, que migram de outros campos profissionais e/ou buscam uma certa qualificação para se inserir em um mercado emergente, está relacionado com vários fatores: a inserção tardia da mulher no mercado de trabalho; o alto índice de desemprego que atinge fortemente essa população que já é considerada “idosa”; e a maior facilidade de se inserir através de uma função considerada um atributo feminino natural, exigindo, como tal, pouca qualificação específica.

Na opinião da coordenadora, o nível sócioeconômico e escolar dos alunos não interfere significativamente na qualidade do cuidado, a qual é mais determinada pela história de cuidados do sujeito, como base estrutural de uma posição ética frente ao sofrimento. Esses níveis repercutem mais no comportamento, entendido como **os modos das pessoas**, na educação – **a forma de falar, de se colocar** -, que interferem na adaptação do cuidador no domicílio, na interação dele com a família, sendo, muitas vezes, o determinante do desligamento do trabalho. Eles não costumam apresentar problemas de assiduidade, pontualidade e idoneidade.

No entanto, a coordenadora considera que ***há algo nessas pessoas de baixa renda, sem querer classificá-las, que aparece com maior incidência, que difere. Não é só a necessidade de aumentar a renda familiar, eles trazem uma história de cuidados que, por mais difícil que tenha sido monetariamente, financeiramente, houve de fato compartilhamento, essa é a diferença. (...) Quando se trata de nordestino, principalmente, o vínculo de cuidado é muito mais forte, ele traz uma história de cuidados muito forte. Quando tem de sair de seu lugar, ou ele carrega a família junto ou, se a deixa lá, não desfaz o vínculo. Ele trabalha para os seus e sonha em voltar ou em trazê-los para perto. E transfere isso para o idoso.***

É considerando tudo isso que o curso visa interferir no projeto de vida dessas pessoas de forma a facilitar sua inserção no mercado e promover seu desejo por buscar uma qualificação. ***Algumas pessoas entraram analfabetas no curso e saíram daqui para fazer o supletivo, alterando sua visão de si mesmas e de suas possibilidades frente ao mundo.***

Tendo apresentado, até este momento, de forma resumida, a diversidade dos dados obtidos através dos recursos que a metodologia me autorizou - observação, entrevista semi-estruturada, gravação de aulas e fontes documentais (apostilas, textos, projetos, programas) -, parece-me possível destacar certas características fundamentais relativas a esse curso que serão analisadas posteriormente, quais sejam: o indivíduo como referência; a homogeneização dos indivíduos; o cuidar como sendo diferente da técnica; o curso como instrumento de inclusão; o cuidado social abarca os cuidados com a saúde; a equipe multiprofissional dos professores como referência; a profissionalização informal do cuidador.

São visíveis o compromisso da coordenadora e do supervisor com o projeto. Suas idéias, motivações e ideais estão presentes em todos os materiais analisados. É preciso ressaltar que sem o suporte oferecido pela empresa, que disponibiliza seus espaços, seus profissionais e uma verba significativa, talvez o projeto não tivesse alcançado tamanha amplitude. Contudo, é o investimento desejante da coordenadora que, como uma aranha, dedica-se pessoalmente a tecer todos os fios dessa teia do cuidado, com uma firmeza de ideais que mantém a todos os que se aproximam cativos, e uma mestria no manejo dos impasses e desafios, que lhe dá consistência e beleza. Enquanto cuidadora social ela chama para si a responsabilidade de tornar possível esse projeto.

CAPÍTULO QUATRO

Curso Dois: *A TRAMA DO CUIDADO EM SAÚDE*

Certa vez, uma enfermeira da OMS se aproximou de Madre Tereza de Calcutá, que era uma cuidadora leiga, e disse: “- Irmã, veja bem, existem outras substâncias que não só água e sabão. Existem técnicas, irmã”. E relacionou várias delas, “- A senhora não aceitaria fazer uso delas?”. A irmã olhou para ela, já curvada por sua osteoporose e pelas dores da artrose, e do alto do seu metro e vinte, virou-se e disse: “- Minha filha, quanto conhecimento, quanta coisa você sabe, nos ajude, pegue tudo o que você puder e siga essa irmã, que nós estamos recebendo os primeiros 200 pacientes de um leprosário”. E a enfermeira, assustada, sendo conduzida pela outra noviça, disse: “- Não irmã, isso são só algumas sugestões, eu não estou dizendo que eu vou fazer isso aqui”. Então há uma foto da OMS mostrando centenas de camas com um cobertor, um balde com água e sabão e um prato de comida ao lado (coordenador do Curso Dois).

Esse foi o paradigma da função do cuidador que um dos coordenadores do Curso Dois me apresentou.

Foram ao todo dez encontros, que corresponderam a três entrevistas, uma com cada coordenador, dois encontros iniciais com um deles e cinco módulos de aulas – cada um com 7 horas/aula, ministradas por eles e outros professores. Além de alguns contatos telefônicos.

A aceitação da minha proposta de estudo se deu após vencermos algumas resistências. No meu primeiro encontro com um dos coordenadores, obtive a primeira autorização para fazer o estudo, mas fui informada de que não teria acesso aos materiais didáticos, porque eles não teriam garantias de que ao me apropriar deles, não copiaria e abriria um curso meu como concorrente.

Neste mesmo encontro, porém, disponibilizaram-me para compra alguns textos e livros que eram vendidos para os alunos do curso como material

didático. Também nesta ocasião ficou presente uma certa crítica ao academicismo dos profissionais, especialistas em velhice, incluindo os médicos, que se arvoram o saber sobre o cuidar, mas que não conhecem o desafio, o custo e as delicadezas do cuidado cotidiano vivido pelos familiares, estes sim, verdadeiros cuidadores.

O coordenador comentou que ***alguns lugares fizeram a opção de ter esse enfoque familiar em vez de o enfoque médico, de o enfoque, por assim dizer, científico, de uma visão estreitar, uma visão só de academicismo. Nós vivemos o problema, vivemos esse problema praticamente, então nossa visão não é teórica, é uma visão de quem passou pelo fato.***

A despeito de tudo isso minha proposta foi aceita. No segundo contato, foi-me dado o consentimento livre esclarecido por esse coordenador e, ao mesmo tempo, fui introduzida nas delicadezas, limites, diferenças e vaidades que permeavam as relações entre as duas instituições parceiras nesse curso, ou melhor, entre seus respectivos coordenadores. Evidenciando a tensão silenciosa que está presente na parceria que se estabelece entre os profissionais e familiares, na fronteira do público e do privado. Foi preciso manejar as resistências impostas por essas pequenas vaidades, sem tomar partido.

Com o segundo coordenador, meu contato inicial foi feito por telefone. Encontrei, também, algumas resistências iniciais, estas mais referidas ao mal-estar que perpassa o campo da gerontologia e o ressentimento que resta pela pouca interlocução, pelas disputas de mercado, pelo não reconhecimento entre os pares. Apesar de tudo, foi-me dada a autorização para assistir às aulas do curso e gravá-las, quando nos encontraríamos e seria assinado o consentimento. Vale ressaltar que em nenhum momento, nestes primeiros contatos, fui informada da existência de um terceiro coordenador, que era responsável pelo acompanhamento dos alunos no curso e no estágio. Somente durante o curso tomei conhecimento de sua existência, mesmo assim de maneira informal.

Devo ressaltar, como relatei na introdução, que a referência à minha instituição de origem também provocou ressalvas nos dois coordenadores contatados, em função dos mesmos motivos acima referidos.

Ao me aproximar dos percursos dos coordenadores, pude identificar que em parte essas resistências eram proteções que, senão necessárias, encontram suas razões em mágoas, decepções e ressentimentos do passado, não me cabendo tecer julgamentos e sim identificá-las. Mas também expressavam posições ideológicas e interesses pessoais e corporativos.

Os três coordenadores tinham curso superior e pertenciam a campos distintos: medicina, arte e odontologia. Não havia um campo de saber de base na proposta do curso e a gerontologia era, em sua multidisciplinaridade, a referência.

O primeiro coordenador aproximou-se das questões que afligem os idosos dependentes quando teve um familiar acometido pela doença de Alzheimer. O desafio de cuidar e lidar com a dependência e a pouca informação sobre a doença o levou a buscar informações e a difundi-las, iluminando a experiência de outras pessoas que passavam pelo mesmo problema. Desta forma, acabou construindo vínculos de solidariedade com outras famílias, junto às quais criou uma associação de familiares. Unidos buscaram mais e mais conhecimentos e novas estratégias para amenizar o fardo desse trabalho que tende a ser solitário. Divulgar cada vez mais o conhecimento adquirido, ampliar os vínculos de solidariedade dessa rede de apoio e sensibilizar a sociedade civil e o Estado para as questões que afetam a família que tem de amparar sozinha seu idoso dependente tornou-se **uma missão**, um meio de sublimar as dores e o mal-estar de uma experiência marcada pela angústia e pela perda.

O segundo coordenador encontrou na infância a origem de sua familiaridade com a velhice. Tendo sido um denço das avós e tias-avós, viveu rodeado de jovens senhoras que lhe inspiraram o destino. Traz ainda hoje a vívida memória das luzes incandescentes dos olhos e do cachimbo de sua avó e do cheiro perfumado de seus cabelos. Encantos que lhe embalaram os cuidados com ela quando se encontrou tomada por um câncer. Na delicadeza

desse momento, ela, amparada pelos cuidados desse neto - então jovem acadêmico de medicina -, pôde dialogar sobre a velhice, a morte, exorcizar seus medos, vencer seus pudores e, quiçá, a solidão da despedida e ele ganhou intimidade com a inexorabilidade da velhice e da morte.

Pouco tempo depois, o jovem rapaz encontrou-se desencantado com a medicina. Em vias de se formar, não encontrava na profissão um sentido, em sua perspectiva faltava à medicina uma medicina da pessoa. Buscando horizontes na biblioteca, teve notícias de um japonês que andava pelo sul do Brasil investigando as razões que levavam seu povo a envelhecer mais rápido aqui nessa terra. Sentindo-se atraído pelo desafio de descobrir as razões que comprometem as esperanças de vida de alguém, o rapaz acabou tendo **a honra de fazer parte da quinta turma do primeiro curso de geriatria do país**, que havia sido recentemente fundado pelo tal oriental. Esse mestre de vida, recém-chegado de Tóquio, trazia uma bagagem acadêmica com doutorado em cardiologia, pneumologia e geriatria e transmitia uma visão de que a ciência deveria estar a serviço da pessoa, da prevenção do sofrimento e uma boa atitude perante a vida, o que restaurou o sentido da arte da medicina no coração do jovem médico. Desde então, para ele, ser cuidador **é uma manifestação consciente do desejo de ser cuidador na vida, cuidador de vida, cuidador para a vida**, como médico, como pai, como amigo. Já estabelecido como geriatra, encontrou tempos depois um colega que o convidou para criar um serviço especializado para idosos dependentes portadores de demência, numa instituição psiquiátrica privada.

O terceiro coordenador, tendo na arte sua linguagem mãe, diz que sua motivação para lidar com o que é humano, como a velhice, vem do berço. No entanto, sua captura pelo humano não reconheceu inicialmente as especificidades das idades. Como educadora do campo das artes teve encontros com pessoas de todas as idades, saudáveis e portadoras de necessidades especiais - os excluídos da educação. Mas, apesar de a arte não se depredar, a pessoa do artista não está livre da doença, e assim ela viu sua musa, sua mãe, com quem era **unha e carne**, que lhe guiou pelos caminhos da arte e da cultura, adoecer. Com o agravamento da doença teve de ficar reclusa

em um hospital, longe dos espaços que lhe curavam o espírito. Mas a arte transforma muralhas em jardins, e foi isso que essa filha fez. Transformando o quarto num pequeno ateliê e as paredes de fórmica do hospital em telas, **tudo virava obra até os papéis das radiografias**. Esse exercício virou uma rotina de transformar aqueles dias suados, sofridos, catarsiando suas dores. A cena interna era criada reproduzindo as dinâmicas do mundo lá fora: se estivesse frio e chovendo, criavam uma ambiência acolhedora, e assim iam brincando e suportando a dor. Como a arte contamina, todos que se aproximavam produziam algo, os pacientes migravam até aquele espaço mágico onde encontravam tintas, pincéis, caixinhas e papéis, compartilhando tristezas e alegrias. Tudo isso era docemente administrado pelo médico da **mama** (o coordenador acima citado), que circunscrevia os limites daquela sublimação. A despedida tão temida era inexorável, e quando ela se deu, tendo que voltar para sua rotina, a nossa artista, sem perceber inicialmente, começou a cumprir o chamamento do desejo de sua mãe - colocar a arte a serviço daqueles que dela precisavam para expurgar os males do corpo e da alma. Pouco depois foi convidada pelo médico de sua mãe para conhecer o espaço dos seus idosos, e de visita em visita começou a trabalhar.

Essas três histórias, posteriormente, contribuíram para dar o tom do curso de cuidadores, que se forjou através da parceria entre a associação de familiares e a instituição psiquiátrica, acima referidas, com os seguintes objetivos: oferecer uma reciclagem para os profissionais da instituição - que **já tinham uma cultura tecnológica para cuidar em psiquiatria cheia de deficiências e vícios** -, instrumentalizar os familiares às voltas com a responsabilidade de cuidar de seus idosos, qualificar uma mão de obra acessível que pudesse dar apoio às famílias da associação, através dos conhecimentos da geriatria, da gerontologia e dos relatos de experiência de familiares de idosos dependentes. Este curso tinha a particularidade de ser gratuito para os funcionários e familiares, e pago para as pessoas que queriam se profissionalizar como cuidador.

O Curso para Cuidadores de Idosos Dependentes tinha na doença de Alzheimer o mote problematizador do cuidado. Como o objetivo era considerar

especificamente o cuidado de idosos dependentes, a demência de Alzheimer foi considerada paradigmática por ser uma das principais causas da dependência na velhice, e aquela cujo comprometimento atinge progressivamente os aspectos funcionais e cognitivos da pessoa que acaba perdendo sua autonomia. A perspectiva médica da patologia servia de margem para configurar o curso.

Não havia entre os idealizadores do curso um consenso quanto à nomenclatura de cuidador. Um deles, reivindicando para si a autoria do termo cuidador - a partir do termo *caregiver* do inglês -, considerava que **cuidador era o familiar** - aquele que **possuía um vínculo afetivo com o idoso** -, **o profissional era acompanhante, profissão já regulamentada e aplicável às empregadas domésticas que assumiam a função, de acordo com a nossa cultura de empregados**. O outro utilizava a divisão: **cuidador familiar, cuidador leigo e cuidador profissional ou cuidador técnico para profissionais, inclusive da enfermagem**. Essa divergência se manteve **como briga de primos**, cada um utilizava a nomenclatura de preferência nas aulas que dava, e os outros professores adotavam aquela que lhes fazia sentido.

A outra coordenadora participou como aluna do primeiro curso e só depois foi incluída como professora e coordenadora.

Entre os critérios declarados de seleção dos alunos o **principal era ser alfabetizado, isto é, dominar um pouco a língua pelo menos no ler, no escrever e no falar**. Sobre esse critério, um dos coordenadores comentou que **uma pessoa que não consegue ler uma informação, não vai poder obedecer a essa informação, nem passá-la adiante**. Outro argumento foi que **todo esse pessoal que trabalha com doentes, esses acompanhantes, deve manter um relato daquilo que aconteceu durante o dia, porque isso vai ser um dos indicadores, vai orientar para a ação dos profissionais de saúde ao tomarem conhecimento do que está acontecendo. Existem muitas coisas que têm que ser faladas, guardadas, comentadas, escritas, para que a gente possa levar essa informação ao profissional que está cuidando desse doente. Então tem que pelo menos saber escrever, ter algum conhecimento**. Os outros critérios eram **ser maior de idade; declarar**

que gostava de idosos; e não manifestar alteração psiquiátrica identificável à primeira vista.

Esta posição com relação à alfabetização como fundamental para o cuidador revelou-se contraditória, como apresentarei mais adiante, quando lhes mostrei o perfil sócio-demográfico dos alunos.

Nos primeiros cursos a equipe contava com uma assistente social que, junto com a psicóloga, **fazia uma entrevista onde preenchiam um formulário que deixava um desenho, uma idéia sobre a prontidão daquele aluno, que seria observado ao longo do curso.** Esse procedimento se perdeu com o tempo em função da redução da equipe e da falta de tempo. **Nos últimos cursos o aluno mesmo preenchia um papelzinho de inscrição contendo seus dados básicos.**

A coordenadora, então, assumiu para si a observação desses alunos, seguindo uma **legenda** criada por ela, na qual **registrava observações sobre o comportamento e reações emocionais, indicativas ou não de uma certa prontidão para ajudar o outro.** Essas observações, quando apontavam para alguma alteração psicopatológica, levava-os a conversar com a pessoa que acabava se desligando espontaneamente do curso. No mais, elas não implicavam um desligamento, a pessoa concluía o curso, mas eles **passavam essas observações para a Cooperativa de Cuidadores, que as tomava em consideração** ao aceitar ou não a filiação do aluno.

Inicialmente a equipe foi composta pelos profissionais que trabalhavam na equipe gerontológica da instituição, tendo sofrido algumas alterações ao longo da história do curso, mas sempre contando com a contribuição de professores convidados.

Os professores tinham total liberdade quanto ao conteúdo, chegando mesmo a apresentarem conceitos um pouco díspares, muitas vezes calcados em opiniões bastante pessoais, por exemplo, a noção de velhice, que podia ser apresentada com uma perspectiva biológica, psicológica, ou social, nem sempre respaldada em construções científicas. Houve tentativas de assumir uma conduta mais pedagógica, em que seria feita uma ementa de cada disciplina, para **estabelecer uma certa linha de conduta** entre as disciplinas

que traçasse uma semelhança para informar esse cuidador. Para isso foi **solicitado que todos os professores assistissem às aulas uns dos outros para, posteriormente, fazerem reuniões e chegassem a uma certa síntese de pensamento. Mesmo preservando as diferenças, o objetivo era assumir uma metodologia com alguma semelhança de linguagem que viabilizasse uma leitura mais comum de todas as disciplinas pelo cuidador.** Mas esbarraram na falta de tempo e disponibilidade, inclusive para discutir suas divergências.

A estrutura básica da equipe contava com geriatra, gerontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicanalista, arte-terapeuta, jurista, familiares, nutricionista, odontólogo e cuidadores. Algumas turmas tiveram musicoterapia, serviço social, neuropsicólogos, arquitetura, terapia ocupacional e enfermagem. Havia a exigência de que todos tivessem experiência no cuidado do idoso dependente e com demência.

Para um dos coordenadores a importância da equipe multidisciplinar está na necessidade de, **ao oferecer todo um leque do pensar na abordagem do humano, deixar marcada a diferença entre o ser humano e a natureza, considerando o ser humano como algo da natureza que se diferencia na natureza, por algo que não é natural - discurso e sociedade - , coisas que não são explicáveis por potencialidades biológicas.** Uma outra razão é determinada pela atual divisão do trabalho na qual a **multidisciplinaridade é inevitável.**

Segundo esse coordenador, as diversas disciplinas **não instrumentalizam melhor o cuidador, elas servem para aproximá-lo da existência de uma realidade mercadológica e uma realidade acadêmica, todas pensando esse homem. O cuidador precisa estar atualizado para saber se situar, sendo ele mais uma especialidade.** Na verdade, no campo do cuidar, **ele é o nó**, a amarração que viabiliza a continuidade da assistência. Será a ele que todos os profissionais irão se reportar para saber do paciente e para fazer suas prescrições.

Para a coordenadora a multidisciplinaridade não deixa de ser uma coisa ambígua, pois ao mesmo tempo em que as diferenças enriquecem, para

abordar o ser humano ela o fragmenta. ***O idoso, na verdade, é fragmentado para ser estudado, coitado. Totalmente fragmentado como todo e qualquer assunto.***

Por isso, ela orientava a equipe a adotar uma certa ***abordagem filosófica em comum, um certo senso comum***, que era a ênfase na preservação da identidade. ***Manter o conceito de identidade, a saúde dele é a identidade dele, que deve ser preservada e respeitada o tempo todo.***

Paralelamente, cada coordenador orientava-se pelas teorias, filosofia, ideologia, e metodologia com que se identificava, mesmo que incompatíveis entre si.

A coordenadora dizia ter no essencialismo a sua orientação metodológica. ***A arte por si só não precisa de argumento nenhum para existir, para se comprovar, para acontecer e para finalizar. Ela se responde, ela se autodetermina, ela existe e promove bem-estar. Ela é, segundo Freud, o princípio da realidade e do prazer.*** Com essa perspectiva ela tentava nas suas aulas, através de dinâmicas, sensibilizar o cuidador para observar, perceber e reconhecer o idoso, suas limitações e possibilidades, sua identidade e suas diferenças. Ela propunha situações problemáticas e os provocava a achar soluções para aqueles impedimentos, através de narrativas espontâneas.

Para o outro coordenador, o cuidador precisa de uma filosofia de vida, mas ele buscava enfatizar a religião considerada fundamental nesse confronto com uma doença como o Alzheimer. Em sua perspectiva, é bom para aquele que cuida poder dizer “Valha-me Deus”. ***Se a pessoa não tiver alguma capacidade de aceitação para conviver, não vai conseguir ficar com essa coisa em volta dela.*** Para ele ***não adianta ficar falando aquela filosofia barata sobre nada e a gente sendo obrigado a aceitar.***

O terceiro considerava que não estaríamos sendo sinceros com nós mesmos se não falássemos das coisas difíceis, aquelas que são radicais. Em sua opinião ***só consegue saber da velhice aquele que tem uma idéia religiosa dos livros sagrados, os quais nos remetem à noção de lei, de identidade. O ser humano é o único ser que tem uma noção do tempo e***

uma noção trágica de si mesmo, no sentido de que ele sabe que, por tudo o que ele faça, por tudo em que ele se torne, está envelhecendo e vai morrer. O cuidador precisa se preparar para estar diante disso.

Partindo de todas essas premissas, o programa do curso abordava temas os mais diversos e, como já foi dito anteriormente, sofria variações de curso para curso: a reflexão sobre o envelhecimento a partir dos diversos campos de saber – antropológico, psicanalítico, a lógica das culturas; a diferenciação entre envelhecimento, velhice, desgaste e de tempo de vida; a família e a doença de Alzheimer; a dependência e a incapacidade no idoso; o envelhecimento e suas principais disfunções; o que é memória, suas alterações no adulto normal e nas demências; a reeducação e a readaptação para pessoas com perdas cognitivas; o trabalho de luto nas práticas do cuidar; a nutrição dos idosos, portadores de deficiência e demências; a expressão das pessoas portadoras de demência; fonoaudiologia e as alterações da deglutição nos idosos; fisioterapia nas incapacidades do idoso dependente; cuidados e atividades de vida diária para o idoso institucionalizado; o direito e a cidadania do idoso; escaras, quedas, prevenção e cuidados; o relacionamento com as famílias; perspectivas profissionais, estágio e voluntariado; a saúde oral do idoso portador de demência; saúde do cuidador e a síndrome de maus tratos; arquitetura do ambiente para idosos e portadores de demência; transtornos do humor e do afeto nos pacientes idosos. Dentre outros.

Não havia uma linguagem consensual. Pude observar, durante a assistência das aulas, que muitos professores faziam uso de uma linguagem acadêmica, termos técnicos, assim como um grande volume de informação de suas áreas específicas. Como exemplo posso referir a aula sobre escaras e quedas a qual foi dada pela enfermeira de um laboratório, que enfatizava que a nomenclatura atual é “ulcera de pressão” e não escara.

Quanto à metodologia, a dificuldade foi a mesma, preponderando a do ***cuspe e giz***, e o uso de recursos tecnológicos audiovisuais. Havia, contudo, algumas orientações: ***todos deveriam mostrar o que era sua disciplina, qual a sua importância para o idoso dependente, qual a importância de o cuidador conhecer aquela disciplina, qual a contribuição que o cuidador***

poderia trazer naquela área para o profissional que estava acompanhando o idoso, eventuais avanços científicos, e a importância da saúde do cuidador.

Em suas aulas os professores deveriam valorizar a profissão do cuidador, promover a auto-estima dos alunos, dar-lhes sua dimensão de cidadãos. Para além dessas orientações básicas, a liberdade em relação aos conteúdos fazia com que cada curso fosse diferente um do outro em termos de programa e conteúdo.

O cinema era um recurso muito utilizado, pois na perspectiva de um dos coordenadores, ele resgata a metodologia do cristianismo – lembrando-se dos quadros da “via sacra” -, qual seja, tudo pode ser transmitido por imagens: história, sentimentos, valores, idéias. Assim eles sempre apresentavam alguns filmes sobre Alzheimer, um documentário sobre velhice, filmes como: Tempos Modernos, Dois Mil e Um uma Odisséia no Espaço, A Balada de Narayama, etc. ***O cinema e a arte são fundamentais para sensibilizar o cuidador. Através deles ele se humaniza, ele se transforma em um cuidador melhor do que se ele soubesse somente algo sobre os preceitos mais complexos e modernos da higiene. Isso é fundamental.***

A coordenadora partia do princípio de que ***o processo de aprendizagem só se faz diante de situações-problemas, a aprendizagem não se faz por soluções.*** No confronto com situações-problemas você implica o outro na reflexão e na busca de soluções. Na preparação dos cuidadores ***você tem que ver a pessoa que vai interagir com o idoso. Para ele importa que você passe uma experiência prática, mostre como o idoso se encontra, como se processam as perdas, como vão ficando complicados todos os processos de comunicação e todos os outros que para se realizarem dependem de alguma comunicação. Não adianta só conceito, isso fica sem pé nem cabeça.***

Se cada um dos coordenadores tinha a sua metodologia, o mesmo se aplicava aos demais professores, que utilizavam aquela que julgavam mais conveniente.

Este curso não oferecia um material didático que pudesse ser considerado como apostilas do curso. Citando como exemplo outros cursos, alegavam a justificativa de que muitas pessoas que não faziam ou não completavam o curso tendiam a usar o material didático recebido como um guia de cuidados, dizendo que haviam feito o curso. Assim eles preferiam indicar livros existentes no mercado. Outra razão alegada foi que a equipe não se reuniu o suficiente para preparar um material próprio do curso. **Os professores queriam cada um fazer seu texto separadamente e depois juntar tudo como uma colcha de retalhos.** Decidiram então não fazer, já que no mercado existiam livros que se prestavam a esse papel. No entanto, eram vendidos diversos textos dos professores do curso ou de outros profissionais, sobre os quais o curso não se responsabilizava, dizendo que a responsabilidade por seus conteúdos cabia a cada autor.

O curso não mantinha nenhuma forma de acompanhamento dos cuidadores que o concluíam. **Nós não nos obrigávamos a isso. Colocávamo-nos à disposição para tirar alguma dúvida. Não havia estrutura para isso.** Havia um cadastro dos alunos que concluíam o curso, mas se perdeu, restando apenas o registro das últimas quatro turmas, o qual foi utilizado para a construção do perfil sócio-demográfico.

Esse aspecto, dentre outros, serviu para demarcar a honestidade com que os coordenadores responderam à entrevista, pois como eu tinha tido acesso ao cadastro para fazer o perfil sócio-demográfico dos alunos, eu estava a par do pouco registro existente em função de problemas ocorridos na secretaria. No entanto, apenas dois coordenadores assumiram a falta de informações em função da falta de estrutura. O outro respondeu dizendo que tinham todos os dados dos alunos que freqüentaram o curso, mas que deixavam claro que não eram “**cabide de emprego**”. A atitude desse coordenador mascarando as informações em vários momentos da entrevista, pode ser entendida tanto pelo seu descrédito em relação aos procedimentos acadêmicos e, conseqüentemente, em relação ao meu trabalho, quanto pela necessidade de apresentar a imagem que lhe era mais conveniente, diante da perspectiva de estar divulgando o seu trabalho. A forma como ele respondia as

perguntas parecia destinada a uma reportagem e não a uma pesquisa, ou seja, seu objetivo era apresentar uma imagem ideal do trabalho que realizava como uma forma a divulgar a associação que promove o curso e o sucesso de sua “missão”.

A conclusão do curso só era permitida para aqueles que obtivessem a frequência exigida. Em caso de faltas, era solicitado que o aluno retornasse no próximo curso para assistir ao módulo perdido. Não havia nenhum procedimento de avaliação. Ou seja, mediante frequência, a aprovação era obrigatória.

