

Rudemar Brizolla de Quadros

**EXPECTATIVAS E RELAÇÕES:
um estudo sobre residenciais assistidos para idosos em
Florianópolis-SC**

Dissertação de Mestrado em Antropologia Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Groisman

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Quadros, Rudemar Brizolla de

EXPECTATIVAS E RELAÇÕES : um estudo sobre residenciais
assistidos para idosos em Florianópolis-SC / Rudemar
Brizolla de Quadros ; orientador, Alberto Groisman -
Florianópolis, SC, 2015.
146 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Inclui referências

1. Antropologia Social. 2. Residenciais Assistidos para
Idosos. 3. Envelhecimento. 4. Cuidado. 5. Etnografia. I.
Groisman, Alberto. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.
III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

“Expectativas e Relações: um estudo sobre Residenciais Assistidos para Idosos em Florianópolis-SC.”

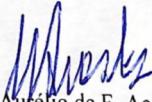
Rudemar Brizolla de Quadros

Orientador(a): Prof. Dr. Alberto Groisman

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores (as):



Prof. Dr. Alberto Groisman (Presidente – PPGAS/UFSC)



Prof. Dr. Marco Aurélio de F. Acosta (PPGERONTO/CEFD/UFSCM)



Prof.ª Dr.ª Ângela Maria Alvarez (CCS/UFSC)



Prof. Dr. Gabriel Coutinho Barbosa (PPGAS/UFSC)



Prof.ª Dr.ª Edviges Marta Ioris (Coordenadora PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 12 de março de 2015.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o desdobramento de oportunidades de pesquisa, de leituras e de contatos que tive acesso no meio acadêmico e pessoal. Agradeço a todos os que acreditaram e incentivaram a realização desta pesquisa e aqueles que compartilharam a experiência da construção desse trabalho, especialmente:

Aos meus pais, Wilmar e Zulmira, que sempre me incentivaram a seguir em frente;

A minha esposa Simone, que me incentivou e não mediu esforço para que eu concluísse esta etapa;

Ao meu filho Renato, que certa vez me questionou porque ainda estava estudando nesta idade: “Papai você não acha que está velho para estudar?”;

Ao professor e orientador Alberto Groisman, pelas inúmeras contribuições, questionamentos e reflexões, por ter me iniciado nessa aventura antropológica, propondo sempre novas maneiras de ver o mundo;

Ao meu amigo Botelho, que me incentivou a continuar estudando;

Aos proprietários e às equipes dirigentes dos RAIs, que permitiram e facilitaram a realização deste trabalho em suas dependências;

Aos residentes dos RAIs, por tantos momentos especiais de convivência e pelos conhecimentos de vida e de mundo que compartilharam comigo;

Aos familiares dos residentes e às funcionárias dos RAIs, que contribuíram com este trabalho;

Às professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelos conhecimentos e reflexões suscitadas ao longo do curso. Em especial, à professora Miriam Pillar Grossi, que foi quem sugeriu que fizesse o mestrado em antropologia;

Aos Colegas do Curso de Mestrado em Antropologia Social, com as quais compartilhei as dificuldades do processo de formação e de escrita;

Ao coordenador e aos colegas do Grupo Oriente: Alberto, Ariele, Gabina, Magali e Mariana, pelas inúmeras reflexões e contribuições durante nossos encontros;

Aos membros da Banca pelas relevantes reflexões e contribuições;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e ao Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), pelo

apoio financeiro que recebi durante dois anos do curso e que me permitiu dar maior dedicação a este trabalho.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo refletir a respeito das relações e interações entre residentes, familiares, cuidadores e dirigentes dentro dos Residenciais Assistidos para Idosos (RAIs) em Florianópolis, SC. Os dados foram coletados por meio de pesquisa de campo, entre março e junho de 2013, em quatro RAIs de Florianópolis. A pesquisa permitiu refletir sobre as relações das pessoas que convivem e interage nos RAIs, compreender as expectativas dessas pessoas sobre os RAIs e detectar os espaços de agência possíveis. Também se analisou a construção dos sujeitos idosos e as subjetividades presentes no processo do envelhecimento e tentou-se mapear a influência do paradigma biomédico sobre as práticas de cuidado desenvolvidas pelos RAIs.

Palavras chaves: Residenciais Assistidos para Idosos. Envelhecimento. Cuidado. Etnografia.

ABSTRACT

This paper aims to reflect the relationships and interactions between residents, family members, caregivers and directors within Assisted Residences for the Elderly (RAI), in Florianópolis, SC. Data were collected through ethnography, between March and June 2013, in four RAIs in Florianópolis. The research allowed to reflect on the relationships of people living and interacting in RAI, understand the expectations of those people about the RAIs and to detect agency spaces. Also examined the construction of the elderly subjects and the subjectivities present in the aging process and tried to map the influence of the biomedical paradigm on care practices developed by RAI.

Keywords: Assisted Residence for the elderly, Aging, Care, ethnography,

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agências Nacionais de Vigilância Sanitária
CEFD - Centro de Educação Física e Desportos
CEI – Conselho estadual do Idoso
CMI – Conselho Municipal do Idoso
GAFTI - Grupo de Atividades Físicas para Terceira Idade
GO – Grupo Oriente
ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NIEATI - Núcleo Integrado de Estudo e Apoio a Terceira Idade
PEINS – Projeto de Extensão Idoso, Natação e Saúde
PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
RAI - Residencial Assistido para Idosos
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1	
UMA ETNOGRAFIA NOS RAIS: CONSIDERAÇÕES	
ÉTICAS, METODOLÓGICAS E POLÍTICAS.....	25
1.1. Opções metodológicas e reflexões éticas suscitadas pela etnografia nos RAIs.....	25
1.2. O campo da pesquisa.....	30
1.3. Um pesquisador nos RAIs.....	39
1.4. Conhecer-se e conhecer o outro.....	42
1.5. Da convivência observante à inspiração etnográfica.....	47
CAPÍTULO 2	
INSTITUIÇÃO, AGÊNCIA E REPRIVATIZAÇÃO.....	51
2.1. Do caráter institucional dos RAIs.....	53
2.2. Controle, rotina e disciplina.....	55
2.2.1. Ir e vir.....	59
2.2.2. Controle das “necessidades”.....	61
2.3. Agência nos RAIs.....	65
CAPÍTULO 3	
SUBJETIVIDADE E MORTE.....	71
3.1. Processo do envelhecimento: Perda e aceitação.....	72
3.2. Reconstruindo os laços de afetividade.....	78
3.3. A construção do sujeito idoso.....	82
3.4. A liminaridade e velhice nos RAIs.....	85
3.5. A relação com a morte dentro dos RAIs.....	87
CAPÍTULO 4	
PRÁTICAS DE ATENDIMENTO NOS RAIS: UMA	
ANTROPOLOGIA DO CUIDADO.....	91
4.1. Tipos de residenciais: “Familiar”, “Especializada” e “hoteleira”.....	91
4.2. O sentido da biomedicina.....	97
4.3. Como diferentes paradigmas da saúde influenciam as práticas de cuidado nos RAIs.....	100
4.4. Os profissionais da saúde e suas preferências, habilidades, dificuldades e afinidades com os idosos.....	104
4.5. O cuidado e a relação com familiares: culpa conflito e obrigação.....	109

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
Referência Bibliográfica.....	117
Anexos.....	123

Introdução

De uma maneira ou outra, as famílias convivem com pelo menos uma pessoa idosa e, em determinado momento, podem ser compelidas a dedicar cuidados especiais a esse membro da família. Esta tarefa pode implicar na necessidade de um adulto da família dedicar parte significativa de seu tempo a esse parente. A dificuldade de exercer tal responsabilidade é agravada pelos novos arranjos familiares (“descasamentos” e “recasamentos”, um número menor de filhos e mesmo ausência de filhos) e pelas novas configurações do mercado do trabalho, as quais seduzem todos os membros da família para o trabalho, não deixando alguém para se dedicar ao cuidado dos idosos.

Historicamente, compete às famílias, em especial às mulheres, cuidar das “novas” e “velhas” gerações. Em virtude de normas sociais e culturais, o papel de cuidar é especificamente feminino: quando jovens, as mulheres devem cuidar dos filhos e, na meia idade e na velhice, cabe-lhes cuidar dos maridos quando são doentes, dos pais e sogros idosos e netos (NERI, 2001, p. 181). Pesquisas realizadas na última década reafirmam esta máxima, Gonçalves et.al (2006), em estudo realizado com famílias cuidadoras de idosos de Florianópolis, constatam que a maioria dos responsáveis pelos cuidados são mulheres. Segundo Camarano (2010, p. 9), essa norma social é reforçada pelo amparo da lei. A legislação brasileira, na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional do Idoso de 1994 e no Estatuto do Idoso de 2003, estabelece que a “família” é a principal responsável pelo cuidado do idoso e a responsabiliza por essa assistência.

O Estatuto do Idoso de 2003¹ foi criado pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, Publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 03 de outubro de 2003. Ele deixa claro que apenas na impossibilidade da família conseguir cuidar do idoso é que as instituições devem ser consideradas uma alternativa possível. Em seu Art. 3º, parágrafo V, lê-se: “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

No entanto, as novas dinâmicas familiares estão alterando essa lógica. Dessa forma, a oferta de cuidado familiar diminui à medida que

¹ O estatuto do idoso está disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acessado em 07/12/2014.

sua demanda aumenta (KANSO, et al. 2010). Devido a isso, muitas famílias têm encontrado, nos “espaços” públicos e privados criados para dar assistência às pessoas idosas, uma forma de cumprir com suas “obrigações” para com os membros mais velhos da família sem abrir mão de sua vida pessoal. Em outros casos, esses espaços se configuram em um lugar onde alguns idosos podem suprir suas “necessidades” de cuidado e, ao mesmo tempo, manter uma “independência” em relação à família.

Esses espaços são conhecidos e chamados de “asilo”, “casa geriátrica”, “residencial geriátrico”, “clínica geriátrica”, “residência para idoso”, “hotel geriátrico”, “lar”, “casa de repouso” ou como são chamados oficialmente: Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)², entre outras denominações. A grande maioria das pessoas que trabalham, residem ou visitam estes locais não têm um termo único para se referir aos espaços que foram criados para atender as pessoas com sessenta anos ou mais (com raras exceções com menos de sessenta anos). Em função da variedade de nomes e termos usados no cotidiano das pessoas, e por não haver um termo “nativo”, neste trabalho optei, em conjunto com meu orientador, pelo termo Residencial Assistido para Idosos (RAI), pois parecia descrever melhor o modelo adotado pelos espaços pesquisados.

No site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), as residências assistidas são descritas como um modelo que vem sendo adotado pela Assistência Social para proporcionar abrigo. Algumas têm equipes permanentes de assistência e outras apenas garantem serviços indispensáveis e contam com monitores que as visitam periodicamente. No âmbito público, este sistema serve “a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral” e atendem crianças, adolescentes, deficientes e idosos. O acolhimento de idosos deve ser provisório e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas

²A expressão Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) é uma tradução para o português de *Long-Term Care institution*, utilizada pela Organização Mundial da Saúde. Esta denominação foi sugerida pela SBGG (CHRISTOPHE, 2009, p. 23). Na pesquisa de campo, foi constatado que essas instituições continuam a se autodenominar “asilos”, “abrigo”, “residenciais geriátricos”, “clínica geriátrica”, “casa de repouso”, “casa geriátrica”, “lar” etc.

as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares³. Os residenciais destinados aos idosos em Florianópolis são, em geral, privados, seguem os mesmos padrões de monitoramento e assistências previstas para os RAIs de caráter filantrópicos, exceto pelas razões e formas de acesso as mesmas.

Nos registros do Conselho Municipal do Idoso (CMI)⁴ de Florianópolis, constam vinte RAIs, destes, três são de caráter filantrópico e todos são periodicamente fiscalizados por este conselho, e, frequentemente ou eventualmente, por outros órgãos públicos que fazem parte do sistema de fiscalizações dos RAIs. Todos devem estar de acordo com as normas e regulamentações estabelecidas para este serviço pela ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anexo A).

Além da ANVISA, os residenciais estão submetidos a outras regulamentações. Em 1989, o Ministério da Saúde expediu a Portaria nº 810⁵, na qual se encontravam as normas para funcionamento de “casas de repouso”, “clínicas geriátricas” e outras instituições destinadas ao atendimento aos idosos. Segundo Pinto e Simson (2012), essa norma foi, por longo tempo, a única regulamentação especificamente dirigida as “ILPIs”. Depois, o Estatuto do Idoso, criado em 2003, estabeleceu, às entidades governamentais e não governamentais responsáveis pela assistência aos idosos, o dever de inscrever seus programas junto ao órgão competente. No artigo nº 50, Capítulo II do Estatuto, estão relacionadas as obrigações das entidades de atendimento ao idoso. Nele está estabelecido, entre outras, a exigência da celebração de contrato

³ Informações encontradas no site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protecao-social-especial/servicos-de-alta-complexidade/servico-de-acolhimento-institucional>>. Acessado em 13/12/2014.

⁴ O Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis é composto por representações do Governo Municipal e Sociedade Civil. Foi criado pela Lei 5.371, de 24 de setembro de 1998, revogada e substituída pela Lei 7.694, de 17 de outubro de 2008. Está organizado em comissões permanentes: Comissão de normas e fiscalização, Comissão de políticas públicas, Comissão de acompanhamento orçamentário, Comissão de divulgação e informação. As Plenárias no CMI são ordinariamente uma vez por mês, agendadas para a segunda quinta-feira de cada mês e as sessões Plenárias são abertas ao público. Disponível em: <http://cmifpolis.blogspot.com.br/>. Acessado em: 07 dez 2014.

⁵ Ministério da saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/>. Acessado em: 12 jan 2015.

para a prestação de serviços. Este contrato, por sua natureza jurídica, estará sujeito às regras do Código de Defesa do Consumidor.

Segundo as equipes dirigentes dos residenciais que fizeram parte deste trabalho, o número de funcionários(as) da área de saúde responsáveis pela assistência e cuidados dos residentes, e de funcionários(as) responsáveis pelos outros setores (limpeza, alimentação, lavanderia, serviços gerais e etc.) estavam de acordo com as normas estabelecidas pela ANVISA, CMI e CEI. O número dos profissionais não dependia somente do número de residentes estabelecido pelos órgãos fiscalizadores, mas também do perfil dos residentes, que era levado em conta. Além dos profissionais contratados pelos RAIs, existia a oferta de serviços oferecidos pelos cuidadores(as) particulares contratados(as) pelas famílias ou residentes, que estes “acreditavam” dar uma melhor atenção e cuidado. Em alguns RAIs, as tarefas ou funções exercidas pelos profissionais eram comuns a todos e, em outros, estavam segmentados por setor e cada funcionário(a) tinha funções bem definidas (Alimentação, banho, medicação, etc.).

Um número significativo de residentes são natural de outras cidades ou estados, alguns afirmaram que já tinham visitado Florianópolis várias vezes durante as férias e somente quando se aposentaram vieram morar na cidade ou optaram por viver em um RAI. Outro fator que também contribuiu para que pessoas oriundas de outras cidades optassem por morar em Florianópolis e depois em um residencial foi a tentativa de dar ou buscar apoio dos filhos que já estavam estudando ou trabalhando na capital do estado de Santa Catarina.

Os residenciais para idosos configuram-se como lugares para pessoas com mais de sessenta anos de idade, onde mulheres e homens são “internados” pelos seus familiares ou, em raras exceções, escolhem para morar (outros são “internados” por intervenção da justiça). Nos residenciais em que realizei a pesquisa, aproximadamente 85% dos residentes eram mulheres, sendo uma maior proporção de viúvas e uma parcela menor de solteiras; enquanto que os homens representavam aproximadamente 15% e todos eram casados. A faixa etária dos residentes ficava entre sessenta e noventa e seis anos; havia apenas uma residente com cinquenta e um anos, que tinha “sofrido” um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Os RAIs pesquisados possuem características semelhantes quanto à prestação de serviços: todos oferecem quartos individuais e coletivos, as refeições são realizadas em um espaço específico do residencial, na qual se seguia um ritual, mais ou menos

organizado e os residentes mais dependentes eram encaminhados primeiro para as refeições.

Os valores pagos mensalmente pelos familiares ou residentes nos RAIs que pesquisei oscilam entre três e quinze salários mínimos. Esse valor cobrado pelos seus serviços prestados é calculado levando-se em consideração o perfil do residente, a quantidade de atenção e o trabalho dispensado. Além disso, o valor varia de acordo com o tipo de quarto escolhido, individual ou coletivo. Esses critérios também podem ser bem variáveis. Após uma triagem (detalhada) para calcular o valor, é realizado um contrato, sendo que esse pode ser de curta ou longa duração.

Os RAIs que fizeram parte desta pesquisa estão localizados no município de Florianópolis e são Instituições privadas que prestam serviços à comunidade. Todos receberam nomes fictícios de cores, respectivamente: Amarelo, Branco, Cinza e Damasco. Os nomes das pessoas também são fictícios. Todas essas escolhas metodológicas serão melhores explicadas no primeiro capítulo.

Considero que os RAIs pesquisados foram o alicerce da pesquisa, contudo, esse estudo não se limitou a analisar os residenciais em si, mas adotá-los como um lócus privilegiado para pensar as relações e interações desencadeadas pelas expectativas sobre o que deve ser desempenhado pelos RAIs. Analiso nessa dissertação como as expectativas das pessoas que, de uma forma ou de outra, as frequentam, seja trabalhando, residindo, visitando familiares e amigos ou “internados” resultam em um jogo complexo de interação e interesses que acabam por influenciar as práticas de cuidado que caracterizam cada um dos residenciais.

O percurso para a escolha do tema nem sempre foi fácil, a própria construção do objeto de pesquisa nas ciências sociais não é objetivo, mas está ligado a uma série de fatores sobre os quais o pesquisador nem sempre tem controle. A escolha de meu tema se deu através de um longo percurso acadêmico e pessoal. Na sequência, descrevo parte de minha trajetória acadêmica e pessoal que propiciou a escolha e desenvolvimento da temática. A prática de pesquisa que deu origem a essa dissertação envolveu pensar elementos pessoais e subjetivos, que estiveram presentes dentro e fora do campo.

Há algum tempo nutria a ideia de trabalhar o tema envelhecimento e velhice adotando uma perspectiva não apenas “biológica” e “fisiológica” tal como era estimulado a fazer desde 2003 nos projetos que participei enquanto aluno, monitor, professor de Educação Física e pesquisador na Universidade Federal de Santa Maria.

Nessa universidade tive a oportunidade de trabalhar em diversos projetos de extensão e pesquisa, entre os quais destaco o Projeto de Extensão Idoso Natação e Saúde (PEINS)⁶ e o Grupo de Atividades Físicas para Terceira Idade (GAFTI)⁷, ambos fazem parte do Núcleo Integrado de Estudo Apoio a Terceira Idade (NIEATI), do Centro de Educação Física e Desportos (CEFD) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Estes projetos tinham como objetivo proporcionar uma melhoria geral da saúde dos idosos por meio de atividades físicas e ocupacionais. Particularmente a preocupação com a saúde estava ligada à concepção biomédica de “bom funcionamento” do corpo, e muitos dos idosos justificavam que estavam nas atividades devido à indicação médica ou para melhoria na saúde⁸. No entanto, os anos de trabalho com estes idosos me proporcionaram perceber que a convivência no grupo era importante motivador para a maioria deles, inclusive os que diziam estar ali “só porque o médico mandou”.

Motivado pela importância dos laços sociais criados entre os participantes desses projetos, desenvolvi, na conclusão do curso de Educação Física, a pesquisa “Concepções de lazer na perspectiva dos idosos e as possíveis propostas da Educação Física no mundo do tempo livre”, bem como o artigo de conclusão da Especialização em Atividade Física Desempenho Motor e Saúde, intitulado “A prática de atividades aquáticas na busca de harmonia biopsicossocial”, onde esbocei alguns questionamentos, ainda que incipientes, sobre pensar o envelhecimento e a velhice também pela “perspectiva social”.

⁶O PEINS iniciou no ano de 1986, tem como objetivo oferecer aos idosos do município de Santa Maria e região atividades aquáticas buscando melhorar a sua condição cardiorrespiratória, sua autonomia de movimentos e proporcionar um ambiente de sociabilidade, semestralmente o projeto atende cerca de 1.000 idosos divididos em 10 turmas. (Registrado no Gabinete de Projeto do CEFD).

⁷O GAFTI é um projeto coordenado pelo professor Marco Aurélio de Figueiredo Acosta, e destinado aos idosos do município de Santa Maria e região. Envolve atividades físicas em geral: ginásticas, recreação, lazer, ciclo de cinema, oficinas de artesanatos, acampamento de idosos, bailes, festas etc. Anualmente mais de 4.000 idosos participam das atividades.

⁸O motivo que mais levou os idosos a procurar as atividades foi à busca por melhorias na sua saúde. Alcançou-se a taxa de 83,3% do número de indivíduos que citaram esse motivo. Pesquisa realizada em 2010 no Projeto Idoso Natação e Saúde e publicada na revista Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre, v.17, n.2, p.333-351, 2012.

Influenciaram minha aproximação dos debates sociológicos e antropológicos as leituras do livro “A velhice”, de Simone de Beauvoir, e do livro “A Reinvenção da Velhice”, de Guita Grin Debert. Também quando participei do Grupo de pesquisa em educação física, esporte escolar e envelhecimento e do Grupo de estudo e pesquisa em gerontologia tomei conhecimento da obra de Michel Foucault. Este autor instigou-me a pensar o corpo enquanto agregador de valores e sujeito ao controle social.

Depois disso, quando me preparava para fazer a seleção do mestrado em educação física na universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estive em permanente contato com professores e alunos do curso de pós-graduação em antropologia social, os quais me convenceram, aos poucos, que a perspectiva sobre a qual eu gostaria de pesquisar o envelhecimento e a velhice poderia ser mais bem aceita dentro do curso de antropologia social. Ou seja, um número significativo de acontecimentos foi responsável por me conduzir em direção à antropologia e ao estudo do envelhecimento e da velhice enquanto um “aspecto sócio cultural”. Por conta disso, no segundo semestre de 2011, deparei-me elaborando o projeto para apresentar à banca do mestrado em Antropologia Social e que tinha como objetivo verificar a percepção e a experiência de ser velho em uma ou mais comunidades de pescadores em Florianópolis, mas tinha dúvidas quanto ao acesso aos locais para realizar a pesquisa.

No final do primeiro semestre de 2012, durante minhas primeiras reuniões de orientação com o professor e orientador Alberto Groisman, pensamos em mais dois lugares possíveis para desenvolver o trabalho de campo: o curiódromo de Florianópolis⁹ e os RAIs, da mesma cidade. Nos meses de maio e junho, estive em duas associações de pescadores em Florianópolis. O interesse nestas ocasiões era conhecer os espaços e a viabilidade de realizar o trabalho de campo nas associações. As primeiras dificuldades surgiram quando, nos contatos com os pescadores, apenas encontrei pescadores jovens e de meia idade, o que não era o meu interesse. Em seguida, por sugestão do orientador, realizei observações no curiódromo de Florianópolis, que é frequentado em sua maioria por homens de diferentes idades. Nesse lugar os “amantes” do

⁹ Clube ou associação representado pelos criadores de Curió. Filiado à Federação Sul Brasileira de Criadores de Pássaros - FSB, SAC - Sociedade Amigos do Curió - Matrícula nº 518 e à COCPAN - Cooperativa Nacional de Pássaros Nativos e autorização do IBAMA. (<http://www.sitiodocurio.com.br>).

curió e de outros pássaros se encontram aos finais de semanas para apresentar seu novo ou velho curió aos amigos, participar de torneios de canto de Curió e Trinca-ferro, jogar dominó ou cartas, tomar uma cerveja e conversar com os amigos. Por fim, entrei em contato com a direção do CMI na busca por informações sobre os RAIs e fui informado pela direção do conselho que estes locais são identificados e chamados por eles de “ILPIs”. Participei de reuniões e plenárias que são organizadas pelo CMI e tomei conhecimento das atribuições do conselho, tais como: Fiscalizar, acompanhar e controlar o funcionamento dos programas e instituições governamentais e não governamentais que constituem a rede de atenção e proteção à pessoa idosa; monitorar e avaliar a efetivação da política de atenção à pessoa idosa e propor ações no município de Florianópolis.

Foi nas reuniões do conselho que realizei os primeiros contatos com a maioria dos conselheiros. Na secretaria do conselho, consegui a lista com a relação dos residenciais para idosos do município de Florianópolis, endereços, telefones e sugestões para possíveis contatos. Por telefone, entrei em contato com as equipes dirigentes e agendei visitas. No primeiro momento, fui recebido pelos dirigentes, os quais mostraram curiosidade com o trabalho que pretendia realizar, afirmaram que esta proposta de estudo ainda não havia sido sugerida ou realizada nos “residenciais geriátricos ou casas geriátricas¹⁰”. Segundo eles, esse “tipo” específico de residencial faz parte de um fenômeno recente, com menos de duas décadas de existência, e a maior parte dos estudos estão voltados para os “antigos modelos de asilos”.

Todo o percurso de mapeamento de campo descrito auxiliou a optar, em conjunto com o orientador, por fazer a pesquisa nos RAIs. Estes espaços parecem ser um ambiente rico em exemplos de interações desencadeadas pelas expectativas sobre os residenciais. De um lado, temos uma procura crescente pelos serviços de cuidados para idosos, nos quais familiares tentam transferir essa responsabilidade ou parte dela para os residenciais; de outro, temos empresas que se especializam cada vez mais para dar conta desse mercado e que quase sempre acabam se fechando, como diria meu orientador Alberto Groisman, em um modelo “para-hospitalar”. Os RAIs estão constantemente às voltas com a circulação de profissionais de diferentes áreas, devido às exigências e disputas familiares e fiscalização dos órgãos sanitários. É um âmbito de

¹⁰ Nome utilizado pelos(as) proprietários(as) e equipes dirigentes e por parte das pessoas que vivem ou convivem neste contexto.

negociação que envolve um constante jogo complexo de expectativas das partes envolvidas.

Esse trabalho de pesquisa em RAIs procura contribuir para o campo de estudo da antropologia do Envelhecimento e, por conseguinte, para o campo da antropologia das sociedades complexas, que tem em Gilberto Velho um de seus principais representantes no Brasil.

Os estudos das sociedades complexas caracterizam-se por uma mudança no objeto de interesse da Antropologia, anteriormente voltada para o estudo das ditas sociedades “primitivas”. A partir dos anos 60, surge uma série de pesquisadores interessados no ambiente “urbano”, na sexualidade, na religião, na família, na política e em outras temáticas próprias da sociedade “urbanizada”, “moderna” e “contemporânea”. A temática de meu trabalho, portanto, faz parte desse amplo universo de estudos que são possibilitados a partir do momento em que os antropólogos voltaram seu olhar para sua própria sociedade ou cultura.

Os estudos da antropologia sobre envelhecimento interessam-se particularmente pelas representações sociais e culturais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores(as) e de profissionais de saúde sobre o corpo velho e o processo de envelhecimento. Em geral, os simpósios e grupos de trabalho dos principais eventos brasileiros têm estabelecido um diálogo com perspectivas de diversas áreas do conhecimento, reconhecendo a importância de um diálogo “multidisciplinar”. Meu trabalho busca, em certa medida, dar ressonância a estas questões.

No primeiro capítulo, tento dar conta de algumas questões éticas e metodológicas que envolveram o fazer etnográfico dentro dos RAIs pesquisados. Almejo apresentar a metodologia utilizada e fazer breve caracterização dos residenciais com as quais fiz pesquisa. Também descrevo como realizei minha gradual inserção em cada um deles e os recursos utilizados na pesquisa: convivência observante, diários de campo e entrevista.

O segundo capítulo versa sobre o caráter institucional dos RAIs. Descrevo como os RAIs podem ser o “desdobramento dos antigos asilos”, e como sua atual configuração tem tentado se afastar do estigma a que sempre estiveram envolvidos os “asilos”. Para fazer isso, eles têm tentado reivindicar para si um caráter menos “institucional” e mais próximo de um “ambiente familiar” ou “profissional”. Também faço algumas reflexões sobre a noção de reprivatização da velhice levantadas por Guit Debert e incentivada pelo Estado no estatuto do idoso quando atribui à família e à comunidade a responsabilidade de cuidar do Idoso. Além disso, busco apresentar formas de agenciamento dos residentes.

Estar imerso nesse ambiente fortemente regrado não impede que os residentes encontrem formas de agenciar suas vontades e reduzir ou simplesmente contestar o que é estabelecido como regra.

No terceiro capítulo, busco apoio da antropologia das emoções para refletir sobre a construção do sujeito idoso em meio às transformações sofridas no “processo” de envelhecimento. Através dos diversos relatos de perda, aceitação e negação da velhice, descrevo as afetividades das pessoas com as quais fiz pesquisa seus vínculos familiares e sua relação com a proximidade da morte.

Finalizo a dissertação com um capítulo no qual apresento os diferentes pontos de vista que permeiam a noção de cuidado entre residentes, familiares e profissionais de saúde. O cuidado é objeto de permanente negociação dentro dos RAIs e é em volta dele que se desencadeiam o jogo complexo de negociação e formas específicas de interação entre idosos/funcionários, idosos/familiares e idosos/idosos.

CAPITULO 1

UMA ETNOGRAFIA NOS RAIs: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS, METODOLÓGICAS E POLÍTICAS.

A antropologia nas últimas décadas tem se caracterizado por um forte debate sobre seu método. O exercício de discussão do método etnográfico tem sido apontado como fundamental para que se possa, minimamente, discutir sobre a autoridade etnográfica e explicitar a forma como o texto etnográfico é construído. Nesse sentido, dedico este capítulo para refletir sobre os procedimentos empregados na pesquisa que realizei dentro dos RAIs e suas implicações. Também busco caracterizar os quatro residenciais a partir da descrição de minha primeira incursão em cada um deles. Na sequência, abordo como me fiz ser reconhecido enquanto pesquisador no campo e como o processo de conhecimento do outro é muitas vezes permeado por situações desconcertantes. Por fim, tento caracterizar a escrita etnográfica como um texto que reflete não somente os dados de pesquisa, mas todo o emaranhado de relações, expectativas, disputas, aflições e outras experiências intensas vividas pelo antropólogo em campo.

1.1 Opções metodológicas e reflexões éticas suscitadas pela etnografia nos RAIs

A opção por realizar a pesquisa em mais de um residencial tinha como objetivo ter acesso às possíveis variações que poderiam ser encontradas nos residenciais. Todos são fiscalizados pelos mesmos órgãos e estão submetidos às mesmas normas. Realizando a pesquisa em mais de um residencial, tornava-se possível conhecer as recorrências presentes nos RAIs, mas também as diferentes estratégias criadas em cada um para adaptar as formas de cuidado utilizadas às normas da ANVISA, CMI e CEI.

As reuniões e plenárias do CMI foram importantes para conhecer os seus membros, suas rotinas e ter acesso aos RAIs. Os primeiros contatos foram realizados por telefone, estava otimista quanto à possibilidade de realizar a pesquisa, mas aguardava ansioso se conseguiria, no primeiro momento (primeiro telefonema), falar com os proprietários(as), dirigentes e/ou gestores dos RAIs. Para minha surpresa, os quatro RAIs com as quais fiz contato concordaram em receber-me e autorizaram realizar a pesquisa.

Os nomes dos residenciais foram trocados por pseudônimos inspirados em cores escolhidas a partir da ordem de contato. Dessa

forma, no decorrer do texto irei me referir aos residenciais com os quais fiz pesquisa como: RAI Amarelo, RAI Branco, RAI Cinza e RAI Damasco. Os RAIs pesquisados possuíam diferentes capacidades de oferta de vagas para atendimento. O número de vagas variava entre dez e quarenta e oito, e, com exceção de um deles, eram destinados a pessoas de ambos os sexos.

Da mesma forma, usei pseudônimos para mencionar as pessoas com as quais mantive contato durante a pesquisa. Para facilitar a compreensão entre os residenciais, os nomes para as pessoas iniciam com a primeira letra do residencial a que cada um estava vinculado. A atribuição de outros nomes para os RAIs e as pessoas visa o anonimato dos residenciais assim como de quem se dispôs a colaborar com a pesquisa. Reconheço, contudo, assim como Fonseca (2010), que o anonimato dos sujeitos de pesquisa pode ser visto como uma estratégia de autoproteção utilizada pelo pesquisador, do que uma “proteção real” para as pessoas com as quais fizemos pesquisas. Segundo a autora, o uso de nomes fictícios não garante o anonimato aos informantes, justamente porque a descrição densa depende da riqueza dos detalhes contextuais – tanto do local, quanto do indivíduo.

