

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**Carolina Santana de Souza**

**ENVELHECIMENTO E NOVAS RELAÇÕES DE CUIDADO:  
Um estudo antropológico sobre cuidadores de idosos**

**Salvador**

**2016**

**Carolina Santana de Souza**

**ENVELHECIMENTO E NOVAS RELAÇÕES DE CUIDADO:  
Um estudo antropológico sobre cuidadores de idosos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fátima Regina Gomes Tavares**

**Salvador**

**2016**

Souza, Carolina Santana de.

Envelhecimento e novas relações de cuidado: um estudo antropológico sobre cuidadores de idosos / Carolina Santana de Souza. – Salvador, 2016.  
216 f.

Orientadora: Fátima Regina Gomes Tavares.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia 2016.

1. Envelhecimento. 2. Cuidado. 3. Cuidadores de idosos. I. Título

Carolina Santana de Souza

ENVELHECIMENTO E NOVAS RELAÇÕES DE CUIDADO:

Um estudo antropológico sobre cuidadores de idosos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fátima Regina Gomes Tavares  
Universidade Federal da Bahia  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alda Britto da Motta  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josimara Aparecida Delgado  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francesca Maria Nicoletta Bassi Arcand  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

## **DEDICATÓRIA**

Nesta vida coube-me a sorte de ter como cuidadora uma mulher maravilhosa. Ela aceitou o compromisso de zelar pelo meu bem-estar desde que nasci e tem levado adiante essa tarefa com todo amor e dedicação que um coração é capaz de sentir. Este trabalho é dedicado a ela.

Mãe, obrigada por nunca desistir de mim.

## AGRADECIMENTOS

Tantas pessoas me ajudaram a começar e terminar este trabalho que uma lauda é espaço insuficiente para expressar minha gratidão. Conteí com o apoio de professoras incríveis, generosas e inspiradoras e sou grata por ter tido a chance de conviver e aprender com elas. Minhas orientadoras em diferentes projetos – Cecília Sardenberg, Alda Motta e Fátima Tavares – contribuíram para minha formação de modo determinante e inesquecível. Guardarei sempre com muito carinho as lições que aprendi através do exemplo, da postura determinada e otimista de cada uma de vocês. Também sou grata aos amigos que fiz no decorrer do curso e me incentivaram, com entusiasmo, a levar adiante meu projeto de pesquisa, colaborando com indicações de bibliografia, sugestões sobre meu tema de pesquisa e muita conversa fiada para distrair as ideias. Minha mãe, Betania, minha irmã, Ytana, e meu companheiro, Bruno, que acompanharam essa empreitada de perto, peço desculpas por ter afetado suas vidas com os meus problemas, minhas crises, meus desesperos. Obrigada por me darem o suporte que precisei para superar as dificuldades e por saber que sempre poderei contar com vocês. Espero um dia poder retribuir todo o bem que me fazem.

Quanto às interlocutoras e interlocutores desta pesquisa – cuidadoras e cuidadores de idosos – que conheci no Brasil e em Portugal, sou grata pela disposição, paciência e carinho com que me acolheram em suas casas, em seus cotidianos, e compartilharam suas histórias e sentimentos. Agradeço a oportunidade desses encontros nascidos da minha vontade de entender e viabilizados pela vontade de ajudar que vocês manifestaram. Em Portugal, aprendi algo que nunca foi mencionado em nenhuma das aulas que cursei: sem amigos, não há etnografia. Durante minha estadia em Caminha, tive a sorte de encontrar um grupo de pessoas maravilhosas que me acolheram de modo tão caloroso justamente quando a tristeza avançava. Bruno, Carina, Magda, Lázaro e Márcio: muito obrigada pela amizade, pelo bem-querer e por todo o cuidado que tiveram com a “menina brasileira”. Que a vida permita nosso reencontro!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFBA pela oportunidade de realização desta pesquisa e por todo apoio e investimento em minha formação. À CAPES, que tanto me atormentou com a prestação de contas do doutorado sanduíche, não tenho o que agradecer. Apenas posso, enfim, dizer: estamos quites.

## RESUMO

O processo de transição demográfica em desenvolvimento no Brasil tem promovido diversos questionamentos, dentre os quais destaco o debate sobre a responsabilidade quanto aos cuidados destinados ao contingente idoso. Nesta Tese, apresento os resultados obtidos em minha investigação sobre as mudanças das relações geradas pelo aumento da longevidade da população, examinando as relações de cuidado que se desenvolvem em torno do sujeito idoso/a no ambiente domiciliar. O estudo foi realizado em dois contextos, Brasil e Portugal. No Brasil, também me inscrevi em um curso profissionalizante de cuidador de idosos. As técnicas da observação participante e da realização de entrevistas foram utilizadas com o objetivo de elaborar uma etnografia que permitisse conhecer os contextos socioculturais investigados e coletar dados referentes à vida cotidiana dos cuidadores. A importância de compreender as relações de cuidado como processos que transformam subjetividades e corpos, fazendo desse profissional um “sujeito em relação”, emergiu nos relatos dos interlocutores da pesquisa com grande intensidade. Seja em Portugal ou no Brasil, quase todos os cuidadores, familiares ou contratados, mencionaram o envolvimento emocional e a criação de laços afetivos entre eles e os idosos como elemento determinante para a boa convivência e satisfação de todos os envolvidos nas dinâmicas do cuidado. Nesse sentido, é importante ressaltar que falar de “cuidadores de idosos” é falar de uma “profissão” em que se entremeiam agenciamentos de cuidado profissional, familiar e de amizade, com suas diferentes competências e afecções.

Palavras-chave: Envelhecimento. Cuidado. Cuidadores de Idosos.

## **ABSTRACT**

The demographic transition in development in Brazil has promoted several questions, among which highlight the debate on the responsibility for the care for the elderly contingent. In this thesis, I present the results of my research on the changing relations generated by the increase in population longevity, examining the care of relationships that develop around the subject elderly in the home context. The study was conducted in two contexts, Brazil and Portugal. In Brazil also signed up for a course of nursing caregiver. The techniques of participant observation and interviews were used in order to develop an ethnography allowing know the investigated socio-cultural contexts and collect data on the daily lives of caregivers. The importance of understanding the care relationships and processes that transform subjectivities and bodies, making this professional a "subject in relation", emerged in the reports of the research partners with great intensity. Whether in Portugal or Brazil, almost all caregivers, family members or hired, mentioned the emotional involvement and the creation of emotional ties between them and the elderly, as a determining factor for conviviality and satisfaction of all involved in the care dynamics. In this sense, it is important to speak of "caregivers of elderly" is to speak of a "profession" in which intertwine assemblages of professional, family care and friendship with their different skills and conditions.

Keywords: Aging. Care. Caregivers of Elderly.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>ENVELHECIMENTO E CUIDADO: MAPEANDO AS</b>	
<b>CONTROVÉRSIAS</b> .....	24
<b>1.1. Definições, terminologias e perspectivas</b> .....	25
<b>1.2. Solidariedade entre gerações</b> .....	36
<b>1.3. Estado e dinâmicas do cuidado</b> .....	39
1.3.1. Aspectos das Legislações.....	40
1.3.2. Instituições e políticas públicas .....	42
<b>1.4. Família e dinâmicas do cuidado</b> .....	51
1.4.1. Responsabilidade e Afeto.....	53
1.4.2. Instituições particulares (em Caminha).....	59
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>REDES DE CUIDADORES: MEDIADORES (FAMILIARES E</b>	
<b>CONTRATADOS) HUMANOS E NÃO-HUMANOS</b> .....	66
<b>2.1. Mediadores humanos</b> .....	68
2.1.1. Cuidadores familiares e contratados.....	68
2.1.1.1. Cuidadores familiares em Itaparica.....	69
2.1.1.2. Cuidadores familiares em Caminha .....	73
2.1.1.3. Cuidadoras aprendizes (alunas do curso de cuidador de idosos).....	77
2.1.1.4. Cuidadoras contratadas (alunas do curso de cuidador de idosos).....	79
2.1.1.5. Cuidadoras contratadas (apoio domiciliário, Caminha).....	82
2.1.1.6. Cuidadora contratada “informal” (Caminha).....	87
2.1.2. Profissionais de saúde e cuidadores espirituais.....	89
<b>2.2. Mediadores não-humanos</b> .....	97
2.2.1. Medicamentos e equipamentos.....	99
2.2.2. Entidades e artefatos .....	105
2.2.3. Animais.....	109
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>CUIDANDO DE IDOSOS NO CONTEXTO DOMICILIAR</b> .....	111
<b>3.1. O ambiente domiciliar e suas especificidades</b> .....	111
<b>3.2. Cada casa é um caso</b> .....	115
3.2.1. Agenciando recursos humanos, materiais e afetivos.....	116
3.2.2. Responsabilidades e limites das cuidadoras contratadas.....	123

<b>3.3. Práticas do cuidado</b> .....	127
3.3.1. O “banho no leito”.....	128
3.3.2. Demandas dos idosos: dependências e carências.....	130
3.3.3. Entre a negociação e a imposição: dependência e autonomia dos idosos.....	134
3.3.4. “Confissões” de cuidadoras.....	140
<b>3.4. Dinâmicas do cuidado</b> .....	143
3.4.1. Cuidadores frequentes e eventuais.....	143
3.4.2. Problemas de convivência e intimidade: os “de casa” e os “de fora”.....	150

## **CAPÍTULO 4**

### **CUIDADORES E IDOSOS: O COTIDIANO DAS RELAÇÕES**..... 156

<b>4.1. Os afetos</b> .....	156
4.1.1. Afetividade e empatia.....	157
4.1.2. Intimidade e sexualidade.....	164
4.1.3. Maus tratos e violência doméstica.....	168
<b>4.2. Perspectivas sobre o sujeito do cuidado</b> .....	174
<b>4.3. As expectativas</b> .....	178
4.3.1. De cuidadores familiares.....	178
4.3.2. De cuidadoras contratadas.....	180
4.3.3. De profissionais de saúde.....	182

## **CAPÍTULO 5**

### **A PROFISSIONALIZAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS**..... 183

<b>5.1. Aspectos da regulamentação da profissão</b> .....	184
<b>5.2. O cuidado como vocação</b> .....	186
<b>5.3. Minha experiência como aprendiz de cuidadora de idosos</b> .....	190
5.3.1. Informações sobre o curso.....	191
5.3.2. O cotidiano das aulas.....	198
5.3.3. Avaliando o curso.....	200

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 204

### **REFERÊNCIAS**..... 212

## INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica em desenvolvimento no Brasil tem promovido diversos questionamentos, dentre os quais destaco o debate sobre a responsabilidade quanto aos cuidados destinados ao contingente idoso no país. Nesta Tese, apresento os resultados obtidos em minha investigação sobre as mudanças recentes no processo de envelhecimento geradas, dentre outros fatores, pelo aumento da longevidade da população, examinando a mediação do cuidador de idoso no contexto das relações de cuidado que se desenvolvem em torno do sujeito idoso/idosa no ambiente domiciliar.