Oferecia-se um estágio para aqueles que demonstrassem interesse, o qual era feito no serviço de gerontologia da instituição que oferecia o curso. Por ser gratuito e não remunerado, operava uma certa seleção. Ele era supervisionado pela coordenadora e seguia a sua perspectiva metodológica. O objetivo era ***viabilizar que os cuidadores tivessem contato com pessoas com demência em diversos estágios, que tivessem experiências com situações problemáticas e fossem observados em suas estratégias para encontrar soluções***. O protocolo seguido era este: ***os cuidadores passavam dois dias observando todos os idosos presentes na enfermaria e no final desses dias nós nos reuníamos e solicitávamos que expressassem suas observações através de narrativas espontâneas***. No segundo momento do estágio, ***os cuidadores deveriam se pôr à disposição para atender toda e qualquer necessidade de todos os idosos e, nas últimas quarenta horas, deveriam escolher um dos idosos, dentre todos com quem eles tiveram contato, para ficar somente com ele. Os cuidadores deveriam também traçar um programa de cuidados e estimulação para o idoso escolhido, a partir das observações anteriores. Fazíamos reuniões no final de cada período, nas quais discutíamos as observações, dificuldades e soluções, configurando um total de oitenta horas. As orientações sobre os procedimentos de cuidados básicos eram dadas pela técnica de enfermagem***, à revelia da proibição do COREN.

Eu ficava atenta aos desempenhos, porque todo mundo acha que cuidar é atender em tudo, e não espera para ver quais as capacidades que

ainda restam, esquecendo o objetivo da estimulação. Outra observação era se eles conseguiam demarcar a individualidade daquele idoso dentro da rotina institucional, já que ***a instituição acaba criando horário para tudo, banho, alimentação, etc., além de rotular o indivíduo pela doença, desqualificando a possibilidade de ele se manter saudável, expressar-se, ter sua identidade.***

O importante era marcar que não há receita, que a gente não está lidando com o plural, a gente está lidando com o singular. Cada idoso tem uma história específica, construída por ele, e ela deve ser mantida, preservada. É preciso ter plasticidade de pensamento e de ação para ser um agente enriquecedor na rotina desse idoso.

Após o estágio, os alunos eram encaminhados para uma Cooperativa de Cuidadores que foi criada por alguns ex-alunos.

A posição frente à cooperativa também era divergente entre os coordenadores, demarcando interesses e ideologias.

Havia o ponto de vista de que a filiação do cuidador a uma cooperativa implicaria um aumento do custo de seu serviço, o que repercutiria nas famílias, apesar de que oferecia a garantia de cobrir faltas eventuais do cuidador responsável.

A outra perspectiva investia na profissionalização do cuidador e a valorizava, inserindo no curso uma mesa redonda em que participavam cuidadores cooperativados, não cooperativados e familiares. O cuidador era percebido como uma nova especialidade que precisa encontrar seu lugar no mercado, e o curso teria a função de oferecer um capital cultural básico para que ele desse esse primeiro passo. Num segundo momento, já estando inserido no mercado, ele deveria buscar se aperfeiçoar para poder competir. Ao mesmo tempo considerava que a profissionalização é um problema porque inscreve a prática do cuidar nas leis de mercado. Na opinião desse coordenador, o ideal era que o cuidador fosse subsidiado pelo Estado, tendo todos os seus direitos garantidos de forma que sua prática não fosse matéria de troca e negociação.

Com essa perspectiva a discussão com o COREN era percebida como uma questão corporativa de disputa de reserva de mercado. ***Esse é o grande problema do cuidar, quando você detém um conhecimento e você vende a sua capacidade daquele conhecimento. É um problema de ordem econômica. As preocupações do COREN no princípio são de ordem corporativa, e também de ordem cultural. A gente poderia dar uma excelente formação ao cuidador, fazendo eles cuidarem melhor, se fosse permitido socialmente que todos pudessem ter acesso às escolas comuns e às escolas técnicas. Mas enquanto nós tivermos esse problema social, e a necessidade de cuidadores for bem maior do que o contingente formado pelas escolas técnicas de enfermagem, o problema do cuidador leigo irá existir.***

O outro coordenador afirmou ter um grande ***cuidado ético para não atingir o COREN. A gente passa para aquele acompanhante que ele não é da enfermagem, ele não vai poder aplicar injeção, não deve medir pressão, que são atribuições da enfermagem.*** Contudo, ele comenta que é muito difícil estabelecer esse limite e, em certa ocasião, chegou a ***perguntar à representante do COREN se mãe também tem que fazer curso para poder cuidar de filho, isso diante da afirmativa de que só a enfermagem sabe cuidar. E ainda levando em consideração que nós somos um país com cultura de empregada doméstica, que é um pouco diferente dos países de primeiro mundo, nós temos que preparar essas empregadas domésticas para saberem como é que vai cuidar de uma pessoa doente. Isso dá um enfoque completamente diferente de uma formação profissional mais profunda. Nós valorizamos a enfermagem, que tem um conhecimento e tem que cobrar um mínimo pela sua intervenção, e esse mínimo não é de acordo com a situação sócio-econômica do país. Então nós temos que ter pessoas que façam outro tipo de trabalho que a enfermeira não tem necessidade de fazer. Por exemplo, para limpar traseiro não precisa ser enfermeira.***

A proibição da participação da enfermagem nos cursos os ***obrigou a enfatizar que o curso não poderia ensinar técnicas de enfermagem,***

exatamente de enfermagem, e sim, passar idéias que não se tinha nem no curso de enfermagem. Porque com relação a alguns procedimentos de cuidado, **em muitos países e até mesmo no Brasil nós vemos empresas fazendo curso de primeiros socorros, no qual você ganha muito mais conhecimento e atitude paramédica do que num curso de cuidadores.** Por exemplo, **nós não podemos ensinar o cuidador a aplicar insulina, a medir a pressão, no entanto, qualquer pessoa leiga que sofra de diabetes ou de hipertensão, está autorizada a realizar esses procedimentos.**

A questão que fica em suspenso nesta posição é: se há diferença entre o indivíduo ser autorizado a realizar procedimentos em si mesmo e ser autorizado a realizá-los em outro? Qual a diferença?

Frente a essa proibição, o curso lançou mão de alguns artifícios para dar conta de ensinar noções básicas de procedimentos de cuidados: inicialmente o médico assumiu a atribuição de passar esses conceitos, sob a justificativa de que, **quem sabe mais do que o enfermeiro é o médico** e, como é mais difícil processar um médico, ele usava do poder que tinha; em outros cursos eles contaram com uma **aluna de enfermagem como uma pessoa de notório saber**, que por sua condição de aluna não poderia ser processada; e outro recurso foi convidar um laboratório para dar a aula de prevenção de escaras, a qual era dada pela enfermeira do laboratório com o caráter de divulgar os recursos e medicamentos disponibilizados para esse tipo de tratamento. Para demonstrar a eficácia dos produtos, ela mostrava os principais tipos de escaras, suas causas, os tratamentos caseiros e tradicionais utilizados e as vantagens de se adotar os produtos do respectivo laboratório. Tudo transmitido com o auxílio das mais novas tecnologias audiovisuais e com a mais rigorosa linguagem técnica, como demandam as leis do mercado e da ciência.

Por outro lado, eles consideram que **a técnica não garante a noção fundamental do cuidar. Nós vemos nos hospitais exatamente essa dicotomia entre técnica, responsabilidade e amor. Você não vê nenhum sinal de amorosidade da pessoa ao realizar seus procedimentos, ela faz com técnica: entra faz o curativo e sai, nem olha nos olhos do paciente,**

mal diz bom dia! E nós sabemos que um olhar, uma palavra, pode ser um bálsamo em meio a tantas dores.

Quanto à existência de uma instância que regulamente a profissão, a opinião de um dos coordenadores é que futuramente se crie o conselho de cuidadores, para cuidar desse status da profissão.

O curso de cuidadores tem que ser um curso livre, de curta duração, de forma a poder atender à necessidade de uma qualificação mínima que permita ao indivíduo se inserir rapidamente no mercado e, posteriormente, tendo condições, investir num aperfeiçoamento.

O cuidar é percebido através da capacidade de estimular as reservas funcionais e cognitivas; de respeitar o tempo do outro e saber esperar numa parceria silenciosa o momento adequado; de reconhecer o outro como semelhante e respeitando-o preservar sua dignidade humana; de reconhecer e preservar a singularidade; de responsabilizar-se pelo outro; de ter uma atitude amorosa; de não querer converter, submeter, apropriar ou seduzir; de querer manter no outro sua própria vida; de ser solidário; de assistir, zelar, tratar, ter atenção; de promover a independência e a autonomia; de saber ser discreto diante daquilo que é privado e íntimo para o outro. ***Cuidar é uma capacidade natural. A técnica torna os procedimentos do cuidar mais econômicos.*** No entanto, ao mesmo tempo em que o cuidar era considerado diferente de ter ***técnica***, alguns professores enfatizavam a técnica, inclusive como forma de demarcar a sofisticação e especificidades dos seus saberes de referência.

Para um dos coordenadores ***ser cuidador é ocupar um lugar ético frente ao outro, é assumir uma concepção de mundo pautada pela ética dos anjos, ou seja, só comunicar, é ter a ética dos idosos que provém da maturidade, isto é, ver o mundo com um certo distanciamento.*** Poder estar próximo sem deixar-se envolver ou corromper, saber resistir às tentações e não banalizar a vida. O cuidador é, antes de qualquer coisa, ***aquele ser humano que se entende como tal, que entende o outro como tal, compreende o outro como tal e, portanto, por obrigação deve se colocar no lugar do outro e apreender seu sofrimento, suas possibilidades de resistir, de superar a dor e as diferenças.***

A opção pelo termo idoso também foi encontrada neste curso, tendo justificativas diferentes para cada coordenador.

A coordenadora encontra como justificativa o fato de o termo velho ter **a conotação de coisa sem uso, coisa que já passou do tempo, que tende a evocar sentimentos e atitudes de desqualificação. Os conceitos velho e idoso referem-se a estados de alma, dependem de como a pessoa se sente: você pode ser jovem e se sentir velha ou ser idosa e se sentir jovem.** O velho então é tudo aquilo que se opõe ao jovem. Portanto, o importante é **levar o cuidador a construir novos conceitos, e nós estimulamos o reconhecimento de que o velho é um ser desejante, assim os termos não importam.**

Diante da lembrança de que em suas aulas ela enfatiza que os idosos não são crianças, essa coordenadora reconhece que os termos evocam atitudes e recorda que costuma utilizar um texto de um filósofo que reforça uma perspectiva do velho como um ser mesquinho, rabugento, etc. Confrontada com sua ambigüidade, assume uma posição reflexiva, lembrando-se de que em sua experiência clínica ela reforça sempre a questão da identidade do idoso, mas seus pacientes lhe dizem que são velhos tentando lhe comunicar alguma coisa que, até então, ela escutava sempre como sendo algo negativo e que seu trabalho seria transformar esse sentimento neles.

O outro coordenador assume uma posição bastante categórica apresentada aos alunos através de um texto de autor anônimo, nos seguintes termos:

Idoso é quem tem muita idade, velho é quem perdeu a jovialidade.

A idade está na degenerescência das células, a velhice na degenerescência do espírito.

Você é idoso quando se pergunta se vale a pena, você é velho quando todo dia torna-se o último em uma determinada jornada.

Você é idoso quando o seu calendário tem amanhã, você é velho quando ele só tem ontem.

O idoso renova-se a cada dia que recomeça, o velho acaba-se a cada noite que termina.

O idoso tem seus olhos postos no horizonte quando o sol desponta e ilumina a esperança, o velho tem a sua energia voltada para as sombras do passado.

O idoso tem planos, o velho tem saudades.

O idoso curte a vida ativa plena de projetos que o preenche de esperanças, o velho adota uma vida parada vazia de ilusões e esperanças.

Para o idoso o tempo passa rápido, mas a velhice nunca chega, para o velho suas horas se arrastam destituídas de sentido.

As rugas do idoso são bonitas porque foram marcadas por sorrisos, as rugas dos velhos são feias porque foram ditadas pela amargura.

Em suma, o idoso e o velho podem ter a mesma idade no cartório, mas têm idades diferentes no coração.

Que você idoso tenha uma vida longa e nunca fique velho. O velho abdica de sua condição de um abençoado elo na corrente da espécie.

Para ele, ***velho é uma chamada mais pejorativa e idoso uma forma mais fina.*** No curso de cuidadores enfatiza que ***seu objeto de cuidados se trata de uma pessoa idosa dependente, porque chamar de velho seria piorar a própria condição em que aquela pessoa se encontra.*** Por outro lado, acrescenta que permitir que o cuidador chame seu paciente de ***“meu velho” traz uma intimidade que não é recomendada,*** admitindo que os termos são determinantes de atitudes.

A perspectiva do terceiro coordenador, por sua vez, é bastante peculiar. Ele mantém uma concepção de que ***a velhice é perda, de que a velhice desagrega valores, a velhice é ruim, é a diferença, ela não é identidade, principalmente a velhice não saudável, a velhice em que as perdas são inexoráveis, são graves e geram dependência, chegando mesmo a fazer desaparecer a identidade da pessoa.*** Com essa opinião ele considera que trabalhar com a velhice é muito difícil e afirma que ***é fundamental a cultura para suportar a velhice e suas especificidades como a mudança da pele, do corpo, do espírito, coisas que têm significados muito fortes em nossa***

cultura. O recurso à ênfase na identidade parte da idéia de que ela é fundamental para o indivíduo suportar as perdas.

Esse coordenador localiza o surgimento do termo idoso no século XX, depois da segunda guerra, quando se estabelece uma faixa etária em função de uma orientação econômica - a aposentadoria. Ele remonta à sociedade grega, em **que o aniversário só era comemorado entre os nobres, não havendo o hábito de contagem do tempo de vida. Assim, muitas das idéias associadas à velhice resultam do estranhamento dos seres humanos diante de si mesmos. Nós recusamos a velhice, a imagem da velhice que é construída pela própria sociedade onde ser velho é estar afastado do trabalho, é ser aposentado, de tal forma que o problema para a geriatria e para a gerontologia não é só aumentar o tempo de vida, porque o tempo de vida não é velhice, a questão é pensar numa sociedade, numa cultura que suporte ter pessoas com velhice.** Observa que **atualmente há um marketing querendo, através do discurso, numa luta puramente ideológica de idéias, mudar a velhice.**

No curso de cuidadores ele pede que os alunos conceituem o que é velhice e vai problematizando todas as associações que surgem para ver se eles conseguem chegar a um conceito que circunscreva claramente do que se trata. Diante da dificuldade, ele traz a reflexão sobre como lhe parece **estranho tanta gente querer cuidar de uma coisa que não se sabe o que é, defendermos práticas de felicidade em que nós não cremos, é estranho dizer que é bom aquilo que a gente sabe que é ruim.**

Para ele, uma prática pedagógica que realmente inclua os velhos tem que partir dos fatos e não construir artifícios que alterem a realidade para poder aceitá-la, como por exemplo, o “jovem da terceira idade”. Aceitar o velho é permitir sua presença em todos os espaços, convivendo e se expressando livremente de acordo com seus interesses, e não criando modelos proféticos de que este é o caminho para ser um idoso sem velhice, como o mapa da felicidade. Precisamos re-aprender a falar com os idosos com estatura humana, sem soberba.

Realizar um curso para cuidadores de idosos dependentes é contribuir para uma necessidade inexorável, o fato de que existem idosos dependentes, muitas vezes impossibilitados de falar por si. Assim tem de existir alguém que fale por eles, que zele por sua dignidade enquanto humano, por seu direito ao desejo, ao prazer que deve ser preservado, sempre que possível, desde as mínimas coisas do seu cotidiano. Nomear de idoso ou velho não implica segregação, camuflar essa realidade é que redundam em práticas de exclusão. Existe uma especificidade do cuidar de idosos determinada tanto pelas especificidades da velhice, quanto pelas imagens e representações que quem está sendo cuidado e quem está cuidando tem sobre ela.

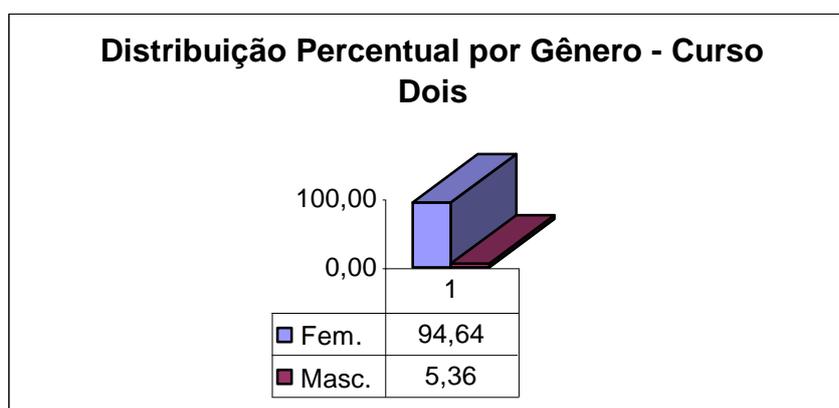
Trabalhando com essa perspectiva, eles acreditam que **o curso ajuda a romper com a mediocridade do tratamento que vem sendo destinado aos velhos** e, ao mesmo tempo, amplia os horizontes de uma parcela da população que fica sempre à margem do mercado formal. Transmitindo algum capital cultural, **ele agrega valor a essas pessoas**, que assumem a identidade de um profissional qualificado para ocupar um lugar e uma função específica, promovendo um aumento da auto-estima. Ao contribuir para a construção da cidadania dessas pessoas ele as implica na responsabilidade de sua função social como cuidadores, inscreve a noção de lei e de ética, dimensões consideradas fundamentais para conter a possibilidade presente em todos nós de praticar maus tratos, de ceder à ambição e praticar atos que não são aceitos pelas leis da sociedade.

Concebendo que as questões do bem e do mal dependem muito da formação pessoal e que o caráter não é transformado pela educação, eles consideram que todas as orientações que circunscrevam os limites éticos da função do cuidador são necessárias, já que se sabe **que tudo aquilo que se proíbe é tudo aquilo que pode ser realizado**. Assim, de maneira geral neste curso, o fundamental para formar um cuidador é atingir a pessoa humana e tentar pela técnica levá-la a uma posição ética, ou seja, ter responsabilidade, sentir-se responsável; é buscar estimular algo que é inevitável no ser humano: a manifestação de amor. **Ninguém ensina a ter amor, isso é uma**

manifestação que a pessoa vai descobrindo se pode ter ou não, o curso é apenas um facilitador.

Para uma visão mais clara do público desse curso, foi feito o perfil sócio-demográfico, considerando os seguintes aspectos: gênero, escolaridade, faixa etária e procedência. Para a apresentação desses dados não utilizei uma análise estatística mais sofisticada por considerar irrelevante para o fim a que me propunha. Fiz apenas o cálculo da representação percentual de cada categoria, o qual foi obtido a partir da análise das fichas de inscrição das últimas quatro turmas, num total de 280 alunos, apresentando as seguintes características:

A distribuição por gênero encontrada foi: 265 mulheres e 15 homens.

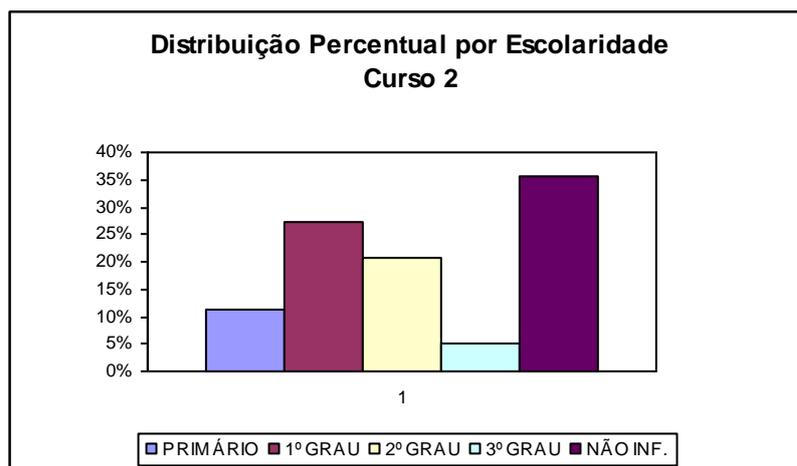


A opinião dos coordenadores com relação à predominância de mulheres também revela a diversidade de olhares presentes nesse curso. Para um deles, essa predominância refere-se aos seguintes determinantes: a dificuldade das mulheres de baixa renda de se inserir no mercado de trabalho; a identificação com o lugar social de cuidadora atribuído à mulher, que é determinado culturalmente por uma quase obrigatoriedade da maternidade; e a oportunidade de melhorar sua renda através de uma função mais “qualificada”.

Para o outro, a mulher é a cuidadora universal: ***a mulher é capaz de cuidar de um homem, mas um homem não é capaz de cuidar de uma mulher. A higiene feminina tem situações que são muito especiais e um homem não vai saber fazer esse cuidado direito, enquanto a mulher vai***

saber perfeitamente cuidar de um homem. Esse coordenador sustenta, também, o argumento de que a heterossexualidade masculina impede o homem de se deixar cuidar por um outro homem, sendo isso um dado da nossa cultura que tem de ser respeitado.

A coordenadora considerou inicialmente que as mulheres nasceram para cuidar, para ter uma relação natural com as coisas dramáticas da existência. Uma determinação que é ao mesmo tempo dada pela natureza feminina e pela cultura. Num segundo momento ela reconsiderou, lembrando-se do patriarcado e dizendo que nesse período as mulheres **eram um bando de loucas, alucinadas, que depredavam tudo.** Foi o patriarcado que organizou tudo. De qualquer forma, ela remete a disponibilidade das mulheres para o cuidar, à **experiência corporal da maternidade**, sendo ela a representação da própria natureza. No entanto, considera que a presença das mulheres no curso é decorrente do alto índice de desemprego e é na perspectiva dessa inclusão no mercado que o curso opera, estimulando o cuidador a procurar se aperfeiçoar cada vez mais, mas também buscando estimular o lado da identificação feminina com o ato de cuidar como viés humanizador. A distribuição por escolaridade encontrada foi a seguinte, em um total de 280 alunos: primário =32; 1º grau = 76; 2º grau = 58; 3º grau = 14; não inf. =100.



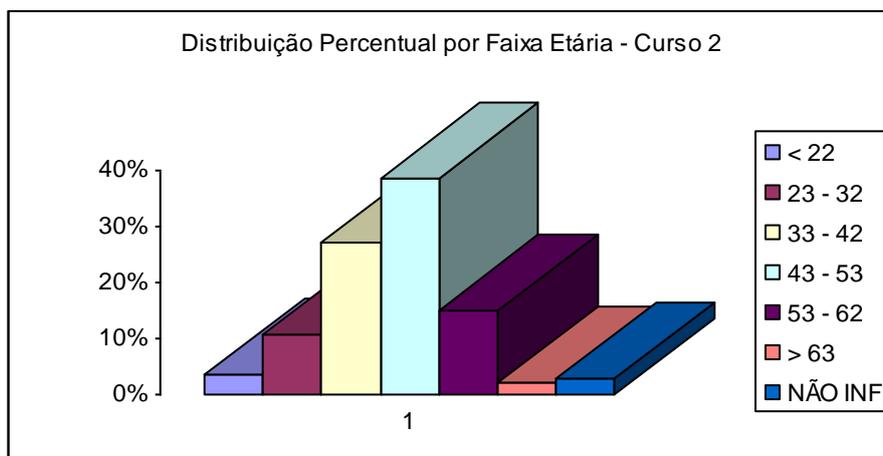
O confronto com a baixa escolaridade apresentada no perfil em oposição aos critérios declarados como exigência para ingresso no curso provocou

reações distintas entre os coordenadores. Um deles mostrou-se irritado, lembrando que tinha colocado inicialmente que o curso se destinava a informar as empregadas domésticas para que pudessem cuidar melhor dos patrões quando estes adoecessem. Ressaltando **que nem sempre uma pessoa muito culta se dispõe a cuidar, enquanto uma pessoa ignorante pode ter muito amor pelo próximo**, ele comentou que **escolaridade não significa esperteza ou conhecimento de vida**. Em seguida modificou um pouco os argumentos apresentados no início da entrevista sobre a importância da escolaridade e pontuou que a pessoa pode transmitir as informações observadas para os profissionais sem precisar utilizar **termos oficiais**, afirmando, como exemplo que **não é preciso ter muita instrução para dizer uma frase como esta: “Parece que ele não fez coco hoje”**. Argumentou inclusive que o saber pode instrumentalizar estratégias mais sofisticadas de maus tratos como, por exemplo, a manipulação das doses dos remédios. Assim, para ele, questionar se a escolaridade faz alguma diferença para a qualidade do cuidar é um mero exercício acadêmico que não leva a nada.

A coordenadora, por sua vez, observou que a baixa escolaridade faz uma diferença, mas que essa falta não afeta a relação que o cuidador vai estabelecer com o idoso ao nível de entendê-lo como cidadão e sua possibilidade de interagir com ele, de respeitá-lo. **Essa escolaridade vai fazer falta na medida em que será um empecilho para que o cuidador desenvolva algumas atividades como a leitura, o manejo da medicação e, principalmente, o aprofundamento do conhecimento do próprio cuidador**.

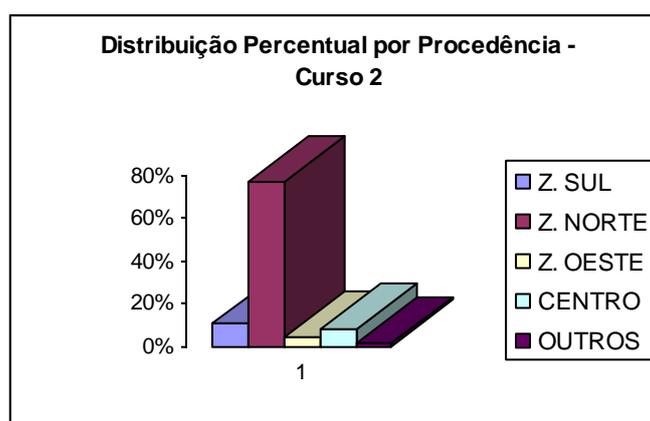
A última perspectiva vem ao encontro da anterior, quando o coordenador comenta que se tratam de **analfabetos funcionais que, se não dominam a língua para ler e escrever - o que seria ideal -, a dominam para se comunicar**. O importante é promover a conscientização da dimensão humana do idoso e deles próprios, construindo uma ética da responsabilidade frente aos seus atos, sua existência e a do outro. Isso como sendo o primeiro passo para um processo contínuo de implicação e crescimento.

A distribuição por faixa etária: $\leq 22 = 10$; $23 - 32 = 30$; $33 - 42 = 76$; $43 - 52 = 108$; $53 - 62 = 42$; $\geq 63 = 6$; não inf. = 8.

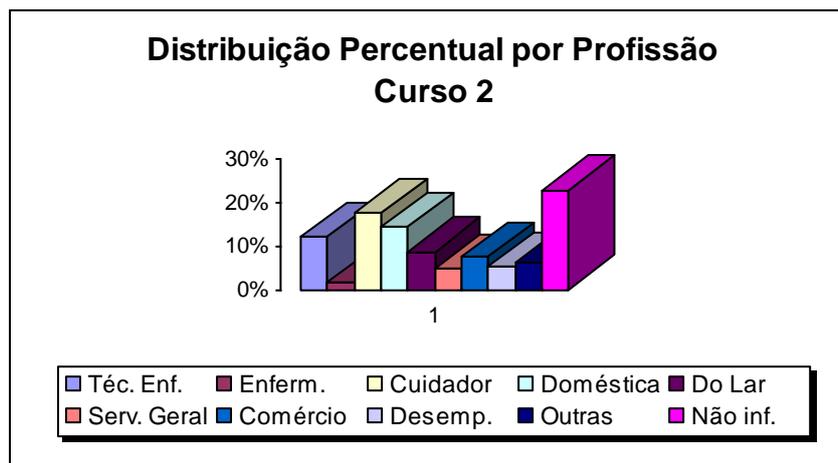


A faixa etária predominante indica, na opinião de um dos coordenadores, que não se trata de pessoas inexperientes e sim de pessoas com uma maturidade que torna possível a aceitação de uma doença como o Alzheimer. Por outro lado, reflete que o mercado de trabalho rejeita pessoas a partir de uma certa idade, principalmente mulheres, com baixa escolaridade, sem qualificações específicas. A profissão de cuidadora é uma oportunidade já que as rendas domésticas independem desses aspectos.