Em minhas primeiras incursões ao campo, os(as) dirigentes não mencionaram a necessidade do uso do anonimato. Com o tempo, porém, percebi que o anonimato era normatizado entre os profissionais da saúde, eles o pressupunham ao tomarem como referência as pesquisas realizadas nos RAIs por outras áreas (enfermagem, direito, medicina entre outras) e as suas próprias pesquisas. O anonimato para eles(as) era uma regra. Mesmo assim, quando faziam comentários sobre questões que consideravam problemáticas em relação ao funcionamento dos RAIs, sobre os(as) dirigentes e sobre os familiares de residentes, alguns interlocutores questionavam-me: “Os nomes não vão aparecer?” “Você não vai colocar o meu nome?” ou “O meu nome não vai aparecer, né?”. Essas frases eram pronunciadas com uma entonação de pergunta, mas soavam como uma afirmação. Aos poucos, fomos elaborando um acordo e fui afirmando verbalmente, quando tinha oportunidade, que não iria citar os nomes dos residenciais nem das pessoas. Foi um contrato verbal de consentimento mútuo.

Segundo Claudia Fonseca (2010), mesmo que o pesquisador decida pelo anonimato, a responsabilidade última está com o autor da pesquisa. O distanciamento inerente na ética do antropólogo vem da combinação do engajamento pessoal e do olhar analítico:

Conviver com tensões não significa, no entanto, assumir uma postura neutra ou se eximir do conflito. Achando que o peso no debate - em determinado momento - tende mais para um lado, e ciente (ou crente) quanto às consequências políticas de tal pendor, o pesquisador se posiciona (FONSECA, 2010, p.224).

Embora os(as) dirigentes estivessem informados(as) quanto ao anonimato dos RAIs, eram visíveis as inquietações diante de minha presença. Alguns buscavam limitar os dias e horários que o pesquisador poderia permanecer nos residenciais e os locais pelos quais poderia circular.

As preocupações também estavam voltadas para as possíveis informações que eu poderia trocar com familiares e residentes e de como estas poderiam influenciá-los. Seguidamente faziam-me recomendações para que não falasse com eles sobre outros residenciais, nem traçasse comparações entre eles. Esses pedidos, obviamente, foram observados em respeito aos dirigentes. Em vários momentos, fui questionado por familiares, residentes e funcionárias sobre a existência e funcionamento de outros RAIs. Tentava responder de maneira simples e direta que era um pesquisador e não poderia e nem deveria fazer este tipo de avaliação.

Além dessas questões, a realização de pesquisa dentro de instituições particulares enfrenta algumas dificuldades comuns: os proprietários e dirigentes podem impedir a presença de qualquer pessoa em suas dependências e, uma vez tendo acesso aos residenciais e às pessoas, os(as) dirigentes, funcionários(as) e residentes podem dificultar o trabalho do pesquisador. Sabe-se que existe resistência à realização de pesquisas dentro das instituições, sejam elas públicas ou privadas. Segundo Langdon et al (2008), as dificuldades para realizar pesquisas na área da saúde e entrar em campo são muitas, além da dificuldade em obter a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade. Em vários momentos de suas pesquisas, mesmo com toda a documentação em ordem, os chefes de setores dificultavam a entrada dos pesquisadores, alegando motivos diversos.

Por isso, esperava encontrar uma série de dificuldades para realizar a pesquisa, como a imposição de regras, condições e burocracia. Sabia que, após passar por uma maratona burocrática para conseguir permissão para fazer a pesquisa, não teria nenhuma garantia de que os eventos iriam correr bem. Considerava possível que os profissionais se

negassem a falar comigo ou encontrassem formas de dificultar e mesmo impedir meu acesso a algumas informações.

Parte do receio que tinha ao entrar em campo se concretizou, em especial ao que diz respeito à burocracia ou garantia. A maioria dos(as) dirigentes dos residenciais exigiram um documento comprovando ser pesquisador da universidade. Esse documento seria utilizado para diferentes fins, justificar minha presença nos RAIs junto a ANVISA e ao CMI (fiscalização), para comprovar que não teria vínculo de trabalho e como uma forma de identificação. Além disso, a maior parte dos(as) proprietários(as) e dirigentes estabeleceram dias e horários para realizar a pesquisa, alegando não ser possível permanecer em todos os horários, pois as funcionárias e cuidadoras estariam organizando os residenciais e cuidando dos residentes, limitando assim o campo de ação do pesquisador.

O que estas dificuldades impostas pelos RAIs, pelos(as) dirigentes nos dizem? Será que podemos entendê-los apenas como cumprimento da lei ou das normas? Por que o pesquisador tem que passar por isso? Poderíamos entender essa excessiva burocracia e controle sobre a pesquisa dentro dos RAIs como resistência à presença do pesquisador? A resposta estaria apenas na “má vontade” de dirigentes e profissionais? Ou tudo isso é um espelho do tipo de atividade que fazemos? Será que estamos constringendo e colocando contra a parede nossos interlocutores, nossos informantes?

O que é o contato? Quais as dificuldades presentes ao estabelecer relações em campo? Os desconfortos são sentimentos recorrentes na antropologia. Seeger (1980), afirma que toda a pesquisa de campo é, até certo ponto, uma violação da sociedade estudada. Seja pela relação de alocação do tempo do informante, seja porque o antropólogo faz perguntas desagradáveis ou então porque sua presença causa outras privações como quando passa comer do roçado do nativo ou ignora determinadas convenções sociais ou perigos naturais (SEEGER, 1980, p. 26).

Como dar sequência à pesquisa sem “violiar” nossos informantes? Basta cumprir com as exigências e as normas dos comitês de ética? Essas questões nos levam a um grande dilema enfrentado pelos estudos antropológicos quando ocorrem em instituições: adequar-se a normas éticas pré-estabelecidas ou a uma conduta ética que considera o diálogo no contexto pesquisado e estabelecido pós-contato. Mais do que um “consentimento esclarecido”, administrativo e formal, os antropólogos buscam o entendimento consistente obtido durante a própria convivência e diálogo entre pesquisadores e pesquisados, em momentos

e de formas muito particulares e distintas dos moldes postulados pelos Comitês de Ética (LANGDON et al. 2008).

Particularmente, considero que, na elaboração de um documento de inspiração etnográfica, busca-se uma visão ampla da pesquisa de campo como um processo construído conjuntamente entre pesquisador e pesquisado, de forma dialógica e fundada no respeito ao conhecimento dos valores locais. Por isso, optei por não submeter meu projeto de pesquisa ao comitê de ética da universidade. Submetê-lo seria uma mera formalidade, já que o próprio objeto da pesquisa e sua abordagem poderiam ser “negociados” durante a pesquisa.

Com tal desafio, busquei apoiar a preocupação de fazer da atitude ética um evento cotidiano e denso, desenvolvido no dia-a-dia e não somente formal. Esta também é uma postura preocupada com as questões éticas. Segui todas as recomendações e solicitações feitas pelos(as) dirigentes, funcionárias, residentes e familiares, de cada residencial, não só porque isso era a prática recorrente ou o que eu devia fazer, mas também porque identifiquei que este era um valor internalizado por essas pessoas e respeitá-los era também um critério ético e meu primeiro passo para conquistar sua confiança. Além disso, como são estabelecimentos particulares, não haveria como fazer a pesquisa sem seguir essas condições. Também tinha como critério que, se assim solicitassem, eu o faria.

Igualmente, procurei ser sensível para reconhecer a sobrecarga de trabalho e conduzir a pesquisa de forma a perturbar o mínimo possível os residentes e a rotina das atividades dentro dos residenciais. Não só porque isso facilitaria a aceitação de minha presença, mas também porque considerava que era inaceitável que a pesquisa impedisse ou atrapalhasse o serviço e a rotina das pessoas que circulam nos RAIs. Também busquei atender a determinadas solicitações de alguns residenciais, como a de não acompanhar a troca de fralda e banho das mulheres.

Apesar de adotar tal postura, houve momentos em que foi difícil compreender qual a atitude mais correta a seguir. Em alguns dos residenciais as funcionárias (enfermeira, técnica em enfermagem e cuidadoras) conversavam comigo enquanto mecanicamente trocavam fraldas e roupas. Essas situações faziam me sentir profundamente incomodado. Como nesses casos os residentes não falavam e pouco se moviam, não conseguia saber qual eram seus sentimentos em relação a minha presença.

Essas preocupações acompanharam toda a pesquisa desde que cheguei aos RAIs, pois sabia que estava invadindo o ambiente de

trabalho e a privacidade das pessoas que lá estavam. Com as funcionárias e dirigentes, procurei fazer contatos e interagir nos momentos em que estavam disponíveis e dispostos a falar. No entanto, quando se tratava dos residentes que não conseguiam se comunicar devido a impedimentos “físicos” ou “mentais”, não sei o quanto consegui ter êxito na negociação para chegar à forma mais ética de conduzir a pesquisa. O anonimato, apesar de suas limitações, foi uma forma de evitar ao mínimo eventuais possibilidades de comprometer a integridade daqueles residentes que estavam ou foram expostos para o pesquisador. Para minhas reflexões o nome ou identificação individual não eram relevantes, e sim quem era a aquela pessoa e como se estabeleciam as interações e desdobramentos nos contextos dos residenciais. Contudo, reconheço que tal medida não diminui o constrangimento que talvez minha presença possa ter causado a esses indivíduos, cuja condição de saúde impedia, inclusive, que expressassem algum tipo de consentimento ou de discordância.

Portanto, a grande dificuldade ao dialogar com os comitês de ética, que geralmente tem seus procedimentos ditados pelas ciências exatas, é conseguir conciliar determinados procedimentos requisitados pelos mesmos com a postura ética defendida pela antropologia. No caso de pesquisas na área da saúde, a grande exigência ou a ênfase dos comitês de ética recai sobre o consentimento informado. Se os Comitês de Ética reconhecem e aceitassem outras formas de consentimentos que não o “termo de consentimento livre e esclarecido”, não haveria tantas controvérsias.

Entendo que nas ciências sociais a ética não se resume ao consentimento e é negociada a *posteriori* à aceitação da presença e à autorização para fazer pesquisa. A ética se dá no diálogo franco e aberto com cada grupo pesquisado. Quando o antropólogo faz a pesquisa de campo, ele tem que negociar sua inserção e sua presença na comunidade, fazendo com que sua permanência e o conhecimento que obtém possam ser permanentemente negociados. Não existe um regulamento imposto por uma das partes, mas sim um consentimento mútuo e contínuo.

1.2. O campo da pesquisa

Como mencionado anteriormente, a pesquisa foi realizada em 2013 e teve que adaptar-se à rotina e às normas de cada um dos residenciais, que embora tenham muitas semelhanças, ocasionadas pelo cumprimento das exigências da legislação, não necessariamente seguem

um padrão. Na primeira semana de pesquisa, permaneci apenas no residencial Amarelo, com o intuito de adaptar-me com o ambiente e familiarizar-me com alguns termos utilizados pelos profissionais de saúde do local. Somente a partir da segunda semana estendi o campo para o residencial Branco. Durante os meses de março e abril, realizei incursões nesses dois residenciais, e nos meses de maio e junho em outros dois, residenciais Cinza e Damasco.

Iniciei a pesquisa no residencial Amarelo porque a dirigente, senhora Ana, autorizou minha permanência no local sem impor restrições de horário. Tive a oportunidade de estar no local em diferentes dias e horários com uma frequência de duas a três vezes na semana. No entanto, no residencial Branco, o senhor Bruno, proprietário e dirigente autorizou a pesquisa em dias e horários pré-estabelecidos. Quando mencionei que estava realizando a pesquisa em outros residenciais do município de Florianópolis, ele sugeriu então que eu fosse duas vezes por semana, nas terças e quintas-feiras, durante o horário de visita. Assim poderia ter um contato também com os familiares e amigos dos residentes. Os horários de visita eram preferivelmente das 15h às 17h, em todos os dias da semana.

No RAI Cinza, fui autorizado pela proprietária e dirigente, dona Cíntia, a permanecer nos horários das 9h às 11h30min e das 15h às 17h. A justificativa da dirigente era a de que esses horários estavam destinados às visitas dos familiares ao local e que os demais estavam destinados à rotina do residencial e por isso não era possível autorizar minha presença nos outros horários. Segundo ela, as “meninas” (cuidadoras) antes das 9h estariam ocupadas com banho e café da manhã das residentes, das 11h30min às 15h era horário de almoço das residentes e funcionárias e horário de descanso das mesmas e depois das 17h já era considerado noite. A dirigente afirmou que tem preferência por residentes do sexo feminino, que dão menos trabalho. Seu quadro de funcionárias também são todas do sexo feminino. Minhas incursões nesse residencial foram entre três a quatro vezes na semana, de forma que intercalei as incursões ao campo entre manhãs e tardes, assim poderia verificar as rotinas em diferentes dias e horários no residencial.

No RAI Damasco, quarto e último, a enfermeira chefe, Dóris, solicitou que minha pesquisa “sempre” fosse agendada previamente por telefone, disse que gostaria de estar presente quando eu fosse realizar a pesquisa. Assim, o dia e horário deveriam corresponder à disponibilidade dela. Todas as visitas foram agendadas com a profissional por telefone, uma ou duas vezes na semana, e o tempo de permanência no residencial era de em torno de duas horas.

Embora os dias e horários “liberados” para realizar a pesquisa tenham sido, quase que totalmente, limitados aos horários de visitas, ainda assim foi possível ter conhecimento de determinadas rotinas e perceber as interações que se constroem dentro desses espaços. As distintas formas que cada residencial estabeleceu para manter o controle sobre minha presença, por si só, já dizem muito sobre as políticas de controle adotadas pelos residenciais.

A falta de um convívio mais extenso nos residenciais também não impediu que mapeasse algumas práticas de cuidado desenvolvidas no local, como se constituíam os sujeitos que compartilhavam os espaços dos RAIs e como o envelhecimento e sua proximidade com a morte eram significados pelas pessoas envolvidas nessa relação. Obviamente, para isso tive de lançar mão de algumas estratégias que permitiram criar situações de diálogos com as pessoas menos acessíveis. Para chegar a alguns familiares ou cuidadoras, usava como pretexto conversar com residentes com os quais sabia que eles viriam a ter contato nos momentos seguintes. Assim, conseguia estabelecer redes de relações e ter a confiança de um número maior de interlocutores.

Todas as pessoas contratadas pelos RAIs pesquisados (no momento que realizei a pesquisa) para exercer os cargos de enfermagem, técnico em enfermagem e cuidador(a) eram mulheres. Por conta disso, sempre que me referir às pessoas que ocupam esses cargos, flexionarei o gênero no feminino. Com os funcionários homens ou prestadores de serviços que ocupavam os cargos de médico, fisioterapeuta, jardineiro, entre outros, no entanto, houve poucas oportunidades de contato e não realizei pesquisa com eles. O único homem do quadro de funcionários, que fez parte da pesquisa foi o proprietário do RAI Branco.

Para familiarizar o leitor com os principais contextos da pesquisa em que as negociações de horários e as estratégias de inserção em campo foram realizadas, descrevo como foi meu primeiro contato em cada um dos quatro RAIs e aponto algumas de suas principais características. A descrição desse primeiro encontro, quase sempre formal, com os(as) proprietários(as) e dirigentes visa mostrar o clima e o ambiente no qual fui recepcionado e que, em muitos momentos, acabou por direcionar a forma de pesquisa que realizei em cada um dos residenciais.

Em minha primeira incursão ao campo, cheguei ao residencial Amarelo um pouco antes do horário combinado, e pelo interfone me identifiquei como estudante da UFSC que havia marcado uma “entrevista” com a senhora Ana, profissional da saúde que administrava

o residencial. O portão eletrônico abriu, entrei e fui informado pela funcionária Arley, que trabalhava na secretaria do residencial, que a dirigente não havia chegado. Neste momento, a enfermeira responsável de plantão veio em minha direção, cumprimentou-me e falou que eu poderia aguardar no “hall” do residencial, pois logo Ana iria chegar.

Pouco tempo depois, a responsável pela administração do residencial chegou. A dirigente Ana mostrou-se disposta a auxiliar-me com a pesquisa, apresentei o documento pedido por uma das sócias-proprietárias do residencial, que estava na administração quando ela estava de férias em 2012. Segundo a sócia-proprietária, dona Adelina, para autorizar minha permanência no residencial, era imprescindível uma declaração de que eu era estudante ou estagiário e que não teria nenhum vínculo de trabalho com o residencial. As preocupações dela derivavam de questões trabalhistas, era necessário deixar claro que o pesquisador não teria nenhum vínculo trabalhista, pois estaria no residencial mais de uma vez na semana e, nesses casos, segundo ela, se não existisse um documento que declarasse que “o estágio” ou pesquisa era obrigatório, ela teria de pagar um salário.

A senhora Ana, de posse do documento, autorizou minha permanência no residencial. Por fim, disse que colocaria um aviso informando as demais pessoas do residencial sobre a minha presença.

Nas primeiras incursões a campo no residencial Amarelo, permaneci no hall, sala de entrada e refeitório para conhecer as pessoas e dar a elas a oportunidade de se familiarizarem com minha presença, bem como tomarem conhecimento da minha pesquisa. Também aproveitei para conhecer de forma mais ampla o cotidiano, as formas com que se desenvolviam as atividades no residencial, assim como as características da mesma. Este conhecimento auxiliou a escolher a fazer as incursões nos dias e horários que aconteciam as atividades de dança, recreação, musicoterapia, fisioterapia, “atividades de memória” e atividade física e as visitas dos familiares. Esta escolha foi realizada porque percebi que antes e durante as visitas dos familiares e atividades desenvolvidas pelos diferentes profissionais não cuidadores desencadeavam-se outras formas de interações que não necessariamente estavam pautadas na rotina do residencial.

Procurei chegar ao local antes do início dessas atividades mais específicas, e tentava identificar as expectativas que cada residente expressava a respeito do que estava para acontecer. Em determinada manhã, Dona Aline, “diagnosticada” com Alzheimer segundo a técnica em enfermagem e cuidadora Alana, que estava deitada na poltrona disse: “Hoje o meu médico vai vir”, referindo-se ao fisioterapeuta, ao qual ela

e outras residentes chamam de médico ou “doutor”. Dona Alba, que parecia estar sempre caminhando de um lado para outro no residencial, também aguardava ansiosa pelo fisioterapeuta e, ao avistá-lo no pátio do residencial, falou: “aquele bandido lá vem, ele me judia, lá vem ele com aquele sorrisinho”. Em outra oportunidade, a residente Dona Adriana também fazia comentários ao lembrar-se das aulas de músicas: “hoje à tarde vai vir a professora de música, tenho que dar um jeito de comprar outro pandeiro, pois esse meu não tem como apertar mais, já está frouxo”.

Essas expectativas em relação às atividades que quebravam a rotina diária do RAI também estavam presentes quando sabiam que receberiam visitas de algum familiar. A ansiedade em esperar a visita de um familiar fazia com que os residentes comentassem repetidamente sobre o que estava para acontecer. Também pude participar direta ou indiretamente de muitas dessas atividades e, com isso, vivenciar uma série de tensões e conflitos que mencionarei mais à frente.

O RAI Amarelo iniciou suas atividades há mais de uma década, como uma “casa de família”, quando a proprietária alugava alguns quartos para três ou quatro pessoas “com mais idade”. Com o passar do tempo, a procura aumentou e a proprietária necessitou aumentar a estrutura da casa e contratar novos(as) funcionários(as). Atualmente possuía capacidade para mais de quarenta residentes, mas, durante o período em que realizei a pesquisa, o número oscilou entre trinta e trinta e três residentes.

As vagas são preenchidas por homens e mulheres com diferentes condições de saúde ou grau de dependência. Há os acamados, que não saem do quarto, os que precisam de auxílio para se deslocar dentro do residencial, que em sua maioria fazem uso de cadeiras de rodas e outro grupo que consegue caminhar sem auxílio. As equipes de profissionais de diferentes áreas dividem as tarefas diárias dentro do residencial. No RAI Amarelo, além das cuidadoras contratadas pelo residencial, existe um número significativo de cuidadoras particulares, contratadas pelos familiares ou pelos próprios residentes para dar atenção exclusiva. De qualquer forma, as funcionárias do residencial ou as contratadas pelas famílias dos idosos, todas fazem uso de jaleco branco (normas do RAI) com seus nomes bordados.

O início da pesquisa no residencial Branco ocorreu dez meses após a primeira incursão em 2012, quando informei o senhor Bruno, dirigente do local, de minha intenção de fazer pesquisa nos RAIs em Florianópolis e pedi sua autorização para fazê-la também dentro do residencial Branco. Ao chegar em frente ao residencial, antes que eu

pudesse tocar o interfone, o dirigente abriu o portão pelo controle remoto e convidou para entrar e disse: “estava te esperando, chegou quase na hora do café”. Ele sabia que eu iria até o local porque havia telefonado no dia anterior para formalizar a autorização e para iniciar a pesquisa. Por telefone seu Bruno havia pedido para conversarmos às 14h30min do dia seguinte.

Na ocasião, entreguei o documento declarando meu vínculo com a Universidade, documento que ele havia pedido na primeira visita. Segundo o dirigente, esse documento não era uma exigência somente dele, pois se eu fosse realizar a pesquisa em outros residenciais, também iriam pedi-lo. O dirigente afirmou que os órgãos fiscalizadores exigem que todas as pessoas que trabalham ou realizam outras atividades no recinto tenham sua presença formalmente justificada.

No RAI Branco, o café da tarde é servido todos os dias às 15h, na mesa da sala. Estava disponível uma variedade de alimentos (café, leite, sucos, pães, bolos, etc.) servidos para alguns residentes, seguindo suas restrições alimentares, médicas ou preferências. Para Seu Batista, noventa e seis anos, residente há mais de um ano, embora falasse muito pouco devido a sua saúde fragilizada e diagnosticado com Alzheimer, não lhe faltava fome, principalmente para comer pão de queijo e as frutas que mais gostava: laranja e banana. Os visitantes são convidados para tomar café, primeiramente pelos residentes, depois o convite era ampliado pela equipe dirigente, funcionárias; e algumas vezes, os visitantes mais empolgados ou íntimos do residencial também realizavam os convites para os mais novos visitantes, neste caso o pesquisador.

A presença constante dos proprietários no residencial é um ponto valorizado por eles, “esse é o nosso diferencial no atendimento” falou um dos dirigentes. A senhora Bruna, esposa do senhor Bruno, é profissional da saúde, auxilia na administração do residencial e também faz o acompanhamento dos residentes. Segundo os dirigentes, o residencial era um sonho compartilhado pelo casal e foi criado há pouco mais de uma década a partir da vontade de terem uma “casa estilo familiar”. Conta que eles fazem praticamente quase todas as refeições no residencial, dona Bruna disse: “nós valorizamos esta vivência junto aos idosos”.

O residencial Branco tem capacidade para quinze residentes e, durante a pesquisa, esse número oscilou entre doze e quinze. Os residentes também poderiam ser descritos em três grupos: os acamados, que não saem do quarto, os que precisam de auxílio das cuidadoras para se deslocar nos espaços do residencial, que fazem uso de cadeiras de

rodas ou são auxiliados pelas cuidadoras e um terceiro grupo que consegue caminhar sem auxílio de outra pessoa. Alguns quartos são individuais e outros coletivos (cinco quartos com uma cama cada, e cinco quartos com duas camas). Duas residentes, Dona Bela, setenta e oito anos e Dona Babety, noventa e dois anos, gostavam de auxiliar nas atividades da cozinha. No plantão da técnica em enfermagem Bárbara, quando ela sai para ir à fruteira, costuma convidar dois residentes: Seu Brito, setenta e oito anos e Dona Bela, que aguardam ansiosos pelo passeio e para jogarem na Mega-Sena.

No segundo contato com o residencial Cinza, a cuidadora Dona Carlota foi quem me atendeu. Ela abriu o portão eletrônico e depois a porta da sala. Como resposta ao meu cumprimento, disse: “bom dia” e saiu para o interior do residencial em silêncio. Enquanto aguardava na porta da sala por alguns segundos, contei treze idosas sentadas em poltronas individuais em formato de círculo na sala. Algumas pareciam estar dormindo, outras, tão distraídas com a televisão, que pareciam não perceber minha presença.

A técnica em enfermagem Carla, que era a responsável pelo plantão no dia e responsável pela medicação das residentes, informou que a proprietária estava para chegar e a enfermeira chefe estava de férias. Então pedi se poderia aguardar e ela respondeu com um movimento afirmativo da cabeça e retornou para o interior do residencial. Após alguns minutos, dona Cíntia chegou, respondeu ao bom dia de uma residente que estava sentada na poltrona quase frente à porta da sala e se dirigiu para o escritório. Eu a reconheci, pois havia conversado com ela no ano de 2012, na mesma semana em que eu havia visitado os outros residenciais.

No momento anterior a sua chegada, eu tinha iniciado uma conversa com Dona Carmem, oitenta e sete anos, que falou baixinho: “essa é a dona da casa”. A conversa continuou sobre os medicamentos que ela usava para aliviar as dores dos joelhos. Alguns minutos depois, a técnica em enfermagem Carla falou do corredor, entre o escritório e a sala: “A dona Cíntia falou para você entrar” e voltou para o interior do residencial. Entrei e falei que o motivo de estar ali era o de iniciar a pesquisa conforme havíamos falado anteriormente. Ela perguntou em quais dias eu pretendia fazer a pesquisa, respondi que, se fosse possível, em todos os dias da semana, ela olhou nos meus olhos e concordou, porém, estabeleceu horários: das 9h às 11h30min e das 15h às 17h.

A dirigente do residencial não estava tão simpática como no primeiro encontro, em junho de 2012. Com o andamento da pesquisa, passei a perceber que a falta de profissionais modifica o humor das

pessoas nos residenciais, na ocasião, dona Cíntia havia falado que estava “perdida” no meio de tantos papéis. A enfermeira chefe, Cissa, que também auxilia na administração, estava de férias, e dona Cíntia teria que “fazer tudo sozinha”. Além disso, faltavam duas funcionárias para completar o quadro (uma vaga para cozinheira e outra para camareira). Entreguei o documento que ela e a enfermeira Cissa haviam pedido para identificar que eu era estudante, na ocasião a enfermeira Cissa e dona Cíntia não se referiram ao documento para outros fins a não ser para identificar que era pesquisador. Então falei para dona Cíntia que não queria atrapalhar e retornei para sala para conversar com a Dona Carmen, que me parecia ser a pessoa mais disposta a falar no residencial naquele momento.

O RAI Cinza possui capacidade para vinte e duas pessoas e suas vagas são exclusivas para mulheres, isso porque, segundo a proprietária e dirigente, dona Cíntia, “elas dão menos trabalho”. Durante a pesquisa, todas as vagas do residencial estavam ocupadas, os quartos são coletivos e, em sua maioria, possuem quatro camas. As residentes poderiam ser classificadas em dois grupos: as acamadas, que ficavam praticamente na cama e em ala separada das demais residentes; e em outro grupo as que necessitavam do auxílio das cuidadoras para se movimentar, sejam por meio da cadeira de banho, sejam apoiadas pelo braço (poucas conseguem caminhar apoiadas nos braços das cuidadoras); apenas uma residente, com muita dificuldade, conseguia caminhar sozinha dentro do RAI. As funcionárias usam jaleco branco. Algumas profissionais usam como identificação o nome bordado nele e o curso que possuem: enfermeira, técnica em enfermagem e outras usam apenas o nome.

No RAI Damasco, quarto residencial em que realizei a pesquisa, havia agendado por telefone com a proprietária, dona Dalva, uma entrevista para falar de minha pesquisa, isso porque em 2012 o contato que tive com ela foi somente por telefone sobre a pesquisa que estava pretendendo realizar. Quando cheguei frente à porta, fui recebido pela funcionária Débora, técnica em enfermagem, não precisei tocar no interfone, pois havia uma ampla janela de vidro e a cuidadora, percebendo minha presença, abriu a porta. Logo que me identifiquei, ela convidou-me para entrar. Fui conduzido a uma sala ampla que dava acesso ao escritório e a outros cômodos do residencial, onde me pediu para esperar, pois Dóris, a enfermeira chefe e que também auxiliava na administração do residencial, estava ocupada com o filho de uma residente. Logo que um senhor saiu do escritório, Dóris saiu na porta e me chamou.

Fiquei um pouco intrigado, afinal, como sabia que eu a esperava se ninguém havia me anunciado para ela? Iniciei falando sobre a pesquisa de campo e que já havia entrado em contato com a senhora Dalva, proprietária do residencial, com quem já tinha mencionado a pesquisa. A dirigente não pediu nenhum documento informando quem eu era, nem mencionou a fiscalização ou que ela estaria preocupada com leis trabalhistas, mas solicitou que minhas visitas ao residencial “sempre” fossem agendadas previamente por telefone. Em todo caso, nessa ocasião tive oportunidade de conversar com ela por mais de uma hora. Durante nossa conversa, ela me mostrou todas as câmeras dispostas pelo residencial, que a permitem saber sobre todos os que circulam pelo local e que explicava como sabia que havia um “estranho” aguardando-a na sala. Além das câmeras, todas as camas/quartos possuem uma campainha e basta o(a) residente acionar para que uma profissional venha o atender.

Minutos mais tarde, dona Dalva chegou e contribuiu com as informações sobre o RAI, comentou que o residencial era novo, com menos de cinco anos e que muitas coisas ainda estavam para mudar para melhor. Na sua fala buscava mostrar o elevado patamar do residencial: “essa residência tem um perfil de excelência”, “nossos residentes são pessoas cultas e a maioria deles são independentes”. Os atributos usados pela dirigente para descrever o RAI buscavam valorizá-lo e mostrar como tinham “um serviço de qualidade superior”, bem como seus residentes tinham um “perfil social distinto”, falando de suas profissões, cargos e sobrenomes. As dez vagas oferecidas no residencial estavam ocupadas.

Minha identidade como pesquisador ficou explícita para os proprietários(as) e equipes dirigentes dos residenciais desde o início, pois entendo que a forma como o pesquisador entra em campo determina o que vai encontrar e vivenciar no decorrer de sua pesquisa. Estou ciente de que essa identificação foi a principal responsável pelo aporte formal que a maioria dos(as) dirigentes exigiram, solicitando documentação que comprovasse meu vínculo com a universidade e estabelecendo dias e horários específicos para a pesquisa. O conhecimento que cada uma das pessoas que frequentavam o residencial tinha sobre minha identidade também foi responsável pelos tipos de relações que consegui estabelecer, como irei descrever na sequência.

1.3. Um pesquisador nos RAIs.

Entre os RAIs em que realizei a pesquisa, em dois fui apresentado pelos(as) proprietários(as) e dirigentes como estudante/pesquisador. No residencial Branco, o dirigente tornou-me o centro das atenções durante o café da tarde, em meu primeiro dia de pesquisa. Ele fez uma apresentação coletiva, para a equipe de plantão, para os residentes e visitantes, apresentou-me como o estudante de mestrado em antropologia que iria realizar uma pesquisa.

Fui imediatamente convidado pela maioria dos presentes a participar do café com eles. Dona Bela, sentada na poltrona, convidou para a mesa do café; Dona Babety, em pé do lado da mesa, informou que ao lado da térmica havia xícaras de todos os tamanhos e gostos e dona Bruna, esposa do seu Bruno, que estava sentada ao lado da mesa preparando o medicamento de uma residente disse: “aqui é assim, chegou vai ter que tomar café”. Berna, serviços gerais do residencial, por sua vez, ofereceu-me um pedaço de bolo, informando que “foi a chefe que fez” e causando sorrisos nos presentes. Os horários fixados para que eu realizasse a pesquisa nesse residencial coincidiam com o horário do café da tarde. Este era um momento de confraternização entre idosos, funcionárias e familiares/visitantes. O que também influenciou significativamente o tipo de interação que estabeleci com eles(as).

Ter sido apresentado formalmente para uma das equipes de plantão do RAI Branco, e principalmente para os residentes, facilitou o início da pesquisa, porque não precisava estar constantemente explicando quem eu era. Em nenhum momento em que estive no residencial Branco, fui confundido com parente de residente, estagiário (técnico em enfermagem ou cuidador) ou “fiscal” (seguidamente estava fazendo anotações). Os residentes contribuíram significativamente para isso, pois, como todos sabiam quem eu era, encarregaram-se de dar as explicações para as funcionárias da outra equipe de plantão e para outros visitantes que não estavam presentes no dia de minha apresentação. Assim, era reconhecido pelos familiares com quem ainda não havia falado, quando os abordava, eles mencionavam que o pai, a mãe ou outros residentes já haviam falado que um pesquisador da universidade estava no residencial.