O estudo foi realizado em dois contextos, Brasil<sup>1</sup> e Portugal<sup>2</sup>. No cenário brasileiro (onde a temática começa a emergir no campo das preocupações sociais), o estudo foi realizado no município de Itaparica, Estado da Bahia, ao passo que, no cenário português (onde a questão do envelhecimento é tratada como prioridade), realizei a investigação no concelho de Caminha, Distrito de Viana do Castelo<sup>3</sup>. Busquei focar as trocas intergeracionais e as dinâmicas do cuidado em contextos diferenciados, nos quais o impacto do aumento da longevidade da população promove consequências variadas e que podem apresentar semelhanças e diferenças significativas para a reflexão pretendida. No Brasil, também me inscrevi em um curso profissionalizante de cuidador de idosos, em Salvador, Bahia. Meu objetivo com essa participação foi identificar e analisar o discurso biomédico sobre as práticas de cuidado, o conteúdo programático adotado e as experiências práticas de cuidadores profissionais que, progressivamente, estão sendo recrutados para fornecer seus serviços no espaço domiciliar.

Neste estudo, os diferenciais de sexo/gênero, idade/geração, classe social e cor/raça são considerados determinantes nas trajetórias das pessoas e na diversificação dos papéis desempenhados por elas nas famílias. Do mesmo modo, os atuais contextos econômico, político e cultural das sociedades brasileira e portuguesa também são fundamentais para o entendimento de suas condições de vida. Transformações demográficas e mudanças nas trajetórias conjugais, trazidas pela inserção da mulher no mercado de trabalho e pelas novas tecnologias reprodutivas,

---

<sup>1</sup> Bolsa de Doutorado concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

<sup>2</sup> Bolsa de Doutorado no Exterior (Sanduíche) concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>3</sup> O termo “concelho” corresponde, em Portugal, à divisão administrativa equivalente ao município brasileiro. O concelho de Caminha pertence ao Distrito de Viana do Castelo, assim como o município de Itaparica pertence ao Estado da Bahia.

provocaram alterações nas relações de gênero e, nesse sentido, o crescente aumento das taxas de separações e divórcios, evidência dessas mudanças, tem gerado uma diversidade de arranjos familiares e padrões de convivência que se diferenciam do modelo convencional de família nuclear, formada por pai, mãe e filhos.

Meu interesse pela temática do envelhecimento e do cuidado no ambiente domiciliar foi despertado durante a graduação e muitas das questões aqui levantadas tiveram origem no meu trabalho como bolsista de iniciação científica (PIBIC/CNPq), por dois anos e meio, no projeto “Relações de Gênero e entre Gerações: Pais, Filhos e Netos”<sup>4</sup>, desenvolvido pela professora Alda Britto da Motta. A relevância de sua pesquisa, e em especial o enfoque dado às gerações mais velhas, despertou o meu interesse para as temáticas das relações entre gerações, do sujeito social e de gênero (idoso/idoso). Este estudo representa, sobretudo, a possibilidade de ampliar minhas análises elaboradas tanto no trabalho monográfico de conclusão da graduação -- onde busquei abordar o apoio intergeracional caracterizado pelo fluxo mais intenso de ajuda partindo das gerações mais velhas em direção às mais jovens<sup>5</sup> --, quanto na dissertação de mestrado, onde considerei a questão a partir de uma outra configuração, quando o fluxo de apoio mais intenso partia, *a priori*, das gerações mais jovens em direção às mais velhas<sup>6</sup>. Neste trabalho, o objetivo central é analisar as trocas intergeracionais, destacando o papel/posição do cuidador nas relações de cuidado que se desenvolvem em torno do sujeito idoso/a.

Visando a operacionalização do objetivo principal, destaquei quatro objetivos secundários: 1) identificar as pessoas que assumem responsabilidades quanto aos cuidados de idosos, analisando o processo de “imputação do papel” de cuidador (a pessoa se transforma em cuidador no desenrolar de uma série de eventos, voluntários e involuntários), suas experiências e trajetórias individuais, identificando possíveis convergências e divergências de “perfis”; 2) analisar os circuitos de trocas intergeracionais, os fluxos de reciprocidade e os limites e possibilidades das redes de cuidado no contexto domiciliar; 3) examinar as práticas de cuidado que se estabelecem no âmbito da família tendo em vista as diferentes demandas geracionais, comparando-as às práticas prescritas pelo setor profissional de cuidados em saúde destinadas aos idosos e 4) analisar as repercussões da atuação de cuidador(a), buscando compreender em

---

<sup>4</sup> Tal pesquisa tinha por objetivo investigar as relações que são constituídas atualmente entre os idosos e seus parentes, filhos e netos, pertencentes a outras gerações.

<sup>5</sup> Investiguei as mudanças ocorridas em relação à posição da mulher na família e aos padrões de assistência entre as gerações, examinando a questão da responsabilidade que muitas mulheres idosas vêm assumindo quando na chefia do grupo doméstico.

<sup>6</sup> Na pesquisa de mestrado analisei os impactos da dinâmica do cuidado na organização doméstico-familiar, tomando por objeto de estudo os sentidos e motivações das trocas intergeracionais na perspectiva de idosos e cuidadores.

que medida o desempenho desse papel afeta suas vidas e quais os significados atribuídos à experiência de cuidado com idosos.

Para ter acesso aos sentidos dos acontecimentos e das relações que se desenrolam nos arranjos familiares, tomo por pressuposto que o “olhar etnográfico” -- um olhar devidamente sensibilizado pela teoria disponível -- consiste em um ato cognitivo e experiencial, fundamental para o desenvolvimento desse estudo, bem como ouvir e escrever, ressaltando que considero relevante a interdependência entre essas habilidades no exercício da investigação, conforme aponta Roberto Cardoso de Oliveira (2006). Acredito que a realização de um estudo etnográfico consistente depende do contato, do convívio e da construção de relações de confiança com os interlocutores do estudo, o que demanda tempo de permanência entre eles. As técnicas da observação participante e da realização de entrevistas foram utilizadas com o objetivo de elaborar uma etnografia que permitisse conhecer os contextos socioculturais investigados e coletar dados referentes à vida cotidiana dos cuidadores, buscando identificar as situações com as quais se deparavam no dia a dia e como se comportavam diante delas.

No intuito de desenvolver uma análise interpretativa acerca das relações de cuidado direcionadas aos idosos que se estabelecem no contexto da família, convidei a participar do estudo, sempre que possível, todos os envolvidos nessa dinâmica. Isto porque, embora o enfoque da investigação recaia sob as relações entre cuidadores e idosos, não significa que a existência de redes de cuidado nos arranjos familiares tenha sido descartada, muito pelo contrário. Interessou-me, inclusive, avaliar os limites e possibilidades dessas redes fornecerem o apoio de que necessitam os idosos. Busquei registrar as trajetórias, experiências e práticas dos cuidadores de idosos, bem como suas percepções sobre os sentidos e motivações do cuidado, identificando e analisando as trocas intergeracionais que se desenvolvem no contexto domiciliar. Para tanto, realizei uma pesquisa etnográfica, utilizando a metodologia qualitativa para obtenção, tratamento e análise dos dados produzidos, considerando ser esta escolha coerente com a natureza do objeto investigado.

A produção dos dados resultou da combinação de algumas técnicas etnográficas, como a já mencionada observação participante articulada à realização de entrevistas individuais com os(as) cuidadores(as), que foram gravadas, transcritas e indexadas (conforme categorias éticas e êmicas definidas ao longo da pesquisa). O roteiro de entrevistas semiestruturado foi construído a partir dos objetivos definidos no estudo. Além disso, realizei visitas informais a instituições e domicílios para observar a maior diversidade de situações vividas pelos cuidadores, no intuito de dirimir parte da formalidade presente na situação de entrevista gravada, assim como para caracterizar, com a maior profundidade possível, seus modos de vida

e suas percepções sobre eles. Uma ficha de identificação foi utilizada para coletar os dados demográficos e socioeconômicos e todas as observações foram registradas no caderno de campo, apreendendo o contexto em que ocorreram os encontros. Sua relevância enquanto instrumento de coleta de dados residiu na possibilidade de registrar descrições e impressões relacionadas às situações verbais e não verbais (posturas corporais, entonações de vozes, tudo que pudesse ajudar a perceber também o que não é dito), indispensáveis para a compreensão das condições em que o material foi produzido.

O universo empírico contemplado na pesquisa correspondeu a homens e mulheres que cuidam de idosos, residentes no concelho de Caminha, Distrito de Viana do Castelo, Portugal, nos municípios de Itaparica e Salvador (onde fiz o curso de cuidador de idosos), Estado da Bahia, Brasil. Tendo por foco principal da pesquisa as trocas intergeracionais, busquei trabalhar com arranjos domésticos com configurações variáveis, onde havia reconhecidamente fluxo de apoio entre os membros, especialmente cuidados fornecidos às gerações mais velhas da família. A composição do arranjo familiar não foi preestabelecida em termos de laços de parentesco. Admitiu-se, portanto, a possibilidade de que os(as) cuidadores(as) fornecessem cuidados não só a pais idosos como também ao cônjuge, aos sogros e cunhados, além de outros parentes. Desse modo, o critério de inclusão no estudo residiu na existência de relações de cuidado entre parentes e idosos, de modo que foi possível encontrar cuidadores(as) que fornecessem apoio intergeracional (para parentes mais velhos e, ou, mais novos) e intrageracional (admitiu-se também a possibilidade de que o(a) cuidador(a) tivesse mais de 60 anos, no Brasil, e de 65, em Portugal). Além disso, também fizeram parte do estudo pessoas contratadas para prestar serviço como cuidador de idoso no ambiente domiciliar.

