



# Cuidando de idosos institucionalizados: representações de gestores e profissionais

*Caring for institutionalized elderly: representations of managers and professionals*

*Cuidando de ancianos institucionalizados: representaciones de gestores y profesionales*

Daniela Garcia Damaceno<sup>1</sup>

Carlos Alberto Lazarini<sup>2</sup>

Mara Quaglio Chirelli<sup>2</sup>

1. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil
2. Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as representações sociais dos profissionais e gestores de instituição de longa permanência para idosos sobre o cuidado e a influência dessa concepção na prática do cuidar. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com vinte e nove profissionais e quatro gestores de uma Instituição de Longa permanência para idosos de um município do interior de São Paulo. Os dados, coletados em duas fases por meio de entrevistas individuais e oficinas, foram analisados pelas técnicas do Discurso do Sujeito Coletivo e Análise de Conteúdo, na modalidade temática. **Resultados:** Acerca de suas representações sobre o cuidado, identificaram-se três ideias centrais para os gestores: "dar afeto"; "suprir necessidades básicas"; e "ter olhar ampliado". Dos profissionais, as ideias centrais foram "ajudar e dar afeto"; "suprir necessidades"; e "cuidado ampliado". Identificou-se, ainda, que as representações dos idosos influenciam a prática do cuidado. **Considerações finais e implicações para a prática:** A manutenção da visão assistencialista do processo de cuidado e o modelo caritativo de se produzir saúde nessas instituições são reflexos das representações do idoso. Assim, faz-se necessário rever os papéis sociais dos idosos, reconhecendo-os como protagonistas de seu processo de cuidado, visando à melhor qualidade na assistência dessa população.

**Palavras-chave:** Instituição de Longa Permanência para Idosos; Assistência Integral à Saúde; Administradores de Instituições de Saúde; Pessoal de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the social representations of professionals and managers of long-term care institution for the elderly about the care and the influence of this conception in the practice of caring. **Method:** This is a qualitative research carried out with twenty-nine professionals and four managers of a long-term institution for the elderly in a city in the interior of São Paulo. The data, collected in two phases through individual interviews and workshops, were analyzed through the techniques of the Collective Subject Discourse and Content Analysis in the thematic modality. **Results:** About their representations about care, three main ideas were identified for managers: "giving affection"; "Supply basic needs"; and "look broadened." For the professionals, the main ideas were "to help and to give affection"; "Supply needs"; and "extended care". It also identified that the representations of the elderly influence the care practice. **Final considerations and implications for the practice:** The maintenance of the caregiving vision of the care process and the charitable model of producing health in these institutions are reflections of the representations of the elderly. Thus, it is necessary to review the social roles of the elderly, recognizing them as protagonists of their care process aiming at a better quality of care for this population.

**Keywords:** Homes for the Aged; Comprehensive Health Care; Health Facility Administrators; Health Personnel.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las representaciones sociales de los profesionales y gestores de una Institución de Larga Permanencia para ancianos sobre el cuidado y la influencia de esta concepción en la práctica del cuidar. **Método:** Se trata de una investigación de abordaje cualitativo, realizada con veintinueve profesionales y cuatro gestores de una Institución de Larga permanencia para ancianos de un municipio del interior de San Pablo. Los datos, recolectados en dos etapas por medio de entrevistas individuales y talleres, se analizaron a través de las técnicas del Discurso del Sujeto Colectivo y Análisis de Contenido en la modalidad temática. **Resultados:** Respecto a sus representaciones sobre el cuidado, se identificaron tres ideas centrales para los gestores: "dar afecto", "suplir necesidades básicas", y "tener una mirada amplia". En los profesionales, las ideas centrales fueron: "ayudar y dar afecto", "suplir necesidades", y "cuidado amplio". Además, se pudo observar que las representaciones de los ancianos influyen la práctica del cuidado. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** El mantenimiento de la visión asistencialista del proceso de cuidado y el modelo caritativo de producir salud en estas instituciones son reflejos de las representaciones del anciano. Así, es necesario revisar los roles sociales de los ancianos, reconociéndolos como protagonistas de su proceso de cuidado, buscando mejorar la calidad en la asistencia de esta población.

**Palabras clave:** Hogares para Ancianos; Atención Integral de la Salud; Administradores de Instituciones de la Salud; Personal de la Salud.