No RAI Damasco a “apresentação do pesquisador” ocorreu de forma menos formal, aleatória e individual. Na medida em que a enfermeira Dóris ou a proprietária e dirigente, dona Dalva, mostravam os espaços do residencial, apresentavam-me aos residentes e funcionárias que encontrávamos pelo caminho. Foram poucos os

momentos em que presenciei um grupo com mais de três pessoas no residencial, a não ser na hora do almoço. Em todo caso, como eram poucos residentes e funcionárias, consegui ser reconhecido por eles rapidamente. Mas geralmente só conseguia falar individualmente com cada uma das pessoas que circulavam pelo residencial. Isso porque era um lugar onde as oportunidades de interações sociais entre os próprios residentes até existiam, mas eram reduzidas.

Nos RAIs Amarelo e Cinza, após ter obtido autorização para frequentá-los, não houve uma apresentação formal às demais pessoas que estavam no local. Atribuo tal situação devido à falta de tempo dos(as) proprietários(as) e dirigentes. Portanto, nesses locais eu precisei fazer minha apresentação individualmente para os residentes, funcionárias e familiares com os quais iniciava uma conversa. Era constantemente confundido com estagiários, que estavam à disposição para ajudar as cuidadoras quando elas precisavam ou com familiar de algum residente, pois quase sempre estava conversando com um deles. Até cheguei a ser confundido com um “fiscal disfarçado” pela residente Dona Amanda. Ela me disse que por ter me visto várias vezes tirar do bolso um pequeno caderno e anotar alguma coisa, havia pensado que eu era um “fiscal disfarçado”.

Em todo caso, certamente nunca passei despercebido, fui alvo de curiosidade e especulação de todos os que estavam dentro desses residenciais. Quando fui falar com Dona Alda, ela me disse: “Eu achava que você era filho da senhora que chegou essa semana, mas depois vi você falando com Dona Adélia”. A identidade do pesquisador precisou ser construída a cada visita, tanto no residencial Amarelo como no Cinza. Com o passar do tempo, as pessoas estavam mais familiarizadas com minha presença e percebendo quem eu era e que estava realizando uma pesquisa. Alguns residentes perguntaram se a pesquisa já estava quase terminada, duas funcionárias e uma residente me disseram que gostariam de ler a pesquisa depois de concluída.

Além das interações desencadeadas pela forma como fui ou não apresentado em campo, também precisei me fazer reconhecido em todo o encontro com os residentes “com Alzheimer”, ou em outras situações, conhecidas como “demências”. Os encontros com Dona Adélia eram ímpares. A doença estava afetando aparentemente a memória mais recente, e ela perguntava todas às vezes quem eu era, às vezes dizia: “Eu já vi você aqui, mas, mas, ...”, “O que você está fazendo aqui?” e “Como você sabe meu nome?”. As informações e explicações que lhe dava eram praticamente a mesma: “sou estudante/pesquisador de antropologia, estudo o processo do envelhecimento.”. As respostas dela

eram imediatas e quase sempre as mesmas: “então você está no lugar certo, porque aqui só tem velho...”. “Lá fora o trânsito está uma bagunça”, “eu somente saio daqui com a minha filha”, “acredito que estudar seja importante, mas você deveria estudar outra coisa mais interessante do que estudar velhos”.

Apesar disso, com o tempo, fui me adaptando a falar com os residentes que, por algum motivo, tinham “memória curta”. Aprendi a ser cada vez mais sucinto com eles(as) e estar preparado para as frases que pronunciariam logo após minha fala. Conhecia os assuntos que iriam abordar para conversar comigo e me aproveitava desse conhecimento para preparar previamente como entraria em novas questões que poderiam vir a ser pertinentes à pesquisa. Falar sobre o passado quase sempre era uma estratégia útil, porque à medida que contavam sobre suas vidas, também explicitavam valores sobre como viam sua situação.

Enfatizo também as interações surgidas com o estranhamento que identificar-me como estudante de mestrado em Antropologia Social causou na maioria das funcionárias e em alguns residentes, seja pelo desconhecimento do que se tratava a disciplina, seja por certo receio ou respeito que tinham pela disciplina. Seguidamente o silêncio era rompido por uma voz baixa que pedia explicação sobre o que era a antropologia. A cuidadora Carina, do residencial Cinza, disse: “ai me desculpa eu te perguntar, o que é mesmo antropologia?”, e a Cláudia, técnica em enfermagem do mesmo residencial, perguntou: “o que a antropologia estuda?”.

Outros, no entanto, pareciam espantar-se com minha escolha. Camila, uma das técnicas de enfermagem do residencial Cinza, que já havia cursado uma disciplina de antropologia, exclamou um dia: “Nossa, tem que ler muito!”, e Andressa, técnica de enfermagem e cuidadora particular de Seu Ademir no residencial Amarelo, disse: “Você é corajoso!”. Alguns residentes leitores(as) ou graduados em ciências humanas (filosofia, história, sociologia, etc.) tinham um respeito especial pela antropologia.

A identidade de estudante/pesquisador definiu o lugar que ocupei em cada residencial, assim como o acesso a determinados lugares, informações e as interações com os envolvidos na pesquisa. Os dados a que tive acesso são uma parte do todo, possível de ser inferido do lugar que ocupei dentro de cada RAI. Por outro lado, mas no mesmo sentido, o lugar de pesquisador, que aos poucos conquistei dentro dos RAIs, nem sempre estava imune às situações inusitadas do campo. Em muitos momentos, vi-me envolvido em conflitos, gafes e circunstâncias

constrangedoras para as quais nem sempre encontrei uma saída de imediato. É sobre isso que passarei a abordar na próxima seção.

1.4. Conhecer-se e conhecer o outro

Em alguns momentos da pesquisa, fui desestabilizado por acontecimentos que geravam reflexões sobre meus valores, testavam meu lugar de pesquisador e colocavam em evidência meu desconhecimento sobre os cuidados a se ter com um residente. Iniciei descrevendo as situações em campo nas quais me dei conta de que não analisava de forma “distanciada” ou “objetiva” o local e que me fizeram refletir sobre os valores que carregava enquanto professor de educação física e alguém que compartilhava uma ideia de família tradicional, na qual pessoas idosas permanecem em casa com a família até o último de seus dias.

Estava no residencial Amarelo conversando com uma das técnicas de enfermagem, o silêncio no corredor era quebrado por algumas vozes e frases bastante familiares a meu cotidiano de pesquisa: “Dona Andreia, a senhora caminhou bastante hoje?”, perguntava uma cuidadora, “sim, dei cinco voltas no pátio”; “Seu Ademir, a sua mãe vai vir te visitar hoje”; “eu quero ir para meu quarto”; “a senhora acabou de chegar do quarto”; “o meu médico vai vir hoje”. Nesse dia, no entanto, um dos diálogos chamou minha atenção e mexeu com meus valores.

Seu Abel estava com noventa anos de idade, casado com Dona Adélia, que também residia no RAI Amarelo, estava sentado em sua cadeira de rodas segurando uma bolinha de borracha menor que uma de tênis quando falou três vezes seguidas, em tom autoritário, que queria “fazer xixi”. Era a primeira vez que escutava o residente falar com a voz compreensível, apesar de rouca. Na maioria das vezes que o escutei eram sempre tentativas de falas, um balbuciar com catarro na garganta. Amanda, técnica em enfermagem, sua cuidadora particular, estava ao seu lado olhando para o jardim, respondeu: “Seu Abel, já está quase na hora de almoçar, o senhor está de fralda, pode mijar depois eu troco”.

A fala do residente, bem como a resposta da técnica em enfermagem, ecoavam em meus ouvidos assim como o silêncio que se seguiu entre eles enquanto eu continuava conversando com a técnica enfermagem Andressa, cuidadora particular do Senhor Ademir. O que vi e escutei abismou-me, e por quê? Que valores faziam com que eu não conseguisse pensar “objetivamente” sobre a situação, compelindo-me a um julgamento negativo sobre a postura da técnica?

Minha formação na área da saúde pode revelar muito sobre as posturas que tinha em relação ao cuidado e atenção que deveria ser dado aos idosos. Como profissional de saúde (minha formação inicial é em Educação Física), o risco de ser afetado pelos discursos dos informantes era muito grande, pois possuía opiniões fortemente formadas sobre como prestar um atendimento na área de saúde e podia sentir simpatia ou me sentir incomodado diante de situações como a descrita acima.

No caso do Senhor Abel, tinha dificuldades para aceitar que ele devesse fazer suas “necessidades fisiológicas” na fralda. Como professor de educação física para idosos, sempre buscava estimular o movimento, esta também era a formação que obtive durante minha vida acadêmica. Logo, um senhor que queria ir ao banheiro, em minha concepção, deveria ser estimulado a isso.

Também é possível que parte desse desconforto se deva a valores que carrego sobre família. Em minha família, todos os meus avôs morreram em casa sob os cuidados de um ou mais filhos. E, na maioria das vezes, tentava-se respeitar as vontades dessa pessoa velha, seja por uma consideração pessoal, seja porque poderia ser criticado pelos demais familiares ou vizinhos.

Os relatos de antropólogos afetados durante o trabalho de campo são recorrentes na antropologia. Em geral, isso não invalida a pesquisa e pode proporcionar um processo reflexivo de conhecer-se, que contribua para obter um conhecimento mais direto do outro. Ter conhecimento de nossas limitações é o primeiro passo para não deixar que nossas convenções condicionem de forma deletéria o que estamos fazendo. Favret-Saada (2005) atribui ao “ser afetado” uma importância única, não só por tirar o pesquisador do seu lugar do “nós” X “eles”, mas principalmente porque tal exercício daria lugar a um tipo de comunicação “desprovida de representação”, por meio da qual se poderia explorar certos aspectos das relações sociais, que não seriam condicionadas pela noção de representação.

Estar em campo é também uma luta para manter o controle da situação. Muitas vezes, criamos a ilusão de que somos os únicos observadores e os únicos a criar o que poderia chamar de “situações de teste”. Os nossos interlocutores, no entanto, são hábeis em tirar-nos de nossa ilusória zona de conforto. Em uma das incursões a campo no residencial Amarelo, passei, por um instante, de pesquisador a alguém que estava sendo testado.

Quando conversava com Dona Andréia, a mais nova residente, escutei: “não pense que você vai ficar só conversando”, sorrisos, “ajuda aqui”. A técnica em enfermagem Alana solicitava minha ajuda para

retirar Dona Aline da cadeira de rodas e colocá-la na poltrona. Aproximei sem jeito, foi minha primeira experiência em “manipular” o corpo de uma pessoa idosa. Alana percebeu que minha mão estava fechada e disse para que abrisse a mão se não a residente ficaria com hematomas. A pele dos idosos, segundo a técnica, é muito sensível. Segui sua instrução, mas fiz muita força, pois me faltava habilidade para segurar e estava com medo de machucá-la ou derrubá-la. Foi um alívio quando a colocamos na poltrona.

Essa experiência, digamos “física”, de cuidar de uma pessoa idosa foi importante para conseguir me colocar no lugar de quem cuida, mas também me senti testado pela técnica Alana. Estaria ela apenas solicitando ajuda ou queria me mostrar algo? Fiquei pensando sobre o quanto não tinha controle sobre meu ambiente de pesquisa e o quanto minha atenção podia estar sendo direcionada pelos interesses de meus interlocutores.

Em outra situação, no residencial Cinza, uma das cuidadoras direcionou-me para falar com uma das residentes no quarto. Quando entrei pela porta, a senhora que estava sentada na cama gritou: “sai para lá seu negro nojento”. Fiquei paralisado na entrada do quarto por mais alguns segundos enquanto ela desfilava vários xingamentos contra mim. Sem conseguir falar com ela, voltei-me para o corredor e me deparei com as técnicas e cuidadoras em meio a um ataque de riso. Elas então me contaram que este era o comportamento da residente toda a vez que um homem entrava no quarto (principalmente se este fosse de cor negra). Também revelaram que já tinham “sacaneado” o fisioterapeuta de outra residente, fazendo-o entrar no quarto. Se a intenção delas era constranger o pesquisador, elas com certeza conseguiram. Demorei alguns minutos para me reestabelecer, e só em outro dia de pesquisa consegui tomar coragem para tentar fazer contato com aquela residente, que então me ignorou sem ser agressiva.

Definitivamente, estes exemplos mostram como não fazemos pesquisa sozinhos. Nas ciências humanas, não é possível exercer controle sobre o grupo pesquisado. Em muitas situações, o pesquisador é levado por interações provocadas por seus sujeitos da pesquisa e os recortes de nossos dados são influenciados pela gama de interações que vivemos durante a pesquisa.

Mas até mesmo quando o pesquisador tenta exercer o controle das situações e provocar intencionalmente meios de estar presente entre o grupo pesquisado, as coisas podem não sair como o esperado. Tentando participar mais efetivamente da confraternização da hora do café da tarde no RAI Branco, levei bolachas de polvilho e maisena, pois

considerava mais “leve” e ofereci para as pessoas que estavam na mesa naquela ocasião, pensava ser uma postura adotada por visitantes e familiares.

No entanto, minhas bolachas estavam prestes a protagonizar o que poderia ter sido um grande acidente. A residente Berenice pegou uma das bolachas e colocou na boca. Não passou um minuto até que a técnica em enfermagem Bárbara, chefe do plantão, falasse: “Berenice, você sabe que esse tipo de bolacha você não pode comer, porque se afoga”. Mas ela saboreava a bolacha lentamente, enquanto eu a observava torcendo para que nada de errado acontecesse. No entanto, Berenice teve um ataque de tosse, afogou-se, correram lágrimas dos seus olhos e, após um gole de café, tudo deu certo. Acredito que até parei de respirar enquanto a residente passava por isso, não sabia o que fazer e não fiz nada.

Em outra ocasião, Amália, profissional da saúde há mais de dez anos e trabalhando em residenciais, explicou-me que conhecer as limitações dos residentes quanto ao tipo de alimento é fundamental. As pessoas têm que ter cuidado, pois existem idosos que não podem comer determinados tipos de alimentos, por restrições/orientações médicas ou problemas de saúde. Ela contou como a filha da residente Dona Bibiana era intransigente e queria que todos comessem de tudo, mas isso não era possível. Às vezes ela ficava insistindo, mesmo quando os residentes não queriam mais comer. Posteriormente, depois de tanto receber explicações, ela estava mais informada com as restrições que eram impostas a sua mãe e a alguns outros residentes. É preciso saber respeitar e conhecer as preferências e limites de cada idoso. Segundo Amanda, alguns casos podem ser muito perigosos. Nas pessoas que sofrem de refluxo, por exemplo, a comida ou líquido podem ir para o pulmão, podendo causar o afogamento e até mesmo a morte do “paciente”.

A partir da experiência e das informações recebidas, nunca mais ofereci comida para nenhum residente sem informação ou orientação das profissionais. Observei que os familiares levavam alimentos e os deixavam na cozinha para ser servido pelas profissionais, então passei a agir da mesma forma. A gafe do pesquisador, nesse caso, contribuiu para entender o que significa uma orientação de um profissional que nega água e alimentos para uma pessoa. Muitas vezes é difícil aceitar sem pensar que há certo exagero por parte médica, que pessoas, aparentemente bem de saúde, não possam se alimentar de maneira convencional (sem o uso de sonda, por exemplo).

Foi preciso vivenciar o medo de que alguém tivesse graves complicações para entender a responsabilidade que muitos profissionais têm nos RAIs. O conhecimento ou a crença no funcionamento mecânico de um corpo com determinadas limitações faz com que o profissional de saúde se sinta responsável sobre como seus atos influenciarão na saúde e bem estar de seu “paciente”. Não podemos esquecer que também pode levar o profissional a ser responsabilizado criminalmente por ter deixado alguém sem conhecimento ou orientação servir, dar alimentos aos residentes. Na grande maioria das vezes, este residente poderia saborear o alimento de que mais gosta sem que nada lhe acontecesse, mas bastaria que tivesse sérias complicações uma única vez para que a vida da profissional (enfermeira, técnica em enfermagem ou cuidadora) fosse arruinada.

Os horários estabelecidos pelos(as) proprietários(as) e dirigentes de alguns residenciais para que eu fizesse a pesquisa também gerava uma série de situações desconfortáveis. Em certa ocasião, estava conversando com a Dona Carmem, residente há nove meses no RAI Cinza, quando a proprietária, dona Cíntia, saiu do escritório, passou pela sala em direção à porta de saída e perguntou olhando para mim: “até que horas você vai ficar?” Respondi que ficaria até às 11h30min (horário estabelecido por ela para permanecer no residencial), ela levantou o braço, olhou no relógio que estava em seu pulso e falou: “já passou das 11h30min”. Olhou para os demais presentes na sala, disse “tchau” e saiu. A cuidadora Carlota e a técnica em enfermagem Claudia, que estavam na sala, olharam uma para a outra, vários outros olhares se cruzaram na sala onde todas as residentes ficavam sentadas em suas poltronas diariamente em forma de círculo. Apenas falei: tchau pessoal, até de tarde e saí rapidamente. Alcancei dona Cíntia ainda abrindo o portão, mas não falei com ela, sem saber o que dizer, segurei o portão para não bater ao fechar e saí logo atrás em silêncio. Refletindo sobre o que sentia, recordava das dificuldades e desconforto que muitos antropólogos tiveram na inserção em campo.

Geertz (1989), em “Um jogo Absorvente Notas sobre a Briga de Galos Balinesa”, descrevia o quanto foi ignorado por seus nativos até o momento que conseguiu inserir-se na vida deles após fazer parte de uma fuga da polícia. Anthony Seeger, em (1980), no livro “Os índios e nós: Estudos sobre sociedades tribais brasileiras”, foi considerado inapto ao convívio com os adultos e tinha o *status* de uma criança. Por isso, devia segui-las nas pescarias e aperfeiçoar suas técnicas com elas. Encontrar dificuldades de inserir-se parecia normal, mas o que deveria fazer para ser mais bem aceito em campo? Como impedir que a resistência dos

RAIs e seus diretores a minha presença “boicotasse” minha pesquisa? Naquele momento, cumprir os horários estabelecidos pelos(as) dirigentes poderia ser o mais importante.

Esta situação de um controle rígido do horário nesse residencial foi recorrente até o fim da pesquisa. Mesmo na ausência da proprietária no local, meus horários eram “supervisionados” por uma das equipes de plantão, enquanto a outra equipe nunca mencionou o horário ou pediram para que eu sáísse quando me excedia em alguns minutos.

1.5. Da convivência observante à inspiração etnográfica

Parecia ser difícil usar o termo tradicional de observação participante, tendo em vista que os papéis que o pesquisador ocupa não se adequavam a nenhum que pudesse chamar como “participante”, “funcionário”, “residente” ou “familiar”. Por conta disso, para ter acesso ao universo de pesquisa dos RAIs, a principal “técnica” empregada foi a Convivência Observante. Este termo foi elaborado e sugerido por meu orientador durante as reuniões de orientação para se referir ao trabalho de observar, ouvir e “perceber” as atividades e as relações estabelecidas no contexto em que se realiza a pesquisa durante a convivência diária.

A etnografia compreende o uso de uma série de outras técnicas além desta convivência observante, como o diário de campo, entrevistas gravadas, questionários etc. Em minha pesquisa, fiz uso do diário de campo e entrevistas gravadas.

Por meio da convivência, foi possível tornar os sujeitos da pesquisa menos estranhos à minha presença e tentar aguçar meus sentidos considerando um adensamento da importância empírica da convivência quanto às nuances do campo. Durante o período de permanência nos RAIs, tentei me inteirar dos lugares, do cotidiano e convívio nos residenciais, buscando tomar conhecimento das hierarquias, rotinas, regras, expectativas e frustrações, conflitos e as relações travadas com esferas da política e da sociedade. O diário de campo foi um recurso fundamental, que me auxiliou a manter um registro mais preciso do que ocorria e a trabalhar os significados, subjetividades e valores encontrados. As gravações das entrevistas foram direcionadas às funcionárias e aos dirigentes dos RAIs e as fichas forma um importante recurso para obter dados dos residentes, pois, com muitos desses, foi difícil ou impossível estabelecer diálogo devido a sua condição de saúde. Mas, com as fichas, podia obter os dados através de informações coletadas com os residentes e a complementar através de familiares, funcionárias e dirigentes.

Malinowski, mesmo estando mais preocupado em como fazer da observação participante um “método objetivo”, em seu texto “Os Argonautas do Pacífico Ocidental” já fazia referência à escrita. Ele dizia que era imensa a distância entre os dados brutos coletados pelo etnógrafo e as afirmações dos nativos. E esta distância tinha que ser vencida durante os anos de laboriosa pesquisa que transcorriam desde a entrada na tribo até a fase final, quando redigia a versão definitiva dos resultados obtidos (MALINOWSKI, 1976, p.23).

Sabemos que a etnografia não é definida somente pelas técnicas empregadas, mas também pelo tipo de esforço intelectual, emocional, político e ético que temos que fazer na tentativa de uma “descrição densa”. A descrição densa pressupõe que há, de fato, uma decodificação a fazer a partir do que o autor da ação tem intenção de fazer ao agir (GEERTZ, 1989, p.15-16). Trata-se, portanto de entender cada ação dentro do contexto em que ocorre e de conseguir grafar essa ação no ato do texto do documento etnográfico.

Por ser redigido longe do campo e tendo como principal responsável apenas o antropólogo, o texto etnográfico sofreu severa crítica dos pós-modernos. Clifford (2011) levantou o termo da “autoridade etnográfica”. Ele não está desqualificando toda a autoridade etnográfica, mas, a autoridade etnográfica fundamentada na conduta ou um ponto de vista que não reconhece a distância entre o mundo pesquisado e o texto. A ideia interpretacionista de que é possível ver a cultura como um conjunto de textos é questionada por esse autor, que considera que não há como trazer um discurso para ser interpretado tal qual um texto é lido. “A interpretação não é uma interlocução. Ela não depende de estar na presença de alguém que fala” (CLIFFORD, 2011, p.39-40). O grande problema reside no fato de que o etnógrafo vai embora levando o que parecem de fato serem “textos” para posterior interpretação. A elaboração da etnografia é feita em outro lugar, distante do ambiente pesquisado, elaborada pelo trabalho solitário do antropólogo. O que procurei aqui foi transpor as experiências e sua densidade para além do texto.

Por isso alguns autores, recentemente, têm enfatizado o ato de escrever como parte importante da “produção etnográfica”. Cardoso de Oliveira (2000, p. 17-35) sugere que devemos enfatizar o caráter constitutivo do olhar, do ouvir e do escrever na elaboração do conhecimento próprio das disciplinas sociais. A preocupação do autor é mostrar que, no que chamamos de “encontro etnográfico”, o pesquisador é um interlocutor.

Assim, este texto, que compreendo como um documento de inspiração etnográfica, não é resultado apenas das técnicas empregadas para fazer o levantamento de dados. Ele é antes de tudo uma construção originada do trabalho reflexivo do pesquisador em meio às informações obtidas, seus julgamentos e às relações que estabeleceu durante a pesquisa (muitas vezes permeadas por conflitos, rejeição e gafes).

CAPITULO 2

INSTITUIÇÃO, AGÊNCIA E REPRIVATIZAÇÃO

Os RAIs no Brasil, assim como o envelhecimento, ganharam novas configurações e novos significados com o passar do tempo. Os espaços destinados à população idosa sofreram mudanças ao longo das últimas décadas e que são descritas por um número significativo de pesquisadores de diversas áreas. Ana Amélia Camarano, Daniel Groisman, Regina Helena Novaes, entre outros, vêm trabalhando no sentido de quantificar e qualificar estes espaços bem como historicizar a criação das primeiras instituições para abrigar idosos no Brasil.

Segundo Camarano (2010), o primeiro “asilo” no Brasil foi fundado no Rio de Janeiro no final do século XVIII pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição e era destinado à assistência social de toda a população carente. Também no Rio de Janeiro, em 1890, foi criado o Asilo São Luiz por um distinto homem de negócio, o Visconde Ferreira de Almeida. Groisman (1999, p. 71) relata que rapidamente o “asilo” passou a receber subvenções públicas e a contar com o apoio de uma ordem de freiras Franciscanas que cedia irmãs para cuidarem dos asilados. Em pouco mais de três décadas, ampliou sua capacidade de leitos de quarenta e cinco para duzentos e sessenta leitos.

Segundo Novaes (2003), o Asilo São Luiz começou abrigando apenas idosos pobres, dentro da ótica filantrópico-assistencialista do século XIX e, a partir da primeira década do século XX, passou a manter uma ala que se destinava àqueles que podiam pagar uma mensalidade. Hoje é considerada uma instituição para idosos de “alta renda”. Este “asilo”, segundo Groisman (1999), Novaes (2003) e Camarano (2010), trabalhava para que os idosos fossem identificados como uma população com características específicas, procurando torná-la visível e fazer dele um alvo das preocupações sociais, no entanto, não conseguia deixar de ser um mundo à parte, isolado do que acontecia no restante da cidade.

Segundo Camarano e Mello (2010), em período mais recente, o crescimento acentuado de instituições destinadas ao cuidado de idosos se deu no âmbito de iniciativas privadas e com fins lucrativos. Apesar da dificuldade de inserção desses espaços nas políticas públicas, estas autoras não têm dúvida de que os diferentes motivos pela sua procura e a falta de alternativas de atenção ao “idoso frágil” os tornam instituições indispensáveis e insubstituíveis no sistema de seguridade social vigente no país, ou seja, deveriam ser apoiadas pelo Estado de alguma forma (CAMARANO e MELLO, p. 27).

Os atuais RAIs têm buscado se distanciar dos estigmas em que os “asilos” sempre estiveram envoltos, como já mencionei. Durante o período de pesquisa nos residenciais de Florianópolis, percebi que os dirigentes vendiam esse “produto”, esse serviço, excluindo o termo “asilo” e explorando o sentido de palavras como “casas geriátricas”, “casas de repouso”, “lar”, “residência”, “residencial”, “hotel”, eventualmente seguidos de nomes de santos. Além disso, este atendimento é personalizado, que lembra uma relação entre “vendedor” e “cliente”, na qual o nome do residente deve ser conhecido por todas as funcionárias e estas não podem se referir aos residentes pelo número do leito ou pelo problema de saúde, como comumente ocorre em hospitais. Mais do que “pacientes”, os residentes passam a ser “hóspedes” e “clientes”. Os(as) proprietários(as) e dirigentes divulgam os RAIs como lugares de “atenção, respeito e cuidado”, um “modelo de casa”, de “lar bom para todos”. Também buscavam desnaturalizar a ideia de que o cuidado do idoso deve ser realizado exclusivamente pela família, mostrando-se enquanto uma alternativa possível e importante.

Os(as) dirigentes, funcionárias, residentes e familiares em seus discursos pareciam sugerir uma ideia de dois ambientes, um “familiar e aconchegante” e outro de uma mão de obra qualificada e com conhecimento especializado. O modelo “institucional” que se cria para atender a demanda, portanto, hora tenta se aproximar do cuidado prestado em contexto familiar, hora do modelo que chamo, por sugestão de meu orientador, de “para-hospitalar”. Voltarei a discutir esse modelo quando refletir sobre as práticas de cuidados dentro dos RAIs.

À medida que se nota que os idosos se tornaram possíveis consumidores de serviços, os espaços criados para assistir a população idosa que sempre estiveram presentes, assumem uma renovada visibilidade. Guita Debert em “A reprivatização da velhice” faz importante reflexão sobre a transformação do conceito de “velho” através da inserção deste nas esferas de consumo e da ideia de “terceira idade”. Segundo Debert (2012, 227), o conceito de terceira idade cria uma positividade da “velhice”, fornece uma nova imagem do envelhecimento e um quadro mais gratificante da “velhice” que quase sempre está associada à possibilidade de consumir determinados produtos e estilos de vida.

Portanto, tais discursos, que excluem a existência da “velhice” e colocam em seu lugar o “idoso” e a “terceira idade”, enquanto conceito de indivíduos ativos e saudáveis, estimula um o processo de reprivatização da velhice. A privatização é dada no momento em que o estado, através do estatuto do idoso, responsabiliza a família pelo

cuidado com o idoso. E, na reprivatização, os dramas decorrentes da velhice passam a ser de responsabilidade dos indivíduos que negligenciaram seus corpos e foram incapazes de se envolver em atividades motivadoras, ou seguir as recomendações médicas. A reprivatização é, portanto, “resultado de uma interlocução intensa dos gerontólogos com a mídia e com os espaços sociais criados em torno de envelhecimento” (DEBERT 2012, p.230).

Sendo assim, proponho pensar sobre o lugar que os RAIs vêm assumindo. Que tipos de experiências e expectativas esses residenciais fornecem para seus residentes e profissionais? Como estas instituições trabalham as tensões derivadas da tentativa de conciliar o caráter institucional e para-hospitalar com as novas expectativas de seus frequentadores, que reivindicam uma qualidade de vida pautada no descanso, harmonia e manutenção de vínculos familiares? E qual o papel dos residentes na construção dos atuais RAIs?

2.1. Do caráter institucional dos RAIs e sua relatividade

Interessava-me apurar o que as pessoas pensavam sobre os RAIs sob alguns aspectos. Diferentes profissionais de saúde externalizam uma visão positiva sobre os RAIs devido à abertura que têm para novas perspectivas de cuidado. A técnica em enfermagem Alana considera que, nos residenciais para “idoso de hoje”, as pessoas pagam para terem mais atenção e maiores cuidados e é isso que as diferencia de um “asilo”. Outros profissionais também compartilham da ideia de que nas “residências”, ao contrário dos “asilos”, as pessoas pagam para morar e ter mais conforto no final de suas vidas.

Os atuais RAIs estão abertos à possibilidade de que residentes ou familiares contratem cuidadores particulares que darão “atendimento exclusivo” ao residente. Para a proprietária do RAI Amarelo, os residenciais ofertam cuidados específicos e especializados que não são encontrados em outro lugar, eles estariam qualificados e teriam estrutura física adaptada, sendo requisitados a terem rampas, elevadores, corrimões, portas mais amplas, banheiros etc., assim como uma série de equipamentos (camas, cadeiras de rodas, andadores, poltronas etc.) para atenderem a condições especiais dos residentes.

A forma como tratamos o corpo é condicionada por uma visão da biomedicina. Nos RAIs isso não é diferente, praticamente não há espaço para pensar outras formas de terapias, embora alguns discursos enfatizem a necessidade de tratar do idoso “como um ser integral”. A maior preocupação por parte dos residenciais é garantir que estejam

enquadrados nas normas sanitárias exigidas pelos órgãos de fiscalização. Isso se deve, em grande parte, ao fato de o Estado os reconhecer como “instituições de saúde” e entender a garantia da saúde apenas pela utilização e aplicação dos parâmetros da biomedicina.

Esta ênfase em “garantir que o corpo funcione” faz com que os RAIs aproximem-se do modelo de “instituição total” de Goffman (2010), pois pode ser um parâmetro útil para pensar aspectos condicionantes e elementos que funcionam concatenados para produzir o ambiente simbólico/espacial dos RAIs. Tomarei este conceito que caracteriza as “instituições totais” como “estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral”. Uma instituição total pode ser um local de “residência” e trabalho no qual os indivíduos, com situação semelhante, vivem por um determinado período de tempo e sob uma rígida administração, que inclusive controla o ir e o vir.

O contrato estabelecido entre os RAIs e os residentes/familiares estabelece que o vínculo entre as duas partes pode ter um caráter de curta ou longa permanência. Segundo Goffman (2010), toda a instituição de longa permanência é, em algum aspecto, uma “instituição total”, pois estabelece um isolamento do mundo exterior. O caráter “total”, tal como definido por Goffman, é simbolizado pela barreira à relação social com o “mundo externo” as instituições, constituindo espaços sociais onde regras minuciosas, limitação e homogeneização das atividades diárias tendem a reduzir sistematicamente a autonomia do indivíduo. Nos RAIs que pesquisei, as atividades eram disciplinadas. Havia horário para levantar, tomar banho, comer, receber visitas, tomar medicamento, tomar água, fechar as cortinas, jantar, ir para o quarto e, inclusive como mencionei, deixar o antropólogo fazer a pesquisa. “Tudo” era controlado por câmeras de vigilância ou pelos olhares atentos de seus dirigentes e funcionárias que mantinham a “ordem” nos residenciais.

Evidentemente, este, assim como outros conceitos, não deve ser tomado sem alguma reflexão crítica. Kanso et. al. (2010) chama a atenção para que, ao associar instituições de longa permanência a instituições totais, é necessário considerar que: “o grau de totalidade” das instituições depende do grau de dependência dos residentes. Segundo as autoras, os idosos dependentes, acamados, têm a sua vida totalmente administrada pela instituição, o que, provavelmente, também ocorreria se estivessem residindo com suas famílias. A administração da vida deles por terceiros é “decorrente da falta de autonomia e, não, necessariamente, da característica da “residência em uma instituição”.