Distribuição por procedência: zona sul = 29; zona norte e baixada fluminense = 216; zona oeste = 11; centro = 21; outros = 3.



Distribuição por profissão;



Considerando o perfil de uma maneira geral, penso que podemos notar que o público compreende principalmente uma população de mulheres com baixa escolaridade - que podem ser consideradas analfabetas funcionais -, na faixa etária entre 33 e 52 anos, procedentes da Zona Norte e Baixada Fluminense. Diante desses dados, penso que podemos inferir que se trata de uma população de baixa renda que vem de desempregos prolongados e procede de várias outras atividades profissionais.

A opinião dos coordenadores frente a esse perfil talvez seja um dos poucos consensos encontrados, na medida em que todos eles consideram que o nível socioeconômico, cultural e educacional não compromete a capacidade de cuidar dessas pessoas. Além disso, eles reforçam que a experiência da solidariedade se faz mais presente entre as pessoas de baixa renda e que essa solidariedade é, às vezes, o recurso de sobrevivência de muitos. Esse aspecto é, em muitos casos, mais determinante de uma disponibilidade para aceitar e lidar com o sofrimento, a doença, a diferença e os limites, do que um alto nível sócio-cultural.

O perfil do público do curso serve para reforçar sua relevância enquanto mecanismo de inclusão social, no caso, incidindo sobre os próprios cuidadores, os quais saem do curso com novas esperanças e com uma melhor auto-estima. O curso promove a cidadania para o ***simples de coração***.

Para facilitar o processo de análise devo destacar certos pontos de vista semelhantes e aspectos que, mesmo que pensados de forma diferente, estão presentes na preparação do cuidador e que serão analisados posteriormente: *o indivíduo como referência; a homogeneização dos indivíduos; o cuidar como sendo diferente da técnica; o curso como instrumento de inclusão; cuidados com a saúde; a liberdade e a diferença como referência; a profissionalização informal do cuidador.*

Podemos reconhecer que a realização desse curso era um resultado de interesses diversos, às vezes, contraditórios. Representava o investimento em ideais para uns e em interesses para outros. As relações entre os coordenadores e, em especial, deles em relação à preparação dos cuidadores e a questão da velhice dependente eram fortemente marcadas por ambigüidades e contradições.

Essa diversidade de posições e interesses e suas várias ressonâncias retratam a ambiência do campo gerontológico, que sendo uma obra de atores muito diferentes entre si, apresenta diversas contradições e ambigüidades em sua tentativa de agenciar o problema social da velhice e, no caso da velhice com dependência, de modo a permitir ao velho manter-se na sociedade e na família, além de lhe garantir condições dignas de tratamento.

CAPÍTULO CINCO

O CUIDAR ÉTICO E TÉCNICO

A vida encerra alguns segredos que mantêm cativo o nosso desejo. Por exemplo, de onde o poeta extrai seus temas, dando-lhes uma forma, uma cadência e uma estética que conseguem despertar em nós emoções até então insuspeitas? Sem que ele próprio conheça exatamente os trajetos de sua inspiração, o poeta consegue abrir em nossa percepção portas para caminhos inusitados, revelando dimensões do mundo, do outro e de nós próprios, como se fosse conhecedor de todos os segredos. Assim, como nós sabemos que conhecer poesia não transforma ninguém em poeta, fica a inquietação: como alguém se torna um poeta? Dom ou aprendizagem?

Outro segredo é o que recobre o potencial humano para o bem e para o mal, uma vez que este se mantém presente até no mais sublime dos homens, apesar de, desde muito tempo na história da humanidade, terem sido formulados mandamentos e códigos de ética com vistas a circunscrever o que seria um bem para todos e exterminar o mal.

Freud (1915, p. 213) afirmou que *o homem nunca é completamente bom ou completamente mal; geralmente é bom numas circunstâncias e mal em outras*. A bondade e a maldade são resultantes de uma equação desejante.

A investigação psicanalítica identificou dois fatores como os responsáveis pela transformação dos impulsos maus em disposição para o bem: a necessidade de amor e a educação. O primeiro resulta do embate interno de forças poderosas, os impulsos egoístas e a necessidade de amor. A satisfação obtida ao sentir-se amado é o néctar que torna possível a transformação, que promove o desequilíbrio entre as moções internas em direção ao bem, ao outro, ao social. O segundo obedece às exigências da civilização. Nesta arena o embate é entre os impulsos egoístas internos (aqueles voltados para a própria sobrevivência) e os valores da cultura, sendo a educação o método de subjugação, enquanto fator externo. O acesso ao outro e ao social se dá por meio da renúncia à satisfação das pulsões, e não por sua transformação. A educação utiliza-se de vários recursos - exemplos de amor, de ideais de

caráter, recompensas e castigos - e sob seu influxo nem sempre se dá a transformação dos impulsos egoístas, pelo contrário, as recompensas prometidas podem satisfazer seus interesses. Assim, nem sempre a boa ação é a expressão de impulsos do indivíduo que encontra nelas uma satisfação amorosa (erótica), ela pode apenas estar a serviço de outros interesses, um meio para outros fins.

Nesta perspectiva, o cumprimento das exigências morais colocadas pela cultura pode fazer o homem agir por obediência, sem que seus atos representem sua disposição interna, seu caráter, exigindo um esforço além de suas possibilidades. Nestas condições, as circunstâncias podem permitir que as paixões retidas, despojadas de toda a moralidade, encontrem espaços para expressar-se, desvelando traços de caráter até então silenciados. Por outro lado, quando as circunstâncias impõem barreiras para que os indivíduos expressem suas tendências amorosas, ou não lhes permitem vivenciar a satisfação esperada, instala-se a neurose, o sujeito adocece.

Se, como propõe Boff (1999), o cuidar é a condição de possibilidade para a existência humana, o seu acontecer, no entanto, poderá ser o resultado tanto da necessidade de amor, quanto da coerção da educação. Desta forma, o cuidado pode ser a expressão das disposições internas do indivíduo que nele se reconhece encontrando sua satisfação no cuidar de um outro, ou um meio para a realização de outros interesses vinculados apenas à sua própria sobrevivência.

É nessa fronteira que se desenvolve a trama da preparação de cuidadores, assim como, da formação de todos os profissionais cujos atos interferem diretamente na existência de uma outra pessoa. As vicissitudes da ética.

Pitta (2001. p. 104), levando em conta os princípios éticos que devem se fazer presentes na prática clínica, considera a ética como: (...) *as condutas humanas consentidas no que diz respeito ao bem e ao justo em oposição ao mal e não defensável (...)*, lembrando-nos que esta (...) *tem sido desde Kant, experiência de limites, de fronteiras até onde o homem se preserva humano ou se bestializa como animal.*

A questão que se coloca de início se formula ao reconhecermos que esses cursos tentam articular os dois caminhos, o amor e o interesse. Para isso tentam criar espaços, disponibilidades e recursos internos e externos que lhes permitam sustentar um lugar assistencial - singularizado para o velho - principalmente aquele que se encontra dependente, provocando o desejo de construir alianças, vínculos solidários, atitudes de inclusão afetiva e social, enquanto indicadores de competência para ser um cuidador e, ao mesmo tempo, propiciar aos alunos um acesso a uma cultura de poder, um capital cultural que lhes permita inscrever-se no mercado das profissões, viabilizando a perspectiva da inclusão de uma parcela da população. Diante disso, o desafio é encontrar a justa medida entre o interesse e o desejo numa prática que intervém reciprocamente no destino das partes envolvidas.

Podemos recorrer novamente a Pitta (2001. p. 104/105) em sua proposição sobre a ética da escuta e da responsabilidade, a qual pode nos servir como referência ideal da competência para o cuidar a ser construída pelos cursos, qual seja:

Falo em ética da escuta para me referir ao ato psicológico de poder abrir-se para entender e verdadeiramente escutar códigos nem sempre claros ou precisos de pessoas cujo apelo ao “escuta-me” deveria de imediato determinar um ato psicológico da vontade de não se fazer indiferente.

(...) Ética da responsabilidade, aquela que fala do “tomar a si a responsabilidade de tratar”, do não delegar a outrem o que por lei está dado aos profissionais, (...). Discutir condutas humanas pertinentes numa sociedade de cidadãos implica num permanente exercício sobre a transitoriedade de situações e diagnósticos.

Sob essa inspiração farei a análise dos dados coletados destacando algumas categorias que me pareceram significativas, com o objetivo de trazer uma reflexão que contribua para a construção de uma ética assistencial que garanta um acolhimento generoso para os velhos.

O indivíduo como referência

***Cada um vive sua velhice de maneira singular,
Velhice que se enraíza para além de todo
Itinerário de vida na infância de cada um***
(Maud Manoni)

A necessidade de apreender as singularidades de cada paciente, de forma que a atenção dispensada pelos cuidadores não passe ao largo das sutilezas e idiossincrasias de cada indivíduo, é um aspecto presente nos dois cursos.

Através da ênfase na importância da nomeação do paciente durante a prestação de cuidados e da opção pelo termo idoso como uma referência etária que, supostamente, atribui maior respeitabilidade a essa condição, os cursos buscam demarcar que o objeto de intervenção não deve ser a velhice e sim a condição de sofrimento da existência de cada sujeito e sua relação com o corpo social. A idéia é que o cuidado oferecido pelo cuidador seja informado pelas referências sociais e culturais do sujeito e sua família.

Devo ressaltar que a idéia de sujeito assumida refere-se à sua dimensão política, cultural e social. Através da luta pela cidadania, retoma-se a relação do velho com a sociedade e seu reconhecimento como sujeito de direitos e sujeito social. Trata-se do sujeito da razão, aquele capaz de controlar racionalmente seus comportamentos e sentimentos. Essa idéia de sujeito é informada por uma psicologia que articula o sujeito biológico com o sujeito da razão, do livre arbítrio, enquanto sobreposto ao determinismo biológico. Com esta acepção, as respostas e comportamentos do sujeito frente aos constrangimentos de sua condição são pensados como produtos reativos naturais decorrentes da velhice (RUSSO, 1997).

A orientação dada aos cuidadores é que a organização dessa assistência individualizada deve se dar, a exemplo do que é feito na prática dos profissionais da enfermagem, através de um projeto de cuidados: um planejamento, um ordenamento das tarefas a serem desempenhadas junto ao sujeito, considerando os tratamentos prescritos e as atividades terapêuticas e/ou sociais previstas para cada dia, de forma a economizar esforços e possibilitar o cumprimento da rotina diária estabelecida (SILVA, 1998).

A articulação entre um cuidado que respeite a singularidade e essa orientação - construção de um projeto de cuidados - comporta alguns riscos.

Primeiramente, o risco da perda da flexibilidade necessária a um cuidado cotidiano singularizado. A idéia de projeto tomada como um planejamento prévio que, de certa forma, determina os aspectos da existência do indivíduo que deverão ser privilegiados como merecedores de cuidados, pode não acolher as imprevisibilidades próprias de uma atenção pautada na singularidade, onde a concepção do que é cuidado está atrelada à história e à necessidade de cada sujeito, onde cada dia é um dia e a intervenção depende das respostas e desejos do sujeito frente às contingências de sua existência cotidiana. Sendo o respeito à autonomia um dos valores assumidos como fundamental na orientação do trabalho do cuidador, ele supõe a aceitação de que o sujeito não queira se submeter à rotina ou ao modo de existir que as determinações da família, dos especialistas, das exigências sociais, tentam impor.

Contudo, sabe-se que a autonomia é um conceito utilizado com várias acepções. Segundo Pavarini e Neri (2000), o significado clássico de autonomia é autogoverno, associado às idéias de liberdade individual, privacidade, livre escolha, independência moral. É este o entendimento que transparece no material analisado. No entanto, a assimilação da idéia de autonomia a esses valores universais acaba por autorizar os profissionais a exigirem dos velhos desempenhos considerados como os mais desejáveis segundo sua própria concepção, ou referidos às exigências sociais, os quais podem passar ao largo das possibilidades e interesses singulares dos sujeitos.

A autonomia, como um direito de todos os indivíduos, e não como uma obrigação intransigente, precisa se despir dessas concepções prévias para inspirar atitudes que ajudem, de fato, o indivíduo a estabelecer novas normas para a própria vida, enfrentando dentro dos limites de sua suportabilidade os desafios do cotidiano, isto é, as vicissitudes de sua condição (CANGUILHEM, 1982).

Canguilhem (1982) nos ensina que os limites entre o normal e o patológico se delineiam frente à capacidade do indivíduo de produzir novas

normas que garantam a continuidade de sua existência, quando confrontado com circunstâncias adversas. Nesta perspectiva, alguns autores afirmam ser mais legítimo pensar a autonomia como um valor pelo direito das pessoas de determinarem o curso de suas vidas, referido não à sua capacidade e competência para escolher a partir de um padrão esperado, mas em sintonia com suas possibilidades. Por sua vez, a psicanálise já nos ensinou que a condição de possibilidade da nossa construção e sustentação subjetiva se ancora no desejo do outro. Desta forma, podemos considerar que é o desejo do outro que nos mantém enlaçado à vida quando, na velhice, vivemos alguma experiência de desagregação. Ao falarmos de respeito a autonomia estamos falando, pois, de um desejo que sustente junto ao sujeito e pelo sujeito, quando necessário, o seu direito a uma existência singular (TYKANORI. *Apud* PITTA, 1996; PAVARINI, NERI, 2000).

O segundo risco da construção de um projeto de cuidados decorre da hierarquia à qual o cuidador está submetido, pois ela determina que ele seja responsável por um cuidar que é prescrito por outros. O cuidador deve obedecer às orientações dos médicos, da enfermagem e dos demais especialistas que assistem o velho e fazer uma mediação junto às famílias e ao próprio paciente.

Como foi comentada por um dos coordenadores do primeiro curso (que estamos chamando de Curso Um) a contratação do cuidador é feita, na maioria das vezes, à revelia do velho, sendo o seu empregador a família. Esta, na qualidade de cuidadora informal, chama para si a responsabilidade do destino do paciente e estabelece o tipo de cuidado que espera seja realizado, o qual pode não estar em sintonia com os desejos do velho, e mesmo com as prescrições dos especialistas. Por outro lado, o cuidador pode ser alvo, por parte do paciente, de demonstrações de gratidão e afeição, de ressentimentos em função de sua dependência e de inveja por sua saúde. Por causa disso o velho pode impor resistências ao tratamento. Os familiares, por sua vez, podem sentir inveja da competência do cuidador e/ou sentir ciúmes de sua intimidade com o velho, tornando-se, por isso, extremamente críticos e exigentes. Trata-se de uma rede de relações com várias implicações e as técnicas de como lidar com elas o cuidador, supostamente, aprende no curso. No entanto, devido à hierarquia,

nessa rede de relações sua criatividade é regulada, sua autonomia é reduzida, e não há espaço para pensar sobre os efeitos que essas situações produzem no paciente e em si próprio.

O terceiro risco na construção do projeto de cuidados, considerando a ênfase dada sobre a singularidade, decorre de os cursos partirem do princípio de que há uma especificidade na velhice caracterizada por dois aspectos aparentemente contraditórios. O primeiro é uma concepção de natureza orgânica, segundo a qual a velhice é explicada como um declínio. Reduzida a suas determinações orgânicas, é descrita por seus sinais e sintomas, tornando-se objeto de condutas prescritivas ditadas pelos diversos saberes, segundo uma lógica apriorística, e pode assim ser facilmente assimilada à idéia de doença. O segundo é uma concepção de natureza psicossocial, segundo a qual a velhice é uma condição da existência, uma questão do sujeito e não pode, por isso, ser reduzida à idéia de doença, um conjunto de sinais e sintomas.

No entanto, observamos que a noção de saúde a que a velhice é remetida, nesse dois aspectos, tende a estar estreitamente associada a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito. Entende que a velhice e as doenças que podem acompanhá-la abarcam toda a experiência do indivíduo, desde a sua experiência subjetiva de estar no mundo até suas condições pragmáticas de estar na vida: trabalhar, relacionar-se, sair de casa, comunicar-se, assim tratá-la torna-se, de maneira geral, uma questão de inclusão social. As referências de base são a sociabilidade, a convivência e a cidadania. O diagnóstico da situação é construído a partir de uma avaliação funcional.

A função do cuidador prescrita é de promover, na medida do possível, uma reabilitação funcional, cognitiva e social, tendo as noções de independência, autonomia e cidadania como alvo. A noção de autonomia que se abstrai do material analisado, como comentei anteriormente, refere-se a independência pessoal, auto-suficiência, aludindo a noções como habilidade, desempenho, capacidade e competência. Só escapam a essa exigência aquelas situações que são explicadas como impossibilidades causadas por

doenças, e mesmo nesses casos o valor pela estimulação, pela atividade, se mantém.

A crítica, feita por alguns coordenadores, à noção de qualidade de vida referida a um determinado modelo de existência que informa um certo modelo de atitude terapêutica, não impede que, inadvertidamente, a função do cuidador prescrita resvale para uma perseguição de um suposto equilíbrio psicossocial, aproximando-se de uma terapêutica do bem-estar, silenciando tudo o que possa emergir de subjetivo nas manifestações sintomáticas. Essa terapêutica do bem-estar, assim como a noção de qualidade de vida, ao generalizar um modelo de existência, converte-se numa prática clínica movida por uma certa compulsão à normalização.

Sabemos que estudar a velhice e suas questões será sempre destacar certas constantes que comparecem nos discursos daqueles que a experienciam e as respostas sociais que suscita nas diversas culturas, mas isso não nos autoriza a generalizar prescrições e intervenções como sendo fecundas para todos os casos.

Mesmo tomando em consideração os sinais e sintomas determinados pelo envelhecimento biológico e suas ressonâncias, acolhendo e trabalhando com eles para pensar nas estratégias de vida possíveis para cada sujeito; mesmo que a velhice e a dependência impliquem dificuldades de estar no mundo semelhantes para os membros de uma dada sociedade; mesmo estando cientes de que as desvantagens do sujeito frente às exigências sociais revelam a forma como o ambiente social acolhe os sujeitos e suas incapacidades; ao sustentarmos uma perspectiva referida à singularidade devemos guardar uma outra possibilidade de existência que não a anulação do sujeito pela doença, pela dependência e/ou pela velhice. (SARACENO, 1999).

Dentro dessa perspectiva a intervenção do cuidador exige uma atenção sofisticada, pois, trata-se de saber reconhecer e diferenciar as manifestações determinadas pelas patologias que acometem o velho, das limitações decorrentes do envelhecimento biológico, como cada um destes aspectos concorre para a condição de dependência e, fundamentalmente, como o sujeito responde à sua condição, como ela intervém na relação que ele estabelece

com seu corpo, sua existência, seu contexto, definindo limites e possibilidades, e as estratégias que ele lança mão para expressar-se. Essa apreensão da realidade do sujeito em seu conjunto deve informar e orientar os manejos e intervenções mais apropriadas a cada caso.

Em quarto lugar, no encontro com o paciente e seu contexto o cuidador entra em contato com um universo povoado de recordações, temores, fragilidades, desesperança, ressentimentos, conflitos e resistências de toda ordem - tanto da parte do velho quanto de sua família -, defrontando-se com o caráter intersubjetivo, transitório e inexorável da vida. Acrescenta-se a isso, como nos lembram Miranda *et.al.* (2000. p.38), que o trabalho de enfermagem em termos de cuidados básicos, ao qual se assemelha o do cuidador, implica ocupar-se *de tarefas que, por padrões comuns, são desagradáveis, provocam nojo e medo, mas também desejos e impulsos eróticos de difícil controle.*

Tudo isso pode produzir no cuidador, assim como nos profissionais de enfermagem, sofrimento, temor de ser dominado pelas demandas emocionais do velho, angústia e frustração que podem acionar mecanismos de defesa os mais diversos, que vão desde a contenção emocional, à padronização e robotização das tarefas através do projeto de cuidados, à perda de interesse pelo bem estar do paciente, produzindo uma naturalização do mal-estar como fazendo parte do ofício.

Esses mecanismos de defesa que se exteriorizam dão materialidade aos mecanismos de defesa psíquicos característicos de cada indivíduo e inibem a capacidade criativa, o pensamento simbólico e o pensamento abstrato. Sua característica principal é a de auxiliar os indivíduos a evitarem experiências que evoquem angústia, culpa, dúvida e incerteza. E faz isto eliminando situações, eventos, tarefas, atividades e relacionamentos.

Maranhão (2000, p.75), em seu estudo sobre a prática dos profissionais da enfermagem em um hospital psiquiátrico, traz uma reflexão sobre essas estratégias defensivas e comenta que:

(...) a prática se mostra o avesso dessa situação, não cabendo aí receitas, bulas ou padronizações garantidoras. O sofrimento comparece, embora sobre ele seja colocada uma venda que se

desvenda através do corpo, nas queixas de ordem física (coluna, hérnia, problemas ginecológicos), nas doenças psicossomáticas, na depressão, nas perturbações do sono, no abuso de drogas, no absentismo, nas licenças médicas...

Maranhão (2000), referindo-se ao trabalho de Dartington no qual o autor considera as ressonâncias sobre a subjetividade do contexto em que se desenvolve a função e o tipo de função de que se trata, nos alerta que se não houver possibilidade de troca entre as pessoas envolvidas, e se as defesas psíquicas adequadas estiverem interdidas, as distorções sintomáticas se darão ou no sentido do desenvolvimento de sintomas psicossomáticos - depressão, evitação do trabalho, etc. - ou como outra possibilidade, o desenvolvimento gradual de um anestesiamiento da emoção, a perda da capacidade de ser responsivo ao ambiente emocional, trazendo à tona o potencial de crueldade inerente à indiferença.

O cuidar de um velho que se encontre dependente de um outro para garantir a própria sobrevivência e identidade cria uma ambiência onde os limites entre o eu e o outro, o velho e o cuidador, muitas vezes se inter cruzam, se confundem, produzem angústia, põe à prova as disponibilidades, provoca resistências e insatisfações para os dois lados. Um contexto que desvela as motivações de quem cuida, seus interesses e caráter. A função do cuidador requer, para o seu exercício, ou uma disponibilidade prévia que possibilite ao sujeito encontrar um grau mínimo de satisfação em seu trabalho, ou um ajuste cotidiano de suas estratégias defensivas que lhe possibilite desempenhar suas tarefas com um menor custo (PITTA, 1999).

Essa perspectiva possibilita-nos entender os efeitos positivos dos grupos de apoio aos cuidadores, apontados nas pesquisas, nos quais é tecida uma rede de apoio e solidariedade que acolhe a expressão dos sentimentos e temores, possibilitando a troca entre aqueles que vivenciam situações semelhantes, ao mesmo tempo em que oferece exemplos de estratégias e orientações práticas que podem auxiliar o cuidador a encontrar novas alternativas de intervenção (KARSCH, 1998; FELGAR, 1998).

Seguindo uma outra perspectiva interpretativa, as pesquisas sobre cuidadores relacionam como motivo de insatisfação e adoecimentos, via de

regra, a organização do trabalho: a sobrecarga, a desorganização da vida particular, a baixa remuneração, a solidão, o despreparo e principalmente o baixo reconhecimento, etc; o problema está fora, no outro, no contexto (CALDAS, 1998; KARSCH, 1998; PAVARINI, NERI, 2000).

Pavarini e Neri (2000. p. 51) comentam a gravidade da realidade da prestação dos cuidados formais no Brasil e identificam na escassez de especialistas e no despreparo dos existentes suas principais razões. Ao mesmo tempo elas tomam esses aspectos como *causa e efeito da baixa remuneração, da falta de motivação para as tarefas e do elevado índice de rotatividade da mão de obra*.

Para refletirmos um pouco sobre esta dinâmica que relaciona a organização do trabalho, os lugares e respostas sociais a ele destinados, as exigências físicas e emocionais implicadas e os processos de adoecimento, recorreremos ao trabalho de Maranhão (2000), que nos apresenta uma formulação de Dejours na qual o autor atribui à organização científica do trabalho, isto é, à impessoalidade requerida, à fragmentação e prescrição de tarefas, parte da responsabilidade pelo sofrimento psíquico decorrente do exercício do trabalho, na medida em que compromete a prática criativa, a construção de vínculos e a realização dos sentidos que lhe são atribuídos e prescritos por um certo ideal.

Seguindo essa perspectiva, Pitta (1999, p. 18/19), em seu estudo sobre as relações entre sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar, defende a tese de que:

(...) a exposição a um ou mais fatores que produzem doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da própria natureza deste trabalho e de sua organização, evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. As determinantes principais desse sofrimento que agem dinâmica e eficientemente entre si e com outras, estaria no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte de outro, e nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno. Este mesmo objeto, paradoxalmente, é capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória quando condições facilitadoras permitem aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas.

No entanto, Maranhão (2000) nos traz uma outra colocação de Dejours na qual este, problematizando o assunto, afirma que a organização do trabalho por si só não cria doenças mentais específicas, tais como psicose e neurose, considerando que estas estão atreladas à estrutura psíquica do sujeito. O trabalhador traz para o seu fazer as marcas da sua história, seus desejos, seus ideais, e no encontro destes com a organização do trabalho em seu ideal ético é que se forja o ambiente que favorece a descompensação, dificultando os destinos dos investimentos pulsionais ali implicados.

Entre os danos psicopatológicos da organização científica do trabalho relacionados por Dejours, um dos mais significativos é a perda da responsabilidade pelo trabalhador na sua relação com a tarefa, o que desencadeia um processo de estranhamento e alienação, e favorece a manifestação de estados patológicos (DEJOURS *Apud* PITTA, 1999).

Por sua vez, Freud, instigado por algumas de suas pacientes a refletir sobre a “vocação” de enfermeira, observou uma íntima ligação entre a posição da histérica e a função da enfermeira, diz ele:

*Aquele que está atribulado e preocupado sem cessar com as mil tarefas exigidas pelos cuidados a um doente, cuidados que se prolongam sem interrupção, interminavelmente, durante semanas e meses, acostuma-se pouco a pouco a abafar em si todos os indícios de emoção e, por outro lado, desvia sua atenção de suas próprias impressões porque não tem tempo nem forças para se dar conta delas. Assim, todo aquele que cuida de doentes acumula uma quantidade de impressões afetivas muito pouco percebidas e que não puderam ser atenuadas por ab-reação. A partir daí acham-se reunidos os materiais para uma histeria de retenção (Freud *Apud* André, 1998, p. 125).*

Sobre essa consideração André (1998) propõe uma inversão dos termos, pois considera que Freud colocou o efeito no lugar da causa, e diz:

(...) não é porque o sujeito exerce a profissão de enfermeiro e se submete a suas limitações que sobrevém a histeria, (...) porque ele é histérico é que se presta particularmente bem a desempenhar as tarefas de enfermeiro.

Desenvolvendo seu argumento André (1998) comenta que:

(...) a função de enfermeira, tal como Freud a descreve aqui, é exercida em duas direções que prolongam a problemática histórica: por um lado, trata-se de contribuir para reparar o Outro ou para manter as aparências disso; por outro lado, para a enfermeira devotada, de se consagrar inteiramente à demanda deste outro.

Enfim, foge às ambições desse trabalho aprofundar essa discussão nesses termos, mas conhecer sua existência parece-me fundamental para percebermos a complexidade que a função de cuidador implica. O que nos interessa destacar nesse momento é a perspectiva de que o exercício do cuidar está relacionado à posição subjetiva do sujeito frente à castração, a diferença. O que Freud propõe como posição histórica se assemelha ao que Boff (1999) chama de uma maneira feminina de amar, referida no capítulo dois.

A relação de cuidados põe em jogo interesses e desejos das partes envolvidas. Seu contexto pode produzir um excesso de mal-estar que encontra suas razões, de certa forma, como nos ensina Pitta (1999), no confronto com as limitações impostas por doenças e, no caso da velhice, com o agravo trazido pelo estranhamento frente à inexorabilidade de uma situação fronteira que não corresponde aos ideais e ilusões nos quais ancoramos nossas possibilidades de satisfação. Tudo isso incide no encontro cuidador-velho, podendo torná-lo patogênico para ambos, o que nos convida a pensar sobre a origem dos fatores e desejos que estão em jogo sobre-determinando a oferta deste serviço.