### Autor correspondente:

Daniela Garcia Damaceno.  
E-mail: daniela.garcia22@yahoo.com.br

Recebido em 09/02/2019.  
Aprovado em 02/05/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0036

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional constitui fenômeno que traz consigo múltiplas consequências, conformando-se, assim, como desafio mundial deste século. Disseminado nas diferentes regiões do mundo, mostra-se avançando de maneira ainda mais acelerada em países de menor desenvolvimento econômico como o Brasil com diversos efeitos econômicos, sociais e de saúde bastante significativos.<sup>1</sup>

O cuidado é parte da essência do ser humano e traduz-se a partir de um movimento relacional. Seja a relação da pessoa com seu próprio "eu" ou com outro e para o outro, é ele que confere aos indivíduos a condição de humanidade. Vale ressaltar que, por essa condição, o cuidado é completado pelo outro, isto é, tanto o cuidador quanto o ser cuidado são corresponsáveis por todo o processo. É composto não apenas por ações, mas também por comportamentos e atitudes.<sup>2</sup>

Para além de técnicas e tarefas o cuidado constrói-se a partir dos valores e crenças dos profissionais, que, inseridos em determinado contexto, expressam-nos na produção do cuidado.<sup>2</sup> Assim, tanto o modelo biomédico sustentado pelo paradigma cartesiano, quanto a integralidade do cuidado expressam-se amparados pelas concepções de saúde-doença, organização e gestão para o cuidado, educação e contexto em que estes estão/estiveram inseridos.

Frente às complexidades que permeiam o ser humano, a insuficiência da prática do cuidado, pautada em ações automatizadas e centradas nos aspectos biológicos e nas condutas médicas, torna-se evidente. O movimento de ruptura e rejeição ao modelo biomédico, e conseqüentemente ao paradigma cartesiano, faz-se necessário, pleiteando relações entre o binômio cuidador-ser cuidado mais próximas, (re)significando o pensar/fazer cuidado no sentido da integralidade.<sup>3,4</sup>

Para atender às necessidades emergentes da nova configuração populacional, os profissionais de saúde devem considerar as diversas dimensões da vida de pessoas idosas e de suas famílias ao longo de sua história, auxiliando-as a desenvolver e/ou restaurar o autocuidado da melhor forma. Assim, para além de lidar com a situação de doenças, perdas e incapacidades, esse profissional deve encorajar e empoderar os idosos a manterem sua condição de plenitude, investindo em ações necessárias no sentido de um envelhecimento ativo e saudável e com qualidade de vida.<sup>3,5</sup>

Contudo, os impactos econômicos e sociais do processo de envelhecimento populacional acelerado no país, a escassez de serviços especializados na assistência a essa população, a falta de preparo e capacidade das famílias em lidar com as modificações do processo de senescência, o crescimento das taxas de idosos em idades mais avançadas e envelhecendo sozinhas têm aumentado exponencialmente a demanda por cuidados formais de longa duração.<sup>1,6</sup> Dentre os diferentes serviços que oferecem esse tipo de cuidado encontra-se a instituição de longa permanência para idosos (ILPI).

Essas instituições, destinadas à moradia coletiva de pessoas idosas, com ou sem suporte familiar, devem atuar em condição de liberdade, dignidade e cidadania com vistas à manutenção da autonomia, independência e do convívio social de seus moradores.<sup>7</sup> Infelizmente, o contexto de precariedade de muitas ILPI no país e, conseqüentemente, o predomínio de profissionais sem formação específica no cuidado a essa população comprometem a qualidade do cuidado.<sup>8</sup>

Destarte, frente a esse contexto e às modificações na oferta de cuidado familiar com o aumento exponencial na demanda do cuidado ofertado por essas instituições identificam-se os seguintes questionamentos: Qual a concepção de cuidado dos profissionais e gestores de ILPI? De que forma a visão dos profissionais e gestores influencia a oferta do cuidado nessas instituições? Objetiva-se analisar as representações sociais dos profissionais e gestores de instituição de longa permanência para idosos (ILPI) sobre o cuidado e a influência dessa concepção na prática do cuidar.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa realizada em duas etapas com profissionais e gestores de uma ILPI de um município de médio porte do interior paulista. A presente investigação faz parte da dissertação de mestrado intitulada "O cuidado em instituição de longa permanência para idosos: a formação dos profissionais". Segundo informações da própria instituição, a ILPI selecionada assiste a 54 idosos, sendo, segundo avaliação do médico geriatra da instituição, 16 independentes, 22 com dependência grau I, 12 dependentes grau II e quatro dependentes grau III.