(KANSO, et al. 2010, p. 4). Os RAIs que pesquisei poderiam ser tomados como instituições totais apenas parcialmente, pois os residentes não ficavam isolados completamente do mundo exterior, seja por meio das constantes visitas, seja porque alguns deles tinham autorização para sair.

Apesar disso, considero que não se pode negligenciar que o corpo do idoso dentro de um RAI está submetido a técnicas específicas¹¹ desse pequeno núcleo social. Também não devemos esquecer que, nestes locais, a equipe dirigente é “lembrada” das suas “obrigações” constantemente por diferentes órgãos, várias agências da sociedade e muitas vezes pelos parentes dos residentes. Diferentes agentes compõem o campo de negociação e interação em que se encontram os RAIs. Entre eles, estão alguns órgãos públicos relacionados a essa fiscalização (ANVISA, SBGG, CMI, CEI e etc.), que têm buscado delimitar a função, a organização, a orientação e a definição do que é um RAI. Isso faz com que os procedimentos adotados limitem-se aos padrões pré-estabelecidos.

Faz parte do trabalho dos RAIs cuidar do “corpo velho” e discipliná-lo como se faz com o corpo de qualquer indivíduo “confinado”. Segundo Michael Foucault (1985), nas prisões, a equipe dirigente tem um controle minucioso do corpo, monitorando seus gestos, atitudes, comportamentos e hábitos. Além disso, Foucault (1985) também menciona os hospitais modernos como órgãos disciplinadores dos corpos. Assim, parece-me importante analisar tanto a forma como os RAIs impõem controle e disciplina sobre o corpo do residente, quanto às aberturas encontradas por este para ter agência. Por outro lado, é importante relativizar a ideia de um controle “total”.

2.2. Controle, rotina e disciplina

O controle dos RAIs sobre os residentes, embora não fosse total, dava-se em vários aspectos de suas vidas. Em alguns casos, até mesmo a decisão sobre quem poderia falar ou ouvir era tomada pelas cuidadoras. Em uma das tardes de minha pesquisa no RAI Cinza, a sequência enfadonha de fatos de todas as tardes foi quebrada por um telefonema. A cuidadora Carlota foi atender e, quando retornou para sala, alguns

¹¹ Tenho em mente, aqui o ensaio de Marcel Mauss (2003) sobre *As técnicas corporais*. Neste ensaio o autor mostra-nos como nosso corpo e moldado por um aprendizado cultural que resulta em determinadas técnicas corporais.

minutos mais tarde, exclamou entre risos: “Dá para acreditar, a irmã da Clara perguntou se era do Apart hotel”, e continuou em um tom sarcástico e irônico: “Considerar isso aqui um Apart hotel!”. Perguntei o que a irmã da residente queria. Carlota disse que ela queria falar com a irmã, a residente Clara, mas Carlota havia dito que a residente estava dormindo. A residente estava na sala sentada, mas, segundo a cuidadora, Dona Clara não lembrava que tinha irmã e seria uma perda de tempo levar para falar ao telefone, pois, pouco tempo depois, a residente não lembraria nada. Este controle também se mantinha de outras formas: aplicação de uma rígida rotina, vigilância sobre o ir e vir e adequação das necessidades dos residentes ao tempo e interesse das profissionais dos residenciais.

Nos RAIs a rotina se constituía numa das formas mais densas de controle e disciplina sobre o corpo do idoso. A rotina nos RAIs, em especial no aspecto do trabalho das profissionais, assemelhava-se a uma espécie de “linha de produção”, em que todas tinham papéis muito bem definidos, sabiam o que deviam fazer e tais atividades seguiam a mesma sequência. Embora as escalas de serviço das profissionais de plantão se alternassem entre dias da semana e finais de semana, início de mês e final de mês, a rotina da maioria dos(as) residentes parecia não ter uma diferença significativa. Para eles(as), as atividades diárias eram praticamente as mesmas em todos os dias da semana, com raras exceções nos RAIs que tinham atividades recreativas em alguns dias da semana.

Nas primeiras horas da manhã, o banho nos(as) residentes iniciava os trabalhos da grande parte das profissionais encarregadas dessa função. Na sequência, outras auxiliavam na organização e preparação da refeição matinal, que era servida individualmente. Algumas tinham a tarefa de “temperar” o café, não com açúcar ou adoçante, mas com medicamentos. Logo após o desjejum, os residentes, em sua maioria, eram levados para a sala. Essa rotina era realizada por até três profissionais, que em alguns residenciais dividiam as tarefas segundo sua especialidade (enfermeira, técnica em enfermagem e cuidadora) e em outras eram executadas por todas as profissionais sem uma divisão clara de função. Esta mesma rotina podia, no caso das cuidadoras particulares, ser realizada em todas as etapas por uma única profissional que a aplicava com exclusividade ao residente que a contratou.

Poucos residentes conseguiam se deslocar sozinhos, e para estes a possibilidade de permanecer na sala no intervalo entre o café da manhã e a hora do almoço era grande. Na hora do almoço, enquanto algumas

profissionais encaminhavam os residentes mais dependentes para a sala de jantar ou refeitório, outras executavam a preparação dos medicamentos.

Esta cena poderia facilmente ser descrita como no exercício de crítica ao etnocentrismo que Horace Miner faz sobre os costumes e a higiene da cultura ocidental, em seu texto entre *Ritos corporais entre os Nacirema*, sobre a arrogância americana e também europeia quando trata do outro. O autor escreve um brilhante texto em que simula a descrição de costumes e a higiene da cultura ocidental, como se fosse dos “Nacirema”, ou dos “American”, atribuindo a esses o mesmo exotismo que os estudiosos ocidentais costumam atribuir às outras culturas.

Observei as técnicas em enfermagem Carol e Camila, quando em seus plantões executavam o ritual de aplicação de medicamentos em frente a um armário, no macerador, que triturava as pastilhas de várias cores que eram depositadas nos pratos das residentes. A responsabilidade era muito grande para não trocar os medicamentos das residentes, que variavam em composição ou em proporção. Após preparar uma das porções e misturar ao “cozido” (termo usado para se referir à dieta semilíquida de alguns residentes, que consistia no cardápio do dia triturado no liquidificador), se utilizavam de uma pequena toalha branca com poderes de neutralizar os resíduos que ainda pudessem ter permanecido na tigela onde haviam sido trituradas as pastilhas e, dessa forma, não pudessem influenciar sobre a fórmula seguinte. Ao final do dia ou da semana, a pequena toalha estava multicolorida e servia também de enfeite para a pequena janela ao lado do armário.

Após almoçarem e tomarem seus medicamentos, algumas residentes voltavam para sala, outras para seus quartos. No meio da tarde, grande parte das residentes estavam na sala para tomar o lanche ou Café da tarde. Na maioria dos RAIs, a partir das 17h o silêncio começava a dar lugar a uma intensa agitação e a uma espécie de nostalgia entre os residentes. As cortinas de cores neutras com seus deslizes de trilhos e correr de argolas começam a tapar os poucos raios de sol que ainda eram possíveis de se ver no alto de alguns edifícios e morros, o sol e a claridade do dia são substituídos pela claridade artificial das lâmpadas.

Alguns residentes começavam a lamentar por sua condição e pedir para voltar para casa, outros culpavam os filhos e familiares por os terem deixado ou abandonado no RAI. Alguns residentes diagnosticados com “Alzheimer” e que conseguiam falar, em uma lembrança de sua

infância, diziam que precisavam voltar para casa, pois sua mãe havia avisado para não chegarem tarde. Os residentes que conseguiam caminhar, se levantavam e seguiam para seus quartos, voltando somente para jantar um pouco mais tarde, para não ouvir os lamentos. Mas, todo esse alvoroço não demorava mais do que 30 ou 40 minutos, tempo que as profissionais levam para encaminhá-los para a sala de jantar e depois para seus respectivos quartos. Após os minutos de agitação, o silêncio ocupava a sala com suas poltronas vazias. Anita, profissional de saúde que prestava serviços em vários residenciais, relatou-me que este era o momento mais angustiante do dia para ela dentro dos RAIs, pois lhe causava um “nervoso”.

Enquanto pesquisador, também me inseri nessa rotina, em vários momentos consegui “prever” o que estava para acontecer no momento seguinte. Era uma sensação quase de premonição, pois estava relativamente mergulhado, envolvido naquela experiência entre residentes, profissionais e familiares; entre elogios, expectativas, frustrações, reclamações, lamentos, desespero, aflições, esperança, etc. A sequência dos acontecimentos nos espaços dos RAIs parecia um filme que já havia assistido, e no qual se espera pela fala seguinte. Todos os dias, num dos residenciais, aproximadamente às 9h30min e às 15h30min, uma cuidadora entrava na sala com quatro ou cinco copos com água em suas mãos e distribuía para as residentes, e, todas as vezes, uma ou mais residentes perguntava o que tinha no copo, às vezes a profissional respondia, outras, simplesmente entregava o copo com água e a residente que recebia tirava suas próprias conclusões. Minutos mais tarde, o mesmo acontecia com os copos com suco, e antes mesmo que fosse dito, eu sabia que Dona Carmem especularia sobre o que poderia ser o conteúdo do copo: “acho que é de laranja” ou “acho que é de abacaxi” e que mais alguém daria sua opinião a respeito: “não, pelo gosto é de mamão” ou então: “acho que não é nenhum dos dois, só que não lembro o nome do suco”, falava Dona Camile.

O que comer, quando comer, quando realizar a higiene pessoal, quando dormir era o mínimo de controle sobre o corpo dos residentes estabelecido pelos RAIs pesquisados. Todos possuíam uma organização que contemplava em maior ou menor grau o disciplinamento desses aspectos da vida dos residentes. Além da rotina sugerida pelos residenciais, desenvolviam-se, de formas distintas em cada RAI, estratégias para manter o condicionamento dos residentes e também para controlar as “necessidades fisiológicas” dos mesmos.

O ingresso em um RAI pode representar, em geral, um rompimento dos laços sociais e afetivos do idoso, mas, é também o

momento de inserção dentro de um espaço cercado por regras que definem novas formas de relação. Segundo Tomasini & Alves (2007, p. 95), “A institucionalização implica um processo de adaptação a um novo ambiente, no qual existem regras e normas a serem cumpridas, além da limitação física implícita”. A normatização demarca a dificuldade de construção de uma vida autônoma.

2.2.1. Ir e vir

A condição ou restrição de ir e vir era um dos tópicos do contrato estabelecido entre os RAIs e o residente ou o familiar responsável por esse. A maioria dos residentes não tinha permissão para sair de dentro dos RAIs, alguns, devido a sua condição de saúde, não podiam se deslocar sozinhos nem mesmo dentro do residencial. A forma como esta restrição era imposta variava de um residencial para outro e do grau de autonomia e/ou dependência de cada residente. A ANVISA descreve no regulamento técnico de funcionamento das Instituições o que considera autonomia e os diferentes graus de dependência.

Após duas semanas no residencial Branco, Dona Beatriz estava sentindo na “pele” o que era ser “vigilada 24h por dia”. Ainda com dificuldades para ficar em pé sozinha, devido a uma lesão no quadril sofrida em decorrência de uma queda na rua próxima a sua casa, tentava seguidamente se levantar e andar. Ela foi levada para o residencial pelos filhos após um período, no qual tentaram reabilitar a mãe em casa, sem sucesso, pois a mesma não seguia o tratamento, alegando que em sua casa “quem mandava era ela”, motivo pelo qual nenhuma cuidadora contratada pelos filhos permanecia por muitos dias em sua casa. Agora no residencial, ela, em uma das tardes em que tentou se levantar sorratamente, foi surpreendida por uma voz grave: “Dona Beatriz!”. Era o senhor Bruno, dirigente do residencial e que a olhava da porta da sala onde permanecia em pé. Dona Beatriz respondeu imediatamente: “eu só estou dando uma esticadinha”. Segundo a técnica em enfermagem Betina, a residente estava na fase de adaptação, que geralmente é a mais difícil para a maioria deles, ainda fracos e não habituados a seguir as recomendações à “risca”.

Segundo Graeff (2005), independente dos motivos de decisão, os primeiros tempos de institucionalização são marcados pelo “processo de ajustamento”, no qual se repensa as ambiguidades da nova condição e, sobretudo, se aprende a incorporar os padrões culturais desse novo espaço simbólico – os significados de cada comportamento, as condições de sua produção, suas adequações e inadequações. Tomar

parte na cultura “asilar” significa compreender e incorporar esse conjunto complexo e hierarquizado de maneiras de pensar e agir, que são dados no próprio ritmo das relações estabelecidas em cada espaço social habitado.

Há menos de duas semanas, Dona Beatriz ainda tinha medo de levantar da poltrona, mas, mesmo assim, tentava se levantar sem a autorização das técnicas em enfermagem e cuidadoras. As funcionárias, quando percebiam sua movimentação, pediam para que esperasse um pouco, pois já a ajudariam, mas ela retrucava: “minha filha, só estou dando uma esticadinha nos joelhos”. Ela havia melhorado significativamente desde que chegou ao residencial. No início não se levantava da poltrona, mas no momento já estava conseguindo caminhar alguns passos, com auxílio das cuidadoras. Seu caso é delicado porque, se ela sofrer outra queda, poderá agravar e tornar permanente o sua limitação de locomoção, por isso todas as funcionárias mantêm uma vigilância constante para com Dona Beatriz.

As restrições de locomoção impostas à Dona Beatriz tinham por base uma ordem médica e eram feitas por meio de vigilância visual. No entanto, existiam outros residentes, tanto no RAI Branco como em outros, nos quais a restrição de locomoção se dava por meio da contenção física dos mesmos à cama ou ao local que eles sentavam com faixas ou cintos de contenção.

No caso dos residentes que não tinham limitações físicas e nem mesmo ordem médica para deixarem de se locomover, havia liberdade para transitarem por todos os espaços do residencial. No entanto, a grande maioria deles não tinha permissão para sair dos RAIs sozinhos. Dona Bela, residente havia mais de três anos no RAI Branco, costumava lamentar por não ter a liberdade de sair sozinha, fazer suas “comprinhas”, como sempre fez durante sua vida. Quando ela saía do residencial, deveria estar acompanhada de uma funcionária, a qual, na maioria das vezes, tinha outras coisas para fazer, neste caso a residente tinha de aguardar o tempo e a disponibilidade da cuidadora.

A residente Dona Bela me contou, entre sorrisos, que um dia ela saiu do RAI e foi em uma costureira do outro lado da rua, quase em frente ao residencial, e todos ficaram “loucos” procurando por ela, “foi um corre-corre”. A dirigente do RAI chamou sua atenção naquela ocasião e disse-lhe para que nunca mais saísse sozinha, porque, se alguma coisa lhe acontecesse, os proprietários teriam que fechar o RAI e vender tudo, pois teriam muitos problemas. Dona Bela me disse que nunca mais fugiu então por que: “daí a casa vai fechar e as pessoas daqui vão ter que arrumar outro lugar” e ela não queria que uma coisa

dessa natureza acontecesse. Ela também disse que os dirigentes passaram a esconder o controle do portão (as chaves), com medo de que ela tentasse sair novamente, mas que já haviam voltado a disponibilizar o controle para que ela abrisse o portão a quem chegasse ou saísse do RAI. Reafirma que, se quisesse fugir, já o teria feito, mas que não o faz para não prejudicar quem mora no residencial nem mesmo os proprietários. Sendo assim, Dona Bela continha sua revolta por ter de usar as roupas que sua cunhada comprava (de muito “mau gosto”, segundo a residente), ao invés de poder sair e fazer suas próprias compras. Neste caso, a “ vaidade” entra como espaço de negociação.

Mesmo nos casos em que os residentes têm liberdade de ir e vir quando bem entendem, o residencial os disciplina por meio da rotina que mencionei anteriormente. Seu Daniel, residente havia mais de um ano no RAI Damasco, pode sair a hora que sente vontade, ir ao centro da cidade de ônibus e encontrar os velhos amigos jogando dominó nos bancos, nas ruas e praças da cidade. No entanto, ele contou que o problema era os horários das refeições estabelecidos no residencial, pois, se chegasse atrasado, as cozinheiras já tinham guardado os alimentos. Ele diz que se estivesse em sua casa, isso não seria um problema, pois faria qualquer coisa para comer ou iria a um restaurante próximo a seu apartamento.

Portanto, ir e vir, dentro dos residenciais, era limitado por uma série de fatores dados pela condição clínica do residente ou por imposições dos próprios RAIs. A condição clínica de não ter domínio sobre seu próprio corpo era uma limitação porque implicava na necessidade de obter ajuda de um terceiro. Além disso, residentes que, ou por discordarem das ordens médicas ou por problema mentais, adotavam atitudes que poderiam pôr em risco sua saúde tinham seus passos vigiados no residencial. Os RAIs, por suas vezes, também tinham suas regras e rotinas que dificultavam ao residente ir e vir segundo sua vontade.

2.2.2. Controle das “necessidades”

Nos RAIs pesquisados, o controle sobre os residentes, apesar de formalmente rígido, era também flexível. Kanso (2010) alerta que o grau de “institucionalização” varia conforme a dependência individual do idoso. Os residentes que necessitavam de ajuda “parcial” ou “total” para se deslocar nos espaços dos RAIs ou fora (no pátio) estavam muito mais à mercê da disponibilidade e vontade das cuidadoras. Isso era sempre

mais visível quando se tratava de cuidar de suas próprias necessidades fisiológicas.

Alguns dos residentes possuíam dificuldade de locomoção, mas podiam falar e pediam para ir ao banheiro, eram levados de cadeira de rodas ou cadeira de banho ou apoiados pelo braço por uma das cuidadoras. Estes residentes não possuíam diagnóstico de “doença mental”, demência ou Alzheimer, eles/elas tinham o controle das necessidades fisiológicas e a maioria não usava fraldas. Outros, no entanto, não tinham suas solicitações atendidas, ou porque estavam usando fraldas, ou por não terem controle sobre suas necessidades, ou porque não lembravam quando haviam ido ao banheiro, ou não conseguiam se comunicar. Nestes residentes, as fraldas eram trocadas periodicamente para evitar assaduras ou outros problemas decorrentes de ficar muito tempo “molhado”. Já para os residentes que podiam se deslocar sozinhos, ir ao banheiro não era um problema, podiam fazer isso quantas vezes quisessem desde que tivessem sobre os olhares atentos das cuidadoras.

Os pedidos para ir ao banheiro, em um dos RAIs pesquisados, eram realizados pela manhã entre as 9h e 10h, e, à tarde, entre as 15h e 16h. Geralmente solicitavam logo após o horário em que eram servidos água e suco para todas as residentes. As cuidadoras geralmente atendiam ou pediam para que a residente aguardasse um pouco. Quando uma residente pedia para ir ao banheiro, provocava um “efeito dominó”, e as solicitações eram repetidas pelas demais residentes presentes na sala.

Dona Cristina, assim como outras residentes, permanecia sempre sentada em uma poltrona contida por uma faixa (um lençol, uma faixa estreita de pano ou um cinto com fivela). Ela não conseguia se deslocar sozinha, nem mesmo ficar em pé, e seu deslocamento no espaço do RAI era realizado com auxílio da cadeira de banho por uma das cuidadoras de plantão. Em uma das manhãs, Dona Cristina pediu para ir ao banheiro, e a técnica em enfermagem Claudia a desvencilhou da faixa de contenção que a prendia à poltrona, passando pela cintura da residente para ela não cair para frente. Depois, a profissional segurou a cadeira de banho até que a residente, com muita dificuldade, se sentasse nela e então a cuidadora girou a cadeira e saiu puxando-a em direção ao interior do residencial. Dez minutos mais tarde, retornou puxando a cadeira, posicionou-a de frente à poltrona para que Dona Cristina pudesse sentar novamente e, por fim, conectou o cinto de contenção. Ao lado, Dona Carmem esperava a técnica terminar de arrumar Dona Cristina para também pedir para ir ao banheiro. A funcionária, em silêncio, empurrou a cadeira até onde estava Dona Carmem e repetiu o

procedimento. Quando retornaram, a residente voltou a sentar na poltrona, e o silêncio da sala rompido com uma palavra de agradecimento.

Os pedidos eram muitas vezes ignorados por algumas cuidadoras, Dona Camile e Dona Clara, entre outras residentes, seguidamente faziam perguntas ou pedidos para as cuidadoras, que pareciam fingir não escutar. Às vezes, as cuidadoras pediam para que elas esperassem um pouco que iriam atendê-las depois, mas não o faziam. Perguntei por que se procedia desta forma com alguns residentes, e a explicação da cuidadora Carlota foi a de que essas e outras residentes estavam com Alzheimer e logo iriam esquecer o que acabaram de falar.

Alguns residentes que costumavam ser levados ao banheiro também tinham seus pedidos ignorados em algumas ocasiões. Este era o caso de Seu Abel, que mencionei no capítulo anterior. Ele era levado para fazer suas necessidades no banheiro, mas em algumas ocasiões, seu pedido estava mais sujeito a ser ignorado ou contestado. Dependendo da cuidadora particular que estivesse de plantão, ele era incentivado a fazer suas necessidades fisiológicas na fralda.

Esta situação também se repetia com outros residentes. Uma das residentes dos RAIs pesquisados sempre precisou de ajuda para ir ao banheiro e, em muitas vezes, presenciei sendo auxiliada no deslocamento. No entanto, em uma das ocasiões, a residente pediu para ir ao banheiro e a cuidadora respondeu com a voz firme: “já levei você no banheiro, não vou levar novamente, agora vou tomar meu café”. A residente pediu novamente, de cabeça baixa, que gostaria de ir ao banheiro, argumentando não ter ido ainda naquela manhã e a funcionária disse para ela ficar quieta, pois já a tinha levado, e foi tomar café. A residente, em alguns momentos, também era incluída no diagnóstico das cuidadoras que generalizavam os problemas de memória, demência ou Alzheimer à maioria dos residentes.

O “diagnóstico de Alzheimer” era a principal justificativa para não levar alguns residentes ao banheiro ou negar qualquer outro pedido. Mesmo aqueles que mantinham algumas de suas capacidades físicas, eram levados para a sala de fralda e já estavam acostumados e não reclamavam de usar. Havia, por parte de algumas cuidadoras, uma preferência por atender residentes mais dependentes, que ficavam na cama e usavam fralda, pois não precisavam ser deslocados até banheiro.

Os residentes que podiam se deslocar sozinhos tinham maior autonomia sobre suas “necessidades”, mas sempre estavam sob o olhar das funcionárias dos RAIs. Vigiar os residentes era uma das atribuições diárias das técnicas em enfermagem e cuidadoras. Nos espaços dos

RAIs, a vigilância é maior com alguns residentes, geralmente com aqueles que tentavam burlar as prescrições médicas de alimentação, medicação e locomoção. Quando desapareciam dos olhares “atentos” das cuidadoras, eram logo procurados.

Dona Alba se deslocava pelo RAI apoiada em um andador, e Dona Avelina parecia caminhar o dia “inteiro” pelo residencial. Elas não tinham muito equilíbrio e poderiam cair no banheiro, ou em outro lugar onde não houvesse alguém para ajudá-las. Ambas estavam orientadas a não se afastarem dos locais monitorados pelas técnicas em enfermagem e cuidadoras sem avisar. Segundo a técnica em enfermagem, por um lado era bom para as senhoras andar, mas, por outro, era como cuidar de uma criança “mais esperta”, tinha de estar o tempo todo atento ao movimento das duas. Em outro residencial, o problema era com Seu Basílio. Ele podia se deslocar, mas estava usando uma sonda gástrica e sempre que estava sozinho, insistia em sugar o alimento da sonda. Quando este residente desaparecia do olhar das cuidadoras, era logo chamado ou procurado por elas.

Certa manhã, quando me preparava para sair do residencial e as residentes começavam a ser levadas para o almoço, presenciei Dona Carmem pedindo à cuidadora para ir caminhando, mas esta preferiu levá-la na cadeira de banho. Essa residente era uma das poucas que fazia seguidamente esse tipo de pedido. Pavarini (1996) e Tomasini & Alves (2007) têm alertado para o fato de que fazer as atividades pelos residentes, os tornam mais dependentes.

Segundo Pavarini (1996), a transferência do idoso de sua casa para um RAI tem potencial para produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização e um senso de isolamento e separação da sociedade. Além disso, nos RAIs, a permanência à dependência física é muitas vezes estimulada, pois os(as) funcionários(as), devido às exigências das instituições e a sobrecarga de trabalho. Segundo a autora, nessas circunstâncias, é preferível fazer as atividades pelo idoso a supervisioná-lo enquanto realiza as mesmas, contribuindo assim para a perda das poucas habilidades que ainda possuem ou dificultando a recuperação das mesmas quando ainda é possível.

Para Tomasini & Alves (2007), a “docilidade” proporcionada por alguns RAIs poderia trazer benefícios aos idosos com *deficits* diversos, dando a eles a proteção de que precisam. Porém, embora o ambiente deva compensar as “perdas advindas do envelhecimento”, pode ser igualmente prejudicial quando ignora as capacidades do indivíduo e oferece mais auxílio do que o necessário, simplesmente partindo do

pressuposto da dependência. Ainda segundo Tomasini & Alves (2007, p. 89), essa realidade traz consigo a necessidade de se refletir sobre os novos papéis a serem desenvolvidos pelas “instituições de longa permanência”, não apenas no sentido de reduzir esses prejuízos, mas, também, no de promover a qualidade de vida e o crescimento pessoal de seus residentes.

Pelo exposto é possível dizer que, apesar dos esforços dos RAIs de Florianópolis para se distanciarem do caráter de “instituição” e “caridade” atribuído aos asilos, elas ainda preservam muitos aspectos dessas instituições. Quase sempre este aspecto deriva da tentativa de se aproximar do modelo hospitalar, na tentativa de usar este como estratégia de *marketing* de seus serviços. Ao enfatizar os aspectos médicos na relação com o residente, muitas vezes, deixam de lado os aspectos subjetivos e as vontades dos residentes no processo de ver o corpo tornar-se debilitado. Portanto, os RAIs raramente conseguem cumprir com a outra promessa que fazem a seus “clientes” quando oferecem um “ambiente familiar”, pois, estar em casa implica em estar “à vontade” e não ser constantemente vigiado e constringido a seguir regulamentações médicas.

2.3. Agência nos RAIs

Os exemplos anteriores confirmam o senso comum de que as pessoas, após certa idade, passam por um processo contínuo de “perda”. De fato, muitas pessoas perdem sua desenvoltura física e não conseguem mais andar, sofrem de alguma doença degenerativa que afeta sua capacidade intelectual, são destituídas do poder de controlar seu próprio dinheiro. Diante disso, há uma tendência de ver no idoso que vai para um RAI alguém sem agência e isso é tanto mais verdade quanto maior for o grau de dependência desse residente. Como, então desconstruir esta ideia? Como podemos pensar a agência do idoso que vai morar em um residencial ou é “internado” pela sua família?

Uso o conceito de agência tal como Ortner (2007, p. 380), a *agency* é moldada “enquanto desejos intenções específicas dentro de uma matriz de subjetividade – de sentimentos, pensamentos e significados”. Esta subjetividade, segundo a autora, é base da *agency*, portanto indispensável para o entendimento de como os indivíduos tentam agir no mundo. Por subjetividade irá se referir tanto ao sentido psicológico (sentimentos, desejos, ansiedades, intenções e assim por diante), quanto às formações culturais de larga escala (ORTNER, 2007, p. 380-381).

O desafio que me fiz como pesquisador foi de tornar conhecidos agenciamentos dos residentes nos RAIs de Florianópolis. Mesmo diante das diversas circunstâncias de dependência que cada um dos residentes se encontrava, eles encontravam formas de exercer algum tipo de poder sobre a situação. Este poder poderia ser simplesmente informar aos filhos os aspectos que os desagradavam no residencial ou a tentativa de negociar as normas médicas ou dos RAIs. Mas, em alguns casos, esse poder era exercido sobre os filhos e as funcionárias, fosse criando dificuldades quando estas realizavam suas tarefas, fosse ridicularizando as atividades que eram propostas.

Dona Célia não gostava de ficar no residencial e queria voltar para casa, mas não mencionava isso às filhas de forma direta, sua estratégia parecia ser induzi-las a pensar que o residencial não era um bom lugar. Em uma das visitas de suas duas filhas, Dona Célia foi conduzida por elas ao jardim caminhando lentamente sem reclamar de dor. Enquanto as duas irmãs fumavam, uma delas perguntou à mãe como estava, e a residente falou que estava bem. A outra filha questionou se ela estava “sendo bem cuidada” e a residente disse que sim, mas complementou comentando que algumas funcionárias não teriam muita paciência. A filha levantou do banco onde estava sentada em um impulso e perguntou em tom de revolta/protesto: “com você, mãe?” Sem que Dona Célia, com muita paciência, tivesse tempo para responder, a filha continuou: “por que se for com a senhora, elas não sabem com quem estão lidando”. A residente, com seu jeito calmo e educado, respondeu: “não, comigo não, foi com outra senhora”. A filha então falou: “Ah bom, se fosse com a senhora iria lá agora mesmo falar”.

A residente negou que a falta de paciência se desse com ela, mas no dia anterior uma das cuidadoras a havia conduzido para almoçar dizendo: “vamos lá, está na hora do almoço, levanta, vamos, levante que eu não posso fazer força”. A residente, apoiada no braço da cuidadora, levantou-se com dificuldade, uma expressão de dor em sua face enquanto reclamava de dor nas pernas. As lágrimas escorreram de seus olhos, mas continuou caminhando e arrastando os pés no chão e, lentamente, ao lado da cuidadora foi para o interior da RAI.

Fazer os filhos tomarem conhecimento de como é o ambiente no RAI, ou da forma negativa que a residente vê o tratamento recebido, pode parecer algo insignificante, mas constitui, a meu ver, numa forma da residente tentar dizer que não está sendo bem cuidada ou não gosta do lugar. Sem entrar em conflito direto com os filhos, ela cria a possibilidade de que as mesmas passem a ver o residencial como um

lugar ruim para se viver, onde os residentes não têm suas vontades respeitadas ou não são tratados com paciência.

Reclamar ou questionar a forma como é atendida no RAI, poderia levar a uma alteração na situação, para melhor ou para pior. Poderia passar a ser mais bem atendida no residencial ou também poderia sofrer represália. Algumas residentes, no entanto, diziam que as reclamações poderiam provocar mau atendimento ou até mesmo represálias por parte das cuidadoras. Além disso, as reclamações não necessariamente precisam ter uma expectativa de mudança no futuro, podem ser apenas uma tentativa de constranger as funcionárias diante do pesquisador. Após a residente Dona Cristina pedir para ir ao banheiro e a cuidadora se recusar a levá-la argumentando que já a teria levado naquela manhã, Dona Carmem, que estava na poltrona ao lado, com quem eu havia conversado no dia anterior, olhou para mim e falou: “você viu, aqui é assim”. O silêncio tomou conta da sala, até que, minutos mais tarde, quando a cuidadora não estava na sala, Dona Carmem argumentou: “pago R\$2.500,00 para ficar aqui, mas quem manda são elas e se reclamar é pior”.

Além dessa tática, alguns residentes também criam formas de resistência às atividades propostas pelas funcionárias dos RAIs. Em certa ocasião, os residentes estavam sentados em poltronas e nas cadeiras de rodas ao redor da sala do RAI Amarelo. Duas cuidadoras vestindo jaleco branco faziam o acompanhamento da atividade conduzida pela educadora física Anita. A atividade neste dia tinha por temática o dia internacional da mulher e consistia em dar um exemplo de qualidades da mulher seguindo a sequência do “ABC...”. Anita explicou como seria a atividade e logo perguntou para todos(as) os(as) residentes, uma qualidade da mulher que começa com a letra “A”. Sem dar intervalo, Dona Andréia respondeu “Amorosa”, outra senhora se manifestou perguntado se poderia ser “amiga” e Anita sugeriu “atenciosa”. Logo passaram para a próxima letra, “B”, a residente Dona Aurora intervém aos exemplos dos demais e pergunta se poderia ser “Birrenta”. A educadora física questiona: “Birrenta? Birrenta não é qualidade, é defeito”. A residente retruca com um riso sarcástico: “mas é uma qualidade negativa”. A educadora concorda entre os sorrisos das cuidadoras e fala para seguirem. Na sequência, propõe que digam qualidades da mulher que começam com a letra “C”. Depois de algumas respostas, Dona Aurora, com um jeito debochado que algumas cuidadoras gostam, pergunta se poderia ser “ciumenta”. E a educadora física afirma que “ciumenta” era um defeito e não uma qualidade. Ao

que a residente responde com o mesmo “riso” anterior “acho que é uma qualidade negativa”.