Conseqüentemente, a evidente complexidade desta profissão ressalta a importância de se oferecer uma formação cuidadosa para esses profissionais. Essa formação transcende o mero acúmulo de informações, pois sua prática se inscreve num contínuo intersubjetivo e singular a cada caso, exigindo um trabalho com as próprias disponibilidades internas do cuidador e, desta forma, demanda, na minha opinião, uma continuidade através de grupos de supervisão que acolham e manejem as expectativas e resistências que afloram na relação de cuidados, a luz de uma orientação teórica e clínica que possibilite

novos horizontes. Essa complexidade ressalta também a relevância de se oferecer serviços que cuidem de quem cuida.

Individualidade, história de cuidados e caráter:

***Cada um guarda em si,
como mediador da fala,
a imagem de quem inicialmente
o ajudou a viver, a falar, a amar
(Maud Manoni).***

Uma outra forma de ressaltar a ênfase na questão da individualidade refere-se ao próprio cuidador. O Curso Um, especificamente, ressalta a idéia da história de cuidados do cuidador, buscando na história de vida de cada indivíduo experiências promovedoras de uma certa prontidão para o cuidar, entendida como uma disponibilidade para compartilhar, para oferecer ajuda de forma solidária, respeitosa, afetuosa, além da aprendizagem de habilidades relacionadas às práticas do cuidar.

Beauvoir (1990, p.100) cita a correspondência encontrada por Roheim entre a felicidade da primeira idade e a da última, e, a partir de seu estudo etnográfico sobre as respostas sociais frente à velhice em diversos povos e culturas, conclui dizendo:

Sabe-se que importância tem, no desenvolvimento ulterior de sua personalidade, a maneira como uma criança foi tratada. Frustrada na alimentação, na proteção, na ternura, cresce no rancor, no medo e até mesmo no ódio; quando adulta, suas relações com os outros são agressivas: negligenciará seus velhos pais quando estes forem incapazes de se bastarem. Ao contrario, quando os pais alimentam bem os filhos e os mimam, fazem deles indivíduos felizes, abertos, benevolentes, nos quais se desenvolvem sentimentos altruístas: em particular, serão apegados aos seus ascendentes; reconhecem que têm deveres em relação a estes, e cumprem seus deveres. (...) Entretanto, muitas vezes os idosos são vítimas de um círculo vicioso: uma penúria demasiadamente grande leva os adultos a alimentar mal as crianças e negligenciá-las. Notemos também que o amor filial toma a forma que lhe impõe o costume e a religião.

Como já referi no capítulo um desta dissertação, a literatura sobre cuidadores se detém nos cuidadores informais. No entanto, considero possível encontrar uma correspondência entre alguns aspectos identificados e a experiência dos cuidadores formais, apesar de estar ciente do caráter relativo dessas inferências.

Velásquez *et.al.* (1998. p. 88/109), estudando *As trajetórias de vida dos cuidadores principais*¹¹ - que utiliza uma amostra composta, em sua maioria, de cuidadores informais familiares e um cuidador informal não familiar -, observou que os cuidadores *encontram na família de origem os modelos que os forjaram*, os pais e a família de origem são a referência básica, enquanto modelo incorporado a ser seguido ou rejeitado. As narrativas associavam experiências de apoio e solidariedade nas situações mais diversas, vividas junto à família extensa, e de esforços compartilhados com as famílias nucleares no sentido de atingir um objetivo comum. Mesmo aqueles que não relatavam ter tido uma história de cuidados positiva junto a suas famílias de origem tendiam a rejeitar o modelo sofrido e a assumir como referência experiências de cuidados recebidos de outras pessoas, que acabaram por serem assimiladas como família substituta.

Da mesma forma, os autores ressaltam que os entrevistados encontravam em suas famílias as condições e apoios necessários para assumirem a função de cuidador.

Assim, as motivações referidas para o cuidar foram a retribuição – em função de uma experiência de compartilhamento ao longo da vida em comum - e a reciprocidade – por reconhecerem nos pacientes uma atitude solidária ao longo da vida, ou por terem sido, eles próprios, alvo de cuidados praticados por terceiros (VELASQUEZ *et.al.*, 1998).

Silva (1998, p. 40), estudando as narrativas de enfermeiros que trabalhavam em unidades de terapia intensiva sobre suas motivações para prestar assistência às necessidades não físicas dos pacientes, encontrou o seguinte:

(...) tipo vivido: enfermeiro de que realiza cuidados não físicos aos clientes no CTI, como sendo aquele que, ao realizar estes cuidados o faz, a partir de uma identificação pessoal com o cliente, e que este cuidar lhe proporciona uma satisfação pessoal, permitindo sua auto realização profissional.

¹¹ Cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio (MENDES, 1998, p. 55).

Considerando os resultados desses estudos, podemos inferir que, no caso dos cuidadores formais, é provável que a história de cuidados seja realmente, como supõe a coordenadora do curso um, um fator determinante de um estado de prontidão – entendido como o somatório de disponibilidade interna e habilidades aprendidas – para o cuidar de um outro, mesmo sem vínculos de parentesco e afetivos com o velho.

No entanto, de acordo com o material analisado, a história de vida dos cuidadores também é determinante do aspecto que mais compromete a sua inserção nas famílias: os modos, isto é, a educação. Se a história de cuidados é a matriz da disponibilidade e solidariedade, a educação dá o tom, define o estilo, afina os sentidos para perceber sutilezas, podendo inviabilizar a permanência do cuidador no serviço, o qual se desenvolve no espaço privado do domicílio do velho e não no espaço público.

Considerando o perfil sócio demográfico dos cuidadores preparados pelos cursos estudados, vimos que, na perspectiva dos coordenadores, aquelas mulheres de faixa etária entre 32 e 52 anos, tinham baixa escolaridade, que migravam de profissões diversas em função do alto índice de desemprego e eram provenientes de um estrato sócio-econômico considerado de baixa renda, tinham como motivação fundamental a possibilidade de inserção no mercado de trabalho, atraídas pelo aumento da demanda. Elas tinham no gênero um aspecto facilitador, na medida em que o cuidado é percebido como um atributo “natural” das mulheres, associado à maternidade, estimulado pelo papel social de cuidadora que lhe é atribuído.

Pitta (1999) comenta que o gênero confere às mulheres uma vantagem no exercício do cuidado como profissão, na medida em que o aprendizado arquetípico do cuidar é um elemento constituinte da construção de sua posição subjetiva frente ao mundo ao longo de seu processo de socialização e identificação feminina. Esta identificação feminina encontra no cuidar um destino pulsional socialmente valorizado, o que abre, para as mulheres, a possibilidade de encontrar na sublimação¹² um destino satisfatório para a libido

¹² Estou me referindo ao processo psíquico descrito por Freud através do qual, o sujeito tendo na pulsão sexual sua força propulsora, consegue derivar para a atividade profissional parte muito considerável de sua carga pulsional, ou seja, pode substituir um fim próximo por um outro

mobilizada no encontro com o paciente e seu sofrimento, constituindo-se num fator de proteção à sua saúde psíquica.

Esse recorte do gênero nos aponta para uma divisão social do trabalho imposta historicamente, a qual nos revela que em nossa cultura o trabalho enquanto uma medida de valor do indivíduo atua em vários níveis, no caso dos cuidadores: o da subsistência e o da identificação com um ideal de gênero que associa necessariamente a mulher à maternidade e ao trabalho reprodutivo (JARDIM, 1997).

Para problematizar o cruzamento desses três aspectos - história de cuidados definindo ideais e motivações, educação definindo estilos e interesses e posição subjetiva determinado o cuidar como um meio de satisfação pulsional -, apontados como estruturais na construção da identificação do indivíduo com o lugar de cuidador e sua profissionalização, tomarei como mote uma reflexão sobre a ética do cuidar, proposta por Figueiredo (1999).

A ética entendida como preceito, como aquela que prescreve o que e como deve ser feito é, portanto, o que está por se fazer, enquanto um saber que visa um bem como fim último do agir e que rege nossos atos e decisões frente à clínica. Desta forma, pode ser situada, a partir da psicanálise, do lado do ideal. Vale lembrar que segundo Freud (1914, p. 275):

Do ideal do Eu parte importante caminho para a compreensão da psicologia coletiva. Este ideal tem, além da sua parte individual, a parte social: é também o ideal comum de uma família, de uma classe ou de uma nação.

Na construção de uma profissão podemos reconhecer o ideal ético que a orienta a partir das teorias, crenças e paradigmas que a informam; ao analisarmos os objetivos propostos (seus querereres), reconhecemos os conceitos que a fundamentam (seus saberes), suas formas de escolher, formalizar e exercitar os conhecimentos considerados necessários para o seu exercício (seus fazeres), e as formas de organização corporativas das quais se

destino dessexualizado, uma outra ordem de satisfação, visando um objeto socialmente valorizado, como por exemplo, através de atividades artísticas e intelectuais e, no caso desse estudo, nas práticas do cuidar (FREUD, 1910).

utiliza. Podemos dizer que a formação profissional é uma maneira de construir um modo de sintomatizar próprio de cada categoria, a partir do significado que a ética do cuidar adquire em cada uma.

Constitui assim uma tradição teórica que informa as escolhas, os procedimentos clínicos e as atitudes, a qual, subjacente aos atos, define, de certa forma, o que é o bem e o universaliza (SERPA Jr., 1999).

Nesse aspecto vale reforçar o que já colocamos anteriormente, o quanto são inadequadas e insuficientes as generalizações prescritivas em qualquer prática clínica e, em especial, naquelas que interferem, de alguma forma, na saúde mental dos indivíduos. Todo trabalho clínico implica cotidianamente escolhas e tomada de decisão, e esta, de acordo com Serpa Jr. (1999), é uma dimensão incontornável da clínica. Dimensão esta que tem seu significado e suas conseqüências atualizados a cada confronto com a singularidade de cada paciente, suas particularidades, suas possibilidades, seus limites, temores, desejos, seu caso.

Cavalcante (1997. p. 6), pondo em questão o que é tratar, ressalta o quanto é fundamental, diante das generalizações prescritivas, perguntarmos: *“Bem pra quem?”*. E comenta: *Sempre que estivermos diante de princípios morais e éticos, dificilmente teremos regras fixas, pré-estabelecidas e universais independentes da situação que se apresente.*

Contudo, como os dados colhidos apontam, a partir da idéia de história de cuidados e da concepção do cuidar como natural, nesta fronteira entre o geral e o particular, as coisas são ainda mais delicadas. Nessa zona de turbulência entre o ideal prescrito pela ética do cuidar que é ensinada pela preparação profissional e a ação propriamente dita, quando o cuidador é chamado a fazer escolhas e tomar decisões, comparece algo que inevitavelmente caracterizará sua ação, qual seja, a marca da sua própria subjetividade, aquilo que de cada sujeito está em jogo na sua prática profissional.

Isso nos lembra a observação de Michael Balint (1998), segundo a qual, a primeira droga que se administra ao paciente é a personalidade do médico, pois desde o diagnóstico até a terapêutica e o prognóstico, todos os momentos

dos atos médicos estão impregnados de sentimentos que podem ser úteis ou prejudiciais aos doentes. Pensamos que esta afirmação pode perfeitamente ser estendida à prática dos profissionais de saúde de maneira geral, e dos cuidadores em específico.

Figueiredo (1999), refletindo sobre o que se situa entre o preceito - a ética do cuidar - e a ação propriamente dita, chamou de “sintoma” isto que caracteriza a nossa ação a partir da intenção marcada pelo ideal.

Lembremos rapidamente que, para a psicanálise, o sintoma tem suas origens nas origens do sujeito, e fala por metáforas e metonímias sobre os dissabores da alma, em sua constante busca de felicidade; sintoma que se coloca no lugar de uma satisfação sexual impossível – e, portanto, recalcada – e que pode se tornar insuficiente em sua função quando não alcança a satisfação parcial que o justificava, deixando um resto de angústia intolerável se não falado.

Da mesma forma, não podemos esquecer que a escolha profissional é um dos caminhos através dos quais buscamos obter satisfação, isto é, *para a economia psíquica, o trabalho como objeto de investimento libidinal é um dos destinos possíveis*, o que coloca os nossos pacientes e a relação que estabelecemos com eles, no lugar de objeto (JARDIM, 1997. p. 84).

Com esta perspectiva, o modo de sintomatização comparece na ação revelando o quanto o sujeito foi capturado pelo ideal ético e como dá conta deste, sendo determinado diretamente pelo significado que atribui ao cuidar. O ideal ético sustenta, dinamicamente, o ideal terapêutico informado pelo modelo teórico assumido e as exigências idealizadas e registradas ao longo da experiência de vida do sujeito - cuidador.

Assim é preciso problematizar as postulações ideais transmitidas pelos cursos, pois, assumidas como um imperativo, justificam um modo de sintomatizar que busca se impor a qualquer custo, pondo em jogo uma certa compulsão a cuidar. Pela mesma razão, é preciso relativizar as exigências emanadas dos ideais parentais, frente às quais o sujeito está sempre aquém, o que o pressiona a buscar satisfazê-las.

Figueiredo (1999) nos lembra que a sintomatização não é necessariamente algo bom ou ruim, mas antes um efeito inevitável do desencontro entre o ideal da ética - que pode aprisionar a satisfação do cuidador a uma ação impossível de se realizar - e a ação possível diante das vicissitudes da clínica. Desta forma, se o sintoma pode se apresentar como uma compulsão que se situa entre o preceito e a ação, a partir de Freud, isso deve ser entendido como uma modalidade pulsional que insiste em fazer valer uma verdade.

Antes de ser um sintoma, a compulsão é uma insistência do Id, mas também do superego. (...) Se, ao tomarmos a ética como um preceito, em sua dimensão de ideal sempre a ser atingido, levando em conta as forças irreduzíveis do superego, nos deparamos com o paradoxo de estarmos diante de um impossível de realizar, que tem de ser realizado a todo custo (FIGUEIREDO, 1999, p. 131/132).

Podemos referir como exemplo, no caso dos velhos, a tendência dos familiares e de muitos técnicos, comentada anteriormente, de em nome do amor chamar para si a urgência do destino do velho, desqualificando a versão e a manifestação dos seus desejos por julgá-lo incapaz. Na clínica com velhos essa é uma fonte de angústia sempre presente, principalmente para aqueles que se encontram mais dependentes fisicamente - quer por limitações decorrentes de uma velhice muito avançada, ou em consequência de doenças -, o temor de que os coloquem no lugar de quem não sabe o que diz, tirando-lhes o direito de deliberar sobre a própria vida, como se fossem “velhos gagás”. Um segundo exemplo que ilustra essa compulsão a cuidar se revela na impossibilidade, para alguns cuidadores, de manter para si um projeto de vida que não se restrinja a relação de cuidados, que lhe permita buscar satisfação em outros objetos e objetivos (MAFFIOLETTI, 2000).

Estes postulados indicam, fundamentalmente, uma atitude frente ao velho enquanto objeto de cuidado que impõe a necessidade de refletirmos sobre os motivos que nos levaram a escolher o cuidado como ofício, os desejos que nos sustentam e a tensão presente quando o objeto implicado é um outro sujeito dotado de uma subjetividade particular, com desejos, costumes e expectativas singulares.

Essa reflexão nos alerta que a história de cuidados do cuidador interfere, sem dúvida, na determinação da qualidade do cuidado oferecido, e por isso, é preciso manter sempre uma certa reserva com relação aos próprios interesses, intenções e paixões, quando o destino de um outro está em jogo.

Cavalcante (1997, p. 2), ao compartilhar suas reflexões sobre a avaliação de qualidade da assistência à saúde mental, comenta que (...) *os nossos atos têm conseqüências que ultrapassam em muito o nosso âmbito aparentemente restrito de ação*. Sobre o que é cuidar, nada é consensual. Há que se fazer escolhas e saber justificá-las. É preciso avaliar as conseqüências dos nossos atos para nós mesmos, para o outro e para aqueles que nos cercam, apesar de não ser possível ter certeza das conseqüências das nossas intervenções. Precisamos esperar para em um “só depois” apreendermos essas conseqüências.

A tarefa clínica do cuidador, parafraseando Tenório (2001), é por excelência acompanhar o sujeito. Ela traz o desafio da simplicidade e da abstinência, atitudes extremamente difíceis e sofisticadas.

A homogeneização dos indivíduos.

***Os fatos contemporâneos têm,
sempre, submersa a eles,
a ancestralidade do sujeito,
este passado que não passa
para ninguém***

(Ribeiro, Maffioletti).

Tomando como referência o idoso, isto é, a referência etária, os cursos tendem a sustentar um discurso que homogeneiza os indivíduos como sendo igualmente marcados por semelhanças determinadas biologicamente – sinais e sintomas - que os determina inclusive psicologicamente – sentimentos, visões de mundo, atitudes. Esta perspectiva autoriza uma abordagem apriorística dos diversos saberes na prescrição de condutas, a qual, entrando em contradição com o princípio referido na primeira categoria analisada, torna o indivíduo um objeto reduzido a suas determinações orgânicas. Com isso, a consideração da forma singular como cada um constitui sua subjetividade e responde à sua velhice pode transformar-se em mera alegoria ou caricatura.

Por outro lado, a opção pelo termo idoso se faz com o objetivo de promover uma atitude de respeito pelo indivíduo, como se com a exclusão do termo velho garantissem a dissolução dos estereótipos e da atitude negativa em relação à velhice. Apesar da boa intenção, nós sabemos, desde os ensinamentos da psicanálise, que tudo o que é recalcado retorna sintomaticamente e determina inconscientemente nossos atos, atitudes, julgamentos e interpretações.

Na literatura gerontológica o envelhecimento é pensado a partir de diversas perspectivas. O referencial biológico versa sobre o envelhecimento orgânico. Encontramos uma unanimidade entre os autores ao afirmar que o envelhecimento biológico é um fenômeno natural e irreversível associado a um fenômeno próprio a todo ser vivo, e, como tal, universal, determinando uma maior vulnerabilidade frente ao estresse ambiental o que aumenta a probabilidade da morte. Ele é concebido como um processo de deterioração de um organismo maduro, ligado à passagem do tempo. Encontramos várias teorias que tentam explicar esse fenômeno, dentre elas a hipótese genética, que nos fala do “relógio biológico”, os “gerontogenes”, que regulam não apenas

o tempo de vida das nossas células, mas, também, o ritmo do envelhecimento como algo transmitido geneticamente e, desta forma, determinando uma experiência diferenciada para cada indivíduo (COSTA e SILVA, 1994; DUARTE, 1999). Esta hipótese convive com muitas outras: a hipótese dos radicais livres; a hipótese das alterações do sistema imunológico, etc. A hipótese consensual encontra no sistema neuroendócrino o elo articulador entre os diversos sistemas do organismo e os estímulos psicossociais e ambientais. *Todas dedicadas a encontrar a causa do envelhecimento e, quem sabe, seu controle ou sua “cura”* (RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2001, p.186). Mas foge às ambições dessa dissertação desdobrar e questionar seus objetivos e ilusões.

Com este referencial os estudiosos nos falam da Síndrome Psicorgânica Fisiológica do Envelhecimento referindo-se ao processo de envelhecimento normal, o qual responde pela:

(...) diminuição da capacidade adaptativa do organismo, assim como pelos problemas comportamentais e emocionais do velho, os considerando conseqüências diretas do processo de envelhecimento do sistema nervoso central (RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2001, p. 187).

Também encontramos unanimidade na afirmação de que o envelhecimento normal e suas alterações são compatíveis com um funcionamento social, familiar e laborativo adequado, não demandando uma intervenção terapêutica e que o curso do processo de envelhecimento altera-se pela ação de fatores contingentes que se apresentam no curso de vida de cada indivíduo, tornando-o uma experiência singular (COSTA e SILVA, 1984; PAPALÉO NETTO, PONTE, 1996).

Outras perspectivas se desdobraram tomando o envelhecimento orgânico como referência, apoiando-se no desenvolvimento das ciências naturais. Quando considerado pela antropologia autorizou a construção de máximas culturais que estabeleceram padrões de comportamento, fomentando uma representação fatalista, naturalista e universalista da velhice. Considerado pela

psicologia, por sua vez, inspirou a investigação das alterações cognitivas e comportamentais que, partindo do substrato biológico, instruiu a caracterização dos estágios da vida, do processo de desenvolvimento psicológico, o que autorizou, muitas vezes, uma interpretação dos processos psíquicos enquanto decorrentes de uma causalidade mecânica. Considerado pela psicanálise, a importância dos processos orgânicos implicados no envelhecimento encontra-se no entendimento de que os processos psíquicos se fazem apoiados no orgânico, estabelecendo uma relação de “vasos comunicantes”, o que Freud chamou de “fronteira móvel”, isto é, tanto as alterações orgânicas repercutem no psiquismo como o inverso também é verdadeiro (GREEN, 1995; GROISMAN, 1997; EIZIRINK, *et.al.*, 1998; RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2000).

Essas diversas formas de apropriação do saber médico vêm contribuindo, ao longo dos anos, como material para a construção e manutenção dos estereótipos que informam diversas respostas sociais a velhice, isto é, um desdobramento do que Pavarini e Néri (2000, p.53) chamaram de *preconceitos científicos* com relação a velhice.

Apesar do envelhecimento biológico embasar e legitimar a cronologização da existência e diversas intervenções, inclusive jurídicas e político-sociais, até esse momento, a velhice ainda carece de biomarcadores, ou em termos psicológicos e sociais de indicadores confiáveis, que determinem para ela um início ou duração. Desta forma o envelhecimento está sujeito a diversas interpretações, determinando respostas diversas dependendo dos significados atribuídos a ele nas diversas culturas e seus diversos atores.

Desta forma, a experiência da velhice pode ser tão diferente quanto os são os sujeitos.

De maneira geral o que observamos é na verdade a história das respostas sociais à velhice e, o que nos interessa em especial, à velhice com dependência. Assim, contextualizando esse trabalho, precisamos lembrar os mecanismos que, nas últimas décadas, acompanharam a sua transformação em uma preocupação social, os quais reproduzimos inadvertidamente, pois concordamos com Pavarini e Néri (2000) quando salientam que os valores

sociais, econômicos, políticos e culturais regulam a relação que se estabelece entre o velho e seu cuidador.

É com essa perspectiva que devemos estar atentos aos discursos e intervenções que, na atualidade, dão visibilidade à velhice, de forma a apreendermos suas intenções e conseqüências. Debert (1999) nos apresenta com clareza um duplo movimento que engendra esse processo.

De um lado, a socialização da gestão da velhice tornando-a alvo de uma série de intervenções do Estado e outras organizações, e o surgimento de um campo de saber específico - a gerontologia - que congrega profissionais de vários campos, especialistas no envelhecimento. A conseqüência disso é a produção de uma nova categoria cultural - os idosos -, que homogeneiza as representações da velhice, criando um novo recorte social e autorizando modos específicos de gestão. A marca desse movimento, cuja origem remonta a meados do século XIX, é a concepção da velhice como uma etapa de perdas, decadência e improdutividade, como um traço que daria uma identidade aos velhos, e um dos resultados fundamentais foi a conquista da aposentadoria e a legitimação de alguns direitos sociais, durante o século XX.

Por outro lado, a velhice consagra-se como uma responsabilidade individual que, pondo em questão os estereótipos que lhe foram associados, revela-se um momento glorioso da vida, pleno de possibilidades de auto-realização e articulação de novos projetos de vida. Trata-se da *reprivatização da velhice*, como chamou Debert (1999. p.14).

Como uma reação à associação da velhice com a inatividade, improdutividade e isolamento inicia-se no seio da gerontologia a tentativa de construção de um novo discurso apoiado nas idéias de “velhice produtiva” e “velhice bem sucedida”, as quais portam vários sentidos. A “velhice produtiva” refere-se ao exercício de trabalho remunerado; exercício de trabalho não remunerado a nível domiciliar e familiar, trabalhos voluntários na comunidade; lazer; contribuição para a economia criando novos mercados de consumo; contribuição para as condições de saúde funcional dos velhos. A “velhice bem sucedida”, por sua vez, está referida ao bem-estar psicossocial e físico correspondente aos critérios do próprio indivíduo e da cultura em que está

inserido; a um padrão de funcionamento social semelhante ao da média da população mais jovem; e a manutenção de uma competência no funcionamento quanto aos cuidados com a saúde, na funcionalidade física, cognitiva, comportamental e na administração do tempo (NERI, 2000).

Conseqüentemente, novas demandas políticas se formulam e um novo mercado se abre para acolher os envelhecidos e ratificar a nova imagem da velhice, fomentando novas expectativas, crenças e atitudes em relação a esta. No entanto, este novo lugar destinado a velhice não comporta as experiências de fragilização, sofrimento e doença que podem se fazer presentes. A oferta de um mundo novo para o velho, com seus artifícios e eufemismos, fica longe de aproximar-se de soluções razoáveis para a sua vida, principalmente àquele doente, pobre e desamparado, que fica no outro extremo da corda em oposição à chamada terceira idade - a qual mantém vigor e poder aquisitivo (DEBERT, 1999; NERI, 2000).

No hiato que resta entre esses dois discursos, a velhice desamparada e o velho reconstrutor, pode-se reconhecer as diversas formas como a sociedade revela o seu estranhamento diante da velhice na medida em que ela não corresponde ao seu mapa cognitivo e estético, frustrando os ideais de eterna juventude e beleza. A realidade aceita circunscreve um campo de normalidade referida ao produtivo, ao autônomo, à independência, ao belo, e tudo aquilo que escapa a essas referências tende a ser excluído, sendo este um exemplo típico da operação que institui o social. A velhice dependente escapa aos esforços de reparação propostos, ficando sujeita aos mecanismos de segregação e denegação. Neste cenário, estrategicamente, o termo velho se encontra expulso. Politicamente incorreto, ele remete a uma realidade abominável.

Como nos lembra Debert (1999, p. 15):

O sucesso dessas iniciativas é proporcional à precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com a velhice avançada. A nova imagem do idoso não oferece instrumentos capazes de enfrentar a decadência de habilidades cognitivas e controles físicos e emocionais que são fundamentais, na nossa sociedade, para que o indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um

exercício pleno de direitos de cidadania. (...) as experiências inovadoras e bem sucedidas fecha espaço para as situações de abandono e dependência. Essas situações passam a ser vistas como consequência da falta de envolvimento em atividades motivadoras ou da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados.

Vale ressaltar que não se trata de negar que os novos discursos e espaços de socialização têm permitido novas formas de viver a velhice para muitos indivíduos. A crítica fundamental, como salientou um dos coordenadores do Curso Dois, recai sobre o *marketing* que fornece receitas e modelos ideais como sendo garantidores de uma espécie de envelhecimento sem velhice, o mapa para um “envelhecimento positivo”. O que se observa é a rejeição da velhice e, em especial, da velhice com dependência - aquela que por sua contingência comporta todos os estereótipos negativos que historicamente têm-lhe sido associados -, o que transparece de certa forma na escassez de oferta de instituições e de mão de obra qualificada, nos altos índices de negligência e maus tratos encontrados nas situações de asilamento institucional e/ou familiar.

Nesse contexto a presença do cuidador no domicílio é uma estratégia que visa reduzir a possibilidade de internação e asilamento a um recurso eventual necessário. Trata-se de agenciar o problema social da velhice dependente de modo a permitir ao velho manter-se na sociedade e na família, como prescrito pela constituição federal e pelo estatuto do idoso. Uma nova tecnologia de cuidado que visa garantir um tratamento mais generoso. No entanto, esse recurso ainda é insuficiente, e seu custo o torna um privilégio de velhos abastados.

Pavarini e Néri (2000), frente à evidente escassez dos recursos assistenciais e a pouca qualificação do pessoal especializado, questionam se o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de recursos assistenciais que acolham as necessidades dos velhos e suas famílias, não contribui para a deterioração e o agravamento dos conceitos e atitudes em relação à velhice, à dependência, comprometendo mais ainda a qualidade dos cuidados que lhe são oferecidos.

Por sua vez, Debert (1999) considera que todos os valores, procedimentos e instituições de segregação da velhice na sociedade se constroem a partir da apreensão da velhice pelo conceito da improdutividade e da doença, que é a operação fundante da gerontologia.

É essa lógica que associa a velhice com a decadência, a doença, a solidão e a morte que observamos nos discursos dos coordenadores entrevistados, inclusive como justificativa para a necessidade de se qualificar os cuidadores como uma alternativa de mudança desse panorama. Ao mesmo tempo, o mal estar diante da velhice se mantém e transparece, como ressaltamos anteriormente, na tendência de, ingenuamente, considerar que excluindo o termo velho se eliminam as atitudes negativas a ele associadas e, conseqüentemente, abre-se espaço para a inclusão do idoso. Essa atitude de rejeição da velhice foi claramente enunciada por um dos coordenadores do Curso Dois, através da declamação de um ditado anônimo (apresentado no capítulo quatro) que descreve as diferenças entre o ser idoso e o ser velho, quando questionado sobre a preferência pelo termo idoso.