Foram incluídos na amostra todos os gestores e profissionais contratados pela instituição, totalizando quarenta participantes, sendo eles, respectivamente, cinco e trinta e cinco. As categorias profissionais da pesquisa foram enfermeira, médico, assistente social, escritorário, supervisor de serviços gerais, serviços gerais, cozinheira, auxiliar de enfermagem e cuidador.

O critério de inclusão foi estar trabalhando na ILPI, com vínculo empregatício ou caráter voluntário, há pelo menos três meses. A coleta de dados ocorreu em duas fases, em dias e horários pactuados segundo disponibilidade da instituição, sendo algumas vezes remarcadas devido a intercorrências na instituição.

A primeira fase, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores entre outubro e dezembro de 2016 compreendeu dados sociodemográficos e o questionamento acerca da conceitualização do cuidado. Os dados de caracterização sociodemográfica são relativos a idade, sexo, estado civil, formação técnica ou superior, presença de curso ou especialização na área de cuidado ao idoso, tempo de atuação na instituição e experiência previa com idosos. Esses foram apresentados na forma de frequência simples. A análise da questão foi realizada a partir da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC).

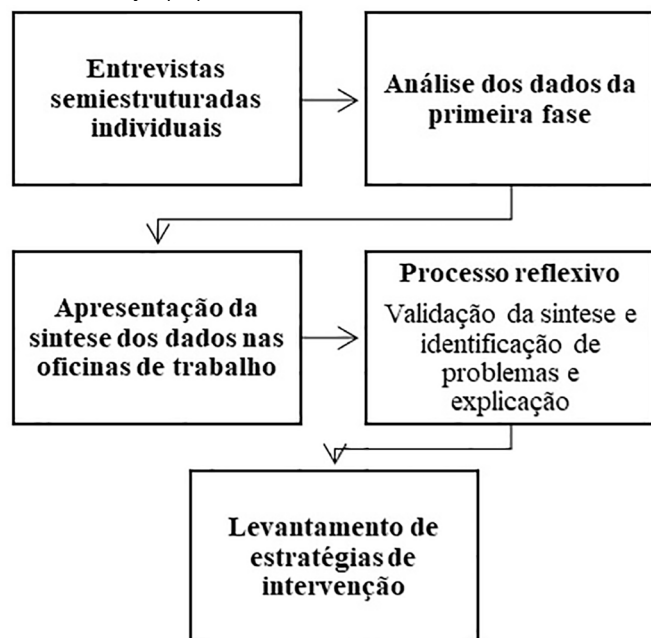
O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que busca reconstruir uma Representação Social (RS), preservando a articulação das dimensões individuais e coletivas (9). Destarte, organizaram os seguintes passos: 1) análise da questão com a extração do conteúdo total das respostas à questão analisada; 2) extração das Expressões-Chave (E-Ch) de cada depoimento; 3) identificação das Ideias Centrais (IC) e Ancoragens (AC) presentes em cada E-Ch; 4) agrupamento das E-Ch de mesmas IC/AC; e 5) construção dos DSC. Para a construção do DSC, cada agrupamento, realizado no quarto passo do processo, foi sequenciado por meio da introdução de conectivos assegurando coesão do discurso e eliminado os particularismos e a repetição palavras ou expressões, formando-se, assim, depoimentos-síntese, na primeira pessoa do singular.<sup>9</sup>

Após a análise, iniciou-se a segunda fase, entre maio e junho de 2017, na qual foram realizadas três oficinas de trabalho, sendo uma com os gestores e duas com os outros profissionais, considerando seu turno de trabalho. Essas oficinas ocorreram com a finalidade de aprofundar as reflexões acerca do cuidado e propor estratégias de intervenção para problemáticas identificadas. A partir da leitura da síntese dos dados, promoveu-se a reflexão dos principais problemas levantados a fim de aprofundar os núcleos argumentais, possibilitando ao participante refutar ou validar o que foi lhe apresentado e propor estratégias de intervenção. No intuito de evitar constrangimentos e inibição dos participantes durante os processos reflexivos, a oficina com os gestores ocorreu separadamente.

As entrevistas e oficinas foram gravadas em áudio, após consentimento dos profissionais, transcritas na íntegra e após a análise de dados das duas etapas, foram desprezadas. A Figura 1 representa o processo de coleta de dados realizado.

**Figura 1.** Fluxo de coleta de dados nas duas fases da pesquisa.

Fonte: construção própria dos autores.