Teóricos que têm trabalhado com agência, como Ortner (2010), têm insistido que a renúncia da agência pode ser também uma forma de agenciamento. No caso dos idosos que residem em RAIs, poderíamos pensar que suas tentativas de se fazerem mais dependentes do que realmente são como uma estratégia para atrair atenção das cuidadoras e familiares. São estratégias que se constroem diante de uma perda intencional da agência.

Dona Albertina chegou à sala acompanhada da cuidadora Alana e logo que sentou na poltrona começou a se queixar de dores no corpo. Alana falou que já iria dar um “remedinho” para ela e foi até o bebedouro, no qual pegou um copo com um pouco de água. Trouxe para a residente e falou: “toma tudo porque eu já coloquei o medicamento na água para fazer efeito mais rápido”. Ela tomou e logo falou que o medicamento não estava fazendo efeito e que a dor continuava. A cuidadora pediu para a residente esperar um “pouquinho” para dar tempo de o medicamento fazer efeito e a dor passar. Alguns minutos depois, Alana pergunta se o remédio já tinha feito efeito e a residente respondeu que a dor estava passando. O placebo funcionou, mas apenas diante da funcionária que havia dado o “medicamento”. Quando outra cuidadora, Alcione, chegou na sala e perguntou para Dona Albertina se ela estava bem, iniciou-se novamente o lamento: “ai, ai, ai, estou com dor, com muita dor, eu quero tomar um remédio”. Mais tarde, o mesmo se repetiu com o filho que chegou para visitá-la. As profissionais me informaram que a residente tinha um histórico de “vício em medicamentos”, mas perceberam que este não era o único motivo para ela solicitar o remédio. Segundo as funcionárias, a solicitação de Dona Albertina estava mais relacionada a chamar a atenção de qualquer pessoa diferente que entrasse na sala, pois, quando se mantinha ocupada com alguma coisa, não mencionava a dor e nem pedia medicamentos.

Em um contraponto à atitude de Dona Albertina, estavam os residentes que tomavam a iniciativa de ir para os RAIs. Ao fazerem isso, passavam a controlar tanto a escolha do residencial quanto os termos do contrato que assinariam com o mesmo. Isso permitiria que eles negociassem não só sobre sua liberdade para sair, como também sobre como manteriam parte de sua individualidade dentro do RAI. Dona Dalila, residente do residencial Damasco, levou-me para conhecer seu quarto, disse que foi morar no residencial porque não estava conseguindo dar conta da organização de sua casa sozinha, não queria morar com “as filhas” nem colocar uma pessoa estranha para trabalhar

em sua casa. Escolheu esse residencial porque ela permitia trazer seus móveis e objetos pessoais de casa.

O quarto tinha uma cama de solteiro, um guarda-roupa e uma cômoda, na qual ela havia montado um altar. As imagens faziam referência a santos católicos e a religiões de inspiração africana. A residente fazia a organização de seu próprio quarto, apesar de, algumas vezes, entrar em conflito com as normas do RAI, já que ela tinha o hábito de tirar as roupas de cama para pôr no sol, geralmente usando a janela ou uma cadeira na porta do quarto que dava acesso ao jardim. A direção do residencial não gostava dessa prática porque “a casa ficaria parecendo um cortiço” aos olhos da proprietária e dos visitantes e até mesmo aos olhos dos demais residentes.

Freitas e Noronha (2010) identificaram que muitos idosos, nos dias atuais, têm escolhido viver em uma “ILPI” em busca da inserção em um grupo onde possam construir uma nova identidade e permitir a sensação de pertencimento. Para os autores, essa escolha está permeada por aspectos sociais, culturais, familiares, de saúde, entre outros.

Os residentes têm, portanto, um papel fundamental na configuração dos RAIs. Embora com algumas limitações, eles geram um ambiente interativo e às vezes provocativo, que obriga os setores dos RAIs a repensarem constantemente suas práticas. As subjetividades que desencadeiam os processos de agenciamento não podem ser ignoradas de todo pelos dirigentes e funcionários(as) dos RAIs. Afinal, na relação comercial que travam com cada residente, também são “dependentes” deles ou de seus familiares.

CAPÍTULO 3

SUBJETIVIDADE E MORTE

No capítulo anterior, apresentei como os RAIs têm tentado se caracterizar no mundo contemporâneo, buscando afastar-se da estigmatizada ideia de “asilo” e valorizar-se no novo mercado que tem se constituído o cuidado de idosos. Discuti as diferentes interações proporcionadas tanto pelas formas disciplinares adotadas pelos RAIs para trabalhar com idosos quanto pelos espaços de agenciamentos encontrados por estes. Proponho, nesse capítulo, pensar o sujeito idoso e as pessoas que convivem com ele diante das transformações impostas ao corpo no processo de envelhecimento e da morte.

No decorrer da pesquisa, percebi como os relatos sobre o processo de envelhecimento eram permeados por uma carga emocional muito grande, as tensões criadas a partir das expectativas evidenciando a intensidade com que cada um dos envolvidos vivia seu papel de “velho”, de filho e de cuidador. Busquei analisar este aspecto através da antropologia das emoções, que tem como seu principal representante no Brasil Mauro Koury. Os estudos da antropologia das emoções buscam investigar os fatores sociais, culturais e psicológicos expressados em sentimentos e emoções. Para Koury (2005), a antropologia das emoções parte do princípio de que as experiências emocionais singulares, sentidas e vividas por um ator social específico, são produtos relacionais entre os indivíduos, a cultura e sociedade. “A emoção, como objeto analítico das Ciências Sociais, pode ser definida, então, como uma teia de sentimentos dirigidos diretamente a outros e causada pela interação com outros em um contexto e situação social e cultural determinado” (KOURY, 2005, p. 239).

Detenho-me, portanto, em apresentar como no contexto social dos RAIs, residentes, familiares e funcionárias expressavam seus sentimentos derivados de se ver envelhecer e morrer ou de ver o outro passar por este processo. Iniciarei descrevendo alguns exemplos das emoções implicadas no processo de adaptação à nova condição imposta pelo envelhecimento e ao novo espaço em que o idoso é inserido, é “internado” nos RAIs. Depois, tento esboçar como esse processo se reflete nas relações afetivas entre familiares e residentes, que tentam reelaborar os sentimentos de culpa e vitimização. Na sequência, busco problematizar o lugar liminar do envelhecimento e dos RAIs em nossa sociedade e faço uma revisão bibliográfica do entendimento sobre a morte e o morrer para explicar o comportamento de ocultação da morte dentro dos RAIs.

3.1. O processo de envelhecimento: perda e aceitação

Segundo Minayo e Coimbra Jr. (2002, p. 14), o envelhecimento não pode ser considerado como um processo homogêneo, pois, “[...] cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a ela relacionados, como saúde, educação e condições econômicas”. Uchoa (2003) lembra-nos da variedade de formas de envelhecer e de experiências relativas ao envelhecimento que são possíveis de encontrar em diferentes culturas. Também influenciam neste processo a dinâmica social e as políticas públicas vigentes em cada sociedade.

Além disso, os sistemas fisiológicos não envelhecem no mesmo ritmo para diferentes pessoas e a maioria não morre pela idade, mas sim porque o corpo perde a capacidade de suportar os fatores de estresse (SPIRDUSO, 2005). Em todo o caso, o envelhecimento acarreta mudanças significativas no corpo, com as quais o “idoso” precisa aprender a conviver. Alguns indicadores do “envelhecimento social”, segundo Zimerman (2007), são as progressivas diminuições dos contatos, o distanciamento social, a progressiva perda de poder de discussão, o progressivo esvaziamento dos papéis sociais, a gradativa perda de autonomia e independência, alterações nos processos de comunicação, entre outros. Ainda segundo essa autora, as principais consequências do envelhecimento são: crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria e perdas diversas. A perda de autonomia física era vista por alguns dos idosos com os quais fiz a pesquisa como a principal responsável pela perda de seu antigo papel social ou pela perda do direito de desfrutar do lugar físico da casa em que viveu com a família até então.

Seu Basílio, setenta e cinco anos, casado e natural de Florianópolis, há pouco mais de um mês residente no RAI Branco, externava uma aparência de cansado, de quem a esperança havia escorregado entre os dedos. Nos últimos dias de minha pesquisa, ele permanecia “deitado” em sua cama e, às vezes, parecia estar dormindo, mas, bastava alguém entrar no quarto, para que abrisse os olhos e pedisse para que desamarrassem seus punhos das guardas da cama. Durante o campo, já havia presenciado a contenção de residentes pela cintura para não cair da poltrona ou da cadeira de rodas, mas Seu Basílio foi o primeiro que vi contido pelos punhos com ataduras nas guardas da cama.

Antes de ir para o residencial, Seu Basílio foi internado no hospital devido a problemas no coração. Durante a internação, colocaram uma sonda nasal para auxiliar em sua alimentação, pois estava muito fraco, mas, passado algum tempo, a equipe médica considerou que ele deveria passar a usar uma sonda gástrica até que sua garganta se recuperasse. Como a recuperação não aconteceu, Seu Basílio teria que permanecer com a sonda gástrica. Ele não se conformava com isso. Segundo a equipe dirigente, como Seu Basílio era considerado “lúcido”, continuava com vontade de se alimentar pela boca e, quando ninguém estava olhando, retirava a mangueira da sonda e sugava o conteúdo dela. O grande problema de fazer isso era o de que, como ele estava com a garganta “completamente” comprometida, o alimento se dividia entre estômago e os pulmões, causando brônquio aspiração.

Nas primeiras semanas de internação de Seu Basílio no residencial, ele ainda estava muito fraco e se controlava, pois tinha esperança de voltar para casa e fazer suas refeições normalmente em ou no restaurante que costumava frequentar. À medida que o tempo passou, Seu Basílio ficou mais forte, pois a alimentação que recebia pela sonda era uma dieta completa, “rica em calorias”, mas teve suas expectativas de voltar para casa e de se alimentar normalmente frustradas devido ao resultado apresentado nos últimos exames. Ele estava revoltado com o resultado, sua esposa e a equipe do RAI também esperavam um resultado positivo quanto a voltar com a alimentação normal. Inconformado com o diagnóstico e impulsionado pela forte vontade de provar alimentos, seguidamente o residente sugava a sonda, mas sua desobediência não podia passar despercebida, pois o alimento que não conseguia ingerir, os resíduos se acumulavam na boca e garganta e dificultavam a sua fala. Quando as tentativas de Seu Basílio de se alimentar tornaram-se mais frequentes, a equipe de profissionais do residencial viu-se obrigado a mantê-lo contido pelos punhos. Essa medida também evitava que ele saísse caminhando pelo residencial e viesse a sofrer uma queda devido a sua condição de saúde.

Em uma tarde, quando entrei em seu quarto, implorou-me para que retirasse as faixas de contenção. Apesar de estar extremamente sensibilizado por sua situação, argumentei que não poderia, pois não tinha autorização para fazê-lo e a enfermeira de plantão não autorizaria. Ele, bastante “comovido”, tentava negociar dizendo que era só um pouquinho. Então, ele pediu para que eu secasse os seus olhos com um lenço que estava na guarda de sua cama, e assim o fiz. Seu Basílio tinha fome, e no RAI tinha uma mesa farta de alimentos, mas estava

permanentemente impedido de deleitar-se com o simples prazer de comer. Ele não perdeu o gosto por comer, mas perdeu a capacidade de comer. Se antes ele alimentava uma expectativa, hoje ele alimentava uma frustração.

Seu Alceu, oitenta e dois anos, casado e natural de Palhoça, também não aceitava sua atual condição. Quando o conheci, fazia pouco mais de um mês que residia no RAI Amarelo, após ter saído do hospital, pois havia caído e fraturado o fêmur. Antes da queda, ele e sua filha se revezavam no cuidado de sua esposa, que contou ser “bipolar” e precisava de cuidados constantes e que necessitava alternar períodos de tempo no hospital e em casa. Ele tem um casal de filhos, sua filha é quem cuida atualmente de sua esposa e seu filho mora em outro município, é este filho que paga para Seu Alceu permanecer no residencial e não no hospital até sua recuperação. Ele reclamava comigo que, apesar de estar se recuperando bem, não aguentava mais ficar na “casa”, porque ali “só tinha velhos” e concluía: “meu único problema é ter quebrado a perna”. Disse não ter pessoas com quem pudesse conversar “de igual para igual”. Presumo que estava se referindo a ser um dos poucos homens residentes. Considerava injusto que a vida o tivesse levado a estar ali em uma cadeira de rodas, disse: “Nunca joguei futebol para não ter problemas, para não me quebrar e agora aconteceu isso comigo”.

Uma vez na semana Seu Alceu recebia a visita de seu filho, as vezes que observei, notei que os dois procuravam ficar em um espaço mais reservado para conversar. Seu Alceu permanecia na cadeira de rodas quando estava fora de seu quarto e o deslocamento pelo residencial era realizado por cuidadoras. Ficava muito revoltado e insatisfeito por estar em “um lugar de louco”. Explicava-me que não se considerava “louco” (referindo-se às pessoas com Alzheimer), dizia que não era um “velho imprestável”, como os que estavam no residencial, e queria voltar para sua casa, pois tinha sua esposa que precisava dele. Depois, em um momento de pausa, lágrimas escorreram por seu rosto e disse não saber o que seria dele se não fosse seu filho pagar para ficar no RAI: “meu filho é tudo para mim, ele não merece ter um pai deste jeito”. Dessa forma, ao mesmo tempo em que Seu Alceu considerava não pertencer ao residencial, ele se dava conta de sua atual impotência diante da vida, não só incapaz de cuidar da esposa, como também incapaz de decidir sobre sua própria vida e sendo obrigado a reconhecer que o local que tanto odiava era a forma de ampará-lo encontrada por seu filho. Ele estava fazendo fisioterapia duas vezes na semana, já estava melhor em sua recuperação, mas, segundo a equipe de profissionais cuidadoras,

eram raras as vezes que alguém internado no residencial voltava para casa.

A maior parte dos residentes com os quais falei não nutria a esperança nem mesmo falavam abertamente sobre sair do RAI em que se encontravam. Eles já não “tinham” projetos para o futuro. Em suas falas ou “atitudes”, seus dias se resumiam em esperar pela próxima refeição, pela hora do medicamento, pela visita do “médico” ou de familiares. Outros, como Seu Alceu e Dona Carmem, tentavam negar sua “condição de velho”, criando distinções entre si e os demais com quem viviam dentro dos RAIs. O envelhecimento era vista por muitos(as) dos residentes como algo negativo, anormal e a qual não queriam pertencer.

Dona Carmem conta que viveu grande parte de sua vida na região serrana do estado, onde desde cedo aprendeu a conviver com a morte. Aos doze anos, sua mãe morreu, deixando Dona Carmem com cinco irmãos mais novos. Como irmã mais velha, assumiu a responsabilidade de mãe e de dona de casa. Quando estava com dezoito anos, seu pai faleceu. A partir deste momento, passou a administrar toda a família trabalhando na lavoura, e “fez de tudo para manter a família unida”. Foi a última a casar, teve dois filhos, mas ambos nasceram mortos e, agora, com oitenta e sete anos, já estava viúva há vinte e oito anos.

Desde a morte do marido, morava sozinha. Há um ano os vizinhos denunciaram ao ministério público que seus parentes não a estavam ajudando. Foi, então, levada ao hospital para realizar uma cirurgia para retirar um câncer no quadril e, segundo ela, sem o seu consentimento, a internaram no residencial. Os familiares de Dona Carmem disseram para ela que a levariam para casa após sua recuperação, mas, segundo as funcionárias do RAI Cinza, esta é uma estratégia muito comum usada pelas famílias para convencerem os idosos a se internarem, no entanto, a maioria acaba ficando. A cuidadora Carlota, cinquenta e cinco anos, cuidadora há seis anos no residencial Cinza, afirmou que, nos últimos dois anos, apenas uma pessoa ficou pouco tempo e voltou para casa, “a maioria das pessoas que são internadas aqui somente saem no caixão”.

Dona Carmem se sentia injustiçada, porque ela gostaria de estar em sua casa, queria que seus parentes pagassem uma empregada para cuidar dela em casa. A residente tinha artrose nos dois joelhos há mais de oito anos. Durante este período, ela só caminhava de andador e atualmente ela não conseguia ficar em pé porque sentia muita dor nas articulações. Acredita que seus parentes têm obrigação de pagar alguém para ficar com ela em sua casa. Para a cuidadora Carlota, a residente

“reclamava de barriga cheia” e “não reconhece tudo o que a família faz por ela”. Além disso, “não gosta que ninguém encoste as mãos nela e acusa a todos de a roubarem”. A sociedade está condicionada por critérios de confiança e as preocupações e atitudes de Dona Carmem demonstravam isso.

Dona Adriana, setenta e dois anos, viúva, natural de São Paulo, de alguma forma, aceita seu processo de envelhecimento, mas, assim como outros residentes, também não se considera como os demais, a decisão de ir para o RAI foi sua. A residente disse que passou muitas de suas férias em Florianópolis e, depois que se aposentou, foi morar nessa cidade, seus filhos estavam estudando e trabalhando. Mais tarde, eles retornaram para São Paulo. Disse gostar muito do clima e das praias e, como estava sozinha, então resolveu morar no residencial Amarelo. É uma das pessoas mais antigas do RAI, pouco sai para a rua, mas pode sair o horário que quiser para passear ou ir ao shopping fazer compras.

Permaneceu no residencial por um tempo e depois voltou para São Paulo, mas não foi morar em seu apartamento, foi para um residencial para idosos mais perto da família. No entanto, não se adaptou mais com o clima nem com o RAI em São Paulo, então retornou para o RAI Amarelo. Segundo ela, o seu maior problema eram as limitações nas articulações do ombro por ter praticado muitos anos o mesmo esporte, fora isso, estava tudo bem. Ela mencionava o grande problema do RAI: “aqui só tem velhos e doentes”, disse não se misturar com os outros, pois afirmou que possuía capacidade para fazer todas as coisas sem precisar da ajuda de ninguém. No entanto, ao mesmo tempo em que dizia isso, Dona Adriana também falou que se sentia bem no residencial, porque em sua casa estava vivendo sozinha. Seu conflito era entre morar sozinha e viver entre “velhos” que não tinham a mesma desenvoltura que ela. Dona Adriana afirmava que acreditava que deveriam acontecer mudanças dentro do RAI Amarelo, ter pessoas mais ativas, ter “profissionais” mais ativos, ter maior oferta de atividades de lazer para os idosos. Sugeriu que deveria acontecer na “casa” uma “renovação” dos idosos que ali estavam, porque os filhos não aguentavam mais pagar um “monte de dinheiro” para os pais ficarem no residencial. Exemplificava, comentando o estado de alguns dos idosos. Mostrava-me Dona Arlei, que só ficava na cadeira de rodas, não falava com ninguém, não reconhecia ninguém e “só dá despesa para a família”. Para Dona Adriana, “isso não é mais viver”. Dona Aline era outra residente que, na opinião de Dona Adriana, não tinha porque continuar vivendo, pois só comia e dormia. Considerava sua situação diferente dos

demais, não se sentia como eles porque tinha sua liberdade, podia sair à hora que quisesse.

Norbert Elias (2001), em sua obra “A Solidão dos Moribundos”, discute sobre o nosso desejo de permanecermos jovens, sobre nossos temores de finitude da vida e sobre a dificuldade de se pensar enquanto alguém que irá, cedo ou tarde, perder a força e a beleza. É neste contexto que, segundo o autor, o velho passa a ser um sujeito “impossível de ser compreendido”, constantemente alvo de zombarias e com o qual não se quer construir nenhuma identificação.

Este sentimento não é apenas algo individual, mas construído em sociedades nas quais a doença está naturalizada no envelhecimento. Naturaliza-se esperar que o idoso seja doente, assim como o doente seja mais velho e menos credível do que de fato é. Assim, para continuar recebendo o mínimo de respeito da sociedade, o idoso precisa distanciar-se de todas as características que o aproximam do estereótipo de incapacidades e manter-se “saudável”. Para isso, precisa aderir à ideologia de que o idoso saudável, necessariamente, pratica atividades físicas, de que o idoso feliz “redescobre a vida” (ou a juventude). Caso contrário, estará fadado a todo o tipo de preconceito que nossa sociedade geralmente reserva aos “deficientes”.

Porém, alguns residentes, como Dona Alda, já fazia um ano e meio que viviam no RAI Amarelo e encaravam sua atual situação, sem negar suas limitações, “aceitando” o envelhecimento e encontrando formas para viver esta “fase da vida”. Quando cheguei ao residencial, em uma terça-feira de manhã ensolarada, a sala estava vazia – todos estavam no pátio (residentes, cuidadoras, familiares e amigos). Sentada em sua cadeira de rodas, estava Dona Alda, com sua cuidadora particular ao seu lado. Nesse dia, ela me contou grande parte de sua trajetória de vida, narrou todo o processo que motivou a ir morar no residencial. Contou-me que era natural de Porto Alegre, morou e trabalhou muitos anos no Paraná e passeava em Florianópolis quando estava de férias. Depois que se aposentou, foi morar definitivamente no centro de Florianópolis e seus vários problemas de artrose e osteoporose começaram a se agravar. Passou a sentir medo de sair na rua e de cair. Resolveu ir para o residencial porque, quando morava em sua casa, precisava atravessar a rua para chegar ao local onde fazia suas refeições, então resolveu procurar um lugar para morar que oferecesse uma melhor qualidade de vida. Olhou outros residenciais antes de escolher o RAI Amarelo. Dona Alda levantou aqui os problemas de acessibilidade para os idosos nas ruas e calçadas.

Apesar de seus esforços para encontrar um lugar que lhe oferecesse menores riscos de sofrer com as consequências das limitações de sua idade, três meses após entrar no residencial, Dona Alda sofreu uma queda ao se levantar da mesa após almoçar e fraturou o quadril. A partir deste momento, não voltou a andar sozinha e deslocava-se com uma cadeira de rodas. Ela continuava uma pessoa “ativa” intelectualmente e continuava sendo responsável por tomar as decisões em sua vida. Depois da queda, contratou uma cuidadora particular para ter atenção exclusiva e poder sair na rua, ir às lojas, almoçar fora, ir ao shopping, olhar vitrines, etc.

Cada um dos idosos tentava demonstrar, a sua maneira, a atual situação em que vivia, reelaborando constantemente suas expectativas e frustrações. Diante da nova realidade de ser residente dentro de um RAI, precisavam renegociar seus antigos espaços e os vínculos afetivos com a família. Esse processo era quase sempre permeado por relações e conflitos, com intenso desgaste emocional por parte de todos os envolvidos, em especial familiares e residentes.

3.2. Reconstruindo os laços de afetividade

O envelhecimento, particularmente, assim como as doenças terminais, são momentos que obrigam as pessoas a repensar sobre sua vida e seu lugar no mundo. Quase sempre elas são afastadas de sua casa, de seu trabalho e passam a viver de forma diversa de tudo em um mundo à parte. Segundo Kubler-Ross (2008), o paciente moribundo passa por cinco estágios: negação e isolamento; raiva por tal acontecimento interromper seus planos; barganha, quando o residente passa a fazer promessas de mudança, como se estas pudessem prolongar um pouco mais sua existência; depressão derivada do impacto que a doença causa na família, das dificuldades financeiras, do afastamento dos filhos e da necessidade de ser cuidado por um parente; e a aceitação, que coincide com o período de maior desgaste físico, que é quando o residente pode querer falar sobre seus sentimentos, mas precisa que haja pessoas disponíveis e preparadas para esse contato.

Dona Beatriz, oitenta e quatro anos, viúva, natural de Palhoça, há treze anos, morava no mesmo prédio com seus dois filhos. Estavam passando por um momento de transição, em que os três precisavam encontrar meios para aceitar a “internação” dela no RAI Branco sem culpa ou preconceitos. Dona Beatriz morava no primeiro andar do edifício em que também moravam seus dois filhos e respectivas famílias. Sempre exerceu o papel de protetora da família, assumindo

seguidamente o cuidado da casa dos filhos e das atividades dos netos. No entanto, nos últimos anos, Dona Beatriz teve três quedas, e na última bateu com a cabeça, o que, segundo os filhos, desencadeou uma espécie de demência, que foi agravada pelo diagnóstico de que estava na “fase inicial” do Mal de Alzheimer.

No residencial, Dona Beatriz é uma senhora inquieta e obstinada, mas com uma linguagem rebuscada e sempre educada. Um de seus assuntos prediletos era falar sobre comida, auto elogiando (seus casadinhos, que todos gostavam) suas capacidades culinárias e conhecimento sobre bebidas, adquiridos no tempo em que foi proprietária de um bar juntamente com seu esposo. Em certa ocasião, quando cheguei à sala, ela olhou-me e falou: “Benjamim, vai ali na esquina e compra duas cervejas, uma para mim e outra para você”. O senhor Bruno disse: “Benjamim é o filho dela”. Depois de alguns segundos, desconcertado com o pedido, lembrei-me do que as profissionais da saúde Amália e Ana haviam falado várias vezes sobre sempre estimular a memória e não contestar ou dizer que o residente estava errado, então entrei no jogo “de faz de conta” e perguntei qual marca de cerveja ela gostaria que comprasse. Dona Beatriz parou, baixou a cabeça e voltou a olhar para mim falando que não lembrava nenhuma marca de cerveja. Então, sugeri algumas, mas como falei baixo, ela não escutou e o diretor do residencial repetiu em voz alta. Dona Beatriz decidiu-se por uma das marcas, causando sorrisos, Seu Bruno brincou dizendo: “a senhora já está boa tomando cerveja”. Claro que não comprei a cerveja, voltei minha atenção para outra residente, Dona Bela, que comentou que fazia tempo que ela não bebia cerveja e alguns segundos depois Dona Beatriz já havia esquecido da cerveja e recordava como os casadinhos que fazia ficavam uma maravilha. A residente estava melhorando da fratura do fêmur, mas ainda não estava totalmente recuperada. Em casa, Dona Beatriz estava muito fraca e não conseguia ficar em pé, agora já tinha forças para se levantar e a equipe precisa vigiá-la constantemente para que não o fizesse, pois poderia fraturar a perna novamente. Em uma das ocasiões em que a residente levantou-se sozinha, Seu Bruno estava na sala e a repreendeu dizendo que ela ainda não estava pronta para ficar em pé, e que quando estivesse mais forte poderia ficar em pé e caminhar.

Os filhos, no entanto, ainda estavam bastante comovidos com a atual situação da mãe e ambos sentiam-se culpados por a terem posto em uma “casa para idosos”. Em uma das primeiras visitas da filha de Dona Beatriz, Belinha, no dia que presenciei, ela entrou no RAI bastante abatida e emocionada. Belinha perguntou por sua mãe, que estava de

cabeça baixa, com os olhos fechados e parecia dormir. Bárbara, técnica em enfermagem, exclamou: “olha só, Dona Beatriz! olha quem veio lhe visitar!”. Dona Beatriz levantou a cabeça, um pouco sonolenta e indagou ao escutar a voz da filha: “é você, Belinha?”. A filha, com a voz trêmula e rouca, tentando conter as lágrimas, responde: “sou eu mãe” e caminhou em direção à dona Beatriz, sentou-se na poltrona ao lado e segurou nas mãos de sua mãe, beijando seu rosto e acariciando seus cabelos.

A residente quis saber como estava sua neta, depois começou a questionar a filha e argumentar sobre porque a deixaram em “um lugar como aquele”, “que só tinha velhos e doentes”. A conversa prosseguiu com Dona Beatriz colocando-se “no lugar de vítima” e a filha tentando argumentar sobre suas razões, sem, no entanto, conseguir deixar de transparecer a culpa que sentia em ter levado a mãe para aquele local. A jovem neta da residente havia chegado alguns minutos mais tarde e tentava confortar a mãe para que esta, por sua vez, conseguisse confortar Dona Beatriz.

Percebi que era uma oportunidade de ter contato com familiares de uma residente recém chegada e fui conversar com Belinha. A filha de dona Beatriz começou explicando que o grande problema de sua mãe estar daquele jeito (referindo-se à emotividade com que lidava com a separação de casa) foi porque mantiveram a vida toda uma relação de mútua dependência, pois toda a família morava muito próxima, no mesmo prédio. Dona Beatriz sempre esteve “atualizada” sobre as notícias de seu casal de filhos e netas. Quando não tinha notícias, telefonava para obter informações sobre eles. Nos últimos tempos, antes de ir para o residencial, como Dona Beatriz estava ficando cada vez mais esquecida, isso se tornou um problema, pois acabava telefonando a todo o momento para saber onde os filhos estavam, que horas iriam chegar em casa etc. Belinha é arquiteta e tem um escritório próprio, seu irmão, Benjamim, é professor universitário. Ambos têm uma rotina de trabalho intensa e os constantes telefonemas da mãe começaram a atrapalhar. A própria Dona Beatriz, em outro momento, comentou comigo que o motivo de estar ali era porque estava “atrapalhando a sua família”.

Belinha disse que sentia muito por ter posto a mãe em uma “casa de repouso”, porque ela sempre dizia que não queria morar em “asilo para velho”. Em outra conversa que tive com Belinha, ela chorava e dizia que a sua mãe tomou conta de sua vida, participava de tudo. Apesar disso, por um tempo, isso não era tão ruim porque sua mãe sempre foi uma pessoa maravilhosa, mas atualmente ela estava

ocupando as vinte e quatro horas do seu dia e do dia de seu irmão e completou: “nós estávamos ficando loucos”. Contou-me que, se ela e seu irmão tentavam ignorar a constante exigência de atenção, Dona Beatriz saía sozinha, não respeitava e não acatava a orientação das pessoas que contrataram para fazer companhia a ela. Então, sem saber o que mais fazer pela mãe, a trouxeram para a “casa de repouso”. Ali, pelo menos, ela aceitava melhor as ordens das profissionais de saúde, o que não acontecia quando estava em casa.

O filho de dona Beatriz, Benjamim, também se sentia mal por ter levado a mãe para residencial e tinha a ideia de que aquele lugar era ruim “e que as pessoas só iam para lá obrigadas pela família”. Ele ficou muito surpreso no dia em que descobriu que Dona Bela, residente mais ativa do RAI Branco, não era familiar de uma das residentes, mas morava lá também. Ele havia questionado Dona Bela sobre qual era o familiar que ela tinha no residencial e ela lhe disse que morava ali. Ele então perguntou como foi que seus filhos a levaram para a casa e Dona Bela respondeu que não tinha filhos, apenas um irmão, e que a decisão de ir para o RAI foi dela, porque não queria dar trabalho a ninguém e também não queria ficar sempre sozinha em casa.

Os filhos dos residentes reagem de forma muito diferente à internação dos pais. Para alguns era difícil aceitar não ter condições emocionais para cuidar da pessoa mais velha em casa. Mesmo percebendo que seu familiar estava melhor no residencial, ainda se sentiam culpados e sensíveis às reclamações e acusações dos pais. Outros filhos, segundo as cuidadoras, preferiam simplesmente se afastar e não ir visitar os pais “internados” nos RAIs, justificando que isso não se tratava de abandono, mas que simplesmente “não conseguiam ver os pais em tal situação”. E havia ainda aqueles que, por razões diversas (separação do casal, homens que nunca assumiram completamente a paternidade, alcoolismo, etc.) nunca mantiveram um elo forte com os pais e agora os mantinham no residencial porque se sentiam obrigados moral ou judicialmente a fazer isso, mas evitavam manter contato afetivo. Segundo Anita, alguns filhos levavam os pais para um residencial simplesmente para estes esperarem a morte. Eles não queriam deixar os pais no hospital por considerarem o ambiente “pior” que os RAIs.

Acompanhar o envelhecimento e a perda de autonomia dos pais é emocionalmente difícil para os envolvidos. Em alguns casos, havia a tentativa de negar que o pai ou a mãe pudessem ter esquecido completamente dos filhos, por exemplo. André, filho de Dona Arlei, contou-me que a mãe estava com Alzheimer, motivo pelo qual não

reconhecia mais ninguém e também não conseguia mais falar, mas, mesmo assim, acreditava que ela o reconhecia quando ele segurava suas mãos e falava com ela. Sua mãe pressionava a sua mão, o que o fazia sentir que ela o reconhecia. Por isso afirmava que ia visitá-la entre três a quatro vezes na semana.

Outros se sentem felizes com pequenas memórias preservadas pelos pais, como se estas pudessem indicar uma esperança de melhora de doenças degenerativas e consideradas “irreversíveis”. Em uma das ocasiões que conversei com Dona Beatriz, ela contou-me que havia saído na parte da manhã para tomar café com a sua filha. Disse que morava há muitos anos no bairro e não sabia que existia uma padaria tão boa perto de sua casa. Este comentário surpreendeu a técnica em enfermagem Betina, que comentou: “olha só quem está lembrando que saiu para tomar café na padaria”. Logo depois, quando seu filho Benjamim chegou para visitá-la, ela também repetiu a história, mas somente depois de esperar a confirmação da técnica de enfermagem ele se demonstrou surpreso e feliz com a melhora da memória da mãe.