A ambigüidade discursiva que se evidencia promove um certo artificialismo nas relações, de tal forma que, diante do advento da doença e/ou da condição de dependência, ou de manifestações singulares dos sujeitos que fogem aos modelos socialmente aceitos, opera-se um desmoronamento das mascaras e o recrudescimento da exclusão.

Assim, as soluções encontradas pelos sujeitos frente aos desafios da sua existência, quando entendidas unicamente como produtos da responsabilidade individual, ou de deformações biológicas decorrentes do desgaste do corpo - desconsiderando a implicação dialética dos fatores sociais e psicológicos que as engendram -, como parece ser o caso da *reprivatização da velhice*, como propõe Debert (1999, p. 14) - transformam os sujeitos em caricaturas estigmatizadas, *exilados pelo caráter associal das neuroses, que tendem todas a expulsar o indivíduo da sociedade, substituindo o asilo que antes lhe presenteava o claustro pelo isolamento que a doença traz consigo* (FREUD, 1913, p. 221), condena-os ao silêncio da ruminação das mágoas, da dor das

reminiscências e do sentimento de culpabilidade dominantes em tantas neuroses (RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2001).

Como apresentei em trabalhos anteriores, a experiência clínica com velhos me fez ver que os discursos - o velho decadente, miserável e solitário e o “jovem da terceira idade”, o “reconstrutor” e ator político - recaem sobre os velhos, carregados de exigências, estabelecem uma norma que acaba por regular e intervir sobre os atos do sujeito, com a qual ele terá que se identificar sob pena de ser reiteradamente excluído (RIBEIRO, MAFFIOLETTI, 2001; MAFFIOLETTI, 2000).

Esses discursos sustentam a crença de que a dependência, a insegurança, a solidão, enfim o desamparo seriam privilégios da velhice ou de alguns desprivilegiados, e de que o conhecimento e a conscientização dos problemas implicariam uma mudança de atitude suficiente para resolvê-los. Mantém-se a crença iluminista.

Acreditando firmemente que o destino de cada um depende de suas escolhas e que estas são produto de racionalizações objetivas, pautadas no acúmulo de experiência e conhecimento e, seguindo os princípios da teoria da educação permanente que postulam que a aprendizagem é um processo que depende da pessoa, atribuem ao próprio velho a responsabilidade de construir para si uma velhice positiva. A felicidade no fim da vida dependerá da coragem que ele tiver para enfrentar o fantasma da velhice. Além disso, alguns autores consideram-no responsável pelas condições sociais a que está submetido, já que de certa forma ele participou da construção dessa sociedade; eles, os velhos de hoje, foram os jovens de ontem que, por opção, por adesão ou por omissão, levaram a esse tipo de sociedade. (Washington *apud* Haddad, 1986).

Estas formas de recusa comparecem, como sintoma, na gerontologia e são reproduzidas por alguns professores dos dois cursos.

A redução da complexidade da condição da velhice com dependência a uma discussão humanista sobre a cultura e seus descaminhos, ao menos no plano das idéias e discursos, não redundam em soluções práticas para os problemas identificados. A romantização da velhice como detentora da sabedoria de vida e testemunha da história, ou como o coroamento de uma

vida pródiga, não lhe garante um acolhimento digno. A gestão consciente do corpo e das emoções exigida do indivíduo envelhecendo, que o carrega de exigências fálicas - continue produtivo, mantenha-se independente, cuide-se -, revela-se fonte de conflitos pessoais e sociais, culpabiliza os indivíduos e acirra divergências intergeracionais. A simplificação do tratamento da velhice dependente, com ênfase na singularidade, na diferença e na multidisciplinaridade, em sua inconsistência, acaba por reservar três destinos para o sujeito: o asilamento social, o asilamento domiciliar ou a submissão e adaptação às exigências psicossociais. A valorização ingênua dos ideais de autonomia, independência e liberdade desconhece o caráter radical da condição humana, em que o sentido do eu depende, antes de tudo, de um outro. A facilidade como os recursos de sobrevivência e identidade - à repetição das lembranças, a economia de energias, a valorização do passado - são reduzidos e desqualificados, acaba por submeter os indivíduos a terapêuticas de um bem estar psicossocial. Isso é uma recusa que fica clara no pressuposto de que pela intervenção adequada é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis, como se as perturbações da velhice resultassem de uma inadaptação e/ou desajustamento.

No entanto, não podemos negar que, de maneira geral, a proposta dos cursos de preparação de cuidadores de idosos encerra o desejo de estabelecer formas mais generosas de acolhimento da velhice. O problema se encontra nas estratégias de que lança mão, na medida em que tende a homogeneizar os indivíduos. Sendo orientadas pelas leis que regem o social, podem implicar em recusa, segregação e silenciamento da diferença.

As mudanças sociais vividas pelo mundo contemporâneo e, principalmente as mudanças no aparelho produtivo - o empobrecimento de grandes massas populacionais, os altos índices de desemprego, a reforma previdenciária, dentre outras - são acompanhadas por uma certa resignificação da velhice, sua re-inclusão no aparelho produtivo e no mercado consumidor.

Neste movimento pendular, no delineamento das soluções para o problema, o discurso naturalista sobre a velhice cede espaço. Na nova idéia tudo se processa como se fosse possível, através da ação conjunta do Estado

e da Ciência (geriatria e gerontologia), através dos discursos e programas implementados por suas diversas instituições sociais – inclusive a família - pôr termo ao que é denominado “problemática social da velhice”. Os objetivos expressos postulam normas apontadas como fundamentais para se alcançar um envelhecimento sem velhice. Investem na construção do que consideram a arte de saber envelhecer, a qual deverá ser aprendida pelos envelhecidos.

Observamos que a crença na razão como determinante dos atos e orientadora dos desejos permanece inabalada no discurso gerontológico, apesar da análise crítica dos estereótipos sociais.

O esclarecimento, seguindo fielmente os ideais iluministas, autoriza o exercício do controle e da tutela estabelecendo uma hierarquia – Estado/ciência – família/velho –, que recai com uma sobrecarga de exigências normativas sobre aqueles que se encontram mais fragilizados pelas contingências. Espera-se que eles acreditem em suas forças – sem desprezar a ajuda de *aliados sinceros, como os especialistas, as instituições e até os políticos* - que procurem manter-se úteis, participando do dia a dia de sua família - quando ainda têm família - e da comunidade, já que a melhor terapêutica para o envelhecimento é o trabalho (HADDAD, 1986, p.33).

Vale ressaltar que a reinserção no mercado produtivo é, na maioria das vezes, por imposição da necessidade de sobrevivência. Poucos são aqueles que na velhice conseguem retornar ao mercado através de um trabalho sintonizado com suas demandas de construção de sentido para a própria vida.

Ao mesmo tempo, os velhos devem confiar na máxima do paradigma médico para o qual a doença e a morte são inimigas que, se não vencíveis podem, pelo menos, ser adiadas, desde que sejam seguidas todas as instruções prescritas, o que depende de um ato de vontade. “Não adoeçam, não sofram, não morram, pois se o fizerem serão os únicos responsáveis”. O discurso é ambíguo, pois, em um primeiro momento é exigido do velho uma posição infantil de confiança e obediência ao saber dos especialistas comunicando-lhes suas experiências íntimas, pessoais e corporais para que possa receber as orientações de como deve sentir e proceder de forma mais adequada, assujeitando-se a um paternalismo que não reconhece a sua

alteridade e, em um segundo momento, cabe-lhe arcar sozinho com a responsabilidade pelos seus sofrimentos, considerados como produtos de sua indisciplina. Somente os indivíduos que têm acesso a informação e meios para processá-la conseguem estabelecer um diálogo mais respeitoso com os especialistas.

Paralelamente, as imagens tradicionais associadas aos homens e mulheres mais velhos se desestabilizam para acolher aqueles que, detentores de poder aquisitivo e saúde, impõem a abertura de novos espaços.

Jameson, citado por Debert (1999), relaciona as novas formas de gestão da velhice com uma prodigiosa expansão do capital para áreas até então não mercantilizadas e com uma reelaboração das concepções de corpo e saúde.

Na transformação em andamento, as idades deixam de ser marcadores que definem comportamentos e estilos de vida. Todos os indivíduos encontram-se submetidos às mesmas exigências e devem exercer uma vigilância constante sobre o corpo, sendo responsabilizados pela própria saúde, pois a doença é entendida como auto-infligida, um resultado de excessos e descuidos.

Nesse processo, a juventude perde conexão com um grupo etário específico, deixa de ser um estágio na vida para se transformar em valor, um bem a ser conquistado em qualquer idade, através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas (DEBERT, 1999, p.21).

Da mesma forma, a velhice também deixa de ser referência de um grupo etário, tornando-se um valor, ou melhor, um defeito que pode se fazer presente em qualquer um e a qualquer momento, e que deve ser evitada.

As pessoas que não têm recursos físicos, psíquicos ou financeiros, para consumir as ofertas do novo mercado se vêm excluídas. São transformadas em *consumidores falhos*, como descrito por Bauman (1998).

Beauvoir (1990, p. 110) comenta que *o velho, enquanto categoria social, nunca interveio no percurso do mundo. Enquanto conserva uma eficácia, ele permanece integrado à coletividade e não se distingue dela, é apenas um adulto de idade avançada, é somente quando perde suas capacidades que*

aparece como um *outro*. Mas para as grandes massas assalariadas, a miséria sempre foi e continua sendo a agravante da sua condição humana.

Debert (1999, p. 22) ressalta que:

(...) esse compromisso da sociedade com o envelhecer positivo leva a um conjunto de práticas que, ao oferecer oportunidades constantes para a renovação do corpo, das identidades e auto-imagens, tende a encobrir os problemas próprios da idade mais avançada. O corpo ingovernável, as traições que o corpo faz às vontades individuais são, antes, percebidas como frutos de transgressões conscientemente impetradas, abominações da natureza humana.

Vemos que, de muitas formas, a condição do velho depende do contexto social. Ele tem um destino biológico que acarreta fatalmente uma consequência econômica: torna-se improdutivo. Inútil, incômodo, o destino dele pode ser semelhante ao que lhe era reservado nas sociedades ditas primitivas, onde seu destino dependia essencialmente da família. Por afeição ou por preocupação com a opinião, algumas famílias manifestavam solicitude com relação aos velhos, ou pelo menos, tratavam-nos corretamente. Mas não é apenas a situação material do velho que está em jogo, o valor que lhe é reconhecido também determina seu acolhimento (BEAUVOIR, 1990).

As artes de maneira geral e a literatura em especial nos informam que a morte, a doença e a velhice desde muito tempo constituem um incômodo para os homens. Para muitos, um desconforto vivido como uma humilhação. Desta forma se trilharmos os caminhos percorridos por Ariès (1988), Elias (2001) e outros, nos será possível identificar o percurso de silenciamento desse mal-estar - o qual costumava trafegar na esfera doméstica onde podia ser objeto de solidariedade ou crueldade, porém mediado pela palavra, pelas crenças e afetos familiares – que, ao ser ocultado nos hospitais e regulado pelo discurso científico foi encerrado numa ideologia que rompe com a continuidade entre a vida, sua efemeridade, e a naturalidade da velhice e da morte. Seguindo essa trilha podemos vislumbrar o progressivo desaparecimento do homem moderno para enfrentar a doença, o envelhecimento e a morte como uma

contingência e, conseqüentemente, sua necessidade do saber e da técnica como refúgio para seu medo e precariedade (PITTA, 1999).

Impulsionados pela política de redução de custos que se instaurou no Brasil em função do envelhecimento populacional e sua bandeira de valorização da assistência domiciliar e familiar aos velhos enfermos, os cursos de preparação de cuidadores de idosos encontraram seu lugar. Assim, inscrevem-se num mercado minado por ambigüidades. Mas, talvez inadvertidamente, ao reproduzirem valores e conceitos homogeneizadores, os cursos podem, para além de suas intenções, agenciar a exclusão, a segregação, o silenciamento. Assim, não podemos fugir à questão preliminar de rever as categorias que utilizamos e à aplicabilidade dos seus sentidos originais na nossa prática atual.

Sabemos que, para a psicanálise o que é fundamental é o destino de cada sujeito e de como ele se arranja com o real da sua existência. Na clínica com velhos, no que diz respeito ao envelhecimento, o de que se trata é de escutar a relação, sempre única, daquele sujeito com a sua velhice (Lima, 1999).

Contudo, é preciso reconhecer que o envelhecimento social e o envelhecimento biológico - com suas teorias e exigências -, e as transformações do curso de vida, como descritos anteriormente, não são estranhos ao mosaico de modos pelos quais a velhice em si mesma será bem ou mal percebida pelos sujeitos e seus cuidadores. O que, todavia, não impede que sejam vividos de maneiras muito diferentes de um indivíduo para outro (MANONI, 1995).

A contradição discursiva do “novo” modelo de envelhecimento proposto, “é possível envelhecer sem velhice”, indica que tudo permanece igual à antigamente. A distancia que se observa entre os discursos produzidos pelas novas teorias e a prática assistencial dedicada aos velhos faz um chamamento para que nosso compromisso com um mundo mais solidário inspire os nossos passos na construção de uma ética do cuidar, do contrário, como nos avisa Debert (1999. p. 23):

A visibilidade alcançada pela velhice é, antes, um compromisso com um tipo determinado de envelhecimento positivo. (...) é nesse momento em que o idoso se constitui em ator político e o envelhecimento em um novo mercado de consumo que a denúncia feita por Simone de Beauvoir da “conspiração do silêncio” – que caracteriza o tratamento dado à velhice – pode ganhar atualidade.

O cuidar, seus sentidos e destinos como sendo diferente de técnica

O cuidar é concebido pelos cursos como um potencial do humano, referido a uma atitude frente à vida, frente ao outro, ao social, ao ambiente. Uma atitude que depende de o indivíduo reconhecer a condição humana do outro. Uma dimensão de cuidado invisível informada pelas experiências pessoais de cada um e determinante da possibilidade de oferecer um acolhimento humanizado e respeitoso, reconhecendo a singularidade do paciente.

Como complemento dos cuidados invisíveis os cursos orientam sobre os cuidados visíveis, tais como o auxílio nas atividades de vida diária, os quais são percebidos como fruto de um aprendizado cotidiano possível a qualquer um que esteja envolvido com a manutenção e reprodução da vida - o que é culturalmente delegado às mulheres - e têm uma importância secundária. De acordo com essa concepção, esses cuidados visíveis dispensam um aprendizado acadêmico e podem ser realizados de forma mecânica e descuidada mesmo por aquele que tem um nível sócio-educacional elevado e uma formação técnica, quando na ausência dessa atitude de cuidado invisível.

A técnica é entendida como uma forma mais ilustrada de realizar esses procedimentos, promovendo uma economia de esforços, porém, não garantindo, por si só, um cuidado de qualidade, entendido como uma implicação no destino do outro.

A reflexão sobre as práticas do cuidar traça uma historiografia que o considera próprio à natureza das mulheres, como se fosse algo determinado pelo orgânico. Uma concepção que encontra registro desde os relatos de sociedades consideradas primitivas até os dias de hoje, como vimos nas narrativas dos entrevistados. Em todas as épocas e na maioria das sociedades cabe às mulheres cuidar dos doentes, das ações relacionadas à facilitação do crescimento e desenvolvimento das crianças, dos velhos, assim como viabilizar as condições para que os homens mantenham suas forças para o trabalho. Desde muito, é também parte do seu saber o conhecimento de práticas

curativas, através do uso de ervas e plantas medicinais, que costumam ser transmitidas de mãe para filha. Já foram consideradas sábias pelo povo e bruxas e charlatãs pelos poderosos (MELLO, 1986; SILVA, 1998; BEAUVOIR, 1990; DUARTE, DIOGO, 2000).

Donzelot (1986, p.26) comenta que até meados do século XVIII a medicina não tinha interesse nas mulheres e crianças. As práticas de cuidado exercidas no âmbito doméstico não mereciam atenção e eram exercidas pelas comadres, pelas domésticas e pelas nutrizes que compartilhavam seu saber e sua prática. A serviço dos ideais higienistas surge a medicina doméstica que converte as práticas do cuidar exercidas no âmbito privado das famílias em uma nova estratégia de controle. As mulheres foram convocadas a assumir o *status* de guardiãs completas das crianças e dos doentes, exercendo a arte da enfermagem doméstica, tornando-se parceiras dos médicos. Essa promoção da mulher como *educadora auxiliar médica* lhe conferiu um novo poder na esfera doméstica. Esse movimento se deu, obviamente, no seio das famílias abastadas.

Num certo momento da história do ocidente, o exercício dessa prática, a nível público, foi considerado pela igreja como perigoso, pecaminoso, por isso esta tomou para si essa responsabilidade, mantendo, no entanto, o domínio das mulheres - as irmãs de caridade -, só que regulada pelo poder religioso institucionalizado. Na esfera doméstica ela permanecia sendo uma responsabilidade das mulheres da casa. Até então, o cuidar era feito de maneira intuitiva, dispensando uma aprendizagem formal (SILVA, 1998; DUARTE E DIOGO, 2000).

Até então havia uma atitude complacente com a velhice, a doença e a morte, que lhes permitia transitar no espaço doméstico com naturalidade e propriedade. A partir da metade do século XIX, como consequência do desenvolvimento das sociedades industriais, a dor, a doença, a morte e, conseqüentemente, a velhice, *foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação* (PITTA, 1999, p. 34).

Seguindo o desenrolar desse movimento, no final do século XIX, um novo embate se inicia, agora entre uma concepção científica do cuidar e a religião. Florence Nightingale cria a enfermagem científica regida por um saber técnico e um controle moral. A enfermagem científica vem se desenvolvendo, desde então, fundamentada no desenvolvimento de técnicas, orientadas pelo modelo da racionalidade científica, ou seja, pela noção de que as ciências naturais devem, através do método experimental, procurar pelas leis dos fenômenos naturais, construindo a partir delas um modelo conceitual de forma a poder prevê-los, dominá-los e alterá-los quando necessário (MIRANDA, 1996; SILVA 1998).

eticamente as enfermeiras deveriam se inspirar nos valores morais das irmãs de caridade - devoção, dedicação, obediência - além de se subordinar ao saber médico e ao conhecimento científico. Seu comportamento deveria ser pautado pelo rigor moral, que incluía a contenção emocional e sexual. Até os dias de hoje, a técnica da enfermagem configura-se através de *normas, rotinas, roteiros, manuais, padrões avaliativos e classificatórios*, uma prática organizada como um instrumento disciplinador da conduta clínica da enfermagem, mas que acaba por ser exercida com o mesmo sentido disciplinar junto aos pacientes (SILVA, 1998, p. 4).

Observamos que a discussão apresentada pelos cursos, entre o cuidar intuitivo e afetivo que é, supostamente, natural às mulheres e o cuidar que deve ser instruído por um saber técnico/científico, perpassa a enfermagem desde a sua origem. Nightingale citada por Silva (1998, p. 5), criticando a assistência prestada pelas mulheres enfermeiras de sua época, as quais não tinham uma formação específica e apresentavam, via de regra, distorções de caráter que comprometiam a imagem da profissão, colocou:

(...) já foi dito e escrito vezes sem conta que qualquer mulher pode vir a ser uma boa enfermeira. Acredito, pelo contrário, que os princípios fundamentais, a essência da enfermagem, continuam ainda completamente desconhecidas. (...) A arte da enfermagem, como atualmente praticada, parece ter sido criada especialmente para desfazer o que Deus determinou que a doença fosse, isto é, um processo restaurador (NIGHTINGALE Apud SILVA, 1998, p.5).

No entanto, a crítica que se anuncia no discurso dos coordenadores dos cursos refere que a sofisticação dos procedimentos conquistada pela enfermagem não se revelou necessariamente num aumento na qualidade da assistência prestada por esses profissionais. Eles acusam de haver uma contradição ética presente, já que o rigor moral prescrito pela formação não garante uma atenção humanizada que leve em consideração o indivíduo e seu sofrimento, denotando um hiato existente entre a teoria e a prática, assim como não impede que distorções éticas e de caráter ocorram.

De certa forma, alguns autores associam esta contradição à identificação da assistência de enfermagem com a prática médica que, ao colocar a ênfase na doença, introduziu no seio de uma prática que se descreve como “a ciência e a arte de cuidar”, uma contradição de princípios – o cuidar da pessoa *versus* o cuidar da doença. Silva (1998) coloca que essa discussão informou e organizou a proposta do novo currículo da formação da enfermagem, o qual mesmo se mantendo conectado ao modelo biomédico e ao enfoque técnico, introduziu uma abordagem diferenciada, onde a relação enfermeiro paciente tornou-se objeto de cuidado. A autora comentando essa nova perspectiva conciliatória entre o paradigma biomédico e o que ela chamou de paradigma holístico, colocou:

(...) para o cuidado técnico relacionado ao físico, existem manuais, modelos de intervenção, rotinas de procedimentos, que padronizam e fundamentam cada ação. Porém, as que envolvem o cuidado não físico não são normatizadas em nenhum manual. Sendo a ação de enfermagem um processo interativo, o mesmo precisa ser vivido, possuir um significado para quem o realiza (enfermeiro), e para aquele que o recebe (cliente).

(...) embora a enfermagem tenha adotado a compreensão holística do homem, ao planejar os cuidados, apóia-se no paradigma biomédico, fragmentando suas ações em conformidade com o estabelecido nas categorias mencionadas.

Nesta ótica o cliente é deslocado de sua condição de pessoa, para configurar um segmento corporal enfermo. As ações referem-se a um problema físico identificado pela evidência de um sintoma ou associado a uma patologia (Silva 1999, p. 7/8/9)

Camacho (2001, p. 7), refletindo sobre o cuidado de enfermagem oferecido ao velho - especialmente o velho enfermo hospitalizado -, identificou uma prática contaminada por um certo imaginário cultural que comprometia a interação dos profissionais com o velho e, formulou uma crítica ao ensino da enfermagem na medida em que este:

(...) estabelece a importância do cuidado holístico, mas se esquece de um movimento muito maior que é a singularidade que o cuidado de enfermagem possui para uma determinada clientela, no caso (...) a idosa.

Este é um dos argumentos utilizados pelos cursos estudados sobre o lugar e especificidade da preparação de cuidadores, isto é, a importância do ensino da gerontologia demarcando uma especificidade clínica. Observamos, no entanto, uma certa confusão entre a idéia de uma especificidade clínica da velhice e a noção de singularidade. A especificidade da velhice que está relacionada com as ressonâncias do envelhecimento biológico, dos lugares e discursos que definem seu lugar no social e na família, sobre a vida dos indivíduos envelhecidos é a referência de uma assistência diferenciada e não singularizada, necessariamente. A singularidade é particular, é única para cada sujeito e está referida a sua história.

Observamos que o cerne desse conflito, apesar do tom acusatório da crítica feita pelos cursos em relação à prática da enfermagem, se reproduz na preparação dos cuidadores de idosos oferecida por eles. Teoricamente a ênfase é dada numa atenção integral (holística) ao indivíduo, levando em consideração a sua singularidade. No entanto, as orientações objetivas sobre os cuidados seguem, como já ressaltamos anteriormente, o referencial clínico dos diversos saberes os quais também se orientam, implicitamente, pela lógica biomédica. De maneira geral, sustentam um discurso fundado no seio de um pressuposto cartesiano que tem como ideal terapêutico a seguinte lógica gramatical: *Eu sei porque você sofre e o que fazer com o seu sofrimento* (MOTTA, 2000, p.13). Mesmo o sofrimento psíquico, encontra-se submetido a

essa lógica, só que as intervenções são orientadas pela perspectiva da reabilitação psicossocial. As demandas que escapam ou não se convertem a esse universo são consideradas distorções inexoráveis decorrentes da velhice e tornando-se alvo de interpretações impessoais.

Devemos lembrar que a noção de reabilitação surgiu na tradição médica, a qual, tendo na noção de cidadania sua referência, organizou um campo de discussão pertinente. Sua origem está referida à reabilitação motora, ortopédica, etc. Por sua vez, a possibilidade de profissionalização do cuidador surge no momento em que a gerontologia com o objetivo de dignificar o tratamento que é destinado aos velhos, assume, também, a cidadania como referência propondo uma reformulação da rede assistencial e administrativa de forma a incluir uma atenção especializada e diferenciada a esse seguimento da população.

O destino da intervenção tem a noção de cidadania que é assumida como um eixo norteador pelos cursos, os quais propõem o cuidar como instrumento de inclusão, tanto para o velho quanto para o cuidador. Em relação aos cuidadores, a inclusão é viabilizada através da transmissão de um capital cultural que possibilita sua inserção no mercado profissional. Através de uma escolha consciente o cuidador assume seu lugar ético, isto é, uma atitude de cuidado invisível frente ao velho determinado pelo reconhecimento da especificidade da condição humana e sua fragilidade, tornando-se uma especialidade dentro de uma equipe multidisciplinar de assistência à saúde.

A inclusão do cuidador assumida como objetivo vem sendo trabalhada no programa dos cursos de diversas maneiras. De forma mais específica, em todas as aulas dos cursos, a ênfase é dada no reforço à auto-estima do cuidador. Através da abordagem de assuntos como: a saúde do cuidador; a possibilidade humana de cometer maus tratos quando submetido a condições de tensão; a valorização de sua responsabilidade frente à lei de zelar pelo seu paciente; a importância de sua presença no domicílio como parceiro da família, etc., além de informações diversas sobre o envelhecimento, suas características, suas conseqüências para o indivíduo, procedimentos técnicos de como cuidar, entre outros, os coordenadores acreditam estar agregando valores ao indivíduo e

favorecendo sua inscrição como cidadão ao definir, para ele, um novo lugar na rede social.

Em outras palavras, espera-se que o cuidador, após o curso, se assuma como um agente da cidadania do velho ao reconhecer sua dignidade humana, seu lugar como sujeito de direitos e sujeito social e organize seus procedimentos segundo esse objetivo. Ao mesmo tempo, os cursos ao promoverem no cuidador uma conscientização de sua responsabilidade frente à cidadania do velho acreditam que o colocam, reciprocamente, no seu lugar de cidadão e, como tal, merecedor de respeito, detentor de direitos, implicando-o no cuidado consigo mesmo.

Por sua vez, a inclusão do velho é pensada em sintonia com os objetivos da gerontologia que é um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política e os âmbitos social, cultural e jurídico, sendo uma obra de representantes de diversos saberes. Desta forma as estratégias implementadas abrangem diferentes aspectos da existência dos velhos e os define como uma categoria diferenciada no conjunto da sociedade. Essas estratégias estão claramente expressas no Estatuto do Idoso, disposto na lei nº 10.741/2003 - que se destina a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos - e abrangem: a afirmação do seu direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à saúde - tanto no que se refere à clínica, *stricto sensu*, quanto à garantia de satisfação de suas necessidades básicas: alimentação, moradia, segurança -, ao trabalho, ao amparo pela previdência e assistência social, às transformações dos serviços de forma a lhes garantir acesso preferencial, às propostas de reformulação legal, às ações públicas e de financiamento, às intervenções culturais - educação, cultura, esporte e lazer -, incluindo a criação de novos espaços de sociabilidade.

Sintonizados com essa proposta os cursos tentam dar ao velho uma outra resposta social, ou seja, dar ao velho um outro lugar social. As referências de base são as mesmas propostas pelo movimento de reforma psiquiátrica, ou seja, a cidadania, a sociabilidade e a convivência (TENÓRIO, 2001).

Assim, com o mote do cuidar como instrumento de inclusão para o velho os cursos estabelecem com a prática da enfermagem um outro debate que introduz

uma outra divisão do cuidar, a qual se desdobra em três dimensões: a noção de cuidado social, a noção de cuidado com a saúde e o cuidado técnico.

O curso um ressalta o cuidado social que é colocado como referência central de uma atitude frente à vida, inserindo-se em um movimento mais amplo de reformulação social necessário para o acolhimento da velhice. Desta forma ele abarca a dimensão clínica - referida à saúde propriamente dita -, a dimensão política, social, cultural e, até mesmo jurídica. Com essa perspectiva o curso opera um deslocamento da figura da doença, da dependência, como um eixo reflexivo do cuidado, centrando-se no sujeito e suas circunstâncias, tomando a velhice como uma questão social. Tendo como inspiração as propostas de reabilitação, cuja origem referi anteriormente.