Na segunda fase utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática. Esta técnica pode ser caracterizada por conjunto de estratégias metodológicas aplicadas a diferentes discursos, partindo de uma decodificação superficial de um material escrito a fim de atingir níveis mais profundos, confrontando os significantes com os seus significados e articulando o que foi expresso explicitamente com os fatores que o influenciam.<sup>10</sup>

Dessa maneira, a análise se organizou em três polos cronológicos: a) pré-análise: organização do material coletado nas oficinas; b) exploração do material: utilização de operações classificatórias para atingir o núcleo de compreensão das oficinas; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: construção uma síntese interpretativa por meio do diálogo com os objetivos e pressupostos da investigação assim como com a base teórica adotada.<sup>10</sup>

A análise dos materiais produzidos em ambas as fases se fundamentaram na Teoria das Representações Sociais (TRS). A escolha da TRS como referencial teórico deu-se pela possibilidade de compreender profundamente a concepção de cuidado de profissionais e gestores de ILPI, uma vez que, ao considerar uma representação social (RS) como um sistema de valores, imagens, linguagens, ideias e práticas comuns a um grupo, a teoria estuda o saber empírico coletivo, considerando-o como fonte de conhecimento legítimo com a capacidade impulsionar transformações sociais.<sup>11</sup>

O projeto que deu origem a esta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma faculdade de medicina do município ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 1.662.805, atendendo a resolução 466/2012 e apreciado, também, pela diretoria da ILPI estudada.<sup>12</sup> Os profissionais e gestores, que por livre e espontânea vontade participaram da pesquisa, assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a apresentação dos resultados, os gestores foram codificados por G e os profissionais por P, inserindo após sequência numérica crescente (G1...G4; P1...P29).

## RESULTADOS

Foram realizadas duas entrevistas-piloto que não compuseram o material final da investigação. Um profissional encontrava-se de licença médica, um gestor se desligou da instituição durante a coleta de dados, dois profissionais optaram por não participar da pesquisa e um profissional não se enquadrava no critério de inclusão, resultando 33 participantes, sendo quatro gestores e 29 profissionais.

Dos gestores entrevistados, todos eram idosos (60 - 75 anos), com maioria do sexo feminino, casados, com pelo menos um curso superior (somente uma tem formação na área da saúde) e sem especialização ou curso na área de cuidado gerontológico, atuando na instituição há 13 anos, em média, em caráter voluntário. Para os profissionais, a idade média encontrada foi de 39,7 anos. A maioria do sexo feminino, casada, sem experiência prévia com idosos, tendo cursado ou ainda estar cursando ensino

técnico ou superior e sem curso ou especialização relacionados ao cuidado com o idoso, com atuação média de 4 anos e 9 meses na instituição.

A apresentação dos resultados será feita de forma articulada entre a primeira e a segunda fase, por meio das respostas emitidas pelos gestores e, posteriormente, pelos profissionais.

As respostas dos gestores para a pergunta "O que é cuidado para você?" permitiram elaborar três ideias centrais. São elas: dar afeto, suprir necessidades básicas e ter olhar ampliado.

O DSC da ideia central "dar afeto" foi:

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

A ideia central "suprir necessidades básicas" foi representada pelo seguinte DSC:

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

A outra ideia central "ter olhar ampliado" emerge no seguinte DSC:

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

Contudo, embora o discurso aponte um olhar ampliado, a reflexão durante a oficina permitiu compreender que esse olhar está em uma perspectiva assistencialista de se fazer saúde:

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

Na oficina, aprofundou-se, também, a ideia de cuidado como "suporte emocional", considerando as manifestações psicológicas e a importância do ato de ouvir e valorizar a voz dos idosos institucionalizados:

*[...] porque não é só por causa da depressão que a gente dá atenção. Eu estava falando da idosa X agora. Então, ouvi-los... eles têm aquelas histórias [...] muito*

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

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

A categoria "informalidade do cuidado", que surge na oficina, traz uma representação de cuidado informal, em que o processo de trabalho possui características semelhantes ao cuidado realizado em âmbito familiar:

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

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

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

A análise das respostas dos profissionais à mesma questão propiciou a identificação de três ideias centrais, próximas das apresentadas pelos gestores: "ato de ajudar e dar afeto", "suprir necessidades" e "cuidados às necessidades básicas com qualidade".