O fator co-residência não foi considerado critério fundamental para participação na pesquisa, pois me interessou investigar as interações entre os(as) cuidadores(as) e seus familiares idosos, admitindo-se assim que eles recebessem cuidados mesmo quando não coabitavam com seus cuidadores. Além disso, procurei avaliar as condições materiais que os participantes da pesquisa dispunham e os tipos de trocas que eram estabelecidas entre membros de diferentes gerações no interior do grupo doméstico. Os diferenciais de idade/geração, classe social e cor/raça não foram definidos previamente, no intuito de avaliar como distintas condições de existência e níveis de renda, situações etárias e geracionais, visões de mundo e estilos de vida podiam estar relacionados aos tipos de necessidades e apoios que caracterizavam o intercâmbio geracional presente entre os membros do grupo doméstico.

Este estudo foi iniciado em 2011, com minha admissão no curso de doutorado em antropologia da UFBA e, ao longo de um ano e meio, dediquei-me apenas à “fase teórico-

intelectual” da pesquisa, conforme Roberto Da Matta (1978) a define: quando o conhecimento sobre o tema e meus futuros interlocutores eram exclusivamente teóricos, mediatizados pelo abstrato e o não vivenciado, conhecidos através da leitura de livros, ensaios e artigos – enfim, a partir da experiência de outros pesquisadores.

Em setembro de 2012, passei à fase que o autor chama de “período prático”, em que iniciei os preparativos para o trabalho de campo. Essa foi a fase em que a preocupação mudou das teorias mais universais para os problemas concretos. No meu caso, decidi dividir o trabalho de campo em três etapas distintas para alcançar os objetivos do estudo: o curso de cuidador, o concelho de Caminha e o município de Itaparica. Tal decisão envolveu tipos de preparação diferentes, como a matrícula no curso de cuidador, a escolha do local em Portugal onde seria realizado o estudo, o processo burocrático para obtenção da bolsa sanduíche e uma infinidade de questões que foram (e continuaram) surgindo à medida que o trabalho avançava.

A terceira fase que Da Matta (1978, p.25) apresenta é qualificada como “pessoal” ou “existencial”: “não temos mais divisões nítidas entre as etapas da nossa formação científica ou acadêmica, mas por uma espécie de prolongamento de tudo isso, uma certa visão de conjunto que certamente deve coroar todo o nosso esforço e trabalho”. É a fase globalizadora e integradora, de onde devo tirar lições do meu próprio caso: dialogando biografia com teoria e prática do mundo com a do ofício, sendo vivenciada sem que as etapas anteriores tenham sido eliminadas. Enquanto realizava o trabalho de campo, continuei explorando a bibliografia produzida sobre o tema e até a conclusão da escrita da Tese continuei precisando resolver questões práticas, relacionadas à minha sobrevivência e condições de conforto para a realização da escrita do texto. Agora, finalmente, posso dizer algo sobre os interlocutores da pesquisa – eles têm nome, rosto e história de vida -- e também sobre os contextos etnográficos que decidi investigar.

Conforme já mencionei, a primeira etapa do trabalho de campo consistiu na participação do curso de cuidador de idosos. Tendo em vista que entre minhas metas procuro identificar as práticas prescritas pelo setor profissional de cuidados em saúde e destinadas aos idosos, com o propósito de compará-las com as práticas que se estabelecem nas dinâmicas do cuidado no contexto domiciliar, inscrevi-me em um curso profissionalizante de cuidador de idosos no final do mês de setembro de 2012, em Salvador, Bahia. Escolhi o curso considerando alguns critérios como duração, localização e demanda. Com duração de 3 meses e carga horária de 40hs, o curso ofereceu 20 vagas e foi composto por aulas práticas e teóricas, com duração de 3hs por aula, ministradas aos sábados, finalizadas no dia 26 de janeiro de 2013. Meu objetivo com essa participação foi identificar e analisar o enfoque biomédico sobre as práticas de cuidado (o

conteúdo programático e as experiências práticas) de cuidadores profissionais que, progressivamente, estão sendo recrutados para fornecer seus serviços no espaço domiciliar.

A turma era formada apenas por mulheres e grande parte já atuava como cuidadora de idosos. A professora era enfermeira, com especialização em gerontologia social e terapia intensiva. Ao longo de 20 aulas, com o acompanhamento das lições do módulo didático, apresentação de vídeos e exercícios teóricos e práticos, fui conhecendo as mulheres que se inscreveram no curso, seus objetivos, experiências e trajetórias. Havia mulheres muito jovens que procuravam uma oportunidade de trabalho e faziam o curso para se profissionalizar como cuidadora de idosos e, simultaneamente, no mesmo estabelecimento, também se preparavam para trabalhar como esteticista, massagista ou assistente de farmácia. Também havia mulheres mais velhas procurando, por conta própria, capacitação para cuidar de alguém que já estava sob sua responsabilidade. Algumas delas cuidavam de parentes, ao passo que outras trabalhavam como empregada doméstica e decidiram buscar uma formação na área depois que um idoso (ou idosa) residente no domicílio onde trabalhavam passou a precisar de cuidados mais específicos após uma queda ou com o desenvolvimento de uma doença. Os perfis das mulheres do curso, que passei a dividir entre “aprendizes” (que não possuíam experiência) e “cuidadoras contratadas” (que já tinham alguma experiência e, ou, trabalhavam na ocasião como cuidadoras de idosos) eram variados, principalmente em termos de idade, estado civil e escolaridade. Muitas delas eram evangélicas, poucas católicas e uma minoria de espíritas e candomblecistas. Como as aulas tinham um “tom” de terapia coletiva, eram comuns os momentos de desabafo, crises de choro e de confissões, e assim acabamos sabendo muito sobre as vidas umas das outras, certamente muito mais do que eu poderia obter com apenas entrevistas individuais.

Logo no início do curso, pedi autorização à professora e às colegas para gravar nossas aulas. Quando, no primeiro encontro, expliquei quais eram minhas intenções, todas se mostraram tão receptivas quanto confusas e acho que até o encerramento das aulas nenhuma delas saberia dizer qual era o meu interesse em participar daquela situação. Alguns meses depois do fim do curso, que acabou em janeiro de 2013, entrevistei algumas colegas, tanto “cuidadoras aprendizes” quanto “cuidadoras contratadas”, além da professora e da coordenadora pedagógica do curso<sup>7</sup>.

Após o encerramento do curso, comecei os preparativos para a 2<sup>o</sup> etapa do trabalho de campo, envolvendo minha primeira viagem internacional e minha primeira experiência

---

<sup>7</sup> Esses encontros ocorreram três meses após o fim do curso, pois eu tinha interesse em avaliar suas repercussões na vida das alunas, se seus objetivos haviam sido alcançados, se conseguiram serviço, se o certificado do curso promoveu alguma melhoria em seus rendimentos e etc.

etnográfica em um contexto fora da Bahia. A escolha do local para realização da pesquisa em Portugal foi feita a partir de alguns critérios utilizados para “compensar” as diferenças existentes entre os contextos brasileiro e português. Como o local escolhido no Brasil foi Itaparica, um pequeno município de 118 km<sup>2</sup> e 20 mil habitantes (segundo Censo 2010), busquei selecionar em Portugal uma localidade que apresentasse algumas semelhanças mínimas, especialmente em termos de proporções geográficas e demográficas. Entretanto, antes de decidir qual o concelho, era necessário definir a região e o Distrito. De acordo com os “Resultados Provisórios do Censo 2011”, divulgados pelo Instituto Nacional de Estatísticas de Portugal (INE), no interior do país a dimensão das famílias é menor e as famílias mais numerosas estão concentradas na região Norte, com destaque para os concelhos localizados no litoral. Considerando algumas condições que estabeleci para a seleção -- tais como ser uma região litorânea, com vocação para o turismo e a pesca, e não ser uma grande metrópole desenvolvida --, acabei escolhendo o concelho de Caminha, localizado na região Norte de Portugal, no Distrito de Viana do Castelo, como uma alternativa interessante para a produção de minha etnografia.

Abrangendo uma área de 129,7 km<sup>2</sup> e contando com uma população de 16.684 habitantes, o concelho de Caminha é banhado pelo Oceano Atlântico a oeste e pelo rio Minho a norte, fazendo, a leste e sul, fronteira com os concelhos de Viana do Castelo, Vila Nova de Cerveira e Ponte de Lima. Sua bacia hidrográfica é formada pelo rio Minho, o Âncora e o Coura. De acordo com as informações disponibilizadas pelo site oficial do concelho, a vila de Caminha foi muralhada pelos romanos, quando já era um povoado importante. Por sua situação geográfica, tornou-se um ponto avançado na estratégia militar portuguesa na luta contra castelhanos e leoneses, além de se constituir em um ponto fundamental para o controle do comércio dos metais que tinham de percorrer as águas do Rio Minho. Atualmente, a agricultura se destaca como uma atividade bastante importante para a economia local e no que diz respeito à pesca, existem duas importantes comunidades pesqueiras, Caminha (sede) e Vila Praia de Âncora, sendo que esta atividade é fortemente artesanal e de grande peso para a estrutura socioeconômica do concelho, junto com o turismo e comércio. Além disso, a vila está conectada ao município A Guarda, na Espanha, pelo sistema de *Ferry Boat* que oferece travessias diárias pelo Rio Minho.

No Brasil, procurei circunscrever o campo empírico da investigação ao município de Itaparica, localizado na Baía de Todos os Santos, no Estado da Bahia, e essa escolha foi determinada, sobretudo, por questões operacionais. Inicialmente, planejei realizar essa pesquisa no contexto da cidade de Salvador, mas isso implicaria na seleção de participantes a partir da

minha rede de relações, o que possivelmente resultaria em um campo “espalhado” por diferentes bairros da capital baiana e em perfis socioeconômicos menos heterogêneos do que o desejado<sup>8</sup>.