Segundo algumas profissionais da saúde que trabalham havia a mais de dez anos nos RAIs, quando o residente fica mais acamado, a família tende a se afastar. Dóris, enfermeira do RAI Damasco adverte que obviamente existem exceções, e contou-me do caso do filho de uma residente com Alzheimer, que ia todos os dias “olhar” a novela. Ele ficava sentado ao lado da mãe assistindo a novela porque era algo que ela sempre gostou de fazer, mesmo sabendo que ela “não lembraria do capítulo anterior”.

As trocas de afetividades entre familiares e residentes eram presenciadas com certa frequência: A filha de Dona Branca acariciava as mãos da mãe e solicitava a benção ao sair do residencial Branco; também nos frequentes telefonemas da senhora de mais de noventa anos para a cuidadora de seu filho, internado no RAI Amarelo havia mais de um ano, mesmo ele não conseguindo falar. Para se comunicar, a mãe pedia para que a cuidadora colocasse o telefone no ouvido de seu filho e, após fazer uma pergunta, pedia para que ele apertasse a mão da cuidadora como resposta.

3.3. A construção do sujeito idoso

As formas de vivenciar o envelhecimento estão condicionadas, acima de tudo, pelas formas pelas quais as pessoas foram educadas a construir o seu próprio corpo. Entendo que o envelhecimento, embora visto por muitos como um “estado do espírito”, é também um “estado do

corpo”. Os RAIs, por sua vez, constituem-se em um campo, no qual o indivíduo idoso trava suas lutas na construção do sujeito idoso.

Preocupado em entender as transformações e a construção do sujeito, Foucault (1995, p. 2) irá dizer que “o sujeito humano é colocado em relações de produção e de significação” e “é igualmente colocado em relações de poder muito complexas.” Isso implica que, em cada relação estabelecida em sua vida cotidiana, o sujeito está diante de uma forma de poder que o subjuga, mas que também faz do indivíduo o sujeito da ação. A formação do sujeito, para Foucault, se dá nas relações que este estabelece, nas “lutas” que o indivíduo trava diariamente com cada esfera do mundo à sua volta: Sendo assim, se constituem várias formas de sujeito: o sujeito político, o sujeito de uma sexualidade, o sujeito de uma etnia, etc.

Constituir-se enquanto “sujeito idoso” não implica necessariamente no reconhecimento de sua atual condição. Como mencionei anteriormente, alguns dos residentes com quem falei não se consideravam “velhos”, mas todos precisavam redefinir suas relações em um contexto social e cultural que os categorizavam enquanto tal. Nos RAIs, os idosos precisavam se adaptar a ter seus corpos manipulados pelos profissionais de saúde, eventualmente suas vontades e desejos ignorados e suas opiniões desacreditadas.

Cena que pode ser representada, por exemplo, por uma que ocorreu em uma certa manhã no RAI Amarelo, mas que poderia ser vista diariamente de outras formas nos outros residenciais. As cuidadoras organizaram os residentes em círculos na sala, sentados(as) em poltronas e cadeiras de rodas. A atividade do dia consistia em responder qual presente gostaria de ganhar na páscoa. Anita Educadora Física conduzia a atividade, ela olhou para todos os residentes em sua volta e perguntou para Dona Andreia, que estava sempre disposta a interagir no grupo, o que ela gostaria de ganhar de presente. Dona Andreia, sem demorar, como sempre, respondeu “um doce de chocolate”; Anita perguntou por quê. Logo Dona Andreia respondeu “porque gosto”. “Qual chocolate”? Pergunta Anita. “Branco”, responde Dona Andrea; a Educadora Física concorda: “pode ser”. Anita se dirige a outra residente que estava na roda, Dona Alba, e pergunta o que ela gostaria de ganhar de páscoa. A residente respondeu: “Uma criança”. “Não entendi direito”, exclamou Anita, “a senhora quis dizer uma boneca”? “Não”, respondeu a residente, “uma criança mesmo, de verdade”. Anita argumentou: “Nós já estamos muito velhas para ter uma criança para cuidar, já cuidamos de nossos filhos”. Dona Alba, de cabeça baixa, fala: “eu sempre gostei de criança, por isso eu quero ter

uma criança para cuidar”. A educadora então disse: “A senhora tem que entender que a gente não tem mais capacidade de cuidar mais de criança, nós já cuidamos, agora não é hora de pensar mais nisso”. Dona Alba retruca: “mas eu gosto de criança”. Sugeriu Anita: “escolha outra coisa, um chocolate, um ovo ou uma roupa”. “Não, eu quero uma criança”, retrucou a residente novamente, e a atividade prosseguiu com os outros residentes.

Para Foucault (1982), é necessário analisar as técnicas que os homens utilizam para compreenderem aquilo que são. Essas técnicas se dividem em técnicas de produção, técnicas de sistemas de signos, técnicas de poder e técnicas de si. Esta última, cuja evolução hermenêutica é contextualizada pelo autor dentro da filosofia Greco-romana e da espiritualidade Cristã, refere-se às formas de atividade sobre si mesmo. As técnicas sobre si permitem ao indivíduo efetuarem operações sobre seus corpos, sua alma, seus pensamentos, sua conduta e seu modo de ser. Essas técnicas, que quase sempre funcionam em conjunto, implicam em modos distintos de transformação dos indivíduos, fazendo com que adquiram certas atitudes e aptidões diante do mundo em que estão inseridos (FOUCAULT, 1982).

Assim como nosso corpo é habilmente trabalhado de forma a alcançar a perfeição, a eficiência e a funcionalidade nas “técnicas corporais” e “sociais” de Mauss (2003) de como comer, andar, respirar, também podemos dizer que há uma disciplina para o corpo “velho”. Cada sociedade tem um lugar e um comportamento esperado para o corpo. A grande contribuição de Mauss é que o corpo não está pronto, que o uso do corpo tem um aspecto de aprendizado. Nós aprendemos técnicas para usar o nosso corpo – nós aprendemos a “sermos humanos”. No entanto, alguns residentes estão desaprendendo as técnicas corporais, o domínio sobre o corpo: a caminhar, a comer, a falar. Um exemplo que os residentes continuam aprendendo as técnicas corporais é o trabalho dos fisioterapeutas e fonólogos quando estimulam os residentes a aprender, andar, comer, falar.

Segundo Mauss, na “arte de utilizar o corpo”, predominam os fatos da educação a que cada um foi submetido. A educação do corpo se dá por meio do que o autor chamou de imitação prestigiosa. Para Mauss (2003), os indivíduos imitam os atos bem sucedidos que viram outras pessoas praticarem. Geralmente estes atos foram efetuados por pessoas com prestígio ou autoridade, portanto, “o ato se impõe de fora, do alto, mesmo o ato exclusivamente biológico, relativo ao corpo” (MAUSS, 2003. p.405).

Em uma cultura na qual o “corpo jovem” tem mais valor, os significados do corpo que envelhece são condicionados por este valor. Daí porque iniciei afirmando que a construção do sujeito idoso passa pela forma como o indivíduo foi educado a construir o seu corpo. Goldenberg (2008, p.17) discute o significado do envelhecimento feminino e a questão da valorização do corpo entre mulheres brasileiras e alemãs. A autora afirma que existe uma “construção cultural do corpo”, com valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que exista um “corpo típico” para cada sociedade. Por exemplo, entre as entrevistadas brasileiras, havia uma ênfase na “decadência do corpo”, enquanto que entre as alemãs ter uma aparência jovem não era tão importante, e sim a “valorização profissional” (GOLDENBERG, 2008, p.34). Observei que alguns residentes, neste sentido, tentavam manter determinados cuidados e a vaidade para com seu corpo. Dona Carmem reclamava das raízes brancas de seus cabelos, nunca antes havia os deixado ficarem assim. Ela cuidava dos cabelos com a mesma profissional há mais de 20 anos, mas atualmente não podia sair do residencial. A “vaidade” que estou me referindo aqui é do ponto de vista pessoal da aparência.

3.4. A liminaridade e velhice nos RAIs

Os RAIs podem ser vistos como espaços ou locais de mediação entre os dois mundos, o mundo dos vivos e o mundo dos mortos. Alguns comentários de algumas pessoas que não fizeram parte do grupo de informante, também me auxiliaram a pensar nas questões relacionadas à morte, bem como provocaram o diretor do RAI Branco a refletir sobre seu papel social e o papel social do residencial que administra. O dirigente contou-me que, em certa ocasião, quando conversava com um amigo, este lhe surpreendeu ao dizer que não trabalharia com “idosos” nem “se o empreendimento lhe rendesse 50 mil por mês”. Para ele, os profissionais que trabalham com essas pessoas “abrem as portas para o céu”. O dirigente disse: “Eu não havia pensado sobre isso antes”, mas constatou que se tratava de uma verdade, pois quando recebia um novo residente, em sua maioria, eles estavam passando por “graves” formas de dependência.

A “surpresa” de seu Bruno deriva de perceber que eles e os profissionais da saúde, são muitas vezes os últimos a conviverem com os “idosos” antes da morte destes. É impossível negar que o envelhecimento do corpo coloca ou confronta o ser humano com redefinições de seus papéis sociais, afastando o idoso de suas atividades

habituais, envolvendo e exigindo cuidados contínuos e especiais. O contrato firmado entre o residencial e o familiar estabelece um “contrato de hospedagem de curto e longo prazo”, que muitas vezes termina com a morte do residente.

Alguns residentes permanecem no residencial por muitos anos, mas os filhos não têm esperança de vê-los melhorar. Anita disse que muitos filhos chegam a dizer para ela que não aguentam mais ver a mãe ou o pai “daquele jeito”. Ela considera que o maior problema para estes filhos não é o dinheiro, pois estes, em geral, têm para manter os pais, mas sim a situação de ver o seu parente ali, sempre do mesmo jeito.

Segundo as informações obtidas com dirigentes e profissionais da saúde, geralmente a “pessoa idosa” que vai para o RAI já perdeu a capacidade de realizar as atividades diárias, está com a doença de “Alzheimer”, sofreu um AVC, ou possui algum outro problema grave de saúde. São pessoas que exigem cuidados contínuos em casa, não têm mais condições de ficarem sozinhas, estão “desacreditadas pela família” e sem nenhuma outra perspectiva de vida. (Diário de campo, 05 e 06 de março de 2013).

Portanto, os residenciais podem ser percebidos como espaços liminares¹² entre este mundo e o outro e entre a vida e a morte. Segundo DaMatta (1997), a morte no Brasil é concebida como uma “passagem verticalizada” entre este e o “outro mundo”. A ideia de liminaridade foi elaborada por Victor Turner para pensar o momento de passagem de um status a outro numa sociedade quase sempre marcada por algum tipo de rito de passagem. Entre os liminares pode se desenvolver um tipo de relacionamento não-estruturado, a *communitas*, no qual deixam temporariamente de estar segmentados em status ou funções (TURNER, 2013, p.13).

¹² Dialogo aqui com Victor Turner. “Os atributos e liminaridade, ou de *personae* (pessoas) liminares são necessariamente ambíguos, uma vez que esta condição, e estas pessoas furtam-se ou escapam à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num espaço cultural. As entidades liminares não se situam aqui nem lá; estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial. Seus atributos ambíguos e indeterminados exprimem-se por uma rica variedade de símbolos, naquelas várias sociedades que ritualizam as transições sociais e culturais. Assim, a Liminaridade frequentemente é comparada à morte, ao estar no útero, à invisibilidade, à escuridão, a bissexualidade, as regiões selvagens e a um eclipse do sol ou da lua”. (TURNER, 2013 p.98).

As distinções de classe e as classificações culturais desaparecem nos “estados” liminares. Turner (2013) se refere aos estudos de Erving Goffman sobre as instituições totais, nas quais os internos passam por um processo de despojamento e nivelamento, apagando as distinções sociais existentes entre estes indivíduos quando de sua chegada nessas instituições.

Nas sociedades estudadas por Turner, a liminaridade e o tempo vivido na *communitas* permitia aos jovens mudar de status. Nos ritos de passagem, eles se separavam de seu grupo como crianças, e eram reintegrados como adultos. A liminaridade pressupõe, portanto, uma reintegração que também ocorre no envelhecimento. O residente quando morre recebe status de morto e passa a ocupar outra posição na sociedade. A ideia de passagem aqui não se limita à morte, mas aos RAIs como um local de mediação entre os dois mundos, pois o funeral e a localização no cemitério sinaliza que a pessoa continua no mundo dos vivos.

Neste momento liminar, há uma alteração das relações familiares diante do envelhecimento de um dos membros da família. É necessário reconstruir novas afetividades frente às mudanças dos papéis sociais de cada membro da família. Se antes era o filho que buscava conforto, conselhos e apoio financeiro dos pais, agora há uma inversão de papéis, os filhos se tornam os pais dos próprios pais.

3.5. A relação com a morte dentro dos RAIs

Dentre os vários serviços prestados, também cabe às equipes dirigentes lidarem cotidianamente com a morte, seja encaminhando o moribundo para o hospital, seja explicando ou ocultando dos residentes o que aconteceu com seu “colega” ou vizinho de quarto. No entanto, a morte, na maioria dos residenciais, não é um assunto sobre o qual se fale abertamente. Todos os residentes sabem que ela “os ronda”, e que seguidamente leva um deles, mas ninguém vê. Existe um esforço para ocultar dos demais a morte de um residente.

No residencial Damasco, os residentes tinham um “grau maior de independência” devido à política interna. Segundo Dóris, enfermeira responsável pelo RAI, ela recebia pessoas muito doentes, mas tinha uma preferência por admitir pessoas com mais autonomia, isso porque a doença e a morte de um residente altera o estado emocional e clínico dos demais. Ela disse: “quando morre alguém na casa, a gente não conta para ninguém que morreu para os residentes não ficarem nervosos” e relata uma situação ocorrida em 2012. A equipe dirigente acabou

aceitando, por insistência de uma família, uma senhora muito doente que faleceu um mês após dar entrada no residencial. Nenhum dos residentes ficou sabendo do falecimento dessa senhora na ocasião do mesmo, mas, depois de algum tempo, um morador próximo ao RAI que seguidamente conversava com o Senhor Daniel, setenta e cinco anos, residente há um ano, perguntou quem havia falecido, pois esse vizinho tinha visto um carro sair com o corpo e “a pressão de Seu Daniel foi a 17 por 10”.

A ocultação das doenças dos residentes parece ser algo comum no cotidiano dos residenciais. Dona Carmem, após ter realizado uma cirurgia no quadril, há nove meses estava aguardando uma nova cirurgia, desta vez nos joelhos. Ela falava com autoridade: “eu não sou mulher de ficar aqui sentada”, afirmava ser diferente das outras residentes que não sabia o que estava acontecendo ali. Durante o tempo que morava no residencial, já havia escutado que tinha morrido algumas pessoas, mas a direção e funcionárias não falavam para ninguém, e completou: “quando uma velha está ficando muito doente, elas colocam em um quarto” separado na outra parte da “casa”, e disse ter visto a ambulância sair pelos fundos, e ter escutado muitas vezes as enfermeiras falarem “baixinho”.

Conversando com a cuidadora Carlota sobre como era à reação das residentes quando alguém morria, ela confirmou que não costumavam falar aos residentes sobre a morte, isso “por que causa uma espécie de nervosismo, uma agitação nas idosas”. O que então fazia que Dona Carmem, ao contrário das outras residentes, falasse comigo sobre a morte e descrevesse quase que em tom de reprovação a forma como o residencial ocultava a morte das demais que ali moravam? Seria o fato de ter esperanças de voltar para casa ou de se considerar diferente das outras mulheres? Ela conviveu com a morte de praticamente toda a sua família e, conseqüentemente, com o luto. Por outro lado, ela considerava estar com melhor saúde que as demais residentes. No entanto, dois meses após realizar a pesquisa de campo, fiz uma visita aos RAIs e, para minha surpresa, a única residente que tinha morrido era a Dona Carmem.

Kubler-ross (2008), em seu livro “Sobre a Morte e Morrer”, fala sobre as inovações tecnológicas que afetaram o manejo com os “pacientes” e tornaram as relações desse momento da vida impessoais e solitárias. Segundo a autora, a nossa sociedade, em geral, é propensa a evitar a morte, ignorá-la, e os profissionais de saúde, em sua maioria, tem grande dificuldades de falar para os residentes o que ocorreu.

Em uma das incursões a campo no residencial Branco, presenciei o luto recente de funcionárias e residentes pela morte de uma das senhoras que morava ali. A possibilidade e a existência de diálogo entre equipe dirigente, funcionárias e residentes fez com que todos fossem informados do falecimento da residente. Nesse dia, ao entrar no residencial, percebi que o silêncio ocupava o lugar das falas, as pessoas não estavam sorrindo como de costume, nem mesmo falando alto ou contando piadas e “anedota” sobre algum evento do passado, que geralmente formava um clima descontraído. As gargalhadas de Dona Bela que costumava ouvir estavam limitadas a poucas palavras em um tom mais baixo, e o clima estava tenso. Aparentemente, a impressão naquele momento era a de que as pessoas pouco se conheciam. Fiquei incomodado com o silêncio, a vontade era a de perguntar: “pessoal, o que é isso? Que tristeza é essa, parece que morreu alguém!” Mas me contive esperando que logo alguém se manifestasse contando o que estava acontecendo. Os minutos que passavam, e mais pareciam horas, aumentavam minha curiosidade em torno daquele comportamento que todos estavam a revelar.

Internada pela família (mãe e irmãs) após sofrer um AVC há pouco mais de um ano, Bianca, cinquenta e cinco anos, saiu da sala apoiando-se em uma bengala e foi até a área do residencial, disse que iria “tomar um sol”. Passado alguns minutos, as lágrimas em seus olhos iniciaram a correr pelo rosto. Ela, com dificuldade motoras devido ao AVC, tentava esconder as lágrimas inutilmente passando a mão e o braço. Então se voltou para mim e perguntou se havia conhecido a residente Dona Bia, que uma semana antes saiu do residencial “praticamente boa” para fazer alguns exames e uma pequena cirurgia. Em meio a respirações e lágrimas, falou: “era coisa pouca [...], ela estava boa, mas os médicos a deixaram morrer [...], como dizem, foi infecção hospitalar”.

Quando voltei para a sala, Amália, profissional da saúde que prestava serviços também em outros residenciais, me fez a mesma pergunta de Bianca, se eu tinha conhecido Dona Bia, que havia morrido naquela manhã. Durante minhas incursões a campo já tinha ouvido falar de Dona Bia, mas como ela não estava no residencial e sim no hospital não a conheci. Minha atenção só se voltou para ela após sua morte e a repercussão que causou nas outras “pessoas”. Amália descreveu a residente como uma pessoa muito querida por todos no residencial, contou-me que ela foi funcionária pública e, após sofrer um AVC, passou a ser cuidada por um sobrinho, mas como ele estava “gastando todo o patrimônio de Dona Bia”, a justiça interveio e internou-a no

residencial. Era colega de quarto de Bianca e sempre estava de bom humor.

A residente Bianca, que parecia estar muito abalada com o acontecimento, ouvindo a conversa, exclamou: “Tem pessoas que existem, e a Bia era uma delas”. Contou-me que Dona Bia foi para ela uma grande amiga, uma conselheira no RAI, era com Dona Bia que ela falava de seus segredos mais íntimos. Somente com ela falava de sua vida e com mais ninguém. Bianca estava revoltada porque a causa da morte teria sido “erro médico”.

O olhar das demais residentes pareciam olhares de expectadores, Norberto Elias (2001) fala desse olhar, dessa expectativa: “Cedo ou tarde, vai chegar a nossa vez”. Os residentes e as profissionais estavam “indignados” com os poucos cuidados dados à residente enquanto estava no hospital. A dor dos residentes era uma dor de impotência diante da fragilidade da vida, da situação em que se encontravam. O que exatamente significa esta necessidade de ocultar quem morre? Há uma explicação pragmática dada pelas profissionais para ocultar a morte dos demais residentes. Muitos deles tinham alterações significativas no quadro clínico após tomarem conhecimento do falecimento ou agravamento do estado de saúde de outro residente que vivia no mesmo residencial.

CAPÍTULO 4

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO NOS RAIs: UMA ANTROPOLOGIA DO CUIDADO

Como vimos, a maioria dos residentes que vão para os RAIs, em geral, passaram por processos significativos de perdas físicas, mentais e afetivas. O principal motivo para os idosos estarem nos residenciais está ligado a precisarem receber cuidados contínuos. O cuidado, portanto, constitui-se em uma categoria chave para entender as experiências e relações dentro dos RAIs. Nesse capítulo, busco a partir de interlocução dos(as) dirigentes, funcionárias, residentes e familiares refletir sobre a noção de cuidado nos RAIs. Também faço uma reflexão sumária sobre os sentidos atribuídos pela biomedicina ao cuidado. Espero que esta reflexão possa contribuir para pensar sobre uma “antropologia do cuidado”, que busque mostrar como este conceito não é fechado ou universal, mas construído em meio à diversidade de experiências vivenciadas por residentes, cuidadoras e familiares quando em interação com as pessoas dependentes ou necessitadas de cuidados.

4.1. Tipos de residenciais: “familiar”, “profissional” e “hoteleira”

Logo no início de minha pesquisa, chamou-me a atenção os nomes mais comumente dado aos RAIs, ao ler a lista dos 149 RAIs existentes em 47 municípios do Estado de Santa Catarina registradas no Conselho Estadual do Idoso (CEI)¹³. Eles são chamados com maior frequência de “lar” (44), “casa” (40), “Associação ou sociedade” (28) “residência” (9), e, em menor ocorrência, aparecem palavras como “centro” (4), “asilo” (4), “clínica” (1) e “hotel” (1). Em grande parte dos residenciais (44), nomes de santos(as) acompanham e complementam a denominação; ou então palavras como “repouso” (29), “geriátrica/geriátrico” (10), “terceira idade” (10) e “velhinhos” (3). Ao focar especialmente nos RAIs de Florianópolis, tendo por base a lista fornecida pelo CMI¹⁴, na qual constam 20 residenciais no município, os

¹³Obtive acesso aos nomes dos RAIs através de lista disponível no site do conselho estadual do idoso. Disponível em: <<http://www.sst.sc.gov.br/conselhos/cei/arquivos/relacao-ilpis-2011.3.pdf>> Acessado em: 19/ 10/ 2012.

¹⁴A lista com os nomes dos RAIs obtive diretamente no CMI antes de iniciar o trabalho de campo. Em outros momentos, revisei o site para mais informações.

nomes que prevalecem são “Residência” ou “Residencial” (08), “Lar” (05) e “geriátrica/geriátrico” (03) sendo que em oito deles o nome era composto também por referências religiosas.

O que estes nomes refletem? Que mensagens querem transmitir? Cogitam algum tipo de cuidado específico ou uma abordagem particular? Inicialmente, por focar mais na grande quantidade de nomes vinculados a santos, pensei que uma configuração religiosa permeava o tratamento conferido aos idosos e que era motivada particularmente pela influência da igreja católica, criadora dos primeiros espaços para dar assistência aos idosos no Brasil.

Logo após iniciar a pesquisa, percebi que os RAIs não seguiam nenhuma doutrina religiosa, nem promoviam cultos ou estimulavam a religiosidade dos residentes com momentos de orações ou espaços destinados à reflexão. No entanto, em três RAIs havia imagens religiosas expostas nas áreas comuns dos residenciais, paredes da sala e sala de jantar. Todas permitiam que os residentes externalizassem sua religiosidade se assim o quisessem. No RAI Amarelo, uma das residentes recebia a visita do pastor da igreja Luterana, que lhe trazia a ceia e realizava um culto uma vez no mês em uma sala para aqueles que desejassem participar. No residencial Damasco, uma residente que se dizia uma pessoa “mística” e admiradora de todas as práticas religiosas, possuía um altar com imagens que faziam referência a diferentes religiões.

Muitos dos residentes levavam para seus quartos seus objetos religiosos, geralmente crucifixos e imagens de santos, que penduravam nas paredes, nos puxadores dos guarda-roupas, ou expunham sobre a cabeceira das camas e prateleiras acima dessas. Parte dessas imagens não pertencia originalmente ao residente que ocupava o “leito” ou quarto. Elas haviam sido deixadas por antigos residentes que já haviam falecido e seus familiares não retiraram as imagens junto com os demais pertences. Era comum que isso acontecesse no RAI Branco, tanto que possuía uma prateleira na sala com objetos de um antigo residente que já havia morrido. Eram imagens religiosas, livros e *suvenirs* de viagens.

Embora o residencial não tivesse uma prática religiosa declarada, as imagens de santos e santas católicos permanecem expostas nas prateleiras do residencial mesmo após a morte de seus antigos donos.

Havia certo tabu que impedia tanto os atuais residentes como a própria direção da casa de se desfazerem das imagens deixadas por antigos residentes. Talvez todos se reconhecessem e reconhecessem aquelas imagens em um determinado campo semântico.

Em todo caso, esta presença religiosa não era suficiente, a meu ver, para justificar o porquê de os residenciais possuírem nomes de santos. Afinal, a maior parte dessa religiosidade não parecia partir deles, mas das pessoas que ali iam residir. No entanto, após iniciar a pesquisa, comecei a considerar que podia haver uma espécie de “estratégia de venda” de um produto. O religioso talvez funcionasse como um pano de fundo desta estratégia.

Mais tarde, percebi que a categoria cuidado era essencial para entender essas classificações que estavam na origem dos nomes dados a cada residencial, bem como na organização de cada RAI. Alguns dirigentes, funcionárias, residentes e familiares caracterizavam os RAIs e criavam distinções entre eles com termos como “familiar”, “profissional” e “hoteleiro”. Na sequência, tento mostrar como essas classificações que meus interlocutores elaboraram sobre os residenciais exprimiam a forma como pensavam estar exercendo cuidado no cotidiano de trabalho ou na escolha de levar um familiar para um residencial.

Seu Bruno, dirigente do RAI Branco, disse que conhecia um número significativo de residenciais e alguns deles eram elogiados por outras pessoas pela estrutura física, mas, no entanto, não eram elogiados em relação ao atendimento. Segundo ele, o atendimento nesses locais era muito “frio” e “segmentado por setor”, era um atendimento “profissional”, “clínico”. Enquanto que na sua “casa”, o RAI Branco, todos formavam uma “família”, ele estava sempre presente no local e considerava os idosos como seu pai e sua mãe. Além disso, o lugar era pequeno e todos se conheciam, por isso, considerava seu atendimento mais “familiar”.

O diretor então caracterizava em nossas conversas dois tipos de atendimento: “familiar” e “profissional”. A principal diferenciação que fazia dos mesmos é sobre a ausência ou a presença constante dos proprietários/dirigentes nos residenciais, o número de pessoas internadas, o tipo de relação que estabeleciam entre si e com funcionárias. Ele caracterizava o “atendimento familiar” com uma “maior aproximação” entre as pessoas envolvidas no cotidiano dos residenciais. Para que isso acontecesse, segundo ele, a presença dos proprietários/diretores seria fundamental. Percebi que a senhora Bruna, sua esposa, que é profissional da saúde, trabalhava para manter esta

característica no residencial. Disse ela: “eu não abro mão desse jeito familiar”.

Esta elaboração não ficava limitada apenas aos dirigentes, mas estendia-se às funcionárias, residentes e familiares. A filha de Dona Bibiana considerava que tinham tido a felicidade de encontrar o residencial Branco, porque as pessoas que trabalham na “casa” tinham “muito cuidado” com os residentes. Relatou o percurso que tinham percorrido até chegarem ali. Considerava que sua mãe melhorou muito depois que entrou nesse RAI e que isso se devia ao fato de serem uma “grande família”, proporcionando a ela poder agir como se estivesse “em sua casa”, podia convidar os visitantes para tomar café, por exemplo, e isso era o tipo de coisa que sua mãe valorizava muito.

As dirigentes do residencial Damasco também a caracterizavam como “familiar”. A enfermeira chefe, Dóris, que também auxiliava na administração, disse que o grande diferencial do residencial estava no fato de que a proprietária morava no local. Isso faria com que o valor cobrado pela mensalidade fosse maior, porque ela estava “sempre olhando”. Também falou que considerava todos do residencial como “uma grande família” e acreditava que todos se sentiam inseridos nesta grande família.

Ainda neste particular, e segundo seu Bruno, a escolha dependia do residente, se ele se adaptaria melhor em um “nível familiar”, ou em um “nível profissional”. Mencionou que aconteceu de residentes que não se adaptavam ao “atendimento familiar” buscarem um atendimento mais “profissional”, e vice-versa. Dona Babety é um exemplo: Contou-me que já havia morado em outros residenciais, mas que preferia o RAI Branco porque “tem mais liberdade”. Ela disse que transitava livremente por todos os cômodos do RAI e participava das atividades na cozinha. Muitas vezes tive oportunidade de presenciar esta “liberdade” à qual dona Babety se referia. Em certa ocasião, quando cheguei, já haviam recolhido a mesa do café, e, como é costume na “casa” manter uma garrafa térmica de café na cozinha, fui até lá pegar uma xícara e conversar com a responsável pela cozinha. Encontrei Dona Babety secando e organizando as louças do café. Logo me ofereceu a xícara que terminava de secar e apontou a térmica para que me servisse. Dona Bela também estava auxiliando a cozinheira. Fazia parte da rotina dessas duas residentes participarem das atividades da cozinha, elas sempre auxiliavam a montar a mesa do café, que era servido todos os dias às 15h. Geralmente Dona Babety ficava em pé ao lado da mesa e, assim que as “pessoas” terminavam, ela recolhia a louça e levava para a cozinha, onde ajudava a lavar ou a secar.

Segundo seu Bruno, as escolhas pelo “tipo” de residencial também estavam atrelados ao “nível socioeconômico” dos residentes e de suas famílias. Pois, disse perceber que as pessoas de “nível médio para baixo”, “financeiramente falando”, se adaptavam melhor no RAI Branco. No entanto, não parecia ser o “atendimento familiar” ou “profissional” que determinava o valor a ser pago por mês. No residencial Branco, que se atribui um “atendimento familiar”, pelo seu dirigente, os valores mensais de fato eram menores, entre três a quatro mil reais, mas no RAI Damasco, que também se caracteriza por um “atendimento familiar”, no discurso da enfermeira Dóris, os valores podiam chegar a 12 mil reais por mês. De alguma forma, em todos os casos, o discurso sobre a forma do atendimento parecia ser usado também para “valorizar” os RAIs.

Comparando estes dois residenciais que se autocaracterizavam como “familiares”, percebi que tinham em comum, ao justificar a classificação enquanto familiar, a presença constante dos dirigentes/proprietários(as) no dia a dia, e o incentivo a que todos(as) se conhecessem e mantivessem “relações de amizade”. No entanto, no residencial Branco, quando falavam da característica de ser “familiar”, os residentes se referiam à “liberdade” que tinham para convidar os visitantes a tomar café ou para auxiliar nas atividades da cozinha. No RAI Damasco, a categoria “familiar” estava relacionada à manutenção de certa “individualidade” que tinham quando “estavam em casa”, como por exemplo, quarto e banheiro individual, autorização para levar seus próprios móveis e fazer a decoração do quarto, ou seja, uma “individualidade” associada ao espaço “pessoal”. Isto também implicava em uma retribuição diferenciada.

Esses dois residenciais me fizeram pensar que a percepção do cuidado, pelo qual cada um remunerava, refletia também distinções¹⁵. No residencial Damasco, as pessoas pagavam consideravelmente mais para manter um estilo “familiar”, caracterizado pela “individualidade” e pela permissão da prestação de serviços de terceiros. Eram, em sua maioria, pessoas que exerceram profissões liberais e que estavam acostumadas a ter os “cuidados de si” e de suas casas feitos por

¹⁵ Por distinções, refiro-me à abordagem de Bourdieu (2007) sobre as formas que as pessoas usam para diferenciarem-se socialmente. Com este conceito, o autor evidencia como algumas práticas culturais, gostos e julgamentos estão estritamente ligadas à categoria social a que pertence a pessoa e com sua localização social e cultural.

terceiros, portanto, não se “incomodavam” por não poderem ir à cozinha, por exemplo. No RAI Branco, muitas das residentes foram responsáveis pelo controle e cuidado da casa e de sua família, por isso, pagavam por um lugar em que pudessem se sentir “em casa”, o que implicava tentar reproduzir este aspecto no dia a dia do RAI.