O DSC da ideia central "ato de ajudar e dar afeto" foi:

*Cuidado para mim é ajudar, você fazer alguma coisa por outra pessoa, se dedicar, tratar de uma forma justa e fazer o que faz de melhor. É você cuidar dele desde que ele entra numa entidade. Nem tudo vai poder fazer por eles, mas o pouquinho que você faz para cada um já é importante, é uma contribuição. É tratar com carinho, com afeto, proteger, amar e dar atenção. O cuidado maior é o nosso amor com eles. Não são todos que têm família, então a família deles acaba sendo a gente. Quem vai trabalhar com uma profissão dessas tem que ter amor pelo que faz. (P1- P4, P6, P8, P10- P16, P18 -P28)*

Essa ideia central evidencia-se nas oficinas com maior intensidade, a qual é consolidada pelo núcleo de sentido "trabalho por amor":

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

Outra concepção encontrada está associada à ideia central "suprir necessidades":



*O cuidado é um bom dia, uma boa tarde, é ouvir as queixas, parar prestar atenção, ouvir os problemas deles, eles são muitos carentes. Cuidar é você prestar o serviço à necessidade do paciente, é servir uma pessoa que é dependente, desde banho, troca, curativo, dar assistência, participar da vida deles, manter eles limpos, dar comida, desde um copo d'água até colocar um chinelo no pé. Eles são muito tristes. De vez em quando, então, você senta, conversa, troca, dá risada, descontraí. Um toque que eu fizer nele com carinho, um simples toque, pode ser o único toque que ele vai ter o dia inteiro, vai ser o meu único contato com ele, a única chance de ele brincar e sorrir. (P1, P4, P7, P8, P10 - P16, P18, P19, P21- P28)*

O DSC traz que o cuidado é contemplar as necessidades básicas do indivíduo, assim como "dar atenção", "carinho", buscando suprir as carências afetivas dos idosos.

Assim como no discurso dos gestores, a investigação identificou, ainda, a ideia central "Cuidados às necessidades básicas com qualidade" com o seguinte DSC:

*O cuidado é contemplar necessidade. Não só a necessidade que a pessoa entenda que tenha, ou ela sinta, mas também aquela que ela não faz ideia de que ela precisa. Então quando você consegue contemplar isso, você está prestando cuidado. Não vejo só cuidado como banho, higiene, essas coisas. O cuidado é você ter cuidado com tudo, com a limpeza, com a higienização, é cuidar, de várias formas e o tempo inteiro e gostar daquilo que você faz. Ficar de olho, mesmo que não seja a nossa parte. O cuidado abrange várias áreas, sentimental, física, conversa, pedagógica, tudo. Engloba tudo, desde uma conversa, ouvir o idoso, até um banho, avaliar o corpo completo, se está parecendo alguma coisa, alguma queixa deles. É mais do que as técnicas, muito mais. A gente está cuidando de um ser humano, não é um robozinho em que você vai colocar um aparelho. (P1, P4, P5, P9, P11, P17, P19, P20, P22, P23, P27- P29)*

A reflexão sobre os resultados dessa questão durante as oficinas com os profissionais fez emergir o núcleo de sentido "ILPI como depósito de idosos".

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

*[...] eu estava até falando para profissional X hoje. Ontem chegou um saco de medicamento, aí nós fomos olhar, tudo vencido. O que esse pessoal pensa lá fora? Que a gente usa medicamento vencido. Às vezes ligam, "Olha, vem buscar, tem banana, tem maçã". Chega lá, o motorista não traz porque é tudo podre". (P7)*

## DISCUSSÃO

A análise das entrevistas dos gestores possibilitou a identificação de núcleos argumentais que expressam suas visões acerca da conceitualização do cuidado. Atribuir ao cuidado sentimentos, como "amor", "carinho", "atenção" e "dedicação", mostra que estão ligados à condição de filantropia da instituição. Assim, conforme reafirmado pela oficina, essa informalidade na prática do cuidado compromete sua qualidade com impacto direto na autonomia e independência dos moradores.<sup>13</sup>

A partir dos dados, percebe-se que os gestores apresentam visão de "senso comum" acerca da forma de se abordar o cuidado aos idosos, demonstrando que precisam somente de carinho, afeto, uma vez que estão na ILPI para receber cuidados, porém, não reconhecem a complexidade e as especificidades da saúde dos idosos.