O risco dessa perspectiva é que o cuidador, inadvertidamente, assuma uma atitude disciplinadora das condutas, sentimentos e desejos do velho.

O curso dois, por sua vez, investe na perspectiva do cuidado com a saúde. Sustentando uma ênfase na figura da doença, da dependência, como um eixo reflexivo do cuidado, centra-se nos comprometimentos e nos manejos mais adequados para garantir bem-estar ao sujeito enfermo, considerando suas circunstâncias. O pressuposto assumido é o de que é fundamental falar da fragilidade humana, de sua condição trágica devida ao sofrimento e à consciência da inexorabilidade da morte, para que seja possível suportar a “velhice” e tratá-la com dignidade. Desta forma, eles acreditam que ajudam a romper com o tratamento medíocre que costuma ser dado ao velho e, em especial, ao velho doente.

Neste caso, o risco reside numa associação da doença com a velhice, destituindo e desqualificando a fala dos sujeitos e seu direito de deliberar sobre a própria vida.

Na verdade é possível identificar em ambos os cursos a presença das duas concepções de cuidado, ficando a diferença em termos da hierarquia estabelecida entre elas. Convivem as perspectivas da remissão dos sintomas, que trabalha com a figura da doença como eixo que antecede o sujeito e suas circunstâncias, e a perspectiva do cuidado social que tenta deslocar o olhar dos sintomas para o sujeito, tomando a velhice como uma questão social.

São duas posições sobre o cuidar enquanto mecanismo de tratamento e inclusão social, cada uma definindo um destino para alcançar um mesmo fim, qual seja, dar um outro lugar social para o velho, em especial para o velho em situação de dependência. A posição do cuidado social enfatiza a dimensão política e social, propondo a superação da clínica, e a posição do cuidado na saúde considera haver na condição da velhice uma especificidade que só a clínica é capaz de acolher de forma positiva.

No entanto, os dois cursos tendem a relativizar a importância do cuidado técnico, como sendo dispensável para o cuidador já que a função que lhe cabe está mais relacionada com um certo acompanhamento do velho e os procedimentos de cuidado que realiza devem se limitar a reproduzir estratégias de autocuidado transpostas para o cuidado a um outro - banho, alimentação, etc. - e estratégias de cuidado aprendidas no seu processo de socialização feminina, sustentadas por uma capacidade de maternagem “natural” às mulheres. Em contraposição, eles relacionam as denúncias de abandono, violência e maus tratos a que eram submetidos os velhos internados nos asilos e clínicas geriátricas, os quais contavam com uma equipe de profissionais tecnicamente qualificados, porém eticamente distorcidos. Sendo assim, o curso de preparação de cuidadores visa contribuir para a criação de uma rede de serviços alternativos e construir uma nova atitude da sociedade em relação aos velhos.

Contudo, levando em consideração os dados observados na documentação analisada (programas, textos, apostilas) e no conteúdo das aulas assistidas - principalmente aquelas que buscavam passar informações das áreas biomédicas -, identificamos, contraditoriamente, uma valorização da técnica e do conhecimento formal para a realização de um diagnóstico criterioso da condição do velho e para a construção do projeto de cuidados. Sendo assim, ressalta-se que a relativização da técnica recai fundamentalmente sobre os cuidados que correspondem à prática da enfermagem, o que me leva a pensar que essa foi a forma encontrada pelos cursos para enfrentar a interdição do COREN, justificar sua continuidade e legitimar a profissão do cuidador.

Devemos estar atentos para as conseqüências dessas divisões. Relativizar a importância de qualificar tecnicamente o cuidador para que possa reconhecer em suas intervenções uma dimensão clínica pode ser uma forma de dizer que não se justifica o esforço pelo bem cuidar, já que a involução da velhice e seu destino são inexoráveis.

O desafio da gerontologia exige, tanto a intervenção e o questionamento cultural e social mais amplos, quanto o enfrentamento da assistência qualificada aos velhos enfermos, que demanda um atendimento artesanal de cada situação, da particularidade de cada sujeito e seu contexto. Esta prática singular é a clínica, e o cuidador deve ser pensado, antes de tudo, como um agente de saúde. Tanto a ênfase no cuidado social - ao afastar a figura médica da doença -, quanto a ênfase no cuidado à saúde - que tem a doença como mote reflexivo -, ao desconsiderarem a importância do cuidado técnico, podem, com isso, não levar em consideração a complexidade dos aspectos subjetivos e físicos ligados à existência concreta do velho enfermo.

Silva (1998) coloca que as práticas de cuidados da enfermagem denominadas como técnicas incluem o atendimento às necessidades não físicas, não podendo ser avaliadas, necessariamente, como um movimento despersonalizado, apesar de serem invisíveis por não possuírem um caráter normativo e prescritivo. Sendo assim, o cuidado invisível aos pacientes quando colocado em oposição aos cuidados visíveis e técnicos, na medida em que aqueles se mostram velados no discurso dos profissionais - como acontece com a enfermagem -, ou no julgamento de quem os observa, insinua um fracasso enganoso na assistência. A rigor, na ação assistencial, os cuidados invisíveis, visíveis e técnicos, são indissociáveis, na medida em que: *(...) incluem-se situações relativas ao atendimento de questões sociais, culturais, religiosas e emocionais*. Com essa perspectiva, a autora defende que, na enfermagem, esse atendimento “holístico” acontece *(...) ainda que não se manifeste engajado na compreensão de ação consciente e significativa para quem o realiza e significativo para quem o recebe (...)* (SILVA, 1998, p. 11).

Contudo me parece que é exatamente nesse ponto que reside a crítica feita à assistência de enfermagem, isto é, a pouca consciência de alguns

profissionais de enfermagem em relação ao significado e valor dos cuidados invisíveis, para si e para o outro. Pois eles implicam um afinamento da escuta para os apelos nem sempre claros ou precisos que nos sinalizam os tormentos vividos pelos sujeitos. Retomamos aqui a *ética da escuta* à qual se referiu Pitta (2001), apresentada no início deste capítulo, aquela que revela uma disponibilidade interna, uma posição desejante do agente de cuidados de não se fazer indiferente.

Esse lugar ético apontado pela noção de cuidados invisíveis é a condição de possibilidade de uma assistência que pretende oferecer um cuidado singularizado. Ela, também, circunscreve os limites das intervenções invasivas e a possibilidade de reconhecimento e respeito à autonomia e singularidade. A atitude fundamental que está em jogo é a bússola para que os atos e palavras sejam orientados pela *ética da responsabilidade*, aquela que de acordo com a formulação feita por Pitta (2001), define os agentes de cuidados, isto é, profissionais que tomam para si a responsabilidade de cuidar.

Fazer jus à formulação de “ciência e arte do cuidar” exige que se leve em conta toda a tradição teórica e técnica de que se dispõe para traçar o plano de cuidados, mas, ao mesmo tempo, é preciso levar em consideração todas as informações acessíveis sobre o paciente. É preciso que sua existência, seu destino, seja importante para quem cuida. Dizendo de outra forma, a atitude de cuidado invisível indica que, enquanto profissional, o cuidar foi escolhido como ofício¹³, o que significa dizer que o sentido de sua própria existência está intimamente vinculado ao destino do outro (BOFF, 2000; CAVALCANTE, 1997).

Essa parece ser a razão fundamental pela qual os cursos se referem à atitude de cuidado invisível como definidora da posição ética de cuidador, relativizando a importância dos cuidados visíveis e da técnica. Pois em sua missão, como já foi dito no segundo capítulo, os recursos exigidos do cuidador não são apenas para tratar, curar feridas, manter a vida e lutar contra a morte, mas suportar junto o inexorável, o irreversível. Um encontro capaz de guardar

¹³ *Ofício (do latim officiu), dever, onde o modo de fazer, além de transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido introjetado de dever, de fazer “o todo” necessário para que a atividade aconteça* (PITTA, 1999, p. 42).

os sentidos da existência do sujeito, sendo esta uma dimensão de cuidado invisível.

Mas há um outro risco que pode advir dessa abordagem “holística” e sua ênfase na cidadania, pois ela propõe, de forma semelhante à proposta da reabilitação psicossocial, uma prática em que o cuidado social e o cuidado à saúde se encontrem indissociáveis. O que implica assumir, para além do paciente, a família e a comunidade como lócus de intervenção. Um modelo de assistência que tende a medicalizar e normalizar o social, submetendo todos os indivíduos, inclusive os da comunidade - vizinhos, líderes comunitários e agentes religiosos -, às orientações dos especialistas em velhice.

Mais uma vez é preciso repensar a concepção do que é velhice, do que é cuidar na velhice e os conceitos que orientam a preparação de cuidadores de idosos ou cuidadores sociais, como propõe o Curso Um. Ao propor uma intervenção que cuide do velho e o mantenha na comunidade e na família, assumindo isso como um recurso terapêutico, o investimento deve se destinar a fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença e não de normalização do social. Esta é a fronteira entre o mandato terapêutico e o mandato social de exclusão (TENÓRIO, 2001).

Devemos lembrar que não há como termos certeza das conseqüências dos nossos atos, pois seus efeitos têm ressonâncias que escapam à nossa observação imediata.

CAVALCANTE (1997) comenta que há um princípio fundamental para a qualidade de uma assistência e este se relaciona com a qualidade das pessoas que fazem o atendimento, a qual não se mede exclusivamente pela capacitação técnica dos profissionais, mas, também, pela sua responsabilidade diante do trabalho, a qual se revela através de alguns indicadores: pontualidade, assiduidade, prontidão para resolver as situações que aparecem, enfim, por uma atitude ética e desejante.

O cuidar como um atributo natural do humano: um fator de inclusão e exclusão

A concepção do cuidar como um atributo natural do humano, que se revela no modo como as relações acontecem, considera que as mulheres são, por natureza, aptas para o cuidar, o qual é aprendido e exercitado ao longo do seu processo de socialização e assunção feminina. Apesar dos coordenadores assumirem, de certa forma, essa naturalização feminina do cuidar como sendo um processo socialmente determinado, relacionado à atribuição de papéis sociais, eles tendem a articular essa identificação social com uma tendência biologicamente determinada por uma maternidade potencial. De maneira geral, este seria um fator facilitador da relação de cuidados entre o velho e seu cuidador e da inclusão das mulheres no mercado de trabalho¹⁴.

No entanto, uma das conseqüências dessa naturalização do cuidar e da valorização desse cuidado natural em detrimento do cuidar técnico é a desvalorização do cuidar, por ser um trabalho doméstico associado “simplesmente” à reprodução da vida. Nessa perspectiva, o cuidar não se presta como fator de inclusão social para as mulheres, pois, considerado como natural está relacionado com verdades essenciais ligadas ao sexo biológico, não se constituindo por isso em valor.

Para entender o mecanismo de desvalorização a que são submetidas as práticas do cuidar realizadas na esfera doméstica pelas mulheres, recorro à formulação de Arendt (1987, p. 15/16), sobre a *vita activa*, isto é, as três atividades humanas fundamentais: o labor, o trabalho e a ação. Segundo a autora essas três atividades estão relacionadas às condições gerais da existência humana, ou seja, aos limites cruciais da vida: o nascimento e a morte.

¹⁴ A discussão sobre a idéia de que a maternidade potencial da mulher implicaria num potencial de tolerância e amor que, supostamente presente na relação mãe e filho se estenderia a todas as relações de cuidados assumidas por ela, foi bastante desenvolvida nas origens da história da enfermagem moderna, como referimos no capítulo dois. Os pesquisadores não encontraram

O labor assegura não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas a vida da espécie. O trabalho e seu produto, o artefato humano, empresta certa permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano. A ação, na medida em que se empenha em fundar e preservar corpos políticos, cria a condição para a lembrança, ou seja, para a história.

Um primeiro aspecto ressaltado por Arendt (1987, p. 18/17) que vale pontuar nessa reflexão é que:

A condição humana não é o mesmo que a natureza humana, e a soma total das atividades e capacidades humanas que correspondem à condição humana não constitui algo que se assemelhe à natureza humana. (...) Os homens são seres condicionados: tudo aquilo com o qual entram em contato torna-se imediatamente uma condição de sua existência.¹⁵

Na minha análise estou assumindo a prática do cuidar própria do cuidador -cuja definição está associada a uma maternagem própria às mulheres no âmbito doméstico -, como labor, de acordo com a proposição desta autora.

Em sua teoria, Arendt (1987, p. 94), percorrendo a história, identifica uma atitude de desprezo do homem frente ao labor, a qual expressava sua insatisfação diante da sua luta incessante contra a necessidade, que demandava a realização de atividades que exigiam um grande esforço, que consumiam o tempo e desgastavam o corpo, mas que não resultavam num produto que permanecesse como um monumento e guardasse a história de sua passagem pela vida. Historicamente, laborar significa *ser escravizado pela necessidade, escravidão esta inerente às condições da vida humana (...)*. A autora identifica nessa indignação humana uma das razões da escravatura, ou seja, *pelo fato de serem sujeitos às necessidades da vida, os homens só podiam conquistar a liberdade subjugando outros que eles, à força, submetiam à necessidade.*

essa determinação biológica nem na relação mãe e filho e muito menos sua correspondência nas relações sociais. Remeto os interessados nessa discussão ao estudo de Miranda (1996).

¹⁵ A análise que desdobra mais detalhadamente a diferença entre as noções de condição humana e natureza humana apresentadas pela autora foge às ambições deste trabalho, desta forma reportamos aqueles que tiverem interesse no assunto ao texto desta referência.

Assim, desde tempos remotos, o labor tornou-se uma atribuição de escravos, aqueles cuja condição os obriga a atender com o próprio corpo às necessidades de sua vida e dos seus senhores. Desde então, configura-se a natureza servil de todas as ocupações que servem diretamente às necessidades de manutenção da vida. O labor é desvalorizado por nada deixar atrás de si, o resultado do seu esforço se esvai tão depressa quanto o esforço é despendido, no entanto, apesar de sua efemeridade a própria vida depende dele. A rigor, a presença do escravo (*animal laborans*) na vida privada deixava atrás de si uma outra ordem de produto, qual seja, a liberdade do chefe da casa, ou, na linguagem moderna, a produtividade potencial de seus senhores¹⁶.

A modernidade inverteu as tradições, deu ao labor o estatuto de trabalho e, ao *animal laborans* o de *homo faber*. O motivo dessa promoção foi a sua produtividade, a qual não reside em seus produtos, mas em sua força de trabalho capaz de produzir um excedente - o labor de alguns é bastante para a vida de todos. O labor na modernidade tornou-se uma forma de obter mão de obra barata.

O cuidar, entendido aqui como labor, comparece na literatura através de várias classificações, as quais foram estabelecidas a partir da ótica mais conveniente para o objeto de análise de cada autor. Silva (1998) cita as seguintes classificações: Nakamae – cuidado direto e indireto, referindo-se a assistência e à área administrativa, respectivamente; Waldow – cuidado autêntico e cuidado humano, referindo-se ao cuidado que é feito por uma pessoa apesar de ela ser capaz de fazer por si própria e o cuidado como o respeito pela dignidade humana acolhendo o sofrimento e o confronto com o inexorável, respectivamente; James – trabalho físico e emocional, referindo-se à rotina de cuidados físicos e o cuidado emocional, respectivamente, acrescentando o comentário de que o trabalho físico seria a base para o trabalho emocional.

¹⁶ Pitta (1999), refletindo sobre o trabalho em saúde, comenta que há autores que o classificam como algo que se restringe ao seu efeito útil, já que não produz valores mercantis e se consome como atividade útil por si mesma. Desta forma ele obedece às mesmas regras gerais de determinação econômica, mas exige uma maior complexidade de análise, quando se discute o seu valor.

Comentando o entendimento proposto pela divisão entre trabalho físico e emocional, Silva (1998) salienta que mesmo tarefas classificadas como físicas - tais como a troca de lençóis de um leito, banho, isto é, o auxílio nas atividades de vida diária -, quando trazem uma sensação de bem estar para o paciente, são entendidas, por alguns autores, como trabalho emocional. Ela acrescenta que o trabalho emocional entendido desta forma, por ser invisível e estar relacionado com sensações, sentimentos e ideais de amor, tem forte conotação cultural. Referido à esfera privada (labor) e não ao mundo público do trabalho, o trabalho emocional só é digno de valor quando feito a título voluntário.

Essa divisão entre labor e trabalho que, nos termos do assunto trabalhado nessa dissertação, retorna como cuidado invisível, cuidado visível, cuidado natural em oposição ao cuidado técnico, trabalho emocional e trabalho físico, define a estrutura de uma prática, justifica uma hierarquia social e o direito à remuneração. Ao mesmo tempo, serve de justificativa para conflitos e disputas de interesses entre os diversos agentes que, por alguma razão se inserem no debate.

Encontramos nesse cenário vários agentes com seus respectivos interesses. Tomando os cursos estudados, na qualidade de agências não governamentais que tomam para si a responsabilidade de responder à carência de pessoal qualificado para atender à demanda assistencial ao velho, principalmente o enfermo, podemos enumerar alguns interesses explícitos e implícitos: atender à necessidade de reconhecimento social de uma empresa; arrecadar lucros para instituição filantrópica e privada; qualificar mão de obra barata para atender às famílias e instituições; concretizar ideais sociais de indivíduos compromissados com idéias de igualdade; servir como espaço profissional de divulgação de saber e meio de vida para os especialistas; promover a inclusão social de uma parcela de indivíduos socialmente excluída. Para o público que procura o curso, ele serve como meio para inclusão e ascensão social e econômica, mas também como forma de exercer uma atividade que atende a inflexões internas historicamente determinadas, as quais se encontram vinculadas às suas possibilidades de satisfação. Em oposição a esse investimento encontramos a interdição do COREN que expressa uma

preocupação com a qualidade da assistência que será prestada aos velhos enfermos e revela, por outro lado, através da ambigüidade do seu discurso, um investimento na reprodução e manutenção de um monopólio cultural e mercadológico.

O cuidar enquanto atividade doméstica ligada à reprodução da vida - atribuição natural das mulheres ou dos servos, cujo produto é invisível (labor) - dispensa uma aprendizagem formal. Sua metamorfose em atividade remunerada e pública exige uma aprendizagem técnica formal e um capital cultural e, desta forma, acaba por reproduzir preconceitos e ideologias presentes na divisão social do trabalho.

Os cursos de preparação de cuidadores se inserem nesse contexto na qualidade de facilitadores dessa metamorfose. O objetivo é promover uma qualificação profissional que instrumentalize os indivíduos para ingressarem no mercado de trabalho enquanto cuidadores, constituindo um novo recorte profissional em um cenário que Inácio (2001, p.5) batizou de *campo do cuidar*. No entanto, essa autora comenta que:

(...) a construção deste campo se faz não só a partir de sua inserção no campo do trabalho, mas também, da aceitação ou do repúdio dos diversos agentes e/ou agências envolvidas com a questão, assim como o possível respaldo legal.

Em seu estudo Inácio (2001, p. 8) procede a um mapeamento do campo do cuidar discutindo o processo de legitimação do cuidador de idosos como uma profissão, identificando as forças que movem o campo do cuidar. A autora afirma que a atividade de cuidar de velhos se inscreve no âmbito da desigualdade social, partindo da consideração de que é a posse de alguns tipos de capital - social, econômico ou cultural -, que define e diferencia a posição do indivíduo no espaço social. E continua sua reflexão considerando que é a apropriação de um certo tipo de capital, ou seja, o capital cultural, que caracteriza e autoriza as profissões a se apropriarem de uma determinada parcela do mercado.

O capital cultural é uma relação social que abrange o saber, o nome da profissão, sua representação e a disposição dos agentes. A posse e a valorização diferenciada deste capital é objeto de conflitos intraprofissionais na delimitação de monopólios (Inácio, 2001, p. 9).

O debate que se forja entre a profissionalização do cuidador e o campo da enfermagem reproduz o discurso social estabelecendo uma hierarquia de poder em que o primeiro deve ficar submetido ao segundo, o qual sendo detentor do capital cultural do cuidar, adquirido através do credenciamento de instituições formais de ensino superior, reclama para si a hegemonia do campo.

Mesmo no interior do campo da enfermagem ocorre essa reprodução. Como comentei no capítulo dois, desde o início da história da enfermagem, existe uma divisão social do trabalho entre as enfermeiras que, possuindo um capital cultural, são as detentoras dos atos técnica e socialmente mais qualificados, assumem atribuições de chefia e supervisão e os técnicos que, vindos de um estrato social mais baixo, possuem um menor capital cultural e assumem o labor do cuidar propriamente dito, expondo-se no contato direto com os enfermos. Esta divisão determina uma hierarquia com base no acúmulo de saber, estabelece uma organização disciplinar marcada por uma diferença significativa em termos de *status* e salário (MELLO, 1986; SILVA, 1998; PITTA, 1999).

Pitta (1999) comenta que essa hierarquia faz com que o planejamento e a reflexão da administração dos cuidados aos enfermos fiquem concentrados em um número restrito de trabalhadores - os médicos e as enfermeiras - e aos outros cabe apenas executar as prescrições automaticamente. Essa hierarquia se reproduz na relação dos cuidadores com a equipe de saúde.

Pereira da Silva (1998, p. 148), estudando as relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras, comenta que a concepção de que o ato de cuidar é natural e se expressa no modo como os seres humanos se relacionam uns com os outros desconsidera o fato de que *as relações humanas, e entre elas o cuidar, são apropriações histórico-culturais cuja existência é, portanto, processual e passível de transformação*. Com esta perspectiva, ela assinala que a atribuição do cuidar às mulheres como sendo algo determinado por sua natureza, resulta de uma apreensão equivocada na qual escapa o

entendimento de que as funções da mulher, assumidas como sendo atributos femininos, são na verdade determinadas pelo modo de organização social.

O fato de as mulheres assumirem para si essa função é determinado historicamente em seu processo de socialização, o qual é vivido no espaço da família enquanto instituição que reproduz os valores e intenções da cultura. O mecanismo dessa reprodução se faz, entre outras formas, através das expectativas que os pais mantêm em relação aos filhos e filhas. Segundo Pereira da Silva (1998, p. 149), Gilligan afirma que *a forma como meninos e meninas aprendem as regras infantis são fundamentais para a formação da identidade de gênero*. Com essa perspectiva, Gilligan, citado por Pereira da Silva (1998, p. 150), coloca que:

A sensibilidade às necessidades dos outros e a presunção de responsabilidade por cuidar levam as mulheres a atender outras vozes que não as suas e a incluir em seus julgamentos, outros pontos de vista (...). As mulheres não apenas se definem num contexto de relacionamento humano, mas também se julgam em termos da sua capacidade de cuidar. O lugar das mulheres na vida dos homens tem sido aquele de alimentadora, cuidadora e companheira; a tecelã daquelas redes de relacionamentos nas quais ela, por sua vez confia. Mas, enquanto as mulheres têm assim cuidado dos homens, os homens em suas teorias do desenvolvimento psicológico, assim como nos seus arranjos econômicos, tendem a presumir ou desvalorizar aquele cuidado.

Méis (1997, p. 267) aponta para um aspecto fundamental para o entendimento dessa questão, qual seja:

Ao se estudar as diferenças de gênero, deve-se, primeiramente, diferenciar sexo de gênero. O sexo é característica natural, já o gênero se embebe de significados específicos de cada cultura onde se atualiza (...) Gênero é valor. (...) Os adjetivos que são agregados ao “feminino” e ao “masculino” são particulares a cada cultura, entretanto a assimetria entre os dois gêneros parece ser universal, estando presente em qualquer cultura.

Os papéis atribuídos ao feminino e ao masculino em cada cultura, principalmente naquelas mais tradicionais que dão maior ênfase na complementariedade entre os gêneros, tendem a ser naturalizados, ou seja,

são assumidos por seus atores como se fizessem parte de sua essência (MÉIS, 1997).

A naturalização do cuidar faz com que ele seja percebido como ligado à esfera doméstica e evoca uma “natureza” feminina para legitimá-lo como uma função das mulheres. Desta forma, na medida em que as atribuições do cuidar são vistas como devidas à “natureza” das mulheres, suas tarefas não alcançam o estatuto de trabalho e dispensam qualquer formação específica que possibilite uma habilitação especializada. Ao realizarem essas tarefas, as mulheres estariam apenas aproveitando seus “instintos naturais”, assim seu esforço não pode ser legitimado como trabalho.

Atualiza-se assim a dicotomia entre qualificação através de instituições reconhecidas para uns, isto é, para o mundo masculino definido socialmente e as qualidades naturais referidas ao sexo biológico, de tal forma que, apesar de serem socialmente referendadas, continuam situadas na esfera privada e na individualidade. Portanto, a divisão sexual do trabalho reproduz a divisão sexual da sociedade, articulando trabalho de produção e reprodução (BRITO, OLIVEIRA, 1999).

O que se observa é que as práticas formais do cuidar assumidas como um meio de trabalho extradoméstico tendem a atualizar, mesmo fora do próprio lar, o mundo relacional que vigora dentro dele, isto é, um mundo de relações mais pessoalizadas em oposição às relações impessoais das instituições e da esfera pública. Esta ambiência favorece a identificação das mulheres e, supostamente, uma maior sensibilidade, interioridade e instintividade na sua prática. Por outro lado cria para as mulheres uma maior dificuldade em introjetar o papel de trabalhadora.

Pitta (1999, p.132), estudando o hospital como local de trabalho de indivíduos que têm a dor e a morte como ofício, constatou a predominância de mulheres em sua força de trabalho. A autora observa que o hospital, esse espaço privilegiado de exercício do cuidar como ofício, comparece como:

(...) um espaço de profissionalização do trabalho doméstico, uma vez que utiliza desta tecnologia introjetada arquetipicamente pelas mulheres, criando uma situação singular: pelo fato de a qualificação

para o desempenho das tarefas cotidianas não ser adquirida por vias institucionais reconhecidas, ela costuma ser negada quer pelos hierarquicamente superiores, quer pelas próprias trabalhadoras, servindo como um pano de fundo importante para a “subqualificação” deste tipo de trabalho (...), seguida de uma “educação continuada” no próprio desempenho dos trabalhos domésticos. Embora possa não parecer nos parâmetros da educação formal, ela é responsável pelo “savoir faire” mínimo, que permite o funcionamento do hospital, sendo um processo tecnológico de trabalho em saúde que não costuma ser dimensionado nas políticas de capacitação ou valorização deste trabalho.

Analisando a “tendência à feminização” no setor de saúde, que vem crescendo na medida em que aumenta a inserção das mulheres no mercado de trabalho - inclusive entre os trabalhadores com nível de escolaridade superior -, a autora identifica duas ordens de determinação, as quais foram referidas pelos coordenadores dos cursos como motivadoras da grande procura por essa qualificação, quais sejam:

(...) uma de natureza econômica, que teria relação com tendências do mercado de trabalho e política de empregos (...); outra, de ordem mais subjetiva, fala de uma adequação, através de atividades reparadoras dos processos femininos de sublimação, estendendo para locais de trabalho pulsões habitualmente satisfeitas na esfera doméstica, qualificando e monetizando impulsos primitivos femininos (PITTA, 1999, p. 133)

Conseqüentemente, quando confrontada com algum obstáculo no seu trabalho, a perturbação tende a se expressar através da interioridade, ou seja, a “crise dos nervos”, as doenças psicossomáticas, o que se verifica nas pesquisas com cuidadores e com as profissionais de enfermagem (MEIS, 1997; CALDAS, 1998; PITTA, 1999).

Como já referi no capítulo dois, a literatura sobre o trabalho dos cuidadores aponta para a sobrecarga de trabalho. No caso dos cuidadores formais especificamente, observa-se uma acumulação de funções dentro do próprio ambiente de trabalho, na medida em que, as famílias ao contratarem cuidadores solicitam que eles assumam, também, tarefas domésticas, compactando demandas, diminuindo o número de empregados e o custo,

obviamente. As implicações desse excesso e deste duplo vínculo (agente de cuidados e empregado doméstico) sobre a saúde física e mental destes profissionais são aspecto que merecem ser estudados futuramente.

Essa hierarquia de gêneros tem várias ressonâncias no trabalho feminino e, principalmente, nas práticas do cuidar. Dentre elas os autores relacionam a desqualificação do trabalho e conseqüentemente dos indivíduos; as condições de risco e saúde na organização do trabalho; a sobrecarga; a inferioridade nos planos de salário; a invisibilidade do trabalho - em especial daqueles relacionados às práticas reprodutivas (labor); a feminização da pobreza; o sentimento de irrelevância social (BRITO, OLIVEIRA, 1997; MEIS, 1997; PITTA, 1999).