Na tentativa de contornar alguns desses obstáculos, aproveitei a realização da pesquisa etnográfica “Redes de Cuidado na Sociedade Contemporânea: trajetórias terapêuticas e práticas de cura na Baía de Todos os Santos”, coordenada pela antropóloga e minha orientadora Fátima Tavares, para selecionar os(as) participantes do meu estudo e impulsionar minha inserção no campo<sup>9</sup>. Ao longo do ano de 2012, passei a acompanhar as reuniões de planejamento do estudo sobre redes de cuidado na BTS. No mês de agosto (pouco antes de começar o curso de cuidadores de idosos em Salvador), recebi da minha orientadora um convite para realizar, como voluntária, um estudo exploratório em Itaparica com o objetivo de experimentar os instrumentos de coleta de dados de sua pesquisa e fazer contatos nas unidades de saúde do município. Tal convite se afigurou uma oportunidade excepcional para explorar os potenciais da região, tanto para a pesquisa sobre redes de cuidado, quanto para meu projeto de doutorado sobre cuidadores de idosos e, claro, não pude recusá-lo. Passei 21 dias em Itaparica, visitando unidades de saúde e entrevistando funcionários – enfermeiros, médicos e agentes comunitários. A experiência foi enriquecedora, especialmente em termos práticos, pois a partir dela obtive uma boa noção dos caminhos possíveis para realização do meu estudo, além de ter feito contatos importantes com agentes de saúde que concordaram em participar da minha pesquisa, atuando como mediadores na apresentação às famílias e aos cuidadores de idosos.

Ainda sobre o campo empírico da pesquisa, o município de Itaparica, resta apresentar algumas informações gerais. Antes da invasão dos colonizadores portugueses, a região era habitada pelos índios tupinambás. O primeiro núcleo de povoamento foi fundado pelos jesuítas em 1560 e, em meados do século XVI, introduziu-se na ilha a cultura da cana-de-açúcar, do trigo e a criação de gado bovino. Em dezembro de 1937, a cidade de Itaparica foi oficializada Estância Hidromineral, sendo procurada como estação de cura e repouso. Vinte e cinco anos

---

<sup>8</sup> Em minha experiência etnográfica anterior, encontrei dificuldades significativas para realização de um estudo no contexto familiar -- desde a seleção dos participantes até a observação etnográfica dentro de suas casas -- pois, como também resido em Salvador, os contatos eram interrompidos com o retorno a minha própria casa, sendo sempre recebida como uma visita a qual se devia dar atenção, “obrigando” os informantes, por regras de hospitalidade e cortesia, a colocarem em suspensão suas atividades de rotina durante nossos encontros.

<sup>9</sup> A pesquisa sobre redes de cuidado na BTS teve duração de dois anos e propôs analisar as relações entre o sistema público de atenção básica à saúde e os processos de construção das redes terapêuticas tradicionais em municípios do entorno da Baía de Todos os Santos, Estado da Bahia. Entre as metas do trabalho de campo, a equipe de pesquisa acompanhou o trabalho das equipes de saúde (compreendendo desde a consulta médica à visita domiciliar do agente comunitário), o que podia vir a facilitar meu acesso aos domicílios cuja configuração familiar e geracional corresponde aos interesses de minha pesquisa: arranjos familiares onde ao menos uma pessoa assume a responsabilidade quanto aos cuidados de idosos.

depois, o território foi desmembrado: o município de Itaparica passou a ser composto por dois distritos -- Itaparica e Salinas da Margarida (que posteriormente se emancipou) -- e foi criado o município de Vera Cruz, composto por quatro distritos (Vera Cruz, Cacha Pregos, Jiribatuba e Mar Grande). A Ilha de Itaparica faz parte da Região Metropolitana de Salvador (RMS) e está ligada à capital através do sistema de *Ferry Boat*. O município de Itaparica apresenta características demográficas e socioeconômicas que o colocam em situação desfavorável quando comparado com os demais municípios que compõem a região, revelando desigualdades sociais significativas. De acordo com IBGE (2000): 49,10% da renda familiar per capita mensal é inferior a meio salário mínimo e somente 6,94% das famílias possuem renda per capita acima de três salários mínimos. Em relação aos indicadores sócio demográficos, Itaparica está entre os municípios que apresentaram maior aumento da população idosa na RMS, onde se observa um aumento da proporção de famílias sob a responsabilidade de mulheres, apresentando também grande concentração de negros e pardos.

Em ambos os contextos, brasileiro e português, existem instituições e políticas públicas voltadas para o cuidado de idosos. Contudo, não é meu objetivo neste trabalho realizar um levantamento normativo sobre essas medidas em nível nacional nos dois países. Antes interessa-me apresentar as instituições e políticas públicas “em ação”, identificando os mecanismos pelos quais os cuidados aos idosos ganham concretude nas localidades onde realizei o trabalho de campo, Itaparica/BA, no Brasil, e em Caminha, Portugal. É importante destacar que, embora tenha realizado o estudo em dois contextos diferentes, não apresento aqui um estudo comparativo sobre relações de cuidado no Brasil e em Portugal. Pelo curto tempo em que passei nas localidades e por todas as contingências que enfrentei para realização do estudo, meus objetivos foram bem mais modestos. Considero a realização desta pesquisa um esforço na tentativa de estabelecer comparações entre dinâmicas de cuidado em duas localidades que apresentam marcadas diferenças no cuidado aos idosos. Nesse sentido, interessou-me estabelecer uma espécie de diálogo sobre o cuidado e os cuidadores considerando as estratégias de atendimento à população idosa em seus domicílios e as experiências de cuidadores de idosos nos dois contextos.

A maior dificuldade que encontrei no contexto português foi não ter conseguido permissão para acompanhar o Centro de Saúde de Caminha, gerenciado pela Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)<sup>10</sup>. Desde que cheguei na região, solicitei autorização da

---

<sup>10</sup> A ULSAM constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, tendo como objetivo o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia asseguráveis a toda a população. Agrega duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de

Comissão de Ética, que demorou mais de um mês para responder ao meu pedido, e mais alguns dias para encontrar os papéis que entreguei. Quando pensei que as coisas estavam se encaminhando, recebi uma mensagem com o parecer da Comissão que dizia não ser possível identificar os objetivos do meu estudo. Consegui agendar uma entrevista com um dos diretores para conversar pessoalmente. Depois que apresentei os objetivos do trabalho, ele perguntou: “e essa história de visitar as instituições de ensino?” Foi aí que percebi qual era o verdadeiro receio da Comissão de Ética: que eu fizesse meu trabalho de campo em salas de aula e que o meu “público” fosse formado por estudantes que estagiam em suas unidades de saúde. Entendi que o problema estava nas atividades previstas para o estágio da bolsa sanduíche, onde escrevi: “frequentar instituições de ensino e centros de pesquisa de Portugal, procurando estabelecer contatos com pesquisadores que trabalham com as temáticas abordadas no estudo com o intuito de reunir sugestões para enriquecer a investigação”. Quando esclareci que não tencionava investigar a formação desses estudantes, seu semblante pareceu mais aliviado e ele apenas pediu “mais alguns documentos”: um termo de compromisso ético, uma carta de apresentação e um formulário de consentimento informado para que os funcionários das unidades de saúde de Caminha convidassem pessoas para participar do estudo. Providenciei esses documentos, mas só obtive uma autorização oficial da Comissão poucos dias antes de meu retorno ao Brasil.

Em Itaparica, onde já tinha o contato e o apoio dos agentes comunitários de saúde, o acesso ocorreu de modo muito mais simples, bastando apresentar a pesquisa à Secretaria de Saúde do município para obter a autorização da secretária municipal. Esse documento foi suficiente para ser recebida em todas as unidades de saúde e seus funcionários pareceram encarar a assistência ao trabalho de investigação como mais uma tarefa ligada às suas funções. Selecionei uma UBS e trabalhei acompanhando apenas uma equipe de saúde. Através da atuação da ACS que conheci na UBS, visitei e fui apresentada a alguns cuidadores familiares de idosos que aceitaram participar da pesquisa. Entretanto, muitos daqueles que acederam à participação foram se esquivando ao longo do trabalho de campo (geralmente após a entrevista), evitando outras visitas e dificultando o prosseguimento de minhas observações. Algumas famílias, entretanto, foram mais receptivas e me forneceram todo apoio que estava ao seu alcance na ocasião.

Não tive oportunidade de conversar com funcionários da Câmara Municipal em Itaparica, pois as resistências foram inúmeras e frequentes, onde a imensa maioria dos funcionários se diziam sempre ocupados e indisponíveis. Busquei contornar essas dificuldades

---

Bertiandos em Ponte de Lima), um Centro de Saúde por cada um dos concelhos -- à exceção do concelho de Viana do Castelo com 3 Centros de Saúde e 2 Unidades de Convalescença.

prestando especial atenção à possibilidade de alguma iniciativa eventual da prefeitura em torno de programas sociais voltados para os idosos e seus familiares: sabia que, caso existisse, eu certamente tomaria conhecimento durante o trabalho de campo. O que constatei, entretanto, foi o oposto: a absoluta inexistência de programas sociais destinados a esse segmento. Assim, no município de Itaparica, onde não há instituições, públicas ou privadas, voltadas para o cuidado de idosos, concentrei-me em acompanhar o trabalho das equipes que atuavam em uma UBS, prestando serviços públicos de saúde que se destinam à totalidade da população. Acompanhar a atuação do agente comunitário de saúde (ACS) foi o modo que encontrei para conhecer e convidar cuidadores familiares para participar do estudo. Não encontrei nenhum caso de cuidador contratado em Itaparica, i.e., pessoas que eram remuneradas e contratadas para cuidar de idosos no domicílio. Encontrei apenas parentes responsáveis por cuidar de idosos.

Em Caminha, onde, infelizmente, não consegui autorização em tempo hábil para acompanhar os Centros de Saúde do concelho, tive oportunidade de investigar a atuação da Câmara Municipal na localidade. Logo fui informada da existência de um programa chamado “Rede Social”, que funciona como um fórum de articulação entre entidades públicas e privadas -- juntas de freguesia, centros de saúde, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), párcos, as forças de segurança e a Universidade Sênior -- no qual são definidas estratégias de atuação que tem por objetivo eliminar a pobreza e a exclusão social no município. Essas entidades procuram manter uma estreita relação com as IPSS, pois algumas estão voltadas para a área da infância e da juventude ao passo que outras são direcionadas à chamada “terceira idade”.

As Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) são voltadas para o atendimento dos idosos e têm diferentes modelos de atuações, conforme o tipo de instituição. Os “Lares” são as residências dos idosos institucionalizados (eles moram na instituição); os “Centros de Dia” acolhem, ao longo do dia, os idosos, pensionistas ou pessoas em alguma situação de dependência, sendo que à noite essas pessoas regressam às suas casas, onde vivem sós ou em companhia de seus familiares; e os “Centros de Convívio” que funcionam à tarde e são voltados a pessoas de qualquer idade<sup>11</sup>. Os “Centros Sociais” são instituições maiores que oferecem os três tipos de serviço. No concelho de Caminha há 13 IPSS, sendo nove delas destinadas ao atendimento da população idosa da região. Visitei muitas instituições, mas escolhi trabalhar apenas com três modelos diferentes de atuação de IPSS, selecionando aquelas cuja atuação tinham maior abrangência, quantitativa e geográfica, no município: um Lar, um Centro de Dia

---

<sup>11</sup> Nestes Centros, não há uma atuação direcionada especificamente para pessoas com dependência e lá são realizadas atividades voltadas para toda a comunidade.

e um Centro Social que tinham em comum o fato de fornecerem também um serviço chamado de “apoio domiciliário”.

O apoio domiciliário consiste em um serviço financiado através de uma parceria entre o “Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social” e as IPSS. O regime de comparticipação é dividido da seguinte forma: parte dos custos fica a cargo da Segurança Social e outra parte cabe ao utente (como é chamado o usuário dos serviços oferecidos pelas IPSS), de acordo com uma tabela de valores para cada serviço e a proporcionalidade em relação ao valor da sua aposentadoria. As instituições que acompanhei em Caminha tinham atuações distintas e o serviço de apoio domiciliário consistia em mais uma das “respostas sociais” que ofereciam. Acompanhar as “ajudantes de ação direta” (como são chamadas as funcionárias que realizam esse serviço) me permitiu observar como atividades relacionadas ao cuidado de idosos eram realizadas por cuidadoras contratadas por instituições para atuar no domicílio onde residiam os mais velhos.

Esse serviço abrange uma série de atividades executadas diariamente por equipes que trabalhavam em sistema de rodízio: higiene pessoal, higiene habitacional, entrega de refeições, mobilização de conforto, acompanhamento à consultas, entrega e administração de medicamento e lavanderia. Nem todos os idosos atendidos contratavam todas essas atividades. Alguns recebiam apenas as refeições e a roupa limpa. Outros precisavam de cuidados mais intensos, como troca de fraldas, roupa de cama, banho no leito, etc. A negociação dos serviços que são fornecidos é realizada no contato inicial com a instituição e a informação da demanda chega por diferentes caminhos: através do próprio idoso, de um familiar, da assistente social (que trabalha em hospitais ou Centros de Saúde e tem conhecimento das necessidades que o idoso terá quando receber alta, acionando os Centros que fornecem apoio domiciliar) ou mesmo através de visitantes de instituições que tomam conhecimento de alguma situação e encaminham vizinhos e conhecidos, em busca de informações sobre o apoio domiciliário. Tendo conhecimento do perfil social da família, ou do idoso isoladamente, avaliam a possibilidade de atendimento e de manutenção dos serviços por parte dos utentes.

Conheci três equipes que trabalhavam no apoio domiciliário, de três IPSS diferentes. Todas formadas exclusivamente por mulheres. Na maioria dos casos, trabalhavam em dupla e eram responsáveis por um determinado número de domicílios, os quais visitavam de duas a três vezes por dia. Quando não estão compondo a equipe de apoio domiciliário, realizam trabalhos internos nas instituições. O tempo de atuação em cada domicílio varia entre 30 e 40 minutos, dependendo dos serviços prestados em cada um deles. Acompanhar o trabalho dessas equipes me permitiu conhecer cuidadores familiares dos idosos e convidá-los a participar do estudo.

Além das cuidadoras do apoio domiciliário e cuidadores familiares, também conheci uma senhora aposentada que foi contratada para prestar serviços de cuidadora de idosos de modo “informal”, como autônoma (sem contrato assinado), e sem qualquer vinculação com as IPSS.

Para trabalhar com os dados coletados, precisei criar categorias sob as quais eu pudesse agrupar meus interlocutores em diferentes modalidades de cuidadores. Assim, é importante esclarecer que nenhum deles se auto intitulou “cuidador familiar”, “cuidadora contratada” ou “cuidadora contratada do apoio domiciliário”. Os familiares, brasileiros e portugueses, que cuidavam de parentes idosos se reconheciam como cuidadores e não recebiam, oficialmente, uma remuneração pela atividade (ainda que alguns se beneficiassem da condição financeira do idoso que cuidavam, tendo moradia e despesas financiadas pela aposentadoria do parente). Esses homens e mulheres foram por mim designados de “cuidadores familiares”. Já aquelas pessoas que trabalhavam cuidando de idosos no domicílio (no caso desta pesquisa, só encontrei mulheres nesta situação, tanto no Brasil quanto em Portugal), mediante contrato formal ou informal, com ou sem registro na carteira de trabalho, designei por (mulheres) “cuidadoras contratadas”. Nessa categoria estão incluídas as contratadas diretamente pelos familiares; as alunas do curso de cuidador que conheci em Salvador; as contratadas por uma instituição que presta serviços de cuidados no domicílio dos idosos (as “ajudantes de ação direta” do apoio domiciliário) em Caminha. Na tabela a seguir, reuni algumas informações gerais sobre meus interlocutores:

**TABELA 1 – Cuidadores de idosos**

<b>CURSO DE CUIDADOR DE IDOSOS, SALVADOR</b>		
<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>CATEGORIA</b>
Eliana	35 anos	Professora / enfermeira
Úrsula	22 anos	Coordenadora pedagógica
Andréa	28 anos	Cuidadora aprendiz
Amanda	24 anos	Cuidadora aprendiz
Odete	43 anos	Cuidadora contratada
Olívia	25 anos	Cuidadora contratada
<b>CAMINHA, PORTUGAL</b>		
<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>CATEGORIA</b>
Poliana	33 anos	Funcionária da Câmara Municipal
Bianca	38 anos	Diretora do Lar
Joana	51 anos	Diretora do Centro Social
Magda	33 anos	Ex-diretora do Centro de Dia
Noêmia	33 anos	Assistente Social
Raquel	49 anos	Cuidadora Contratada (apoio domiciliário)
Diana	34 anos	Cuidadora Contratada (apoio domiciliário)
Tatiana	34 anos	Cuidadora Contratada (apoio domiciliário)
Cristina	38 anos	Cuidadora Contratada (apoio domiciliário)
Bernadete	49 anos	Cuidadora Contratada (apoio domiciliário)
Zuleide	67 anos	Cuidadora Contratada (informal)

Fernando	83 anos	Cuidador Familiar
Mariana	73 anos	Cuidadora Familiar
Laerte	62 anos	Cuidadora Familiar
Laura	57 anos	Cuidadora Familiar
Helena	70 anos	Cuidadora Familiar
César	66 anos	Cuidadora Familiar
Ciro	72 anos	Cuidadora Familiar
Sônia	56 anos	Cuidadora Familiar
<b>ITAPARICA, BRASIL</b>		
<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>CATEGORIA</b>
Everaldo	50 anos	Cuidador Familiar
Elvira	49 anos	Cuidadora Familiar
Olga	49 anos	Cuidadora Familiar
Otávia	47 anos	Cuidadora Familiar
Olinda	39 anos	Cuidadora Familiar
Alice	23 anos	Enfermeira UBS
Antônia	32 anos	Agente Comunitária de Saúde

Durante a escrita do texto, procurei preservar a identidade dessas pessoas por razões éticas. Muitos interlocutores mostraram não se importar caso fossem identificados, como se não tivessem nada a esconder, mas considerei importante preservar a todos do mesmo modo, evitando inserir informações que permitissem que outras pessoas, especialmente aquelas residentes na mesma localidade onde realizei o estudo, os identificassem. Por isso não há descrições físicas, indicações de nomes das instituições ou bairros onde trabalhei, tampouco os nomes dos interlocutores correspondem à realidade. Assim, suprimi dados que pudessem trazer algum prejuízo aos meus colaboradores, bem como substituí seus verdadeiros nomes por nomes fictícios.

Quanto à estrutura do texto, composto por cinco capítulos e considerações finais, foi preciso sintetizar muitas questões que poderiam render análises mais aprofundadas. Tive que estabelecer limites em termos de quantidade de páginas, o que exigiu uma seleção de tópicos e subtópicos relacionados à temática do envelhecimento e do cuidado que viabilizassem a construção de meu argumento central nesta Tese: como o “cuidador” pode ser melhor compreendido como uma forma de relação do que um papel ou função intrínseco a pessoas que lidam com os idosos. Assim, muitas questões não são detalhadas com a merecida atenção, apenas mencionadas, e podem indicar caminhos futuros para reflexões mais densas sobre relações de cuidado em torno dos idosos.

No Capítulo 1 procuro mapear as controvérsias em torno de definições, terminologias e perspectivas sobre a temática do envelhecimento e do cuidado, abordando a noção de solidariedade entre gerações em suas dimensões pública e privada. Nesse sentido, destaco a participação do Estado nas dinâmicas do cuidado, nos dois contextos investigados, analisando

aspectos das legislações, brasileira e portuguesa, e as instituições e políticas públicas atuantes nas localidades que investiguei, enfocando a atuação da equipe de saúde da UBS que acompanhei em Itaparica. Ainda neste capítulo, proponho algumas reflexões em torno da participação das famílias nas dinâmicas do cuidado, analisando como a responsabilidade e o afeto são percebidos pelos interlocutores como motivações para cuidar de idosos. Finalizo apresentando as instituições particulares que acompanhei em Caminha.

No Capítulo 2 exponho a abordagem utilizada na pesquisa sobre “redes de cuidado”, apresentando alguns perfis socioeconômicos de mediadores humanos (cuidadores familiares, contratados, profissionais de saúde e cuidadores espirituais) que foram meus interlocutores nessa pesquisa e o agenciamento, nas dinâmicas de cuidado, dos mediadores não-humanos, como medicamentos e equipamentos, entidades e artefatos e animais.

No Capítulo 3, a análise é voltada para o ambiente domiciliar e suas especificidades. Abordo as práticas de cuidado, propondo uma reflexão sobre as carências e dependências dos mais velhos e as dinâmicas do cuidado, destacando os cuidadores frequentes e eventuais, e os problemas de convivência e intimidade que podem surgir no ambiente doméstico.