No Brasil, não há necessidade de os gestores de instituições filantrópicas terem formação qualificada para desempenhar esse papel, conforme a instituição pesquisada. Ao ter o caráter filantrópico, em sua maioria, identifica-se somente a "vontade" de doar o seu tempo em prol da gestão de insumos, organizar os profissionais para fazerem o cuidado.<sup>8,14</sup> Identificou-se também que não consideram que esse cuidado realizado pelos profissionais necessite de uma formação voltada para as necessidades específicas desses idosos, apesar de essas terem um grau ampliado de ações exigem conhecimentos, habilidades e atitudes próprias para essa faixa etária.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, identificou-se que um dos desafios encontrado por gestores dessas instituições e que interfere na manutenção de profissionais qualificados para o cuidado gerontológico, é a falta de recursos. Assim, os gestores, muitas vezes, em vez de realizarem atividades relacionadas às questões administrativas da instituição, utilizam seu tempo disponível para a captação de outras fontes de recursos financeiros, encontrando dificuldade em cumprir o que determina a legislação.<sup>8,14</sup>

Semelhante ao encontrado nas entrevistas com os gestores, a concepção de cuidado para os profissionais também se relaciona ao caráter filantrópico da instituição, reforçando os conceitos de benevolência, caridade e amor. Assim, consolida-se a representação social do cuidado relacionada não apenas à herança histórica da inserção das instituições no país, como também às mudanças das concepções de cuidado e ao próprio processo de trabalho em saúde.<sup>13</sup>

A política nacional do idoso (PNI), promulgada pela Lei nº 8.842 em janeiro de 1994, estabelece como objetivo a preservação dos direitos sociais do idoso, promovendo sua autonomia, integração e participação na sociedade, garantindo assim o exercício de sua cidadania.<sup>15</sup> Contudo, a perpetuação do cuidado na perspectiva assistencialista, comum na assistência ao idoso no cenário da instituição de longa permanência para idosos com a infantilização de seus moradores e a construção do processo de trabalho na lógica da informalidade do cuidado, muito compromete esse exercício.<sup>16</sup>

A infantilização dessa parcela da população, que pressupõe uma atitude paternalista, é permeada pelos conceitos de caridade e benevolência que vão de encontro ao cuidado gerontológico. Nesse sentido, a infantilização, embora geralmente originada na errônea concepção de estar agradando ao idoso, consiste em uma forma de violência social, visto que não reconhece seus direitos sociais previstos na PNI.<sup>15,16</sup>

O cuidado físico, como representação de cuidado enquanto condições de limpeza dos idosos e do ambiente, assim como a alimentação, desconsidera muitos elementos que estão contidos na produção de vida, evidenciando-se como uma problemática no trabalho em saúde.<sup>17</sup> Nessa perspectiva, a integralidade no cuidado fica comprometida ao se realizar a prática focada em alguns desses elementos.

Nesse mesmo sentido, o cuidado fragmentado expresso pelos gestores com a atuação de cada profissional "fazendo bem o seu serviço", reforça o processo de trabalho fora da lógica da integralidade do cuidado. Ao atribuir ao cuidado a condição de contemplar as necessidades básicas dos idosos, os profissionais focalizam seu olhar e a sua ação sobre o corpo biológico dos moradores. Dessa forma, a prática profissional se mostra centrada em procedimentos e não no outro.<sup>17</sup>

Os profissionais da instituição associam essas necessidades à supressão das carências afetivas dos idosos. Contudo, embora possa identificar um avanço conceitual no caminho do cuidado integral, percebe-se a RS do cuidado ainda enraizada em conceitos de cuidado informal e familiar.<sup>13</sup>

Esse cuidado, no cenário da ILPI, que se remete ao atendimento das necessidades associa-se, também, ao cumprimento de normas e de regras institucionais. A normatização das rotinas dos idosos compromete o exercício de sua individualidade. Assim, embora residir em instituições possa representar aos idosos uma possibilidade de sobrevivência, essa vivência limita a participação social e familiar desses indivíduos, impedindo-os de controlar a sua própria vida.<sup>18</sup>

Tal ruptura na vida desses idosos torna-os, muitas vezes, desmotivados, sendo comum encontrar estados depressivos, sentimentos de solidão e de falta de perspectiva, provocando seu isolamento social. A falta de reconhecimento do idoso como protagonista do processo de cuidado e, muitas vezes, a desvalorização dos determinantes da institucionalização corroboram o distanciamento das práticas integrais do cuidado em saúde. Isso representa um dos principais obstáculos para a adaptação no processo de institucionalização, levando-os à resignificação do seu papel social.<sup>18,19</sup>