Desta forma, identificamos que essa hierarquia de gênero implica uma relação de poder entre os gêneros e da mesma forma, implica uma hierarquia profissional, social e econômica que estabelece uma relação de poder entre os diversos agentes em função das posições que ocupam nessa hierarquia.

Pereira da Silva (1998, p. 155), analisa as relações de poder que se estabelece na relação de cuidados entre as mulheres cuidadoras e os velhos. Situando sua pesquisa no âmbito dos cuidados informais, ela coloca que *o olhar do cuidador, no caso, da cuidadora, é um olhar contaminado pelo lugar que ocupa no âmbito da família e no mundo, ou seja, nos âmbitos privado e público*. Para as esposas o cuidar se inscreve dentro de suas responsabilidades de mulher casada, o que não implica necessariamente uma alteração do projeto de vida. Em seu estudo ela identificou que as cuidadoras assumem seu papel também como um exercício de poder, sendo uma relação estabelecida no espaço doméstico, mas contaminada pelas relações que se estabelecem com o mundo externo.

A relação de cuidados desloca, na maioria das vezes, a posição de poder que aquele que se encontra dependente ocupava anteriormente frente ao seu cuidador. O homem se vê dependente da mulher, o patrão do empregado, o pai ou a mãe dos filhos, o rico dos pobres. No entanto, essa disputa acontece de forma velada e ambígua, na medida em que os indivíduos têm introjetado a ideologia e as relações de poder e tendem a legitimá-la. Nessa tênue fronteira

reside a possibilidade de o cuidador servir-se da relação de cuidados como oportunidade de retaliação, como forma de reparação das condições de exploração vividas - sendo esta uma das justificativas encontradas para práticas de maus tratos e negligência -, e/ou como oportunidade de alcançar um maior reconhecimento, um novo status social amparado por maior poder (FELGAR, 1998; MENDES, 1998; INÁCIO, 2001).

Contudo, essa inversão das relações de poder que pode acontecer na relação de cuidados não angaria para os cuidadores e para seu trabalho uma maior visibilidade. A literatura sobre o assunto não se cansa de nos apontar a solidão e a falta de amparo social que as famílias e, em especial, os cuidadores vivenciam (FELGAR, 1998; KARSH, LEAL, 1998; PAVARINI, NERI, 2000).

Como vemos, a naturalização do cuidar possui uma dupla face: por um lado configura um aspecto facilitador do cuidar, enquanto uma tecnologia introjetada arquetipicamente pelas mulheres, que as qualifica para o desempenho das tarefas cotidianas o que favorece um movimento de inclusão de uma parcela da população excluída do mercado e, por outro lado, a tendência à naturalização do cuidar ao minimizar a importância de uma maior escolaridade ou de uma formação mais técnica, pode redundar num processo de manutenção da condição de invisibilidade tanto do cuidador quanto do velho enfermo, comprometendo a leitura desse cuidado tanto na esfera privada quanto na esfera pública, como se não se justificasse um investimento numa assistência mais qualificada para essa população. Desta forma, considero que este é mais um aspecto da complexidade da profissão do cuidador que merece ser mais questionado e problematizado pelos cursos.

A preparação informal do cuidador

O lugar do cuidador é definido como uma posição ética que, como tal, se institui diante da demanda de cuidado que um indivíduo dirige a um outro, isto é, diante da fragilidade da condição humana. A função do cuidador não é dada a priori, ela está referida a uma condição de prontidão e disponibilidade para responder às exigências de cuidado que a situação do outro requer, podendo se tratar de uma demanda de cuidado visível e/ou invisível.

Com essa perspectiva, o que se depreende é que a condição fundamental para o cuidar enquanto prática clínica, é a ética. Segundo Figueiredo e Jardim (2001, p. 59), é através da ética *que se demarca um 'como fazer' tanto para o ato clínico como para a convivência na direção do resgate social e da cidadania*. As autoras ressaltam que a formação de recursos humanos é uma estratégia indispensável para a transmissão dessa ética, ou seja, uma ética que inspire e instrua uma prática de cuidados à saúde e de cuidados sociais, articulando os cuidados visíveis e os cuidados invisíveis.

Os cursos estudados oferecem uma preparação informal em contraposição à finalidade de profissionalização de suas propostas, tendo para isso duas explicações. A primeira é a de que cuidador não é, ainda, uma profissão regulamentada. Assim, se a função ainda não tem um caráter profissional, não se pode formar. E consideram também que se, apesar de ser informal, o curso profissionaliza, é porque existe uma demanda que gera um mercado. A segunda explicação associa o caráter informal do curso à perspectiva do cuidado como algo natural e como tal potencialmente presente em todos e não uma prerrogativa de poucos.

Segundo um dos coordenadores, ***a sociedade clama por cuidadores informados***, sendo o processo de profissionalização o resultado de um jogo de força político entre os diversos agentes interessados no assunto, ou seja, os cuidadores, os velhos e suas famílias, as instituições geriátricas/gerontológicas e os profissionais de enfermagem.

Os argumentos oferecidos para a informalidade do curso comportam, a meu ver alguns riscos. O primeiro deles reside em fomentar uma atitude que se exime

de responsabilidade diante do tipo e da qualidade do cuidar oferecido, na acomodação diante de um acompanhamento passivo que se contenta por realizar as tarefas relacionadas à higiene e alimentação, atendendo mecanicamente aos cuidados visíveis de suas atribuições, tendo na pouca exigência de qualificação a explicação para atitudes descuidadas; o segundo encontra na naturalização do cuidar o argumento para reproduzir tendências e hábitos (de higiene, formas de tratamento, etc.) trazidos de casa e não submetidos a uma reflexão mais crítica como a profissionalização exige, justificando a lei do menor esforço; o terceiro risco origina-se na pouca valorização e reconhecimento destinado ao labor feminino, que condena o trabalho do cuidador e a assistência ao velho enfermo à invisibilidade.

A questão que se coloca é que ser cuidador é diferente de saber como cuidar. Por outro lado, é aprendendo a cuidar de um outro que a pessoa se torna um cuidador. Com essa perspectiva podemos considerar que, se a disponibilidade para o cuidar encontra suas raízes e inspiração na história de vida e de cuidados do indivíduo, sua profissionalização exige um aprendizado que anteceda a oferta, na medida em que ela implica a oferta de uma atenção qualificada, isto é, uma atenção informada por uma reflexão sobre o cuidar, sua importância, objetivos e consequências e uma iniciação em princípios clínicos que instrua sobre especificidades e procedimentos de forma a configurar uma assistência qualificada.

Uma preparação instruída por uma ética do cuidar possibilita ao cuidador desenvolver uma responsabilidade e afeto pelo velho e, ao mesmo tempo, rever suas esperanças e noções de cura - que podem estar relacionadas à remissão total dos sintomas - de forma que ele possa aceitar uma possível irreversibilidade do quadro clínico e a inexorabilidade da velhice sem, no entanto, desistir do sujeito.

Assim, ser cuidador implica uma profissão cujo lugar ético é decantado e reconstruído ao longo do próprio percurso do trabalho. Por isso a primeira regra para o cuidar profissional de um outro está relacionada a um saber fazer, a uma capacidade de responsabilizar-se pelos seus atos e pelo trabalho. A isso se chama qualificação (FIGUEIREDO, JARDIM, 2001).

O trabalho profissional, então, define-se pela possibilidade de praticar o aprendido e, ao mesmo tempo, poder estar aberto para acolher as imprevisibilidades e idiosincrasias do contexto e do sujeito assistido, que é o que define a clínica.

A proposta de criação da profissão de cuidadores de idosos que vem tramitando em diversas instâncias dos governos estaduais e federal, delinea uma política de formação desses profissionais que define regras para sua formação – programa básico, carga horária – e instâncias de regulamentação e fiscalização dessa prática, a qual ficaria, a princípio, a cargo de instituições não governamentais, tais como, a Associação Nacional de Gerontologia e o Conselho Estadual do Idoso.

Os cursos de preparação para cuidadores estudados têm atendido a propósitos diferentes das diversas categorias que dividem e/ou disputam socialmente esse trabalho, ou seja, eles servem para a capacitação de pessoal - para pessoas que estão fora do mercado -, para a especialização de profissionais de nível técnico ou superior e para a atualização de profissionais que já estão no mercado como cuidadores. Cada um dos cursos tem um percurso de aproximadamente oito anos, trabalha em média três turmas a cada ano, acolhe uma demanda crescente de qualificação e, ao mesmo tempo, produz novas demandas através de sua divulgação junto ao público assistido pelas instituições não governamentais que os promovem, através de suas parcerias com outras agências da sociedade e das suas contribuições na definição de políticas públicas específicas para esse seguimento da população.

Diante disso, a informalidade pode servir, inadvertidamente, como um argumento justificador do pouco compromisso com a qualidade da preparação oferecida aos cuidadores, com a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais que qualifica e suas ressonâncias a nível social e para a vida dos velhos.

Neste cenário a questão que nos interessa a princípio é: como se ensina a cuidar? Como se transmite uma ética do cuidar que seja capaz de prestar cuidados invisíveis e visíveis, de considerar a especificidade da clínica com velhos - sem perder de vista a dimensão singular de como cada um vive a

própria velhice - e, ao mesmo tempo, respeitar a diferença e promover o diálogo?

Os cursos estudados apresentam estilos diferentes de responder a esse desafio. Em termos de programa há uma certa semelhança em suas propostas, assim como na escolha das áreas de saber que compõem a equipe, no entanto os sentidos que orientam a participação dos diversos saberes na preparação dos cuidadores são diferentes. O Curso Um considera que os professores devem ressaltar as contribuições do seu campo de saber para instrumentalizar o cuidador e, para isso, devem lançar mão de estratégias metodológicas (metodologia participativa) que facilitem a aprendizagem e sua apropriação por parte dos alunos. O Curso Dois, por sua vez, considera que a participação dos diversos campos se destina a apresentar aos alunos a multiplicidade de olhares e intervenções que compõem a assistência gerontológica, de forma a favorecer a parceria do cuidador com os demais profissionais que assistem o velho, cabendo ao cuidador definir seu lugar diferenciado de intervenção enquanto integrante dessa equipe. Para tanto, cada professor é livre para escolher a opção metodológica que lhe é mais conveniente. Desta forma os cursos apresentam diferenças na concepção de equipe e da participação desta no curso, assim como, em termos de opções metodológicas, conceituais e ideológicas, na forma de estruturação e no compromisso do curso com os profissionais que prepara.

No Curso Um há uma ênfase na sintonia da equipe em torno dos objetivos do curso, que se expressa no esforço de construir uma linguagem e uma prática metodológica capaz de acolher o perfil de cada turma e adaptar suas estratégias didáticas de forma a favorecer a assimilação do conteúdo e atingir seus objetivos. Para isso são promovidas reuniões de planejamento e supervisão pedagógica orientadas pelo desejo de construir um trabalho, uma interlocução entre os diferentes campos do conhecimento, que resulte em um saber e uma ética do cuidar que defina o lugar clínico do cuidador. Há, também, um evidente consenso entre os coordenadores em termos de ideais e na forma de concretizá-los, concebendo o cuidador como um agente social. A coordenação do curso firma, ao final deste, um certo compromisso com os cuidadores aprovados que estejam interessados, de favorecer sua inserção no mercado, não no sentido de

agência de emprego, mas no sentido de estabelecer uma parceria de trabalho e de oferecer uma supervisão que auxilie na construção dessa clínica e na concretização dos objetivos fundamentais do curso.

No Curso Dois há uma ênfase na liberdade da equipe em relação à linguagem utilizada, à metodologia e ao conteúdo das aulas, assim como à expressão dos vários entendimentos quanto à questão da velhice, da doença, etc. A idéia é que o contato com diferentes formas de abordagem é importante para a pessoa ficar sabendo que não há consenso e que é impossível conhecer tudo. A coordenação do curso acredita que, desta forma, o cuidador é convocado a assumir uma posição e uma responsabilidade como agente de cuidados e como especialista dentro da equipe multidisciplinar, sendo instigado a buscar se aperfeiçoar. Para os alunos interessados, é oferecido um estágio com supervisão. A coordenação do curso não se sente compromissada com os alunos após o curso, apesar de se pôr à disposição para conversar sobre dúvidas eventuais. Apoiado na idéia de um trabalho multidisciplinar, o curso não apresenta uma grade conceitual estabelecida e compartilhada pela equipe, que auxilie na construção de um lugar clínico para o cuidador. Assim, por não haver uma adesão doutrinária a um modelo conceitual, acaba por apresentar um espectro de preferências conceituais que influenciam os alunos de forma dispersa.

Os dois cursos apresentam certas ambigüidades com relação às noções de cuidar e de velhice que podem determinar inflexões específicas, valorizar certos tipos de ação, estabelecendo um determinado vocabulário em detrimento de outro. Diante disto precisamos considerar a importância da clareza conceitual no desempenho do profissional em sua intervenção, pois, como comentamos anteriormente, a ação clínica estará sempre impregnada pelos mitos e crenças individuais e coletivos, os quais são determinantes das atitudes e intencionalidades. Assim, resta um hiato entre a indefinição conceitual - diluída em meio a uma multiplicidade de teorias -, e a prática - a ação frente aos desafios do cotidiano -, um espaço de livre trânsito para as paixões e possíveis distorções.

Por outro lado, contraditoriamente, são listadas as atribuições do cuidador circunscrevendo-se, inclusive os limites que diferenciam sua prática da atuação dos profissionais de enfermagem. Nessa perspectiva, sendo percebido como um profissional, o cuidador é incentivado a assumir um lugar específico no mercado, ter consciência de seu papel enquanto trabalhador, saber negociar o seu contrato e administrar os impasses sem deixar que interfiram na sua atitude ética frente ao velho, isto é, sustentar a qualidade da assistência que presta como base fundamental da sua identidade de cuidador a partir da qual ele poderá negociar o justo reconhecimento social e econômico para o seu trabalho.

Esta exigência requer uma maturidade pessoal e profissional, pois a prática do cuidador se desenvolve em um território delicado, o espaço privado de uma família, isto é, ele torna-se uma testemunha de hábitos, valores, atitudes, conflitos que podem ser diferentes dos seus, frente aos quais ele deve manter uma discrição e jamais fazer uso das informações que detém em proveito próprio. Apesar da informalidade de sua preparação, o cuidador formal ao se assumir como tal passa a trafegar no campo da assistência à saúde e, assim, fica submetido aos princípios éticos que legislam qualquer prática clínica, inclusive o que versa sobre o sigilo, estando sujeito às punições judiciais decorrentes de seu descumprimento. Ao mesmo tempo, em meio à rede de relações familiares, o cuidador torna-se o guardião do velho. Cabe-lhe manter-se vigilante para a possibilidade de maus tratos e negligência, devendo, nestes casos, adotar atitudes pertinentes em sua defesa. Ora, sabemos o quanto são delicados estes manejos que demandam uma discriminação sofisticada frente à complexidade das relações. Neste cenário, os princípios e os conceitos, assim como os limites e as possibilidades têm que ter uma clareza que permita sua operacionalização.

Em contraposição a essa exigência, a legitimidade do curso para os agentes e agências que o promovem fica referida à necessidade de preparar um contingente de profissionais que possam atender à crescente demanda de auxílio às famílias, sem onerar demais os custos que o cuidar de um familiar doente implica. A profissionalização é percebida como problemática por dois ângulos: o risco ético de transformar o cuidar em mercadoria de troca, gerando

as distorções que já se observam no campo da saúde de maneira geral, que utiliza os impasses da economia de mercado como argumento para descuidos de todo gênero; e o risco de inflacionar o mercado de trabalho “doméstico”, onerando as famílias. Ao mesmo tempo, essa profissionalização é percebida como benéfica por duas razões: possibilita a inserção no mercado de uma população excluída e aumenta a oferta de mão de obra, favorecendo de várias maneiras as famílias e instituições que utilizam seus serviços. A informalidade ou a formalização pode, cada uma a seu modo, nos revelar posições ideológicas, valores e compromissos.

A atitude do cuidar prescrita revela-se por um lado, inspirada nas práticas da enfermagem, num modelo de maternagem que deve manter o paciente limpo, quente, seco e confortável, marcada por uma intensa vigilância do seu estado físico geral – nutrição, temperatura, atitude, marcha, movimentos involuntários, mucosas, pele, estado mental, etc. A orientação é que o cuidador deve prestar um cuidado afetuoso e, ao mesmo tempo, manter-se assexuado apesar da intimidade física necessária, tendo o controle das emoções como fundamental para a manutenção de uma objetividade, neutralidade e respeito à hierarquia social que o diferencia do velho (relação patrão/empregado). Sendo a preparação um certo aprendizado da contenção, da discrição e do não envolvimento, uma espécie de vacinação contra a intimidade, o sofrimento e a morte. Trata-se da construção de uma ética dos anjos - só comunicar - e a ética dos velhos - distanciamento em relação à vida - como colocou um dos coordenadores entrevistados.

A questão é que este aprendizado de não envolvimento, a inoculação desta vacina, dependendo dos termos e valores que respaldam sua transmissão, define, muitas vezes, dois destinos: por um lado, uma tendência à dessensibilização, a um esvaziamento da dramaticidade do sofrimento, da delicadeza da experiência da velhice para alguns sujeitos e da perspectiva da morte, a uma impossibilidade de reconhecer a inexorabilidade do tempo e a alteridade do outro; por outro lado, uma tendência à vitimização do velho, a uma infantilização do sujeito, a uma desqualificação da sua fala. Em ambos os destinos, o que se observa na prática é um certo apagamento dos limites entre a

vida e a morte, uma relação que, orientada por preconceitos científicos, se funda na dessubjetivação do cuidador e do seu paciente (ZAIIDHAFT, 1990). Vale lembrar que isso não é psicologicamente viável todo o tempo para uma pessoa e nem de modo absoluto. De qualquer forma, orienta-se por um ideal que porta um paradoxo difícil de ser administrado devido à sua ambigüidade e limites imprecisos, cuidar por amor com devoção e responsabilidade, mas não se envolver. No vácuo existente entre as duas proposições, a subjetividade do cuidador define o cuidar.

Para considerarmos os riscos de orientações imprecisas e ambíguas, devemos ter em mente que a presença do cuidador interfere na existência do velho, na relação dele com seu corpo, com sua imagem, com o tempo, com a história, com a práxis, com outrem e com o mundo. Beauvoir (1990) nos lembra que cada um só encontra seu verdadeiro sentido na sua relação com os outros. Diante disso qualquer prescrição generalista é arbitrária. A preparação de cuidadores deve caminhar na direção de uma ética clínica que privilegie, ao mesmo tempo, o cuidado social, o cuidado com a saúde e a singularidade, assim como, formar o profissional para estabelecer parcerias com a família e com a equipe que atende o velho.

Através da parceria entre cuidadores, família e equipe clínica é que poderá ser formulado um projeto terapêutico singular, aquele que se formula a partir de uma escuta sensível do sujeito, suas necessidades, demandas e sofrimentos, isto é, capaz de respeitar as idiosincrasias de cada caso.

Esse é o sentido da equipe dos cursos ser multidisciplinar, isto é, não basta reunir profissionais de diferentes especialidades, mas ser capaz de construir em grupo uma proposta de trabalho orientada por uma nova ética de assistência ao velho, principalmente o enfermo. Um trabalho cuja construção demanda numerosas reuniões, estudos, discussões, revisões programáticas, busca de recursos didáticos e metodológicos.

A possibilidade de formação de uma equipe multidisciplinar exige uma certa estrutura que a viabilize: uma coordenação, uma supervisão pedagógica e clínica - já que seu objetivo é ensinar uma clínica do cotidiano e uma infraestrutura que a sustente. Um trabalho profissional para formar profissionais.

Como função da coordenação do curso consideramos a responsabilidade de apontar uma direção para o trabalho conjunto, fomentar o estudo e a discussão na equipe, assim como acompanhar o desenvolvimento das aulas propondo, quando necessário, redefinições que possibilitem uma coerência no trabalho da equipe. O desafio do trabalho da coordenação é fazer convergir os diferentes olhares da equipe multiprofissional para a construção do lugar clínico do cuidador, orientando no sentido de pinçar dos diversos saberes os aspectos, conceitos e intervenções que permitam ao cuidador se apropriar deles constituindo um arsenal teórico e prático (recursos terapêuticos) que lhe permita reconhecer e acolher a especificidade e singularidade de cada caso de forma flexível (FIGUEIREDO, JARDIM, 2001).

O trabalho da supervisão dirige-se primeiramente à especificidade de cada disciplina e sua aplicação na gerontologia para, em seguida, repensar a especificidade de sua contribuição na formação do cuidador. *Não se trata de engessar disciplinas, mas de cultivar a melhor maneira de se utilizar delas como ferramentas, cada uma servindo a determinados propósitos, a ações específicas (...)* O ensinamento mais importante que o coordenador de uma equipe (...) pode deixar para (...) diferentes profissões é o diálogo na busca de saídas: apontar como recorrer à multiplicidade sem perder a especificidade de cada saber (...) (FIGUEIREDO, JARDIM, 2001, p. 67).

Com esta perspectiva, a preparação de cuidadores deve, como propõem os cursos estudados, investir no lado mais subjetivo do cuidar - cuidados invisíveis-, isto é, promover uma maior solidariedade e responsabilidade do cuidador com relação ao velho, o reconhecimento da sua humanidade. No entanto, sabemos que estes são aspectos que escapam aos efeitos de um trabalho racional e científico, o que nos remete ao desafio de “como se transmite a ética”.

Ao mesmo tempo, esta ênfase não substitui a importância de se oferecer uma preparação técnica que possibilite uma economia de esforços e uma assistência qualificada capaz de acolher a complexidade dessa clínica. Contudo, o preparo técnico pode ser resolvido através das estratégias de ensino adotadas pela enfermagem, as quais já comprovaram para isso sua eficácia, quais sejam: o ensino sistematizado, clínico, através de aulas com profissionais de saúde

objetivando instrumentalizar o cuidador e o estágio clínico, submetido a uma supervisão artesanal – aquela que viabiliza o encontro da técnica com a arte do cuidar. A experiência nos ensina que não basta a formação científica aliada a contenção moral, é preciso um algo mais. O desafio é promover uma preparação que alcance os aspectos objetivos, morais e subjetivos.

Néri (2000, p. 44/45) comenta que a formação de recursos humanos para prestar uma assistência domiciliar ao velho, principalmente àquele que se encontra dependente, deve ter em vista uma clínica pautada em três objetivos: *1. a promoção de condições relevantes à manutenção da funcionalidade do idoso; 2. o respeito à autonomia; 3. a oferta de apoio físico, cognitivo, afetivo e espiritual ao idoso.*

Ela acrescenta que a preparação dos profissionais deve, também, sensibiliza-los para a importância da coesão da família enquanto uma rede de cuidados que viabilize a atenção adequada ao velho. Para tanto a autora acredita que as propostas educacionais para qualificar os profissionais que atendem o velho no seu cotidiano domiciliar, para serem eficazes devem se basear nos princípios forjados pelos trabalhos de educação de adultos, quais sejam: *o processamento ativo (...); a retroalimentação e apoio sistemático (...); sistema de recompensas, reconhecimento de conceitos; (...)aplicabilidade direta (...); adaptação do contexto social (...); contexto logístico adaptado (...); envolvimento com os objetivos (...)* (NERI, 2000, p. 45).

Em linhas gerais esses princípios enfatizam os seguintes aspectos: deve-se considerar nos programas os interesses e a experiência anterior dos alunos (história de cuidados), considerando o princípio de que se aprende fazendo; promover reflexões sistemáticas sobre o processo e o progresso da aprendizagem, favorecendo a aceitação das dificuldades e dos erros, assim como o apontamento de soluções; validar o saber e a experiência dos indivíduos como ponto de partida, incentivo, para uma disponibilidade para aprender coisas novas e construção do compromisso com o desempenho; partir do conhecimento preexistente para a ampliação do capital cultural através do ensino de novos conceitos e habilidades; e, finalmente, demonstrar e explicitar a aplicabilidade e importância dos ensinamentos transmitidos de

forma a aumentar a disponibilidade para sua assimilação e a possibilidade para replicá-lo em situações novas. Os exemplos são um rico recurso para apontar a diversidade de situações, aproximando a teoria da prática: deve-se partir dos potenciais identificados em vez do confronto com as incapacidades. Os trabalhos em grupo são importantes para favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de parcerias; deve-se lançar mão de estratégias didáticas e metodológicas adaptadas ao perfil dos alunos, organizando o conteúdo em pequenos módulos que ressaltem a pertinência dos assuntos abordados, além de estimular e acolher a contribuição dos alunos na formulação dos objetivos, de forma que reconheçam nestes os seus próprios sentidos.

Considerações finais

*Quiçá esta crença na interior regularidade do morrer
não seja tampouco senão uma das ilusões
criadas por nós "para suportar o sacrifício do viver".
(Freud) p. 298*

Os cursos estudados me permitiram refletir sobre algumas questões que têm permeado o campo da gerontologia em sua intenção de construir um novo espaço de acolhimento para o velho, um esforço que tem se desdobrado em várias direções as quais, em função da multiplicidade de referenciais teóricos e técnicos que compõem o campo, redundam, por vezes, em ambigüidades e contradições.

A intenção da proposta de preparação de cuidadores de idosos se inscreve no movimento social que busca criar uma nova mentalidade capaz de acolher a velhice, construindo para isso uma nova subjetividade na qual ela compareça de uma forma mais construtiva. A construção dessa nova mentalidade tem proposto que o acolhimento da velhice dependente seja feito, na medida do possível, a nível familiar, no domicílio. Desta forma, ela possibilita para a velhice, a doença e a morte uma resignificação e propõe que lhe seja permitido transitar, novamente, no espaço doméstico com naturalidade e propriedade. O desafio desta proposta se encontra na medida em que esse acolhimento demanda uma mudança de paradigma de forma que a velhice, a doença, a dependência e a morte deixem de ser percebidas como inimigas da vida e sejam aceitas como uma expressão da mesma.

Contudo a literatura não se cansa de revelar a carência da rede assistencial para o atendimento dessa população e apoio às famílias que, por desejo ou obrigação, se propõem a cuidar dos seus velhos. Apesar do esforço da gerontologia em dar visibilidade a velhice através da referência a cidadania visando, fundamentalmente, a reformulação da rede assistencial e administrativa de forma a incluir uma atenção especializada e diferenciada ao velho - reconhecendo-o como sujeito social e sujeito de direitos - o que tem redundado na abertura de um novo mercado para os envelhecidos, o que se assiste é que os indivíduos que, pelas contingências, vivem uma velhice

acompanhada de doenças que lhes impõe uma condição de maior dependência continuam condenados a invisibilidade. Na mesma situação se encontra o trabalho do cuidador que compartilha da pouca visibilidade diante da parca estrutura assistencial, da desvalorização do seu trabalho assumido como uma atribuição natural das mulheres tanto a nível público, quanto a nível familiar e, pela rejeição social que condena a solidão todos àqueles que ousam manter-se próximo da dor e do sofrimento. O alto custo emocional e físico desta função tem sido freqüentemente considerado pelos estudiosos que apontam o despreparo dos cuidadores informais e formais que assumem a responsabilidade do cuidar.

Essa invisibilidade do papel do cuidador ao mesmo tempo em que compromete a leitura do cuidar, naturalizando-o e desvalorizando-o, não lhes oferece oportunidades de treinamento e apoio.

Contudo, como vemos, o surgimento do cuidador formal como uma nova categoria profissional, sob a exigência dessa nova mentalidade de assistência para os velhos, não pode ser entendida como uma resultante exclusiva das pressões do campo gerontológico, ela se inscreve no campo do cuidar - apesar das resistências que tem encontrado -, porque há compatibilidade entre a nova mentalidade e a estrutura social, numa lógica interna que lhe dá sustentação: há uma pressão social e econômica que obriga os membros da família a se inserirem no mercado de trabalho; há uma demanda e uma oferta que se inscreve na fragmentação dos saberes, da prestação de serviços desregulamentada, da carência de uma rede de serviços públicos especializada; e há a exigência de minimizar custos.