No Capítulo 4, enfoco o cotidiano das relações entre cuidadores e idosos, enfatizando a importância dos afetos, os problemas relacionados à intimidade e sexualidade dos mais velhos e maus tratos e violência doméstica. Apresento algumas perspectivas dos interlocutores da pesquisa sobre o sujeito do cuidado e as expectativas dos cuidadores de idosos que conheci sobre a própria velhice e sobre quem seriam seus futuros cuidadores.

No Capítulo 5 detenho-me sobre a profissionalização de cuidadores de idosos, expondo questões relacionadas à regulamentação da profissão, a visão do cuidado como vocação e minha experiência como aprendiz de cuidadora de idosos.

Nas Considerações Finais, retomo alguns dos principais pontos abordados nesta Tese.

## CAPÍTULO 1

### **Envelhecimento e Cuidado: mapeando as controvérsias**

Ao contrário do que pode sugerir o título deste capítulo, não pretendo realizar aqui uma revisão bibliográfica sobre as temáticas do envelhecimento e do cuidado. Optei por iniciar a discussão sobre tais temas mapeando as controvérsias que os permeiam. Tendo em vista a quantidade e qualidade do material coletado durante o trabalho de campo, julguei mais proveitoso partir dos dados etnográficos que emergiram do meu contato com os interlocutores do estudo que tentar esboçar um quadro teórico onde suas falas se encaixassem. Partindo do pressuposto de que noções como “idoso”, “cuidador” e “cuidado” não devem ser consideradas como previamente entendidas ou naturalizadas -- seja porque a experiência de ser idoso não é homogênea, seja porque os cuidados necessários são variados – busquei identificar como os cuidadores entendem o que é “idoso” e o que é “cuidar”. Também interessa-me entender qual a participação do Estado nas dinâmicas de cuidado no ambiente domiciliar. São questionamentos que considero fundamentais para compreendermos a dimensão do cuidador e do cuidado como metaforizadas na prática, assunto que será tratado no terceiro capítulo deste trabalho.

Sendo assim, antes de abordar as práticas de cuidado no domicílio, considero relevante expor, ainda que brevemente, algumas definições, terminologias e perspectivas adotadas por interlocutores da pesquisa e por estudiosos de diferentes campos de conhecimento, na tentativa de situar algumas questões teóricas importantes para a compreensão de alguns pressupostos adotados neste trabalho. Em seguida, abordo a questão da solidariedade entre gerações destacando as dimensões pública (o Estado) e privada (a família) das trocas intergeracionais, introduzindo, assim, algumas controvérsias a respeito das expectativas e interferências dessas dimensões nas relações de cuidado em torno dos idosos. Apresento também algumas indicações sobre a atuação do Estado no que se refere às dinâmicas do cuidado de idosos, pontuando questões comparativas entre os contextos brasileiro e português, considerando tanto aspectos legislativos, como a existência (ou ausência) de instituições e políticas públicas voltadas para o cuidado de idosos nas localidades onde o trabalho de campo foi realizado. Finalizo o mapeamento introduzindo a discussão que ganhará corpo e forma ao longo do trabalho: a participação da família na dinâmica do cuidado, enfatizando questões relacionadas a responsabilidade e ao afeto, bem como os dilemas que cercam a decisão familiar de recorrer a

instituições particulares para auxiliar nos cuidados executados no ambiente domiciliar ou institucionalizar o idoso, para que este seja supervisionado ininterruptamente.

### **1.1. Definições, terminologias e perspectivas**

Entre as implicações sociais do aumento crescente da longevidade está a dificuldade de demarcar com precisão as fronteiras entre as etapas do curso de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população idosa através de marcos etários, variando conforme o local de residência: uma pessoa é considerada “idosa” aos 60 anos nos países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos, apenas aos 65 anos é reconhecida como idosa. De todo modo, é a idade cronológica a referência utilizada pela OMS, agência especializada em saúde e subordinada a Organização das Nações Unidas (ONU), para estabelecer, oficialmente, a transição para a etapa conhecida como “velhice”. Entretanto, o estabelecimento de uma fronteira baseada em um marco cronológico acaba por reunir sob uma mesma denominação um grupo cada vez mais vasto, marcado por heterogeneidades internas relacionadas à diversidade de contextos em que estão situados e pelas distintas condições de existência as quais estão submetidos homens e mulheres.

O Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde publicado pela OMS em 2015 propõe algumas reflexões interessantes sobre o tema, resultado de estudos científicos e debates teóricos em torno da velhice e do cuidado. Uma delas é que a perda das habilidades tipicamente associadas ao envelhecimento não está diretamente relacionada à idade cronológica: “Não existe um idoso ‘típico’” (OMS, 2015, p.03), afirma o documento. Outro ponto importante é que há evidências de que a idade avançada não implica necessariamente em dependência familiar. Os idosos configuram crescentemente um grupo diferenciado que no Brasil vivencia certos “direitos” cotidianos como em filas e estacionamento, por exemplo. Por outro lado, também experimentam vulnerabilidades decorrentes de sua “definição” social, como a dificuldade para inserção no mercado de trabalho, os altos gastos com saúde e a queda na renda familiar -- elementos que potencializam a sua marginalização e o não-atendimento de suas demandas. De todo modo, a condição de dependência do idoso não deve ser generalizada, pois em muitos casos vêm-se observando que a renda “garantida” dos idosos tem proporcionado

maior capacidade de suporte familiar, indicando a reciprocidade geracional presente nas trocas estabelecidas nesse contexto.

A OMS aponta no referido Relatório para a correlação entre outras importantes mudanças sociais em desenvolvimento, concomitantes ao aumento da longevidade da população, o que pode significar que envelhecer, no futuro, será muito diferente das experiências de gerações anteriores:

As normas de gênero também estão mudando em várias partes do mundo. No passado, o papel fundamental das mulheres era o de cuidadoras, tanto de crianças como parentes mais velhos. Essa participação restritiva a força de trabalho remunerada proporcionou consequências negativas a elas, incluindo maior risco de pobreza, menos acesso aos serviços de saúde de alta qualidade e de assistência social, maior risco de abuso, problemas de saúde e acesso reduzido às pensões. Hoje, as mulheres estão cada vez mais desempenhando outras funções, que as proporciona mais segurança em idades mais avançadas. Porém, essas mudanças também limitam a capacidade das mulheres e famílias de fornecer cuidado para os adultos maiores que precisam. Junto com os números rapidamente crescentes de pessoas mais velhas que podem precisar de cuidados, os modelos antigos de cuidados à família simplesmente não são sustentáveis (OMS, 2015, p.10).

Quanto à definição de “cuidado”, há inúmeras conceituações produzidas em diferentes campos do conhecimento sobre o tema. Contudo, é na área da saúde que o assunto é abordado de forma sistemática, servindo de referência para a elaboração de políticas públicas e programas sociais. A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) orienta-se pela definição da OMS, apresentada em 1990 e revisada em 2002, que considera os cuidados paliativos uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. A ênfase do tratamento, contudo, não está apenas na avaliação e controle da dor, mas em todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. No caso dos idosos, os cuidados paliativos devem ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, promovendo o enfrentamento de condições que ameacem a vida de pacientes e familiares.

Mas as definições “oficiais” convivem, na prática, com uma pluralidade de outras definições ancoradas nas experiências de quem lida com essas modalidades do cuidado. Como já foi indicado na “Introdução”, como parte de minha pesquisa frequentei, no segundo semestre de 2012, um curso de cuidadores de idosos. Durante as aulas, a questão do envelhecimento, obviamente, foi abordada inúmeras vezes. Tanto a professora quanto as alunas não demonstravam pudores em revelar suas impressões sobre a velhice, todas elas, quase sempre, carregadas de sentidos negativos e prognósticos preocupantes. Entretanto, considerando o

contexto em que estávamos inseridas, não podia ser diferente, já que o curso era voltado para formar “cuidadores de idosos”, profissionais que sabem lidar com os “problemas” do envelhecer. Observando e participando das aulas do curso, registrei diversos momentos em que perspectivas sobre o envelhecimento foram debatidas. Embora fosse dada uma maior ênfase à visão biomédica do processo de envelhecimento, inevitavelmente as perspectivas pessoais da professora e das alunas sobre a velhice emergiam em seus comentários sobre o tema. Curiosamente, percebi que, embora o envelhecimento fosse tratado como algo evidente e inevitável, havia também muita polêmica em torno de sua definição ou de quando se daria o seu início e desenvolvimento. A grosso modo, o conteúdo apresentado ao longo do curso sintetizava a lógica de que todo declínio experimentado na velhice está relacionado (basicamente uma relação causal) a um órgão ou sistema que envelhece, que se torna progressivamente incapaz, que perde inevitavelmente funções fundamentais para uma vida plena e saudável.

Logo na introdução do curso, a professora Eliana, uma simpática mulher negra de 35 anos, apontou as dificuldades existentes em torno do estudo sobre envelhecimento, afirmando que há mais de 300 teorias sobre o fenômeno e que até hoje os cientistas não chegaram a um consenso sobre o que é a velhice e sobre quando, efetivamente, começam as malfadadas alterações celulares. Não obstante o impasse, entretanto, ela (enfermeira com especialização em gerontologia social) definiu o “indivíduo senil” como “aquela pessoa que envelhece naturalmente dentro das alterações orgânicas típicas do ser humano. Todo mundo vai passar por isso”<sup>12</sup>. Nesse sentido, vale destacar que os primeiros discursos sobre a velhice pertencem ao campo médico e surgiram na França, após 1945, com a gerontologia, especialidade que enfatiza o desgaste fisiológico provocado pelo envelhecimento. O final do percurso de vida é associado à degradação física, acelerada e cumulativa, cujo ritmo é considerado regular e válido para todos e em todos os lugares. Partindo desse pressuposto, a gerontologia busca estabelecer normas para uma “velhice saudável”, preparando o indivíduo para lidar com o enfraquecimento orgânico e com o declínio de suas aptidões corporais e mentais, tidas como inerentes ao envelhecimento.