O olhar ampliado, como uma necessidade levantada pelos gestores para a atuação com a população de idosos, destaca a importância de enxergar o idoso em sua integralidade a fim de contemplar as diferentes faces do cuidar. Contudo, o aprofundamento na oficina de trabalho confirma a visão assistencialista da concepção de cuidado, retomando as características filantrópicas e de benevolência, parte da herança histórica caritativa deste *setting* assistencial.<sup>13,20</sup>

Para os profissionais, a inclusão das necessidades de saúde no processo de cuidado, conformando-se em um formato amplo de se construir saúde, contempla diferentes dimensões. Contemplar as necessidades de saúde de um indivíduo significa muito mais que atender as demandas por consultas médicas e procedimentos, abrangendo vários outros elementos. Para Cecílio, essas necessidades compreendem quatro principais dimensões. A dimensão "boas condições de vida" se refere às questões ambientais, como moradia adequada e boa alimentação, além da sua condição social nas relações familiares e com a sociedade enquanto cidadão e a condição econômica, dentre outras, para que possa viver e decidir sobre sua vida. O "consumo de tecnologias para melhorar e prolongar a vida" relaciona-se ao acesso a medicamentos e outros recursos terapêuticos e serviços de saúde.<sup>21</sup>

O "vínculo" está atrelado às relações de confiança entre o indivíduo "cuidado", os profissionais e a equipe. A quarta dimensão "autonomia no modo de andar a vida", refere-se à condição de protagonismo do sujeito, tornando-o corresponsável por seu plano de cuidado.<sup>21</sup>

Destarte, ao atuar na perspectiva do cuidado integral e ampliado, deve-se considerar todos os determinantes do processo saúde-doença, integrando as suas diferentes dimensões e valorizando, também, as singularidades dos idosos.<sup>16,17</sup> Portanto, no cuidado integral não se deve considerar as necessidades dos idosos em todas as suas dimensões para a promoção da sua autonomia, para a possibilidade de conduzir sua vida tendo seus direitos preservados.

A reflexão sobre essa questão durante as oficinas e o núcleo de sentido "ILPI como depósito de idosos" trazem em sua raiz a representação social dos idosos para a sociedade contemporânea e relacionam-se aos determinantes que levam os idosos à institucionalização e às transformações na dinâmica familiar provocadas por esse processo. Nesta perspectiva, associa-se, também, à forma com a qual a sociedade representa a ILPI e seus moradores.<sup>13</sup>

Os mitos e preconceitos atribuídos às instituições de longa permanência para idosos como locais para indivíduos idosos viverem à espera do final de sua vida, assim como a representação social dos idosos como indivíduos fragilizados confirmam a persistência das imagens negativas enraizadas no imaginário cultural brasileiro. Nesse sentido, faz-se necessário transformar a concepção sobre elas, no intuito de nelas investir para que se transformem em locais dignos para a residência de idosos e não num local de depósito desses indivíduos.<sup>18</sup>

É válido ressaltar ainda que a escassez de trabalhos que abordem especificamente a gestão no âmbito da instituição de longa permanência para idosos nacional e internacionalmente, dificulta o conhecimento das práticas adotadas por essas instituições. Infelizmente, no contexto social ao qual essas instituições estão inseridas, prevalece a administração por gestores, que, embora apresentem "boa vontade", não apresentam qualificação específica para as funções para as quais estão alocados.<sup>14</sup>

Na pesquisa realizada por Damaceno e Chirelli, observou-se que ainda há dificuldades para se implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em municípios brasileiros.<sup>22</sup> Há poucas ações específicas dispensadas aos idosos, despreparo dos profissionais para cuidar dessas especificidades dos idosos, havendo necessidade da ampliação de ações intersetoriais para atuar nos problemas de saúde. Ou seja, a política nacional precisa de ampliação e atuação mais incisiva em nível municipal.

Estudo sobre a solução dos países da Europa para lidar com as formas de cuidado aos idosos destaca a importância de se constituírem políticas públicas de apoio em instituições ou no cuidado domiciliar realizado por enfermeiras ou por equipes profissionais.<sup>23</sup> Trata-se de direitos e de considerar o idoso como cidadão, que, em seu processo de envelhecimento, pode ter a possibilidade de decidir como poderá receber esse cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Tantos os gestores quanto os profissionais da ILPI estudada conceituam o cuidado apoiando-se em três ideias centrais semelhantes: dar afeto, suprir necessidades e cuidado ampliado. Contudo, as oficinas possibilitaram a emersão de diferentes eixos temáticos. Observou-se que as representações sobre as relações entre o cuidado, a pessoa idosa como um indivíduo fragilizado e muitas vezes infantilizados, e a gestão das instituições de longa permanência influenciam a forma com a qual os agentes profissionais atuam nessas instituições, visto que há manutenção da visão assistencialista do processo de cuidado e do modelo caritativo de se produzir saúde.