Assim, ao que parece, a diversidade de concepções de cuidado faz parte do contexto dos RAIs. Na fala de Dona Adelina, proprietária e dirigente do residencial Amarelo, enfatiza-se o “serviço especializado” e “profissional” associado ao cuidado. Segundo ela, as famílias queriam cuidar do idoso em casa, mas não contavam com a estrutura que o RAI oferecia. “Não trazer o idoso para uma residência de longa permanência”, como a deles, era privar o familiar de ter este “serviço especializado” e “profissional”. No RAI Amarelo, os residentes poderiam ter a sua disposição uma equipe de profissionais, como médico, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, educadora física, enfermeira, técnica em enfermagem e cuidadoras para atendê-los. Dona Adelina disse que era comum as famílias confundirem “amor” com “cuidado” – os familiares podem dar amor, mas o cuidado nem sempre, porque a família não estaria preparada para fazer um procedimento de troca de sonda ou administrar medicamentos, por exemplo.

Nas entrevistas e conversas com os dirigentes, apareceu uma terceira categoria, que associava ao RAI à “alimentação e hospedagem”. Quando questioneei a enfermeira-chefe Cissa e a proprietária do RAI Cinza, Dona Cíntia, sobre as questões de atendimento, Dona Cissa disse: “O atendimento aqui não é de hospital, aqui é uma casa, um residencial”. E dona Cíntia completou dizendo que estavam vinculados ao “sindicato dos hoteleiros”, não ao de saúde: “aqui é um residencial de alimentação e hospedagem”.

Essas diferenciações entre “familiar”, “profissional” e “hoteleira” também eram percebidas na forma como dirigentes e funcionárias se referiam aos residentes. Alguns os chamavam de “clientes”, por entender que o residencial é um “prestador de serviço”, particular/privado. Outros os tratavam como “pacientes”, sugerindo um caráter “hospitilar” que tinham diante de residentes doentes e debilitados. Outros ainda se referiam a eles como “hóspedes”.

Neste mesmo sentido, quando estavam se relacionando diretamente com os residentes ou quando falavam dos residentes para familiares, usavam seus respectivos nomes. A dirigente do RAI Amarelo inclusive considerava que esta era a forma adequada de tratamento. Os residentes deviam ser chamados pelos seus nomes, pois, segundo ela, antes de qualquer “qualificação” ou “designação” de um “sujeito”, vem

o seu nome. Além disso, em alguns casos, o nome era precedido dos pronomes de tratamento “Senhor” ou “Senhora”, “Seu” e “Dona” e/ou “Professor” e “Doutor”.

Estas diferenciações entre os RAIs, embora fossem usadas para promover, vender e oferecer um serviço, não eram necessariamente excludentes ou descritas para qualificá-las como “melhor” ou “pior” que as demais. As descrições “familiar”, “profissional” e etc. estavam baseadas numa expectativa sobre o tipo de cuidado que consideravam adotar cada um deles. Alguns dos RAIs propunham que o trabalho deveria ser baseado no conhecimento das “ferramentas tecnológicas”, da “ciência”, que permitiriam o conhecimento da aplicação dos medicamentos e dos procedimentos interventivos que cada residente poderia necessitar. Em outras, encorajava-se as funcionárias a perceberem o residente enquanto “pessoa”. Neste caso, a cuidadora deveria não somente conhecer a “parte clínica”, mas também as preferências, os gostos e anseios dos residentes, respeitando a “individualidade”, tentando adaptar a rotina do residencial às preferências do residente.

Este estilo está relacionado à expressão de afeição, atenção, cuidado, e poderia ser chamado “estilo familiar”. A noção de estilo então me pareceu pertinente para definir estas expectativas. Esta ênfase ora na parte “técnica” e “profissional” do cuidado, ora na “integralidade” da pessoa atendida refletia também a influência que as principais vertentes sobre cuidado na biomedicina têm sobre a formação dos profissionais que atuam nos RAIs. É sobre isso que irei discorrer na próxima seção.

4.2. O sentido da biomedicina

A noção de cuidado vem sendo discutida no contexto das reflexões sobre os sistemas de saúde, os quais tem a biomedicina como central. Para Langdon, a medicina tem um caráter predominantemente “biologicista, universalista e individualista” (LANGDON, 2014, p.1020), e o difícil diálogo que tem sido travado entre a antropologia e a medicina auxiliou a deslocar o olhar sobre o corpo das chamadas “ciências médicas” para um olhar sobre a construção social e relacional do corpo e da saúde. A autora considera que existem dois paradigmas na antropologia que são responsáveis por isso: um que vê a saúde e a doença enquanto a experiência e construção sociocultural, e outro que enfoca o caráter relacional, a interação e as múltiplas vezes que integram o cenário das relações sociais.

Um trabalho pioneiro desenvolvido dentro da perspectiva da experiência e da construção sociocultural de saúde e doença é o do médico-psiquiatra e antropólogo Arthur Kleinman (1980). Ele constrói um paradigma analítico centrado nos conceitos de “medicina como um sistema cultural” e “modelo do sistema de cuidados de saúde”. Ao tomar um modelo de cuidado em saúde como um “sistema”, suas experiências sobre as doenças e as práticas terapêuticas passam a ser vistas como “práticas socioculturais” e tornam-se passíveis de análise como em qualquer outro modelo de cuidado, inclusive o chamado “tradicional”¹⁶ (KLEINMAN, 1978) apud LANGDON, 2014).

Por outro lado, algumas áreas da biomedicina têm aos poucos se deixado influenciar por estas perspectivas presentes nos paradigmas antropológicos. Para Flores (2008), a prática do cuidado na enfermagem deve levar em consideração não só “conhecimentos específicos” da medicina, como também formas “tradicionais, alternativas e paralelas” de cuidado. Na sua prática como enfermeira e pesquisadora, constatou que para cuidar é preciso, além de conhecimento específico da área, conhecer as particularidades culturais e os contextos de vida do idoso:

Acredita-se que, ao levar em conta os aspectos culturais do idoso, estará sendo proposta uma nova forma de cuidar, que oportunizará assim um cuidado humanizado e integral. Ao relacionar o

¹⁶ Para pensar a medicina como um “sistema cultural”, Kleinman (1988) elabora dois conceitos: o de *illness* e *disease*. Embora ambos possam ser traduzidos por doença, referem-se a coisas bem diferentes em sua teoria. Quando usa o termo *illness*, refere-se à experiência humana dos sintomas e sofrimentos causados, bem como à maneira que a pessoa doente e os membros da família ou da ampla rede social percebem, vivem com e respondem aos sintomas pelo mal-estar (*sichnoll*). *Illness* é sempre a experiência vivida de monitoramento por parte da pessoa e sua rede de relações de processos corporais tal como sibilos respiratórios, cólicas abdominais e articulações dolorosas. A descrição da *illness* ocorre por meio de categorias do senso comum das formas de aflições causadas pelo processo de adoecimento e inclui os julgamentos dos pacientes sobre como melhor lidar com as aflições e problemas práticos criados em sua vida diária pelo mal-estar. A experiência da *illness* é moldada culturalmente. *Disease* são as categorias que o profissional cria ao reformular a *illness* em termos de teorias das desordens. *Disease* é o que o profissional foi treinado para ver, através de lentes teóricas de sua formação. O profissional reconfigura os problemas da *illness* do “paciente” ou familiar em questões “estritamente técnicas” (KLEINMAN, 1988, p. 6).

cuidado com as culturas dos grupos sociais, concebem-se condições de melhorar ou manter a qualidade de vida do sujeito que recebe o cuidado. Essa concepção rompe com o modelo biomédico que, como se sabe, não propicia o cuidado humanizado e integral, pois ele tem como foco a doença, não considera o contexto social das pessoas e, fragmenta o cuidado. (FLORES, 2008, p. 34).

Silva & Ferreira (2012) reconhecem que existem diferentes formas de cuidar e estas refletem as vertentes presentes no estilo de cuidado em saúde da biomedicina. As autoras consideram que estão presentes duas formas de cuidar, uma “mais técnica” e outra “mais voltada para a singularidade do ser humano”, e são as ações das enfermeiras as responsáveis por “conformar estes dois estilos” (2012, p.956). Elas tanto podem optar por um ou “outro” estilo, de maneira que melhor se adaptem ao ambiente de trabalho em que se encontram, como podem tentar articulá-los. Os “estilos de cuidado” são, portanto, resultantes das diferentes linhas de ação seguidas pelas enfermeiras.

Essas percepções sobre cuidado, oriundas dos paradigmas biomédicos e mesmo os presentes nos estudos de antropólogos, interessantemente estão permeando a forma de algumas práticas de cuidado que encontrei nos RAIs. Tanto a noção de um cuidado baseado no conhecimento exaustivo das ferramentas tecnológicas, dos medicamentos e dos padrões de procedimentos, quanto a que percebe o residente enquanto pessoa que pode servir de parâmetro para pensar as práticas de cuidadoras nos RAIs. Mas é preciso ir além deles para entender as percepções de cuidado que estão presentes nas expectativas de residentes e familiares.

Segundo Tronto (1997), toda forma de cuidado implica em algum tipo de compromisso, de responsabilidade. A definição do termo em inglês, *care*, significa “carga”. De fato, quando uma pessoa ou um grupo cuida de alguém, temos em mente que está “disposto a trabalhar, a se sacrificar, a gastar dinheiro, a mostrar envolvimento emocional e despende energia em relação ao objeto de cuidados” (TRONTO, 1997, p. 188). Para esta autora, as estruturas que envolvem “cuidar de” localizam-se especialmente na família, e os profissionais e instituições são vistos apenas como um “apoio”.

[...] Profissões que proporcionam cuidados são muitas vezes interpretadas como um apoio ou um

substituto para cuidados que não podem mais ser proporcionados dentro da família. Esta pode não estar mais intacta em consequência de morte, divórcio ou distância. Ou pode não ser capaz de fornecer ajuda, porque alguns cuidados requerem habilitação especial. Ou então, a própria família pode ser considerada a fonte do problema, como no caso de famílias com padrões de abusos graves, incesto, violência. Nesse caso, o cuidado tem sido prestado crescentemente pelo Estado ou pelo mercado. Os americanos fazem menos refeições em casa, contratam empregadas, pagam para outros ficarem na fila por eles. (TRONTO, 1997 p.188).

Na sequência, trago alguns exemplos da articulação, do conflito e da simultaneidade dos diferentes tipos de percepções de cuidado nos RAIs pesquisados.

4.3 Como os diferentes “paradigmas” da saúde influenciam as “práticas de cuidado” nos RAIs

Os residentes são tratados de diferentes maneiras nos RAIs devido ao que chamo de “estilos de cuidar”, adotados em cada residencial. Mas é bem verdade que os cuidados oferecidos diferem entre as profissionais no mesmo residencial, refletindo formas de fazer e pensar no cotidiano destes RAIs. Entendo que estas formas de fazer e pensar refletem posicionamentos de expectativas quanto a estilos “ideais” de cuidado, mas também valores sociais, formação profissional, experiência com o trabalho, normas estabelecidas nos residenciais, a quantidade de trabalho a ser realizado, grau de dependência dos residentes, interação com os familiares dos residentes, etc.

A técnica em enfermagem Alana reflete sobre as formas de cuidado e as mudanças que as mesmas sofreram ao longo do tempo, com uma longa experiência de quatorze anos trabalhando com residentes, sendo doze deles no RAI Amarelo. Alana presenciou muitas transformações, mas diz que tais mudanças não ajudam muito se os profissionais não mudarem suas práticas correspondentes. A cuidadora relata que as mudanças mais significativas na rotina do residencial que trabalha ocorreram nos últimos cinco anos. Entre as principais, estava a diminuição do tempo que o profissional tinha para dedicar-se a cada residente, pois o número deles tinha aumentado significativamente,

enquanto o número de profissionais não. Além disso, o cuidado tem se fragmentado, cada pessoa é responsável por uma parte do serviço ou um setor em específico (banho, medicação, alimentação, buscar ou levar para o quarto etc.).

Segundo Alana, muitos profissionais querem saber “apenas de uma parte do idoso”, e esquecem que o “paciente é uma pessoa só”. O ideal para ela seria desenvolver um trabalho em conjunto com outros profissionais e ser capaz de compreender o residente pelo olhar ou pelos gestos limitados que estes ainda conseguem fazer para se comunicar. É interessante notar como a técnica critica os profissionais por não se adequarem às mudanças, mas ao mesmo tempo vê as mudanças negativamente. Percebe-se aí o conflito entre expectativas de uma abordagem “médica”, “mais profissional” (especializada e fragmentada), que vem sendo incorporada pelos residenciais, e “outras mais humanizadas” (centradas nos residentes como um todo).

O atendimento mais humanizado é defendido por alguns profissionais. Alice que também trabalha no RAI Amarelo, porém há apenas dois meses, e estava em seu primeiro trabalho após ter se formado em “técnica em enfermagem”, concordava com a colega. Ela considerava que os técnicos deviam ter um “conhecimento mais amplo” sobre o residente e acompanhar o trabalho dos outros profissionais envolvidos. É preciso, segundo ela, saber da família, do passado desse residente, do que ele precisa, quais são suas limitações e quais foram os fatores que levaram a família a “interná-lo”.

Além disso, algumas profissionais consideravam que para um atendimento ideal, as práticas de cuidado não podem ser “ato mecânico”. Na alimentação, por exemplo, é necessário levar em consideração as preferências do residente e respeitar o tempo deste para se alimentar. Amália trabalha há mais de uma década com “pessoas idosas” e disse ter observado as mais diversas situações nestes anos de experiência. Segundo ela, deve-se permitir que o residente olhe a comida, pois, “por mais que esteja debilitado ele sabe do que gosta”, e a “alimentação inicia com os olhos”. Nos casos em que este recebe uma “papa”, deve-se falar sobre o que ele está comendo. Mas ocorre que isso nem sempre é feito, pois a cuidadora tem um grande número de residentes para alimentar em um determinado espaço de tempo.

Apesar da “falta de tempo” mencionado por Amália para proporcionar uma “alimentação adequada”, durante o campo, algumas vezes, presenciei cuidadoras falando qual eram os alimentos que estavam servidos no prato. Certa vez, presenciei uma cuidadora no RAI Branco perguntando para Seu Batista quais eram as frutas que ele mais

gostava de comer em sua infância. Essas conversas com os residentes também, segundo o que me disseram, faziam parte de um tratamento para estimular a memória. Geralmente se faziam perguntas como: que fruta o senhor gosta? Quando o senhor comeu essa fruta pela primeira vez? Como fazia para conseguir esse tipo de fruta? O senhor plantava? Quanto tempo demora a dar frutos uma planta assim? Esses exercícios de memória pareciam ser realizados principalmente com pessoas diagnosticadas com a doença de Alzheimer.

O conflito e a simultaneidade com que os paradigmas da medicina se apresentavam nas práticas de cuidado também estavam presentes em algumas falas, como a de Amália, que dizia “ser profissional da saúde e cuidar de idosos, tem que ter mais que amor, carinho (...). É preciso ser profissional e isso está em falta”; ou na de Anita, que dizia se sentir deslocada no trabalho com residentes com maiores dificuldades em se movimentar, porque tinha dificuldades para cumprir aquilo para o qual havia sido contratada: “educadora física”. Considerava que não estava realizando o trabalho para o qual foi contratada, porque suas atividades no residencial acabavam se resumindo a “conversar e dar atenção aos residentes”.

Para mim chegar, abraçar, beijar, andar com eles, fazer carinho e cantar é tudo fácil, mas quando penso no que realmente fui contratada, para cuidar do físico deles, isso eu não estou fazendo. Acho que não estou fazendo isso, tenho certeza que não estou fazendo isso. (Entrevista com Anita em 8 de abril de 2013).

É possível perceber que há uma separação entre a parte física e as outras dimensões das pessoas que permeiam as falas dos profissionais dentro dos RAIs. Algumas profissionais buscam adequar seus discursos às novas vertentes que têm influenciado o cuidado e que enfatizam a necessidade de entender os residentes como um todo. Outras, no entanto, não conseguem se desvincular do modelo fragmentado e especializado em que a biomedicina se construiu. Há ainda, aquelas que se quer tentam escolher entre um e outro modelo e que parecem não acreditar ou compreender a razão de seu trabalho diante das condições adversas que a velhice impõe aos residentes e para as quais não veem solução.

Anita dizia sentir-se como se apenas fizesse parte do “currículo da casa, mostrando o serviço” para os familiares. Segundo ela, os(as)

dirigentes, ao apresentarem os residenciais, mencionavam que tinham à disposição fisioterapeuta, psicóloga, musicoterapia, nutricionista, fonoaudióloga e que seu cargo estava entre eles. Considerava que quando trabalhava com crianças, conseguia desenvolver seu trabalho “como profissional”, porque todas tinham condições de fazer as atividades, estavam todas no “mesmo nível”, com duas pernas, com dois braços e enxergavam. No caso de Anita, além do conflito entre “profissionalismo” e “apoio afetivo”, era clara sua dificuldade em trabalhar com as limitações decorrentes do envelhecimento. Ela admitia que isso a afetava emocionalmente e que muitas vezes saía do trabalho “arrasada” por ver as pessoas nas condições em que se encontravam, sem que pudesse fazer nada para melhorar estas condições.

De qualquer forma, mesmo que muitas das profissionais considerassem importante um atendimento “humanizado”, o cotidiano e a repetição de muitas atividades acabavam por tornar a prática do cuidado algo “mecânico”. Enquanto conversava com a técnica de enfermagem Bárbara, ela iniciou a fazer a troca da fralda de Dona Benedita. Senti-me desconfortável com a forma como ela segurava o corpo praticamente sem movimento da residente e virava de um lado para outro, enquanto escorriam lágrimas da residente em meio à falta de palavras. Dona Benedita era uma das residentes com mais idade do RAI Branco, ficava somente no quarto e sua alimentação era via sonda nasal. Durante a troca de fralda, a sonda nasal, que ficava fixada na residente era colocada de um lado para o outro como parte do corpo. Procurava entender qual era o limite entre a agilidade e arte de uma profissional com anos de experiência e a banalização de uma atividade corriqueira e do próprio corpo da residente.

Nessa ocasião, cheguei a perguntar para a técnica se era desconfortável aquele tipo de sonda. A resposta foi espontânea e profissional: “acho que sim, porque é um corpo estranho que invade seu corpo, isso causa desconforto, com certeza, a sonda gástrica é mais confortável, mas também continua sendo um corpo estranho”.

Em outra ocasião, fui convidado por Dona Bruna a ver as escaras¹⁷ de Seu Breno. Dona Bruna, auxiliada por Betânia, técnica em enfermagem, estava realizando a troca de curativo nas escaras. Essa troca era realizada diariamente e uma vez na semana o médico do residencial fazia o acompanhamento do residente. No entanto não tive a

¹⁷De acordo com a lesão, elas podem ser classificadas em quatro graus: 1 - Eritema ou hiperemia. 2 - Isquemia. 3 - Necrose. 4 - Ulceração.

oportunidade de encontrar o profissional no RAI. Dona Bruna e Betânia tratavam com naturalidade do corpo ferido de Seu Breno pelas escaras necrosadas, explicando-me o procedimento eu me sentia como se estivesse invadindo a privacidade do residente.

Dona Bruna contava-me que o estado de Seu Breno estava melhorando, mas as escaras ainda continuavam “grandes”. Ele estava no residencial Branco há três anos, sempre esteve acamado e possuía três escaras, uma de cada lado do quadril e outra na região do cóccix, que, segundo Dona Bruna, ainda iam demorar em torno de dez a doze meses para desaparecerem completamente. Ela disse que as Escaras eram consequência de cuidados em casa pela família, porque geralmente os idosos são deixados por muito tempo em uma única posição e sem cuidados. No caso de Seu Breno, ele tinha oito filhos, mas quem estava respondendo por ele no residencial era um advogado, porque seus filhos não estavam de acordo quanto aos cuidados que deviam ser dedicados ao pai.

As práticas de cuidado dentro dos residenciais envolvem diferentes formas de perceber o cuidado, que podem estar sendo influenciadas pelos paradigmas da medicina, tanto aquele biologicista e universalista, quanto aquelas perspectivas mais recentes baseadas em construção social e relacional do corpo. Mas eles também se originam do tipo de interação entre o cuidador e o residente, das condições emocionais e das estruturas residenciais em que atuam.

4.4. Profissionais de saúde, suas preferências, habilidades, dificuldades e “afinidades com os idosos”.

A dependência física, os problemas de memória, a quantidade de trabalho e as preferências das cuidadoras que trabalham nos RAIs desencadeiam, em meu entender, formas específicas de interação cuidadores (as)/residentes. A partir deste momento, enfatizarei os aspectos relacionais em que se desenvolve o que chamo de “prática do cuidado” nos residenciais pesquisados. Descreverei interações entre as cuidadoras e os (as) residentes e os diversos fatores que as desencadeiam, aventuro-me a mostrar como o cuidado dispensado é construído em meio a estas interações.

Preliminarmente, é importante registrar que as funcionárias dos RAIs sentem-se mais à vontade para trabalhar com grupos específicos de residentes. Em geral, a principal distinção que fazem é entre os idosos que são mais “dependentes” fisicamente e os que não são. O termo “dependente” era usado pelas cuidadoras para se referir aos

residentes que permaneciam todo o tempo ou a maior parte do tempo na cama, que falavam pouco ou não falavam, enquanto as pessoas mais “ativas” ou “lúcidas” eram as que se mantinham em movimento e, o principal, que falavam.

A expectativa quanto a diferentes preferências é perfeitamente compreensível, principalmente se levarmos em consideração que, dependendo do estado geral de cada residente, os cuidados necessários para um são diferentes dos dispensados a outro. Camila, técnica em enfermagem no RAI Cinza, por exemplo, comentou que as pessoas com Alzheimer eram as “mais complicadas” para cuidar. Segundo ela, na hora das refeições, algumas residentes acabavam esquecendo os movimentos necessários para se alimentar e as cuidadoras precisavam ajudar a lembrar, falando: “abre a boca, mastiga e agora engole”, ou seja, elas iriam exigir um tipo de atenção muito diferente de outro residente que conseguisse se alimentar sozinho.

O gosto ou afinidade por cuidar de um determinado grupo de residente influenciava e diferenciava o cuidado oferecido por cada profissional, mesmo que estivessem dentro de um mesmo residencial. Caroline e Cristina são irmãs e ambas trabalhavam no RAI Cinza, Caroline preferia cuidar das residentes “lúcidas”, porque gostava de conversar com elas, mas Cristina preferia cuidar de residentes que ficavam a maior parte do tempo na cama e falavam pouco. Esse gosto pelo cuidar era visível nas ações de cada uma das cuidadoras. Cristina geralmente fazia seu plantão na ala das residentes acamadas, as quais, em sua maioria falavam pouco, e ficavam “deitadinhas e quietinhas”, sem reclamar, enquanto Caroline estava sempre conversando, brincando, abraçando e beijando as residentes que estavam dispostas e disponíveis a interagir com a cuidadora.

Anabela era técnica em enfermagem e cuidadora particular de Seu Abel e de Dona Adélia, sua esposa. Ela me disse que considerava ser melhor cuidar de pessoas acamadas, que dão “menos trabalho”, como Seu Abel. Esse residente não caminhava, estava sempre de fralda, tinha pouco movimento nos braços e fala bastante limitada. Para Anabela, era melhor cuidar de pessoas “dependentes”, que não reclamam de nada, não ficam questionando, do que de pessoas “lúcidas”, como Dona Adélia, que demanda ser constantemente vigiada. Dona Adélia, diagnosticada com Alzheimer, ficava pedindo alguma coisa ou estimulando a cuidadora a falar com ela quase que o tempo todo. É interessante notar que a palavra “lúcida” era usada pela técnica no sentido de pessoas que conseguiam se locomover e falar, mas não para se referir à “integridade de suas faculdades mentais”. No caso de

Dona Adélia, a cuidadora tinha reservas em relação a sua capacidade de “usar a razão”.

Em certa ocasião, estava conversando com a cuidadora Anabela sobre as questões de violência na cidade e sobre quanto o trânsito estava lento, quando Dona Adélia chegou e tomou a frente da conversa. Ela começou concordando que o trânsito estava uma “bagunça”, uma “violência” e que as pessoas ficavam buzinando o tempo todo. Complementou dizendo que, quando sai com a filha para ir ao banco, pede para que fossem cedo porque se não demoravam muito para chegarem ao destino. Neste momento, dividi meu olhar entre as duas, a cuidadora fez um gesto circular com a mão em volta da orelha e falou em um tom mais baixo: “ela está bem fora, ela não sabe o que está falando, não leve a sério”. O curioso é que a técnica desacredita um comentário sobre o qual a residente pode de fato ter conhecimento, pois Dona Adélia sai com frequência com a filha.

A técnica em enfermagem Alana, cuidadora no RAI Amarela, prefere cuidar de pessoas “lúcidas”, porque elas falam o que estão sentindo ou o que querem, e assim é possível ter mais interação com elas. O residencial Damasco destinava suas vagas preferencialmente a pessoas “independentes”, que conseguiam fazer suas atividades básicas sem precisar de ajuda, ou pessoas “mais ativas fisicamente”. No entanto, a enfermeira Dóris disse que preferia cuidar de pessoas acamadas, que, segundo ela, davam menos trabalho.

A quantidade de trabalho que cada profissional desenvolve dentro do RAI também influencia a forma como cuida dos residentes. É comum que a quantidade de trabalho aumente devido à dificuldade de encontrar novas profissionais para completar as vagas existentes ou porque alguma delas precisou faltar ao trabalho repentinamente. Nessas circunstâncias, é comum que as cuidadoras que estão de plantão fiquem bastante “estressadas”. Em uma das ocasiões que estive no RAI Branco, Beloni, que trabalhava há apenas uma semana no residencial, teve de realizar vários procedimentos sozinha, depois que sua colega teve de se ausentar porque não estava passando bem.

No final da tarde, Beloni deu banho em alguns residentes, fez a higiene pessoal em outros e alimentou, deu o medicamento para todos a sua volta e tentava atender aos pedidos de ajuda para ir ao banheiro. Visivelmente irritada, ela conduziu uma residente ao banheiro segurando-a pelos braços e puxando-a. A residente chamava a atenção da profissional, pedindo para que tivesse calma: “calma minha filha, calma minha filha, senão eu caio, não sou tão rápida assim, calma minha filha”.

As habilidades adquiridas com a experiência de trabalho contribuem para fazer o trabalho de cuidar parecer mais fácil. Betina, técnica em enfermagem há doze anos e exercendo esta profissão com residentes, e há nove anos no residencial Branco, e Berna, que trabalhava há três anos no residencial como cuidadora e auxiliar de serviços gerais, tinham adquirido muita habilidade para cuidar do corpo dos residentes. Observei Betina, auxiliada por Berna, realizar o cuidado de Dona Balbina. Elas a colocaram na cama, tiraram suas roupas, realizaram a higiene pessoal dela e colocaram fraldas e pijama para ela dormir, tudo em poucos minutos. Ambas são ágeis e têm força para trocar as roupas da residente e dar banho, fazendo da atividade algo extremamente mecânico e impessoal. Betina compartilha a ideia de que uma boa cuidadora precisa de velocidade para fazer os atendimentos e força para auxiliar os residentes e que isso só o tempo irá fornecer a cada profissional.

É inegável, no entanto, que este trabalho exige física e emocionalmente do(a) cuidador(a). Alguns autores, como Küchemann (2012) e Campos (2005) têm se voltado para este tema e mostrado o “desgaste” que o trabalho com o idoso acarreta no profissional. No RAI Cinza, a jovem técnica de enfermagem Carla começava a sentir, já no primeiro mês de trabalho, a difícil tarefa de ser cuidadora. Mover as residentes da cadeira de rodas para a poltrona ou para a cama não era uma atividade “leve”. Em uma das ocasiões em que Carla, juntamente com Carlota, movia Dona Camile da cadeira de rodas para a poltrona, Carla demonstrava o quanto sofria com o peso da senhora. Carlota segurava Dona Camile de um lado e Carla de outro, elas a suspenderam da cadeira de rodas, que Carlota afastou com o pé, enquanto a residente mal conseguia ficar em pé. Apoiada pelas cuidadoras, a residente foi girada em 180° e solta na direção da poltrona. Neste momento, Carla segurava a residente apenas com uma das mãos e a outra pressionava a suas próprias costas demonstrando sentir dor. Mais tarde, contou-me que fazia uma semana que estava sentindo dores nas costas. Carla mencionou que não pretendia continuar trabalhando com “idosos”, seus planos eram de fazer curso de socorrista para trabalhar em ambulância, disse que estava trabalhando com idosos porque foi o único lugar que a haviam chamado para trabalhar.

Em outra ocasião, presenciei a cuidadora Carla levando Dona Camile ao banheiro. Ela buscou a cadeira de banho puxando com a mão esquerda, deixou a cadeira na frente da poltrona da senhora e desconectou o cinto de contenção que estava fixado de um lado a outro da poltrona para Dona Camile não cair. Com muita dificuldade, a

residente sentou-se na cadeira de rodas. Carla puxou a cadeira em direção ao interior do residencial onde fica localizado o banheiro, Dona Camile arrastava as pontas dos pés no chão. Logo depois, voltou para a sala puxando a cadeira com a residente ainda arrastando os pés no chão e em silêncio. Parou em frente à poltrona, a senhora desceu com muita dificuldade, sentou-se e a cuidadora conectou novamente o cinto.

Embora alguns fatores como sentir dor ao realizar o trabalho ou não gostar de realizar determinado trabalho possam resultar em cuidados relapsos, também é possível encontrar outras situações dentro dos residenciais. É possível perceber certa afinidade entre cuidadoras e residentes, certo grau de empatia, e que parecem fazer o trabalho de cuidar algo bastante “pessoalizado”.

A técnica em enfermagem Cátia, cuidadora no RAI Cinza, levava Dona Carmem ao banheiro, quando Dona Cacilda falou: “venha aqui, você ainda não me deu um beijo hoje”. Cátia foi até a poltrona da residente, deu um beijo e recebeu outro. Voltou até Dona Carmem, que preferiu ir caminhando, pois queria movimentar um pouco as pernas. A técnica de enfermagem Cristina foi auxiliar, apoiando o lado esquerdo da residente. Quando retornaram, Cristina sentou no braço da poltrona de Dona Célia, ficou conversando e segurando em suas mãos. O grau de afeto que a cuidadora parecia expressar era também retribuído pela residente. Cátia foi conversar com a Dona Catiane e disse que a residente estava muito “prosa” naquele dia.

Cristina disse que tem mais afinidade com algumas das idosas do que com outras, e que isso era assim para todas, “não se pode ter afinidade com todo mundo”, “tem pessoas que eu adoro conversar, abraçar e beijar, fazer carinho, outras não”. Também tinha a ver com a abertura que cada residente dava para a aproximação das pessoas. Segundo Cristina, algumas delas não gostavam de serem ajudadas, referia-se à Dona Carmem, sentada no outro lado da sala, que não gostava de ser tocada e “sempre queria fazer tudo sozinha”.

A forma de cuidado depende, como já mencionei, de uma série de fatores, que vão desde a quantidade de trabalho a que está submetido o(a) profissional, passando pela habilidade/experiência de cada um, pelas dificuldades e desgastes inerentes ao trabalho, e chegando ao tipo de afinidade que cada profissional desenvolve com cada idoso residente. O momento da alimentação é particularmente repleto de todos estes fatores que condicionam o cuidado.

No RAI Cinza, a partir das 11h30mim era servido o almoço. A cuidadora Cláudia, em um dos dias de minha pesquisa, servia o “cozido” (expressão usada pela cozinheira para se referir a vários alimentos

triturados no liquidificador) a uma das residentes. Esta encontrava-se sentada na poltrona na sala e usava um babero que cobria desde o ombro até a cintura. A cuidadora mergulhava a colher no cozido e levantava até a boca da residente. No percurso entre o prato e a boca, caíam “pingos” do cozido sobre o babero. A colher entrava e saía da boca da residente rapidamente e, quando retornava ao prato, passava antes pelo babero recolhendo o alimento que havia caído. O Almoço da residente durou menos de três minutos, ao final dos quais o prato estava vazio, o babero foi desatado e as partes limpas do babero dobrado serviram de guardanapo para limpar a boca e o rosto da residente.

Em outra ocasião, na mesa retangular com seis lugares do residencial Cinza, cinco senhoras ocupavam o espaço, com seus enormes babetes atados aos seus pescoços e com a parte inferior sobre a mesa. Os pratos servidos pelas cuidadoras eram colocados em cima dos babetes que estavam sobre a mesa. Quatro das residentes, com movimentos lentos, se alimentavam sozinhas e, em uma das extremidades da mesa, uma senhora sentada na cadeira de banho recebia ajuda de uma cuidadora para se alimentar, como parecia ser a rotina. A cuidadora ofertava a colher cheia de alimento e a senhora em vários momentos se recusava a abrir a boca. Um pouco do alimento pastoso caía no babero, a cuidadora recolhia com a colher e colocava na boca da residente novamente, esse processo se repetiu por várias vezes, mas ao final ainda havia cozido no prato da residente.