---

<sup>12</sup> A gerontologia -- que trata o declínio físico como uma das principais características do envelhecimento -- indica a existência de dois processos distintos: a senescência e a senilidade (MANTOVANI, 2007). Enquanto a senescência é o envelhecimento fisiológico do organismo marcado por um conjunto de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, a senilidade se caracteriza por afecções que acometem o indivíduo idoso, em particular, a demência (CARDOSO, 2009). Considerando que, apesar do aumento da expectativa de vida, muitas pessoas morrem antes de chegar aos 60-65 anos, a meu ver, a afirmação “todo mundo vai passar por isso” não corresponde à realidade, necessariamente, seja porque o processo do envelhecimento “fisiológico” não ocorre do mesmo modo para todas as pessoas, seja porque nem todo indivíduo idoso chega a ficar senil. A professora teria se expressado melhor se afirmasse “todo mundo *pode* passar por isso”.

Embora algumas produções teórico-metodológicas na área da gerontologia apontem a necessidade de abordar o processo de envelhecimento humano em todos os seus aspectos, incluindo os fatores sociais e culturais, grande parte das pesquisas nesse campo defende a visão do envelhecimento como um processo de desgaste cumulativo, irreversível, universal, que provoca a deterioração do organismo maduro, tornando-o progressivamente incapaz de cumprir com as funções básicas, levando o indivíduo à morte.

O conteúdo das aulas enfocava as alterações físicas associadas ao envelhecimento: redução de estatura, perda de massa óssea e de resistência das cartilagens, processo degenerativo ligado aos ossos e espinha dorsal, perda do paladar, e assim por diante. Na realidade, foi nos apresentada uma longa lista de perdas causadas pelo “envelhecimento” cardiovascular, do aparelho digestório, do aparelho urinário, do sistema imunológico e todos os outros. Grande parte dessas perdas e danos – tratados como naturais e inevitáveis – tem “data certa” para começar. Quer dizer, data certa seria um exagero da minha parte, pois não foi uma expressão veiculada pela professora ou alunas, mas ficava claro para os participantes que quase sempre as carências e dependências são esperadas para “a partir de” uma determinada idade.

Nesse sentido, precisamos considerar que a utilização da idade cronológica como marcador social envolve uma perspectiva diacrônica e linear da existência, enquanto que a idade social – infância, juventude, maturidade e velhice – se apresenta como uma perspectiva sincrônica dos fatos considerados característicos de uma determinada etapa do curso de vida. Atualmente, nas sociedades modernas ocidentais, o modelo de transição para a vida adulta corresponde ao momento em que os jovens, simultaneamente, abandonam o agregado familiar de origem e se casam, constituindo uma nova família. Neste caso, os eventos estão inter-relacionados e são reconhecidos em seu conjunto, de maneira que os diferentes momentos do ciclo biológico são associados a determinados eventos de ontologias variadas (biológico / social), que passam a ser considerados “vitais”, inevitáveis e, ou, indispensáveis, numa trajetória pré-estabelecida do que deve ser a vida de um homem e de uma mulher. Assim sendo, utiliza-se um dado biológico – a idade cronológica – para naturalizar e institucionalizar as idades sociais, i.e., estabelecem-se fronteiras consideradas “naturais” entre as diferentes situações experimentadas pelo indivíduo ao longo de sua existência, de modo que é inegável que a idade corresponde a uma dimensão fundamental na sociedade.

Lembro que durante uma aula, o envelhecimento da mulher foi abordado por uma das alunas, que queria saber da professora porque, no caso da mulher, o envelhecimento é tão “difícil”. Explicando que o processo de envelhecimento na mulher tem impactos decisivos em todo o seu corpo devido ao desequilíbrio hormonal que provoca transformações radicais nas

mulheres, a professora explicou que “biologicamente falando”, a cada gestação, a mulher envelhece 10 anos. Na tentativa de relativizar a declaração, ela afirmou que há diferentes tipos de idade: cronológica, biológica, social, e nesse caso ela estava falando do envelhecimento “biológico, a nível celular”. Prosseguiu esclarecendo que a mulher envelhece os tais 10 anos a cada gestação porque “tudo nela muda”: alterações hormonais e anatômicas são as principais mudanças físicas. Diante dessa declaração “bombástica” de aceleração do processo de envelhecimento a cada gestação, aquelas que eram mães pareceram preocupadas com o acréscimo de suas idades cronológicas aos anos agregados em cada gestação. Dependendo do número de filhos, algumas eram quase centenárias “biologicamente falando” e revelaram espanto e indignação, em tom de troça. O consolo, ironicamente, vinha da constatação de que todos estamos envelhecendo, independente da velocidade do processo, e algum conforto parecia advir dessa constatação.

De modo geral, no contexto das aulas do curso, embora o foco oscilasse entre aspectos físicos e sociais do processo de envelhecimento, a ênfase estava no corpo envelhecido como gerador de inúmeros problemas na mente e na vida social do idoso. Contrastivamente a essa ênfase, comparando o teor dos comentários que registrei durante o curso com os comentários coletados nas conversas informais e também nas entrevistas gravadas de cuidadoras contratadas e cuidadores familiares, tanto no Brasil como em Portugal, o foco deixava de ser o “corpo” para se concentrar na “mente”, “a cabeça que envelhece”.

Na visão de grande parte das cuidadoras informais e profissionais, a “mente” é que envelhece e o corpo acaba “se entregando”. Foi o que me explicou Alice, a jovem enfermeira de 23 anos que trabalhava no posto de saúde localizado em Itaparica: “tem gente jovem que tem mente de velho, só vive dentro de casa, estressado, se queixando. É o pensamento que é de velho”. Também uma cuidadora familiar portuguesa de 73 anos, Mariana, expressou-se de maneira parecida ao definir o que é ser jovem, mas sob o ponto de vista de uma mulher mais velha: “é ter um espírito jovem. O espírito envelhece muito menos que o corpo. Esse é o grande drama das pessoas. E meu também, né”? Essa falta de sincronia entre corpo e mente (chamado de “drama” pela senhora portuguesa) foi mencionada por outras cuidadoras e cuidadores. Quanto a ser velho, esta mesma senhora portuguesa declarou: “É pensar no que é antigo, é dizer que o antigo é que era bom, não saber usar as coisas novas, é estar ligado à nostalgia”. Ela explicou que hoje os velhos são melhor acompanhados e, devido ao avanço na medicina, vivem por mais tempo. Diferente de todos os outros interlocutores, ela afirmou que o momento em que começamos a envelhecer depende muito da história de vida e saúde de cada um.

Nesse sentido, concordo com a análise de Alda Britto da Motta (2002) quando, ao referir-se a esse sentimento muito comum de separação entre corpo e mente, afirma que ele indica, sobretudo, a dificuldade de construção da identidade de velho:

Se a formação das identidades de idade ou de geração já é difícil, porque são condições mutáveis rapidamente no tempo [...], pior a fixação da identidade de velho, porque indesejada e dúplice, ou ambígua, principalmente quando referida ao corpo: a aparência ‘desgastada’, seu funcionamento não totalmente sincronizado e a mente – ou a essência dos sentimentos – ‘jovem’ (BRITTO DA MOTTA, 2002, p.42).

De fato, as ambiguidades de que se revestem categorias geracionais como velhice ou juventude vêm sendo apontada por vários pesquisadores. Reconhecer que se trata de problemas da Modernidade não esgota a questão acerca dos significados práticos e dilemas vivenciados pelos sujeitos que se encontram nessas “fases da vida” ou que lidam com elas. Com relação à juventude, Fátima Tavares e Marcelo Camurça (2009) destacam dois enfoques ou abordagens do conceito:

O primeiro orienta-se em torno do reconhecimento da especificidade do recorte geracional. Para essa corrente, inspirada nas teorias funcionalistas, a questão central reside nos desafios relativos à socialização: disfunções e descontinuidades podem ser observadas nos processos intergeracionais. Nesse enfoque também há lugar para o reconhecimento da diversidade no âmbito da experiência geracional, mas compreendida enquanto subculturas juvenis. O segundo enfoque é extremamente crítico à problematização da juventude (no singular), reconhecendo na sua pretensa homogeneidade um traço das representações dominantes acerca da juventude. Para essa corrente, a resistência das culturas juvenis não se contrasta com as representações dominantes das gerações mais velhas, mas sim com as representações da classe dominante (TAVARES; CAMURÇA, 2009, p. 26).

Podemos pensar que também a categoria “velhice” ou “idoso” passa por desafios semelhantes? De acordo com muitos depoimentos, ser jovem não tem qualquer relação com a idade. É sobretudo uma atitude, o que me levou recordar de um refrão do grupo musical Engenheiros do Hawai: “a juventude é uma banda numa propaganda de refrigerante”. Pareceu-me que, em muitos casos, as pessoas buscavam uma imagem semelhante para elaborar suas respostas sobre ser jovem. Como me disse uma aluna do curso de 28 anos, Andréa, sobre ser jovem: “é estar feliz com a vida, estar sorridente e esquecer os problemas”. Já para explicar o que é ser velho, recusou-se a usar a palavra “velho”, porque “quer dizer uma coisa que já foi usada e não serve mais. Os idosos se sentem ofendidos. Minha mãe mesmo diz ‘velha é a estrada que, quando nasci, eu já encontrei’”. Observa-se que a categoria “velho” também é plena de significações para meus interlocutores de pesquisa, como explicitada na frase dessa jovem

aprendiz de cuidadora: “Hoje tem velho de todo jeito, tem aqueles que vivem como no passado e outros que querem ser jovem, tem a cabeça mais aberta”.

Uma diferença interessante que notei entre as definições e comparações no contexto brasileiro e português diz respeito a forma como os idosos são percebidos hoje e recordados no passado. Para algumas cuidadoras brasileiras, os idosos hoje são mais ativos e participativos. Já para algumas cuidadoras portuguesas, os velhos de hoje têm mais ajuda que em outras épocas e por isso os de antigamente eram mais ativos. Uma cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, Raquel, de 49 anos, me disse: “agora penso que muitos dizem ‘sou velho e já não faço’. Antes eu penso que eram mais resistentes”. Um ponto de convergência entre visões do envelhecimento de cuidadores brasileiros e portugueses – familiares, contratadas e profissionais de saúde -- trata da questão da perda da autoridade dos mais velhos e do aumento da independência dos mais jovens. Para a agente comunitária de saúde (ACS), Antônia, de 32 anos, que atuava na Saúde da Família em Itaparica, “ser jovem é ser independente”, ao passo que “ser velho é precisar de alguém ao lado dele pra muita coisa. Quando já não consegue fazer as coisas sozinho”. Um cuidador familiar de 50 anos, Everaldo, também morador dessa região, mencionou que hoje os idosos são mais livres, mas antes tinham mais autoridade: “hoje o idoso fica acanhado de chamar a atenção de um jovem, porque sabe que ele pode até xingar. Eles não respeitam mais os idosos”. Em Caminha, uma cuidadora do apoio domiciliar de 48 anos, Bernadete apontou algo similar, ao destacar as diferenças entre os velhos de hoje e os de antigamente: “hoje eles já não têm tanto controle sobre os filhos como em outras épocas”. Por outro lado, eram menos livres, pois “antigamente também a vida era mais sofrida, se engravidasse tinha que casar, mesmo sem amor, e eram os mais velhos que obrigavam os jovens a fazer essas coisas”.