Identifica-se que, na instituição de longa permanência e nos serviços de saúde, ainda há necessidade de avançar na forma como se concebem e realizam as práticas a partir da visão que temos do idoso na sociedade brasileira. Ao se considerar o idoso como uma pessoa não mais economicamente produtiva para a sociedade, com algum grau de dependência ou que não seja aceito pela família por questões das relações constituídas ao longo da vida, esse torna-se um "peso", sem direitos sociais ou mesmo sem direito de ser apoiado pela família e pelas instituições. Torna-se urgente rever essa visão e superá-la a partir dos processos de formação dos profissionais de saúde, assim como da formação dos gestores dessas instituições. Há de se cuidar da implementação da PNSPI de forma ampliada, avançando nas discussões junto as instâncias responsáveis.

Um dos limites da pesquisa está na investigação da visão das instituições de ensino médio e superior que formam os profissionais e das possibilidades para modificar os enfoques para a capacitação desses frente às demandas emergentes de cuidados aos idosos e, especificamente, em instituições de longa permanência.

## FINANCIAMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa mestrado) a autora Daniela Garcia Damaceno, processo número 1681477, Marília, SP, Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Barros MBA, Goldbaum M. Challenges of aging in the context of social inequalities. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018; [cited 2018 dec 13]; 52(Suppl 2):1s. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ed>
2. Waldow VR, Borges RF. Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011; [cited 2018 nov 16]; 24(3):414-418. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
3. Waldow, VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig. Enferm.* [Internet]. 2015; [cited 2018 nov 16]; 17(1):13-25. Available from: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>
4. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Siqueira HCH de, Martins FDP, Zamberlan C. Comprehensive care: meanings for teachers and nursing students. *Rev Rene* [Internet]. 2017 jan/feb; [cited 2018 dez 10]; 18(1):43-50. Available from: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100007>
5. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2018 jun; [cited 2018 dec 13]; 23(6):1929-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
6. Portella MR, Dias RFR, Dias PS. Desafios e Perspectivas da Enfermagem Gerontológica: O Olhar das Enfermeiras. *Rev Bras Cien Envel Humano* [Internet]. 2013 oct; [cited 2018 nov 16]; 9(2):226-37. Available from: <https://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.021>
7. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005.
8. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna H de M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 jun; [cited 2018 nov 16]; 18(2):259-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073>
9. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2014 jun; [cited 2018 dec 13]; 23(2):502-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Rocha LF. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014; [cited 2018 nov 25]; 34(1):46-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a05.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Damaceno DG, Lazarini CA, Chirelli MQ. Representações do cuidado em instituição de longa permanência: visão dos gestores e profissionais. *Atas do 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa: Investigações em Saúde*; 2018 jul. 10-13; Fortaleza (CE), Brasil. Fortaleza (CE): CIAIQ; 2018. p.111-20.

14. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 apr; [cited 2018 ago 20]; 20(2):286-99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160053>
15. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 5 jan 1994 [cited 10 dez 2018]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm)
16. Santos RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Coutinho NPS. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Revista Pesquisa em Saúde*. 2016 sep/dec; [cited 2018 nov 25]; 17(3):179-83. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6793/4335>
17. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.59-72.
18. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 out; [cited 2018 dez 10]; 67(5):773-779. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>
19. Marin MJS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012; [cited 2018 dez 10]; 15(1):147-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100016>
20. Fagundes KVDL, Esteves MR, Ribeiro JHM, Siepinski CT, Silva JV, Mendes MA. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017 abr; [cited 2018 dez 13]; 19(2):210-214. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>
21. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.113-26.
22. Damaceno MJCF, Chirelli MC. Análise temática acerca da Saúde do Idoso no cenário da Estratégia Saúde da Família em município brasileiro. *Atas do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa: Investigações em Saúde*; 2017 jul. 12-14; Salamanca, Espanha. Salamanca: CIAIQ; 2017. p.29-39.
23. Van Eenoo L, Declercq A, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolová V, Jónsson PV, Dix OHM, Smit JH, van Hout HPJ, van der Roest HG. Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe-a review. *Eur J Public Health* [Internet]. 2016 sep; [cited 2019 jan 10]; 26(2):213-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv152>