Neste contexto, os cursos de preparação de cuidadores se inserem na qualidade de facilitadores dessa metamorfose do cuidar enquanto atividade doméstica ligada à reprodução da vida em atividade remunerada e pública, movida por uma certa exigência de maior qualificação, sendo agenciados por entidades não governamentais. O objetivo é promover uma qualificação profissional que instrumentalize os indivíduos para ingressarem no mercado de trabalho enquanto cuidadores, constituindo um novo recorte profissional que leve em conta a especificidade da velhice, considerando as ressonâncias do

envelhecimento orgânico, das patologias que podem acompanhá-lo e das respostas sociais que determinam atitudes de rejeição ou acolhimento. Entre o interesse das famílias de oferecer uma assistência que não onere mais ainda seus custos e o interesse dos profissionais de garantir para si um lugar no mercado de trabalho, cabe aos cursos a responsabilidade de fazer convergir esses interesses numa assistência de qualidade, e ao Estado criar condições para que essa assistência alcance todos os seguimentos sociais.

Com este estudo nos foi possível refletir sobre alguns aspectos presentes na preparação desses profissionais, os quais consideramos relevantes:

- O velho e as ressonâncias da relação de cuidados sobre sua existência devem ser o fio condutor que orienta a preparação dos cuidadores;
- A homogeneização dos indivíduos como sendo igualmente marcados por semelhanças determinadas biologicamente, que os determina inclusive psicologicamente, tende a autorizar uma abordagem apriorística dos diversos saberes na prescrição de condutas. Com isso, a consideração da forma singular como cada um constitui sua subjetividade e responde à sua velhice pode transformar-se em mera alegoria ou caricatura.
- A especificidade da velhice pede uma clínica diferenciada, mas esta não é suficiente como recurso de inclusão para os velhos, deve se somar a ela uma clínica singularizada, ou seja, atenta ao caso particular de cada sujeito: reconhecer e diferenciar limitações decorrentes do envelhecimento biológico; reconhecer e diferenciar as manifestações decorrentes de patologias; identificar como cada um desses aspectos concorrem para a situação de dependência; reconhecer como a condição do sujeito intervém na relação que ele estabelece com seu corpo, sua existência, seu contexto, definindo limites e possibilidades; identificar as estratégias que ele lança mão para se expressar e comunicar; identificar como o sujeito e sua condição se inscrevem na rede de relações familiares;
- Apesar da informalidade dos cursos, cabe a eles oferecer uma tradição teórica e técnica que: informa as escolhas, os procedimentos clínicos, as atitudes; define os atos e estabelece o que é o bem, a ética. Desta forma é imprescindível repensar a concepção do que é velhice, do que é cuidar na

velhice e os conceitos que orientam a preparação de cuidadores de idosos. Ao propor uma intervenção que cuide do velho e o mantenha na comunidade e na família, como propõe a nova mentalidade, o investimento deve se destinar a fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença e não de normalização do social;

- Os discursos e os ideais que orientam a formação dos cuidadores devem ser dialetizados a partir de uma concepção de sujeito que aceite o humano, suas fragilidades e sua sobredeterminação orgânica e psíquica, do contrário correrá sempre o risco de se tornar uma clínica disciplinadora das condutas, sentimentos e desejos do velho. Assim, problematizar os termos e os sentidos atribuídos a eles, assim como as atitudes e respostas que eles forjam, é possibilitar a construção de uma clínica que não isole o sujeito em sua velhice, que possibilite para ele uma interlocução sobre sua experiência, dando-lhe um lugar no discurso. Somente desta forma rompe-se com a conspiração do silêncio.
- O lugar e especificidade da profissão de cuidador enquanto uma especialidade clínica se define na possibilidade de oferecer no cotidiano uma assistência diferenciada e singularizada. Isto implica em assumir o cuidar como um ofício. Desta forma, ao assumir a responsabilidade dos seus atos o profissional deve manter uma certa reserva frente aos seus interesses, intenções e paixões, pois o destino de um outro está em jogo. Falo do desafio da simplicidade e da abstinência.
- Em sua arte o cuidador deve levar em conta toda a tradição teórica e técnica de que dispõe, assim como, todas as informações acessíveis do paciente.
- Os cursos devem instrumentalizar os cuidadores enquanto agentes sociais diante do questionamento cultural e social mais amplos, e enquanto agentes de saúde para oferecer uma assistência qualificada aos velhos enfermos. Do contrário, tanto a ênfase no cuidado social - ao afastar a figura médica da doença -, quanto a ênfase no cuidado à saúde - que tem a doença como mote reflexivo -, ao desconsiderarem a importância do cuidado técnico, podem, com isso, não levar em consideração a complexidade dos aspectos subjetivos e físicos ligados à existência concreta do velho enfermo.

- Relativizar a importância de qualificar tecnicamente o cuidador para que possa reconhecer em suas intervenções uma dimensão clínica pode ser uma forma de dizer que não se justifica o esforço pelo bem cuidar, já que a involução da velhice e seu destino são inexoráveis.
- Há a necessidade de um aprendizado de técnicas e procedimentos que minimizem os riscos e iatrogenias, e sejam, também, mais ergonômicos para a pessoa que cuida, frente à complexidade o cuidar de pessoas fragilizadas e/ou com a saúde comprometida. Além disso, em sua missão, não cabe ao cuidador apenas tratar e curar feridas, manter a vida e evitar a morte, mas suportar junto o inexorável, o irreversível, decifrar códigos e apelos nem sempre claros, suavizar a despedida, enfim, na intimidade do contato que se estabelece, ser capaz de ajudar a tecer os sentidos da vida.
- Esse cuidado invisível por estar relacionado com sensações, sentimentos e ideais de amor, tem forte conotação cultural. Quando associado à naturalização do cuidar fica referido à esfera privada (labor) e não ao mundo público do trabalho, e por isso tende a ser desqualificado enquanto trabalho, não justificando uma remuneração;
- A tarefa do cuidador demanda uma disponibilidade prévia - desejo e habilidades - adquirida ao longo de uma história de cuidados, que lhe possibilite encontrar um grau mínimo de satisfação em seu trabalho ou realizar um ajuste cotidiano de suas estratégias defensivas, de forma a desempenhar as tarefas com um menor custo. Neste sentido o aprendizado arquetípico do cuidar que está associado à construção da posição subjetiva feminina, facilita aos sujeitos que assumem essa posição - na maioria mulheres, porém, não necessariamente -, a encontrar no cuidar um destino pulsional, tendo na sublimação uma via de satisfação socialmente valorizada. Esta condição tem se revelado um fator de proteção à saúde psíquica, quando ameaçada pelo encontro com o sofrimento do velho. A tendência que se observa é a naturalização do cuidar, isto é, no entendimento desta posição feminina como sendo biologicamente determinada associada à possibilidade da maternidade, um engano que já foi exaustivamente discutido pelos estudiosos.

- A relação de cuidados redefine as posições de poder daquele que se encontra dependente e do cuidador, o que pode resultar em riscos ou benefícios dependendo dos desejos e interesses envolvidos, mas isso não angaria, necessariamente, uma maior visibilidade para o cuidador.

A profissionalização do cuidador, apesar de não estar ainda regulamentada, já é um fato em muitos lares brasileiros. Sua preparação em função do debate estabelecido com a enfermagem e por estar a serviço de interesses ambíguos tem se dado de maneira informal e negligenciado alguns aspectos que me parecem fundamentais. Contudo, não me parece que a formação a nível técnico da enfermagem venha instrumentalizando seus profissionais para dar conta da especificidade e complexidade dessa assistência.

O impasse da preparação dos cuidadores de idosos reproduz o desafio que hoje se coloca para todas as ciências, isto é, o reconhecimento da parcialidade dos saberes, a exigência de estabelecer um diálogo entre eles e, ao mesmo tempo, destes com o conhecimento do senso comum, com o conhecimento prático do cotidiano, aquele que orienta as nossas ações e através dos quais damos sentido à vida. Falo de diálogo e não de conversão, de conservarmos a dimensão utópica e libertadora como razão e inspiração. Precisamos reconhecer as virtualidades do saber vulgar do dia a dia e estabelecer com ele uma parceria, desmistificando e desconstruindo os preconceitos de ambas as partes - da ciência e do senso comum - e, ao mesmo tempo, convertendo o saber científico em um saber do cotidiano acessível a todos. Talvez ao enfrentarmos esse desafio encontremos a *liga*, aquela que aproximará a ciência e a virtude, o saber dizer e o saber fazer, a teoria e a prática, construindo um mundo mais solidário e, em todos nós, uma atitude de cuidado com a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. – “Achegada e a despedida”. In: Concerto para corpo e alma. Campinas: Papirus, 1988.
- ANDRÉ, S. – O que quer uma mulher? RJ: Jorge Zahar Ed., 1998.
- ÂNGELO, M. - “O contexto familiar”. In. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Org. DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M^a J.E. – RJ: Atheneu, 2000. p. 27 – 31.
- ARENDT, H. – A condição humana. RJ: Forense Universitária, 1987.
- ARIÈS, P. – Sobre uma história da morte no Ocidente, desde a Idade Média. Lisboa: Teorema, 1988.
- BALINT, M. – O Médico, o seu Paciente e a Doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1998.
- BAUMAN, Z. - O mal-estar na pós- modernidade. RJ: Jorge Zahar Editor, 1998.
- BEAUVOIR, S. - A velhice. RJ: Nova Fronteira, 1990.
- BECKER, H. S. - Métodos em pesquisas em ciências sociais. SP: Hucitec, 1999. 4^a Ed.
- BOEMER, M.R. - A Morte e o Morrer. SP: Cortez, 1986.
- BOFF, L. – Saber cuidar. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999.
- BORGES, M. F. – Manual do cuidador.
<http://membres.tripod.com/marcioborges/Alzheimer/porque.htm>. 2000
- BOTTINO, C. M. C; STOPPE Jr., A; SCALCO, M. Z. – Guia para familiares, cuidadores e pacientes; Doença de Alzheimer. SP: HC FMUSP.
- BRÊTAS, A. C. P. YOSHITOME, A. Y. - “Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio”. In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Org. DUARTE, Y. A. O DIOGO, M. J. E. - SP: Atheneu, 2000. p. 111 – 113.
- BRITO, J., OLIVEIRA, S. – “Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho”. In: A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento, Org. SILVA FILHO, J. F., JARDIM, S. R., RJ: Te Corá Editora, 1997.
- CALDAS, C. P. - "Cuidador: sua instância de experiência".In. A Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Org. CALDAS, C. P. - RJ: Ed. UERJ, 1998. p. 11 – 13.
- CAMACHO, A C. L. F. – O cuidado de enfermagem ao cliente idoso hospitalizado: um estudo exploratório das representações dos profissionais de enfermagem. Dissertação de Mestrado, RJ: UFRJ/EEAN, 2001.
- CAMARANO, A. A. - “Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica”. In. Tratado de geriatria e gerontologia. Org. FREITAS, E.V. *et.al*. RJ: Guanabara Koogan, 2000. p. 58 – 71.
- CANGUILHEM, G. –O normal e o patológico. RJ: Editora Forense Universitária, 1982.
- CARP, F.M.- Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research. New York: Springer Publishing Company, 1999.
- CAVALCANTE, M. T. – A Trama do Tear sobre o Tratamento em Psiquiatria. IPUB/UFRJ, 1997. Tese de Doutorado.

- CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA de OCUPAÇÕES do MINISTÉRIO do TRABALHO e EMPREGO, 2000.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo, Editora Saraiva.
- COSTA E SILVA, J. A. – Síndrome psicorânica do envelhecimento – RJ: Laboratórios Farmacêuticos Espasil Ltda., 1984.
- CUNHA, G. – Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa. RJ: Nova Fronteira, 1991.
- DEBERT, G. G. - “As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual”. In: Anais do I SEMINÁRIO INTERNACIONAL - “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século”. DF: MPAS – SAS, 1996.
- _____. - A reinvenção da velhice. SP: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 1999.
- DIÁRIO OFICIAL do ESTADO do RIO de JANEIRO – Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, CNPJ 27.149.095/0001 – 66. Decisão do COREN - RJ Nº 1280/2001. RJ, 30/03/2001, ANO XXVII, Nº 62, parte V.
- DOMINGUES, M.A., QUEIROZ, Z. P.V. - “Atitudes, mitos e estereótipos relacionado ao envelhecimento e a sua influência no atendimento domiciliar”. In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Org. DUARTE, Y.A.O., DIOGO, Mª J.E. – RJ: Atheneu, 2000. p. 79 – 86.
- DONZELOT, J. - A polícia da família. RJ: Graal, 2ª edição, 1986.
- DUARTE, F. – “Envelhecimento normal e patológico”. In: Finitude, uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Org. Py, L., RJ: NAU Editora, 1999.
- DUARTE, Y.A.O., DIOGO, Mª J.E. – “Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico”. In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Org. DUARTE, Y.A.O., DIOGO, Mª J.E. – RJ: Atheneu, 2000. p. 3 – 17.
- EIZIRINK, C. L., KAPCZINSKI, J., *et.al.* – “Psicoterapia na velhice”. In: Psicoterapias: abordagens atuais, Org. CORDIOLI, A. V., 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ELIAS, N. – A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer. RJ: Jorge Zahar Ed., 2001.
- ESTATUTO DO IDOSO – Lei Nº 10.741/2003. SP: Editora Escala Ltda.
- FELGAR, J. A. S. – “Uma expressão da linguagem numérica”. In: Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Org. KARSCH, U.M.S. – SP: Educ, 1998. p. 47 – 85.
- FIGUEIREDO, A. C. - “A ética do cuidar” – In: Cadernos IPUB, n. 14. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1999. 129 – 133.
- FIGUEIREDO, A. C., JARDIM, S. R. – “Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental”. In: A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à terceira Conferência Nacional de Saúde Mental. Org. FIGUEIREDO, A C., CAVALCANTE, M. T., RJ: CUCA/IPUB/UFRJ, 2001. p. 59 – 67.**

- FOUCAULT, M. - A história da loucura na idade clássica. SP: Perspectiva, 1978.
- FREUD, S. – (1910) “Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci”. Obras Completas – RJ: Editora Delta S.A.
- _____ - (1913) “O interesse da psicanálise para as ciências não psicológicas”, “O interesse da psicanálise para a história da civilização”. Obras Completas, RJ: Editora Delta. vol. XVII.
- _____ - (1914) “Introdução ao narcisismo”. Obras Completas, RJ: Editora Delta S.A.
- _____ - (1915) “Considerações de atualidade sobre a guerra e a morte”. Obras Completas, RJ: Editora Delta S.A.
- _____ - (1919) “O estranho”. ESB das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, RJ: Imago, 1969. Vol. XVII, p. 275 – 314.
- _____ - (1920) “Mais além do princípio do prazer”. Obras Completas, RJ: Editora Delta S.A.,
- GASTEL, B. – Working with your Older Patient: A clinical’s handbook. National Institute on Aging, National Institutes of Health, 1994.
- GONÇALVES, L. H. T., ALVAREZ, A. M., SANTOS, S. M. A. - “Os cuidadores leigos de pessoas idosas”. IN: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Org. DUARTE, Y. A. O., DIOGO, M. J. E. - SP: Atheneu, 2000. p.102 - 110.
- GREEN, A - “Neurobiologia e psicanálise”. In: Corpo mente: uma fronteira móvel. Org. JUNQUEIRA FILHO, L. C. U., SP: Casa do Psicólogo, 1995. p. 15 – 33.
- GROISMAN, D. – “A velhice entre os animais, da gerontologia à antropologia social”. In: Estudos de Saúde Coletiva, RJ: IMS/UERJ, set., 1997.
- _____ - “Uma história da velhice no Brasil”. Mímeo, RJ, 1998.
- GROISMAN, D. – “Centro dia para idosos com demência: apresentação de serviço”. 2002. Prelo.**
- GWYTHER, L. P. – Cuidados com Portadores da Doença de Alzheimer: manual para cuidadores e casas especializadas. RJ: ECN – Editora Científica Nacional, 1995.
- HADDAD, E. - A ideologia da Velhice. SP: Cortez, 1986.
- INÁCIO, R. C. P. – Idoso Dependente: cuidado! Um mapeamento do campo do cuidar. Dissertação de Mestrado. PUC / RJ, 2001.
- JACQUES, E. - “Morte e crise na meia idade”. In: Melanie Klein hoje. RJ: Imago, 1990.
- JARDIM, S. R. - “O trabalho e a construção do sujeito”. In: A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento, Org. SILVA FILHO, J. F., JARDIM, S. R., RJ: Te Corá Editora, 1997. p. 79 – 87.
- KALACHE, A. - “Apresentação”. In. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Org. KARSCH, U.M.S. – SP: Educ, 1998. p. 9 – 12.
- KARSCH, U. M. S. - Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. SP: EDUC, 1998.
- KARSH, U. M. S., LEAL, M. G. S. – “Pesquisando cuidadores: visita a uma prática

- metodológica". In: Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Org. KARSH, U.M. S. SP: EDUC, 1998. p. 21 – 45.
- LACAN, J.- (1949) "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como nos revela en la experiencia psicoanalítica." Escritos - Vol. I. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, AS., 1994.
- LEME, L. E. G.- "A interprofissionalidade e o contexto familiar". In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Org. DUARTE, Y. A. O., DIOGO, M. J. E. - SP: Atheneu, 2000 p. 117 –143.
- LEME, L.E.G. - "A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica". In: Gerontologia. Org. PAPALÉO NETTO, M., SP: Atheneu, 1996.
- LIMA, J. C. – "Psicanálise, velhice e literatura". Anais da I Jornada de Psicanálise com Idosos e suas Interseções, RJ: EBPMF, 1999.
- MAFFIOLETTI, V.L.R., RIBEIRO, B.B., ROCHA, O. L. - "O velho: um novo problema?". In: Cadernos Pestalozzi – nº 2 – RJ: Nota Bene Editora, 1999. p. 16 – 23.
- MAFFIOLETTI, V. L. R.- "Vicissitudes do cuidar". Cadernos IPUB, Vol. VI, Nº 19, RJ: IPUB/UFRJ, 2000.
- MANONI, M. – O nomeável e o inominável. A última palavra da vida. RJ: Ed. Zahar, 1995.
- MARANHÃO, R. – "Marcas de um trabalho: cenários e recortes" - In: Cadernos IPUB, n.19. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000. 67 – 88.
- MAZZOTTI, A J. A, GEWANDSZNAJDER, F. – O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. SP: Editora Pioneira, 1999.
- MELLO, C. – A divisão social do trabalho de enfermagem. SP: Cortez, 1986.
- MEIS, C. – "Uma questão de gênero: ensaio sobre sociabilidade, mulher, trabalho e prostituição". In: A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento, Org. SILVA FILHO, J. F., JARDIM, S. R., RJ: Te Cora Editora, 1997. p. 265 – 288.
- MENDES, P. M. T. - "Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano". In. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Org. KARSCH, U. M. S. – SP: Educ, 1998. p. 171-197.
- MINAYO, M. C. S. - O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. SP: Hucitec, 1999. 6ª ed.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS, Classificação de Cuidador, 2000.
- MIRANDA, C. M. L. – O risco e o bordado: um estudo sobre formação de identidade profissional. RJ: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1996.
- MIRANDA, C. L., FIGUEIREDO, A. C., VIEIRA, M. A. – "Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem". Cadernos IPUB: nº 19, RJ: UFRJ/IPUB, 2000. p. 37 – 53.
- MORRIS, R.G.; MORRIS, L.W.; BRITTON, P.G.- "Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers". Br J Psychiatry, 1988; 153: 147-56.

- MOTTA, J.M. – “Instituição, psicanálise e enfermagem em saúde mental: boas novas?” – In: Cadernos IPUB, n.19. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000. 11 – 14.
- NASCENTES, A – Dicionário etimológico resumido. RJ: Instituto Nacional do Livro, 1966.
- NERI, A. L. - Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.
- _____ - “Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário”. In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico”. Org. DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M^a J.E. – RJ: Atheneu, 2000. p. 33 - 47.
- NIGHTINGALE, F – Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. SP: Cortez, 1989.
- PAPALÉO NETTO, M., PONTE, J. R. – “Envelhecimento: desafio na transição do século”. In: Gerontologia. SP: Ed. Atheneu, 1996.
- PAVARINI, S.C.I., NERI, A. L. - “Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceito, atitudes e comportamentos. In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico”. Org. DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M^a J.E. – RJ: Atheneu, 2000. p. 49 – 70.
- PAZ, S. F., *et.al.*- Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia. RJ: ANG-RJ/CBCISS, 2000.
- PEREIRA, R. S., CURIONI, C. C., VERAS, R. P. – “Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002”. In: Textos sobre envelhecimento. – vol.6, n.1 – RJ: UERJ/UnATI, 2003. p. 43 - 59.
- PEREIRA DA SILVA, I. – “As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras”. In: Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Org. KARSCH, U. M. S., SP: EDUC, 1998. p. 147 – 170.
- PITTA, A. M. F. – “Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia”. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45 (6): 313 – 321, 1996.
- _____ – Hospital: dor e morte como ofício. SP: Hucitec, 1999.
- _____ – “Ética e assistência em psiquiatria” – In: *Ética e Saúde Mental*, Org. FIGUEIREDO, A.C., SILVA FILHO, J. F. – RJ: Topbooks, 1996. 2^a ed.: 2001. 103 - 110.
- PROJETO DE LEI SOBRE O CUIDADOR FAMILIAR, 1998.
- RIBEIRO, B.B., MAFFIOLETTI, V. L. R.- “Por uma clínica com velhos que a psicanálise nos ensina”. Monografia de Especialização em Psicogeriatria, IPUB/UFRJ, 2000.
- RIBEIRO, B. B., MAFFIOLETTI, V.L.R.,– “Por uma clínica com velhos que a psicanálise nos ensina”. In. Cadernos IPUB: nº 20, RJ: UFRJ/IPUB, 2001. p. 181 –197.
- RODRIGUES, R. A. P., DIOGO, M. J. D. – Como cuidar dos idosos. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- RUSSO, J. A. – “Os três sujeitos da psiquiatria”. In: Cadernos IPUB, Nº 8, RJ: IPUB/UFRJ, 1997.
- SARACENO, B. - Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/RJ: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.

- SÉGUIN, E. - O Direito do idoso. RJ: Editora Lúmen Júris, 1999.
- SERPA Jr., O. D. – “Clínica e evidência: em que se baseiam as nossas decisões?” – In: Cadernos IPUB – n.15. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1999. 61 – 78.
- SILVA, T. J. E. S. – O enfermeiro e a assistência a necessidade não física do cliente: o significado do fazer. Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1998.
- SINCLAIR, I. – Carers: Their contribution and quality of life in the kaleidoscope of care. London: National Institute for Social Work, 1990.
- TENÓRIO, F. – A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. RJ: Rios Ambiciosos, 2001.
- VELASQUEZ, M. D., *et al.* – “As trajetórias de vida dos cuidadores principias”. In: Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. Org. KARSCH, U. M. S., SP: EDUC, 1998. p. 87 – 145.
- VERAS, R. P., DUTRA, S. – Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 3, n. 1, 1993. p. 107 – 125.
- VERAS, R. - "O cuidador nos novos modelos de atenção." In: A Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Org. Caldas, C. RJ: ed. UERJ, 1998.
- VIEIRA, E. B. – Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. RJ: Revinter, 1996.
- ZAIDHAFT, S. – Morte e Formação Médica. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1990.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA

1. Você pode me contar resumidamente a história do curso: sua origem, suas motivações e objetivos, o processo de construção e as transformações?
2. Houve alguma motivação de ordem pessoal que tenha te despertado para esse assunto?
3. Como se dá a escolha da equipe? Como ela se compõe?
4. Existe, para você, alguma fundamentação teórica, filosófica e metodológica que inspire esse trabalho? Como ela interfere na construção do curso? Ela é compartilhada por toda a equipe?
5. Como o curso é elaborado? Toda a equipe participa de forma integrada? Porque?
6. Quais os critérios, exigências para assistir o curso?
7. Qual a justificativa para a escolha do título do curso?
8. Quais os objetivos do curso?
9. Quais os critérios determinantes na construção do programa do curso?
10. A princípio, o fato de oferecerem um curso de ___ de cuidadores de idosos, pressupõe que vocês acreditam que ela fará diferença na qualidade do cuidado oferecido. Qual a relevância do curso?
11. Vocês consideram que a escolaridade dos alunos interfere na assimilação do curso e na qualidade do cuidado? Qual a ressonância da baixa escolaridade na construção teórica/metodológica do curso?
12. Vocês consideram que ter ou não alguma formação de nível técnico ou superior interfere na implicação e na qualidade do cuidado prestado? Qual? No caso de alguma formação em enfermagem faz diferença?
13. A predominância do gênero feminino tem alguma relevância?
14. A origem sócio-econômica, o estado civil, a faixa etária, faz alguma diferença?
15. Porque oferecer ou não apostilas?
16. Tem algum tipo de avaliação no final do curso?
17. Por que a opção pelo termo (idoso, velho)?
18. Como pensam a questão da profissionalização do cuidador?
19. Vocês têm alguma informação referente a casos de violência e negligência por parte de cuidadores?
20. Quais os aspectos que você considera que interferem e são determinantes da qualidade do cuidar?

ANEXO 2

PROJETO DE LEI SOBRE O CUIDADOR DOMICILIAR – 1998

Dispõe sobre a regulamentação das atividades exercidas por pessoas que se denominam cuidadores domiciliares e dá outras providências. O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - É livre o exercício da atividade de cuidador domiciliar, observados os preceitos desta lei.

Art 2º - Considera-se cuidador domiciliar toda e qualquer pessoa que se dedique a empreender cuidados para com as pessoas portadoras de deficiência, crianças, idosos, e que inspirem cuidados especiais na vida cotidiana em recinto doméstico.

Art. 3º - As funções da atividade de cuidador domiciliar referem-se à ajuda nos hábitos da vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva e outros que essa atividade requeira.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

A prática do cuidador não é nova, ela existe há muito no espaço doméstico, com pressuposto de atenção personalizada e singularizada, voltada a pessoas que inspiram cuidados especiais, como idosos, crianças, portadores de deficiência, entre outros. Historicamente, o conjunto de atividades que encerra sempre foi visto como de responsabilidade doméstica, desenvolvido no espaço privado; nova é a discussão pública acerca da função social de cuidar. Faz-se necessária a discussão no sentido de definir espaços e especificidades de atribuições a partir de um enfoque que privilegie as necessidades de atendimento da população, e de uma visão articulada das diversas problemáticas presentes na área social, desencadeando-se processo que articule e integre esforços entre as diversas esferas do aparelho do Estado. Apenas recentemente parece emergir a preocupação com o papel do Estado, da sociedade científica em relação aos cuidadores domiciliares. Na realidade, não se trata propriamente de buscar consolidar uma forma nova de ação das políticas públicas, uma vez que a atividade de cuidar já existe. Trata-se de imprimir um caráter público às ações já desenvolvidas, definindo-se e apontando-se alternativas quanto às possibilidades de inserção do aparato estatal nestas mesmas ações que, desta ou daquela forma estiveram, historicamente, quase que exclusivamente a cargo da família ou de grupos sociais mais restritos. É apenas a partir do forte questionamento acerca das formas discriminatórias de isolamento social de parcelas da população dependentes de cuidados especiais e da quase absoluta falência dos grandes aparatos médicos, jurídicos ou repressivos na atenção a estes grupos que esta

preocupação ganha forças. Talvez o fato de se constituir em atividade que se dá especificamente no âmbito do privado tenha determinado sua invisibilidade para o poder público. Sem espaço próprio e reconhecimento da sociedade, o cuidador tende ao isolamento no interior do núcleo familiar e na problemática de suas relações cotidianas frente às condições de precarização material e social. Como consequência desse quadro, esta atividade fica desconectada de qualquer mecanismo de proteção social que ampare e fortaleça. Parte-se do pressuposto de que, em geral, as famílias têm condições suficientes para dar conta da situação do enfermo ou dependente, e o que não pode ser suprido pelos membros da família será resolvido pelos mecanismos de oferta e demanda do mercado. Entretanto, para os setores de média e baixa renda a atividade de cuidar se faz inviável por outra forma que não o trabalho voluntário, ocupando assim um ou mais membros do grupo familiar, já que as possibilidades materiais de remunerar um serviço profissional são inexistentes. Ademais, é de boa indicação lembrar que nossa Constituição Federal, ao tratar dos direitos e garantias fundamentais, em seu Art. 5º, Inciso XIII, assim dispõe:

“Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos seguintes termos:

XIII – é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

Como se vê, o cuidador domiciliar é uma atividade lícita, de fundamental importância para a coletividade, principalmente para aqueles que dependem quotidianamente de sua imensa capacidade de trabalho e dedicação.