Era possível perceber que algumas residentes estavam atentas aos movimentos das cuidadoras. Certa manhã quando a cuidadora Carlota entrou na sala com três copos com água na mão esquerda e dois copos na mão direita, todos segurados pela borda. Dona Carola falou para a sua filha e para quem estivesse escutando, em um tom de deboche: “vou dar uma bandeja para Carlota carregar os copos”. A residente estava com a cabeça apoiada na poltrona conversando com a sua filha e a cuidadora falou alto: “não escutei!”, a filha de Dona Carola, que estava sentada a seu lado, repetiu o que a mãe havia falado. A cuidadora fez um gesto de ombros e disse: “daí eu vou acabar derrubando os copos”.

4.5. O cuidado e a relação com os familiares: conflito, culpa e obrigação

As relações entre os residentes e familiares nos RAIs eram quase sempre permeadas por sentimentos conflituosos e contraditórios, que envolviam obrigação e rejeição. Santos e Rifiotis (2006, p14), em suas pesquisas, verificaram que um dos momentos críticos do conflito nessa

relação ocorre quando há necessidade de institucionalização. Segundo os autores, nesse momento, assiste-se a uma espécie de dramatização dos dilemas próprios dessa situação: em que se reafirmam as posições de sacrifício do cuidador principal, as reclamações da falta de apoio e a reafirmação do amor filial.

Dona Cecília, residente há mais de um ano, recebia visitas constantes de sua filha, entre duas a três vezes na semana. Certa ocasião, logo após Cassia chegar, a sua mãe queixou-se de dor no pescoço. Quando a cuidadora Carlota chegou à sala, a filha da residente perguntou por que sua mãe estava com muito sono e dor no pescoço. Carlota não sabia o motivo e foi pedir orientação à técnica em enfermagem responsável pelo plantão que estava organizando os medicamentos das residentes. Esta informou que Dona Cecília estava com sono devido ao efeito do novo medicamento, por esse motivo não conseguia “firmar a cabeça”. A cuidadora retornou com uma pequena almofada em formato de coração e colocou atrás do pescoço de Dona Cecília, que continuou com a cabeça caída para o lado. Minutos depois, a residente, com a voz rouca, voltou a reclamar que continuava com dor. A cuidadora buscou um pequeno travesseiro, que serviu de apoio de um lado da cabeça da residente, que continuou com a cabeça caída para o outro lado. Cássia perguntou para a cuidadora se era possível um travesseiro maior. A cuidadora em silêncio foi até o quarto de Dona Cecília e trouxe o travesseiro dela, a filha perguntou para a mãe: “E agora mãe, como esta?” Dona Cecília afirmou que havia melhorado.

Minutos mais tarde, ao sair do residencial juntamente com Cibele uma amiga de uma residente, Cássia, olhando para o chão, falou que muitas vezes ela saía feliz e outras vezes triste, porque a falta de cuidados e atenção de “algumas profissionais” acabava deixando-a muito triste. Cibele concordou com um gesto de cabeça. A filha de Dona Cecília continuou explicando que, por outro lado, a falta de cuidados contrasta com os pequenos gestos de carinho e atitudes por parte de outras profissionais, que a deixa muito feliz, muito satisfeita. Ela descreveu as situações “felizes” como sendo os “pequenos gestos” e ações que ela diz ver no residencial e que a deixam tranquila e satisfeita, e citou como exemplo o fato da cuidadora levantar ou apoiar a cabeça das residentes, ter paciência e cuidado ao conduzir a cadeira de rodas, secar e limpar as secreções na boca. Foi possível perceber nas falas dessas senhoras que elas esperam que seus familiares e amigos recebam “cuidados” e que por “cuidado” elas entendem um atendimento mais próximo, mais afetivo, permeado por atenção e pequenos gestos de carinho.

Talvez por compartilhar da ideia de que o cuidado deva vir acompanhado de afetividade, muitos residentes acham que deveriam estar sendo cuidados pelos familiares em “casa”. Seu Basílio, do residencial Branco, é um dos senhores que ainda não havia se conformado em estar no RAI. Ele dividia o quarto com Seu Breno e, em uma das vezes em que fui até ele, a técnica de enfermagem Bárbara segurava Seu Breno no colo para que a técnica Betânia pudesse trocar as roupas de cama. Ao chegar perto de Seu Basílio, cumprimentei e perguntei como ele estava. Ele fez um sinal positivo com o polegar e falou: “Posso dizer que estou bem, mas, estaria muito melhor em casa”. Bárbara o questionou dizendo que estava sendo injusto, porque elas cuidavam muito bem dele. Seu Basílio respondeu dizendo que de fato estava sendo muito bem cuidado, mas nada se comparava a pessoa poder ficar na sua própria casa.

A cuidadora Betânia convidou Seu Basílio para ir receber “vitaminas” e a pôr sonda, na sala. Seu Basílio estava com dificuldades para sair da cama e ofereci minha mão para auxiliar. Ele segurou-se em mim, sentou na cama, levantou e saiu se apoiando em ambas as camas, paredes e portas até o banheiro. Minutos mais tarde, foi para a sala para receber as “vitaminas”. Quando Seu Basílio entrou na sala e sentou, já começou a receber sua alimentação via sonda gástrica, era visível que se sentia muito incomodado com sua situação. Fiquei junto a ele tentando conversar e distraí-lo enquanto o alimento passava pela sonda, mas não deu muito certo. Ele estava mais preocupado com a velocidade do líquido descendo pela mangueira, queria que terminasse rápido. Seu Basílio mexeu várias vezes no controle da mangueira e foi repreendido pelas profissionais. Logo que esvaziou o frasco, Seu Basílio pediu para tirar a mangueira da sonda e voltou para o quarto. Apesar de parte de sua frustração ser devido a estar se alimentando por sonda, Seu Basílio também estava visivelmente decepcionado por sua família o ter posto no residencial.

Dona Beatriz, também residente do RAI Branco, era igualmente inconformada com os filhos por a terem levado para o residencial. Presenciei-a reclamando com o filho: “você me deixou aqui em uma prisão eterna, eu quero ir para minha casa. O mundo é injusto!”, Benjamim, seu filho, tentava acalmá-la com a voz rouca, dizendo que ela estava muito fraca e “precisava ficar mais forte para voltar para casa”. No discurso de ambos (mãe e filho), predominava uma espécie de discurso de vítima e sentimento de culpa. Aproximei-me deles e perguntei para Dona Beatriz se ela havia contado para Benjamim que havia saído para tomar café com a sua filha. Dona Beatriz negou, mas

no mesmo instante, a técnica de enfermagem Betina confirmou que ela havia saído para tomar café com a filha pela parte da manhã. Ela disse que talvez tivesse saído pela parte da manhã e que não lembrava. Os dois filhos de Dona Beatriz diziam que não queriam ter levado-a para o residencial, mas não tinham tempo para se dedicar ao cuidado da mãe. Disseram também que as cuidadoras não tinham o controle sobre ela, pois em sua casa “quem sempre mandou” foi ela, motivo pelo qual não conseguiam mais cuidar dela em casa.

Era muito comum os(as) filhos(as) dos residentes quererem justificar a decisão de levarem seu pai ou sua mãe para os residenciais, era como se devessem uma explicação. A filha de Dona Carola comentava que já fazia um ano que ela estava internada no residencial porque seus quatro filhos não conseguiam cuidar dela em casa. Contou-me também que sua mãe estava com muitos problemas de saúde, principalmente de locomoção e morava sozinha em uma casa de dois andares. Quando estava em sua casa, não admitia que ninguém intervisse nas suas atividades diárias, e que todas as vezes que um dos filhos tentava orientá-la sobre o que fazer, gerava conflito. Disse que Dona Carola falava que em sua casa quem mandava era ela, não queria tomar banho, não queria sair da cama e não aceitava ajuda. Além disso, a casa que a mãe morava não era adaptada para circular com a cadeira de rodas, o banheiro, apesar de ter sido adaptado, não ficou bom e ela e seus irmãos tinham mais de sessenta anos, o que dificultava bastante para cuidar de alguém. Argumentava que a decisão de leva-la para o residencial foi acertada porque sua mãe melhorou muito, e hoje ela tinha horário para tomar banho, comer e dormir, o que não acontecia em casa. Além disso, comentou que algumas funcionárias “são bem atenciosas”.

A história do filho de Seu Bento não era muito diferente, ele havia tentado cuidar do pai em casa juntamente com sua mãe, mas cuidar dos dois ficou muito difícil. Seu pai “estava com demência” e agora também estava “com Alzheimer”. Além disso, “tem um gênio muito forte” e “estava impossível ficar com ele em casa”. Como ele e seu irmão moram perto do residencial, iam visitar o pai todos os dias, seu irmão pela parte da manhã, e ele pela parte da tarde, ele afirmou que assim o pai estava sendo melhor cuidado. O motivo principal por ter levado Seu Bento era a situação enfrentada em casa com as trocas constante de cuidadoras. As cuidadoras que ele contratava seguidamente enviavam outra pessoa em seu lugar. Assim, com toda esta confusão, resolveram levar Seu Bento para o RAI Branco.

Algumas cuidadoras também compartilhavam a ideia de que o melhor é cuidar do “paciente” em casa. Alana é técnica em enfermagem

e cuidadora no RAI Amarelo, ela havia cuidado de sua mãe “por mais de dez anos” em casa e agora tinha que cuidar de seu pai e não gostaria que ele fosse morar em uma “casa de repouso”. Argumentou que seu pai dedicou grande parte de sua vida para cuidar dela e que agora ela tinha a obrigação de cuidar dele. Ela disse que muitos dos idosos com quem trabalhava reclamavam, que “dedicaram uma vida de sacrifício” para depois serem “abandonados em uma instituição”. Segundo ela, embora recebessem atenção e cuidados de profissionais capacitados, “não se compara a estar em sua casa”.

No entanto, esta mesma técnica reflete que muitos dos idosos estão ali “porque merecem”. Ela me dizia para não pensar que a pessoa muda só porque ficou velha: “não pense que a pessoa idosa fica velha, fica boazinha ou é inocente ou até mesmo por que esta velha vai mudar, não muda mesmo”. Exemplifica com Dona Alzira, uma das residentes que discutia com todos e para a qual nada estava bom. Contou que, em certa ocasião, Dona Alzira “fez o maior barraco” ao acusar a filha de ter roubado o dinheiro que estava no banco. Além disso, a família seria toda uma “bagunça”, porque uma filha acusa a outra de não cuidar da mãe e discutem trocando ofensas. As filhas de Dona Alzira pagavam mais de 10 mil por mês por uma suíte no residencial, mas agora estavam pagando por um quarto mais modesto. Comentou que “a família não aguenta mais gastar com ela” e concluiu dizendo “nisso a Adriana (residente) tem razão”, fazendo referência aos comentários diários de Dona Adriana sobre as famílias não aguentarem mais pagar para “pessoas que não têm mais nada a fazer a não ser dar despesa para a família”.

Os conflitos entre os pais residentes e os filhos responsáveis pela internação eram comuns. Seu Ademir, de sessenta e sete anos, estava vivendo no RAI Amarelo a mais de um ano. Antes era cuidado em casa pela sua esposa e a cuidadora Andressa. Logo após a morte repentina da esposa de Seu Ademir, ele foi “internado” no residencial Amarelo pelos seus filhos e Andressa foi demitida. A mãe de Seu Ademir, que o visitava regularmente chegou à conclusão de que seu filho precisava de uma cuidadora particular no residencial e recontratou Andressa à revelia da vontade de seus quatro netos. Andressa contou que entre os filhos de Seu Ademir existiam muitas disputas pela herança e eles quase não iam visitar o pai. Uma das filhas ia uma vez no mês para fazer o pagamento do residencial, mas quem pagava Andressa era a mãe de Seu Ademir, já que os filhos não viam a necessidade de ter uma cuidadora particular. Durante o trabalho de campo, não presenciei a visita de algum filho de Seu Ademir.

Seu Bernardo, no RAI Branco, também não recebia visita dos filhos, apenas da esposa. Sua internação ocorreu por meio de uma ordem judicial, após os filhos terem entrado na justiça para decidir quem iria cuidar do pai. Atualmente o responsável legal por ele era um advogado, pois a alegação de alguns dos filhos era que ele estaria sofrendo maus tratos do filho que era seu tutor. O conflito familiar foi o principal motivo pela demora na internação, o que agravou seu estado, sua alimentação passou a ser realizada via sonda gastrointestinal. Seu Bernardo estava no residencial Branco há três anos e Betina, que trabalhava ali havia nove anos, disse que nunca viu ou soube que um filho de Seu Bernardo tenha ido visitá-lo, embora todos residissem na região da grande Florianópolis.

O conflito que permeia o processo de institucionalização é tanto entre familiares, que divergem em suas opiniões, quanto ao responsável pela internação ora sentir-se culpado, ora entender que foi melhor assim. Apesar desses constantes e intensos conflitos que envolvem o processo de institucionalização, e a posterior negociação de qual cuidado deve ser fornecido ao residente dentro dos residenciais, estes têm, em geral, desempenhado um papel importante de suporte para os familiares. Segundo Santos e Rifiotis (2006), os conflitos podem, inclusive, permitir aos envolvidos uma revisão de suas posições e o estabelecimento ou a renovação dos seus pactos de intimidade, mostrando assim o caráter integrador do conflito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos trazidos no decorrer dessa dissertação, em alguns momentos podem parecer recortes e bricolagens. Abordá-los dessa maneira não tem haver apenas com a dificuldade de criar uma narrativa concisa, mas é também o recurso encontrado para evidenciar a diversidade de práticas e experiências vividas nos RAIs, com consistência etnográfica. Sempre lembrando que a etnografia é antes um exercício reflexivo do pesquisador, que resulta em um texto possível elaborado não só pelas informações obtidas, mas também pelos julgamentos e as relações estabelecidas durante a pesquisa.

Tentei mostrar no decorrer dos capítulos como os RAIs, apesar de reivindicarem, em algumas circunstâncias, uma característica “familiar”, tem suas práticas voltadas à medicalização da saúde dos residentes. No contexto de nossa sociedade, em que a ciência biomédica tem uma respeitabilidade indiscutível, isso de certa forma já era esperado. Além disso, as normas técnicas e a legislação enfatizam o “bem estar biológico” dos residentes para darem o aval de manutenção dos residenciais, o que leva estas a priorizarem adequar-se a estes aspectos da legislação.

Também tentei evidenciar como as relações dentro dos RAIs estavam permeadas por uma intensa dramatização dos conflitos derivados das expectativas e frustrações de todos os envolvidos. Os residentes tinham expectativas de melhorar e voltar a morar com a família ou em suas casas e sentiam-se frustrados por estar em uma “casa de velhos”. Alguns alimentaram durante toda a vida a expectativas que manteriam autonomia ou de que em caso de doença seriam cuidados por seus filhos, já que em suas concepções, esta é a obrigação dos filhos: retribuir o cuidado que os pais tiveram com eles na infância. No entanto, as relações que construíram e mantiveram nem sempre foram suficientes para que os filhos quisessem se dedicar em tempo integral aos pais ou tivessem condições para conviver com um familiar com problemas mentais. Muitos dos filhos não só não conseguem ter os pais em casa como não querem manter contato, limitam-se à raras visitas ou apenas ao pagamento da mensalidade e ao fornecimento dos medicamentos e materiais que o familiar precisa.

Os familiares também têm suas expectativas frustradas. Alguns compartilhavam dá ideia de que é sua obrigação assistir o pai ou a mãe durante seu envelhecimento, e se sentem muito mal ao perceber que não tem condições para isso. Quando os levam para um RAI também

esperam que lá seus pais serão bem cuidados, mas nem sempre compartilham essa sensação depois da internação.

Devido a isso, os RAIs são um campo de permanente negociação. A satisfação com os serviços prestados, quando existem, por exemplo, não é algo pleno, depende das noções que cada um tem do que é estar “bem” cuidado. Os pontos de vista dos residentes e dos familiares sobre cuidado dependem dos critérios que cada um usa para definir o que é ser “bem” ou “mal” cuidado. As pessoas avaliam por critérios diferentes. Além disso, para algumas demandar é sua forma de ser e não necessariamente precisam ter um motivo para isso. O mesmo pode se dizer daqueles que costumam sempre falar que está bom, nem sempre sentem assim, são pessoas que tem dificuldades de dizer não ou expressar opiniões negativas.

Tais negociações também tem haver com a manutenção do poder da pessoa, quanto maior for a autonomia do residente, maior será seu poder de negociação. Como os RAIs estão baseados em um sistema de manutenção de saúde, quanto melhor for a saúde de um residente, menor será o controle que a instituição tem sobre ele. Os filhos por sua vez, mesmo os que têm pouco ou nenhum contato com os pais, também fazem cobranças sobre os serviços prestados.

Em suma, as reflexões aqui propostas apontaram para uma intensa medicalização das práticas dentro dos residenciais, uma dramatização das relações estabelecidas em meio às expectativas e frustrações dos envolvidos e a permanente negociação entre residentes/familiares, dirigentes e funcionárias dos residenciais. Estas constatações são importantes para a compreensão dos RAIs e do lugar que ocupam em nossa sociedade atualmente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BOURDIEU, Pierre. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: EDUSP. Porto Alegre, RS: Zouk, 2007. 560 P.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005**. ANVISA. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/pages/print.php>. Acessado em 11 nov 2014.

CAMARANO, Ana Amélia. **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sudeste**. Brasília: IPEA, 2010, 242p

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 810/GM/MS, de 22 de Setembro de 1989**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>. Acessado em: 12 jan 2015.

BRASIL. **O estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 169 p.

CAMARANO, Ana Amélia e MELLO, Juliana Leitão. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In. CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010, 350 p.

CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem Cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. Série Enfermagem. Petrópolis, RJ: Editora: Vozes, 2005, 148p.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo**. 2ª ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, 2006, 222p.

CHRISTOPHE, Micheline. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração? 2009, 178f**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro, 2009.

CLIFFORD, James. **A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: 4ª ed. editora UFRJ, 2011, 282p.

DAMATTA, Roberto. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997, 152p.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Fapesp, 2012, 266p.

ELIAS, Norbert. **A Solidão dos Moribundos. Seguido de "Envelhecer e Morrer"**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, 110p.

FAVRET-SAADA, Jeanne. "Ser afetado". In **Cadernos de Campo**. v.13, n.13, USP:2005 P. 155-161.

FLORES, Gisela Cataldi. **"Eu cuido dela e ela me cuida": Um estudo qualitativo sobre o cuidado Intergeracional com idoso**. 2008, 128f. Dissertação (Mestrado) Programa de pós-graduação em enfermagem/UFSM. Santa Maria, 2008.

FONSECA, Claudia. O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia "em casa". In. SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen e PETERS, Roberta (orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010, 232p.

FOUCAULT, Michel. "O Sujeito e o poder" in RABINOW, Paul & DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**, São Paulo, Ed. Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. As técnicas de si. In **Espaço Michel Foucault**. Traduzido a partir de FOUCAULT, Michel. Dits et écrits. Paris: Gallimard, 1994, Vol. IV, pp. 783-813, por Karla Neves e Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: www.filoesco.unb.br/foucault. Acessado em: 10 out 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 5ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, 295p.

FREITAS, Adriana Valéria da Silva; NORONHA, Ceci Vilar. Idosos em instituição de longa permanência: falando de cuidado. In: **Interface**. v. 14, n. 33, p. 359-369, abr./jun., 2010.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989, 323p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômio, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva 2010, 315p.

GOLDENBERG, Mirian. Corpo e envelhecimento na cultura brasileira: o marido como capital. In: GOLDENBERG, Mirian **Coroas: Corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade**. Rio de Janeiro: Record, 2008, p. 15-43.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. In: **Texto Contexto Enfermagem**. V. 15, n. 4, Florianópolis, Out/Dez 2006, p 570-577.

GRAEFF, Lucas. **O “MUNDO DA VELHICE” E A CULTURA ASILAR: Estudo antropológico sobre memória social e cotidiano de velhos no Asilo Padre Cacique, em Porto Alegre**. 2005, 172f. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação. UFRGS. Porto Alegre, 2005.

GROISMAN, Daniel. Asilo de velhos: Passado e presente. In: **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**. Porto Alegre, v.2, p.67-87, 1999.

KANSO, Solange. et al. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. Trabalho apresentado no **XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_7/abep_2010_2515.pdf . Acessado em 12 jul 2012.

KLEINMAN, Arthur. **M. Illness Narratives: suffering, healing & human condition**. New York: Basic books, 1988, 269p.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. A Antropologia das Emoções no Brasil. **A antropologia das emoções no Brasil RBSE**. v. 4, n. 12, dezembro de 2005, p 239-252.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9ª Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008, 296p.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. In: **Revista Sociedade e Estado**. v. 27, n. 1 - Janeiro/Abril 2012, p.165-180.

LANGDON, Esther Jean Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n. 4, 2014, p1019-1029.

LANGDON, Esther Jean. MALUF, Sonia. TORNQUIST, Carmen Suzana. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In **Comunidade virtual de antropologia**. 2008. Disponível em: www.antropologia.com.br/arti/colab/a45-lmt.pdf. Acessado em 15 fev 2013.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. São Paulo: Coleção os Pensadores Abril Cultura, 1976, 436p.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003, 536p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA, Junior; ÁLVARES, Carlos Everaldo (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, 212p.

MINER, Horace. RITOS CORPORAIS ENTRE OS NACIREMA; In: A.K. Rooney e P.L. de Vore (orgs.) YOU AND THE OTHERS - Readings in Int roductor y Anthropology (Cambr idge, Er l i ch), 1976.

NERI, Anita Liberalesso. Velhice e Qualidade de vida da mulher. In: NERI, Anita Liberalesso. (org.) **Desenvolvimento e envelhecimento:**

Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP; Papirus, 2001, 200p.

NOVAES, Regina Helena Lasneaux. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos.** 2003, Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, 2003.

ORTNER, Sherry B. Subjetividade e Crítica Cultural. **Horizontes Antropológicos.** Porto Alegre. V.13, n. 28, p. 375-405, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v13n28/a15v1328.pdf>. Acessado em: 20 jan/2010.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost. **Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado.** 1996, Tese (doutorado), UNICAMP Faculdade de educação. Campinas, SP: 1996.

PINTO, Silvia Patrícia Lima de Castro; SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. In: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** v. 15, nº 1, Rio de Janeiro, 2012. P 169-174.

QUADROS. Rudemar Brizolla de; SILVA, José Francisco; MARQUES, Carmem Lúcia da Silva. A prática de atividades aquáticas na busca de harmonia biopsicossocial. In: **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento.** Porto Alegre, v.17, n.2, 2012, p 333-351.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; RIFIOTIS, Theophilos. Cuidados familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre a dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar. In: **Florianópolis: laboratório de Estudos das Violências,** CFH, UFSC, 2006. Disponível em file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/CFIDRSDCCIF-libre.pdf. Acessado em: 15 dez 2014.

SEEGER, Anthony. **Os Índios e Nós, Estudos sobre sociedades tribais brasileiras.** Rio de Janeiro: Campus, 1980, 181p.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Pensando os modos de cuidar da enfermeira intensivista a partir da

noção de estilo. In: **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 4, out-dez de 2012, p 954-962.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Baurer, SP: Manole, 2005, 482p.

TOMASINI, Sérgio Luiz Valente; ALVES, Simone. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa Permanência. In: **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, jan./jun. 2007, p 88-102.

TRONTO, Joan C. “Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a oralidade a partir disso?”, In JAGGAR, Alison, M; BORDO, SUZAN. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997, p. 186-203.

TURNER, Victor. **Processo Ritual: estrutura e antiestrutura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, 199p.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mai-jun, 2003, p 849-853.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed, 2007, 229p.

ANEXO A



O maior Portal de informações sobre idosos do Brasil

Data de Publicação: 31/03/2010

Normas da ANVISA para ILPIs



RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11

inciso **IV** do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c do Art. 111, inciso **I**, alínea "b" § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de [dezembro](#) de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e:

considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor;

considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência;

considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos;

considerando a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos,

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta

RDC, podendo adotar normas de caráter complementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 3º. O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação,

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.

1. OBJETIVO

Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

2. ABRANGÊNCIA

Esta norma é aplicável a toda instituição de longa permanência para idosos, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.

3. DEFINIÇÕES

3.1 – Cuidador de Idosos – pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária,

3.2 – Dependência do Idoso – condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária,

3.3 – Equipamento de Auto-Ajuda – qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada,

3.4 – Grau de Dependência do Idoso

a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;

b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c) Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

3.5 – Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

3.6 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

4. CONDIÇÕES GERAIS

4.1 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido neste regulamento técnico.

4.2 – A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.

4.3 – A instituição deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

4.3.1 – Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;

4.3.2 – Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

4.3.3 – Promover ambiência acolhedora;

4.3.4 – Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;

4.3.5 – Promover integração dos idosos, nas atividades

desenvolvidas pela comunidade local;

4.3.6 – Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;

4.3.7 – Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;

4.3.8 – Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;

4.3.9 – Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais,

4.3.10 – Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

4.4 – A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Coordenador da Política Nacional do Idoso.

4.5. Organização

4.5.1 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977 e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da nº Lei 10.741 de 2003.

4.5.2 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos

deve estar legalmente constituída e apresentar:

- a) Estatuto registrado;
- b) Registro de entidade social;
- c) Regimento Interno.

4.5.3 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um Responsável Técnico – RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

4.5.3.1 – O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior

4.5.4 – A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003.

4.5.5 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.

4.5.6 – A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

4.5.6.1 A instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.

4.6 – Recursos Humanos

4.6.1 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

4.6.1.1 – Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.

4.6.1.2 – Para os cuidados aos residentes:

a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;

b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;

c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

4.6.1.3 – Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

4.6.1.4 – Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.

4.6.1.5 – Para o serviço de alimentação: um profissional

para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

4.6.1.6 – Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

4.6.2 – A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

4.6.3 – A Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

4.7 – Infra-Estrutura Física

4.7.1 – Toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente.

4.7.2 – A Instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física previstos neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas neste Regulamento.

4.7.3 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de

locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00.

4.7.4 – Quando o terreno da Instituição de Longa Permanência para idosos apresentar desníveis, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes.

4.7.5 – Instalações Prediais – As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

4.7.6 – A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:

4.7.6.1 – Acesso externo – devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.

4.7.6.2 – Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) – devem ser de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.

4.7.6.3 – Rampas e Escadas – devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.

a) A escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.

4.7.6.4 – Circulações internas – as circulações principais devem ter largura mínima de 1,00m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.

a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão dos dois lados;

b) circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.

4.7.6.5 – Elevadores – devem seguir as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994.

4.7.6.6 – Portas – devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de tranças ou chaves.

4.7.6.7 – Janelas e guarda-corpos – devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

4.7.7 – A Instituição deve possuir os seguintes ambientes :

4.7.7.1 – Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.

a) Os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m², incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.

b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

c) Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme.

d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.

e) O banheiro deve possuir área mínima de 3,60 m², com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.

4.7.7.2 Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II e que atendam ao seguinte padrão:

a) Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m² por pessoa

b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m² por pessoa

4.7.7.3 Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m²

4.7.7.4 – Banheiros Coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT.

a) As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior.

4.7.7.5 – Espaço ecumênico e/ou para meditação

4.7.7.6 – Sala administrativa/reunião

4.7.7.7 – Refeitório com área mínima de 1m² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e

luz de vigília.

4.7.7.8 – Cozinha e despensa

4.7.7.9 – Lavanderia

4.7.7.10 – Local para guarda de roupas de uso coletivo

4.7.7.11 – Local para guarda de material de limpeza

4.7.7.12 – Almojarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m².

4.7.7.13 – Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo.

a) Banheiro com área mínima de 3,6 m², contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.

b) Área de vestiário com área mínima de 0,5 m² por funcionário/turno.

4.7.7.14 -Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.

4.7.7.15 – Área externa descoberta para convivência e

desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)

4.7.7.16 – A exigência de um ambiente, depende da execução da atividade correspondente,

4.7.8 – Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.

5 – Processos Operacionais

5.1 – Gerais

5.1.1 – Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas nos itens 4.3.1 a 4.3.11 e seja compatível com os princípios deste Regulamento.

5.1.2 – As atividades das Instituições de Longa Permanência para idosos devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos.

5.1.3 – Cabe às Instituições de Longa Permanência para idosos manter registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.

5.1.4 – A Instituição de Longa Permanência para idosos deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de

identificação civil.

5.1.5 – O responsável pela instituição deve manter disponível cópia deste Regulamento para consulta dos interessados,

5.2 – Saúde

5.2.1 – A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde,

5.2.2 – O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

5.2.2.1 – Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade

5.2.2.2 – Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

5.2.2.3 – prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;

5.2.2.4 – conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.

5.2.3 – A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

5.2.4 – A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.

5.2.5 – Cabe ao Responsável Técnico – RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

5.2.6 A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso

5.2.7 – Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.

5.2.7.1 – Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde

5.3 – Alimentação

5.3.1 A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.

5.3.2 – A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para

Serviços de Alimentação.

5.3.3 – A instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

- a) limpeza e descontaminação dos alimentos;
- b) armazenagem de alimentos;
- c) preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação;
- d) boas práticas para prevenção e controle de vetores;
- e) acondicionamento dos resíduos.

5.4 – Lavagem, processamento e guarda de roupa

5.4.1 – A instituição deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple:

- a) lavar, secar, passar e reparar as roupas;
- b) guarda e troca de roupas de uso coletivo.

5.4.2 – A Instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.

5.4.3 – As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando a manutenção da individualidade e humanização.

5.4.4 – Os produtos utilizados no processamento de

roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

5.5 – Limpeza

5.5.1 – A instituição deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade

5.5.2 – A instituição deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;

5.5.3 – Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

6. Notificação Compulsória

6.1 – A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme o estabelecido no Decreto nº. 49.974-A – de 21 de janeiro de 1961, Portaria Nº 1.943, de 18 de outubro de 2001, suas atualizações, ou outra que venha a substituí-la.

6.2 – A instituição deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência dos eventos sentinelas abaixo:

6.2.1 – Queda com lesão

6.2.2 – Tentativa de suicídio

6.3 – A definição dos eventos mencionados nesta Resolução deve obedecer à padronização a ser publicada pela Anvisa, juntamente com o fluxo e instrumentos de notificação.

7. Monitoramento e Avaliação do Funcionamento das Instituições

7.1 – A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local.

7.2 -. Compete às Instituições de Longa Permanência para idosos a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição.

7.3. A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	$(\text{Número de óbitos de idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
2	Taxa incidência ² de doença diarréica aguda ³ em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de doença diarréica aguda em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
3	Taxa de incidência de escabiose ⁴ em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
4	Taxa de incidência de desidratação ⁵ em idosos residentes	$(\text{Número de idosos que apresentaram desidratação} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal

5	Taxa de prevalência ⁶ de úlcera de decúbito em idosos residentes	(Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/ Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%]	Mensal
6	Taxa de prevalência de desnutrição ⁷ em idosos residentes	(Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%]	Mensal

1 - População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês.

2 - Taxa de incidência: é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período de tempo específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo.

3- Doença diarreica aguda: Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor

abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia.

4- Escabiose: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da

pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é

intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.

5- Desidratação: (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causadas por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição

hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da supra-renal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).

6 - Taxa de prevalência: mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do

período de estudo, somados aos novos casos.
7 - Desnutrição: Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção
ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.
rdc anvisa

7.4. Todo mês de janeiro a instituição de Longa Permanência para idosos deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do ano anterior

7.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

8. Disposições Transitórias

8.1. As instituições existentes na data da publicação desta RDC, independente da denominação ou da estrutura que possuam, devem adequar-se aos requisitos deste Regulamento Técnico, no prazo de vinte e quatro meses a contar da data de publicação desta.

9. Referência Bibliográfica

- BRASIL. LEI N°. 10,741/2003 – Lei Especial – Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

- BRASIL. LEI N°. 8,842/1994 – Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília,

1994.

- BRASIL, DECRETO N°. 1,948/1996 – Regulamenta a Lei 8,842 de 1994 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

- BRASIL, PORTARIA N°. 73, DE 2001 – Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política De Assistência Social, Gerência de Atenção a Pessoa Idosa, Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

- BRASIL, LEI N°. 6,437, 1977 – Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.

- BRASIL, DECRETO N° 77052, de 1976 – Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1976.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – SEPN 515, Bl.B, Ed.Ômega – Brasília (DF) CEP 70770-502 – Tel: (61) 3448-1000

Disque Saúde: 0 800 61 1997

Autor: Márcio Borges