Outra forma pela qual os cuidadores da pesquisa percebem o envelhecimento é associando-o à sabedoria, paciência e tranquilidade, ao passo que a juventude foi associada à beleza e energia, mas também à tolice e incosequência. Para os irmãos cuidadores residentes em Itaparica, Everaldo e Elvira (ele com 50 e ela com 49 anos) – responsáveis por cuidar de seus pais -- a velhice começa quando chegam as doenças, os problemas de memória: “você sente a diferença no corpo”, disse-me o mais velho. Explicou-me em tom de conformismo: “a velhice faz parte da vida e tem que se preparar pra isso. Foi o que Deus botou no mundo, né? Nasce criança, vive a juventude, fica adulto, depois vem a velhice”. Para ele, que sempre viveu em uma comunidade de trabalhadores, ser velho é poder “aproveitar pra descansar, pra dar conselhos, e esperar, até onde Deus quiser”. Sua irmã, Elvira, concordava com ele: “a velhice é coisa de Deus, da vida” e por isso disse não ter medo de envelhecer. Curiosamente, em

Caminha, os irmãos cuidadores – César e Ciro, um senhor de 66 anos e outro de 72 anos, respectivamente --, responsáveis pela irmã mais velha, também pareciam concordar com a dupla brasileira: César disse que “ser velho é uma riqueza”, enquanto para Ciro “é o inverno da vida”. Pareceram-me bem satisfeitos com as próprias declarações. César me disse sorrindo que “os velhotes são autênticas enciclopédias. Por isso que os netos gostam bastante dos avôs”. Entretanto, apesar da visão romântica, não conseguiram evitar mencionar problemas, pois, disseram-me, enquanto suspiravam, em muda concordância: é “quando começam a faltar as forças” que começamos a envelhecer. O mais novo relatou, como que procurando consolar-se: “já andei por muitos lados, como lhe disse e eu, ao que vi, eu estou muito bom. E gente bem mais nova [está pior que eu]! Eu vi no hospital gente com AVC com 30 anos!”.

Não é difícil imaginar que grande parte das declarações me soavam pouco compreensíveis, me parecendo que apontavam muitas ambiguidades, expressando mais dúvidas que certezas sobre envelhecer. Se há tantas teorias sobre o assunto entre os especialistas, não poderia esperar consenso entre as opiniões pessoais de meus interlocutores. Como disse, enquanto no curso a ênfase do conteúdo abordado nas aulas apontava para o “corpo envelhecido”, nas entrevistas e conversas informais, no Brasil e em Portugal, encontrei muitas afirmações que apontavam para a “mente envelhecida” como o principal gatilho para o envelhecimento do corpo. O curioso é que, na maioria dos casos, envelhecer tanto era considerado como efeito de algo -- ora o envelhecimento celular, ora a “mente” ultrapassada, antiquada --, como responsabilidade do indivíduo que não se cuida.

As controvérsias não cessaram por aí. Houve também problemas relacionados à terminologia que eu utilizava no trabalho de campo. Quando, conversando com Eliana, a professora do curso de cuidador de idosos (como já disse, enfermeira com especialização em gerontologia social), usei o termo “velho”, ela imediatamente me corrigiu: “o termo velho, pra pessoa humana, é muito pejorativo”. Tentei não me distrair com o complexo termo “pessoa humana” que ela trouxe à tona e expliquei que usava a expressão “velho”, “velha”, propositalmente, pois queria saber o que significava para cada interlocutor da pesquisa, como eles iriam reagir ao seu uso, se demonstrariam desconforto ou não, etc. Ela também se explicou: “tomei pavor do termo velho por causa do contato que tenho com eles, porque eles mesmos não gostam de serem chamados assim. Ninguém quer ser velho, porque significa que você não tem mais serventia”<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> O uso do termo “velho”, que tanto incomodou os cuidadores brasileiros, em Portugal não parece carregar uma conotação tão negativa. Conversando com Raquel, uma cuidadora do apoio domiciliário de 48 anos que, assim como a enfermeira brasileira, mantém contato direto e constante com idosos, ela me disse que achava essa palavra,

Para a enfermeira Eliana, formadora de cuidadores de idosos, a velhice é “algo bonito e poético, a fase que antecede a finitude”. Um belo entardecer que devia ser melhor apreciado com a valorização das pessoas que conseguem alcançá-lo: “como é uma fase que antecede a partida, o idoso devia curtir mais, ficar mais próximo da família, fazer as coisas que gosta”. Foi ela também quem disse, com todas as letras, que acreditava ser a juventude uma postura: “é ter a cabeça aberta pra novas possibilidades, é fazer tudo sem se culpar. Isso mantém a mente eternamente jovem”. Apesar dessa sedutora possibilidade, a enfermeira reconheceu que começamos a envelhecer quando nascemos: “é uma coisa contínua”.

Convém apresentar algumas informações em relação ao uso de termos como “velho”, “idoso” ou “terceira idade”. Diferentes perspectivas sobre o envelhecimento vão sendo construídas ao longo de processos históricos e culturais, como demonstra Clarice Peixoto (2006) ao analisar as nuances de representações sociais sobre a temática do envelhecimento nos contextos brasileiro e francês. A autora apresenta dados relevantes sobre a trajetória da formulação pública de termos vinculados ao envelhecimento, o que nos permite acompanhar as transformações operadas nos vocabulários nos últimos trezentos anos, ensejadas pelas sucessivas reformulações dos significados atribuídos à velhice.

Peixoto (2006) afirma que no século XVIII, na França, a velhice caracterizava os indivíduos despossuídos e indigentes, aqueles que não podiam assegurar seu futuro financeiramente. Por outro lado, os que detinham patrimônio e possuíam posição social, desfrutavam de respeito. Somente no século XIX os franceses estabeleceram designações diferentes para grupos de pessoas da mesma faixa etária: “velho” [*vieux*] ou “velhote” [*vieillard*] para quem não possuía estatuto social, reforçando uma situação de exclusão, e “idoso” [*personne âgée*] para quem possuía bens.

A noção de velho é, pois, fortemente assimilada à decadência e confundida com incapacidade para o trabalho: ser velho é pertencer à categorização emblemática dos indivíduos idosos e pobres (PEIXOTO, 2006, p. 72).

Conforme ainda argumenta a autora, no século XX, a partir da década de 60, o aumento das pensões elevou o prestígio dos aposentados, resultado de uma nova política social para a velhice. Surge uma nova percepção das pessoas envelhecidas que repercute nos termos de tratamento. O termo “idoso” passa então a designar a população envelhecida em geral, de qualquer classe social.

---

“velho”, muito bonita. Entre os portugueses, escutei com frequência pessoas usarem expressões como “velhote” e “velhota” em um tom carinhoso. Suspeito que, no Brasil, ao menos na Bahia, isso não soaria nada carinhoso.

Para além do caráter generalizante desse termo, que homogeneíza todas as pessoas de mais idade, esta designação deu outro significado ao indivíduo velho, transformando-o em sujeito respeitado. A partir de então os problemas dos velhos passaram a constituir necessidade dos idosos (PEIXOTO, 2006, p. 74-75).

Em relação à aposentadoria, significados diferentes são atribuídos: para os idosos mais velhos, simboliza a perda do papel de indivíduo produtivo, sintoma social de envelhecimento. Para os mais jovens, “significa principalmente o tempo liberado à cristalização de velhos sonhos e, portanto, à realização de um novo projeto de vida” (PEIXOTO, 2006, p.74). A “terceira idade” como categoria, hoje recorrente nos discursos dos especialistas, surge nesse contexto e reflete a necessidade de criação de um novo vocabulário para designar, com mais respeito e otimismo, a representação dos jovens aposentados, funcionando como sinônimo de envelhecimento “ativo” e independente. Esse deslocamento ensejou a formulação de outra categoria, ainda mais recente e menos mencionada, a “quarta idade”, associada, esta sim, às tradicionais imagens da velhice como decadência ou incapacidade física, vivida pelos idosos mais velhos.

No caso brasileiro, Peixoto (2006) destaca as semelhanças com o processo francês, apesar de sua ocorrência ser mais recente no cenário nacional. Até a década de 1960, por exemplo, a pessoa envelhecida era tratada como “velho”, sem que o termo possuísse, necessariamente, um caráter pejorativo. Contudo, era carregado de ambiguidade, oscilando entre o tom afetivo e o depreciativo, distinguindo-se pela entonação ou contexto em que era utilizado. Já no final da década de 70, ecos tardios do debate na França chegam ao Brasil, e os documentos oficiais recuperam a noção de idoso. O termo “velho” assume então uma conotação negativa, designando pessoas de mais idade, pobres, que apresentam com maior nitidez os traços do envelhecimento e do declínio. A produção acadêmica segue no enalço dessas mudanças conceituais e os pesquisadores passam a evitar, deliberadamente, o uso do termo “velho”. Ao mesmo tempo, a noção de “terceira idade”, também importada da França, é vinculada à criação de atividades sociais, culturais e de lazer, mobilizando o surgimento de um novo mercado voltado para o turismo, produtos de beleza e alimentação, onde os “jovens velhos” são os principais consumidores.

Ao coletar tão diversas e ambíguas impressões sobre o envelhecimento, tive por intenção ao menos vislumbrar como pessoas que pretendiam ou precisavam cuidar de idosos encaravam o processo do envelhecer. Claro que parte dessa relativa “confusão” pode ser atribuída à forma deliberadamente vaga com que abordei as questões do meu roteiro de entrevistas, mas acredito que os dilemas e contradições nas falas e atitudes relacionadas à

velhice que observei e registrei evidenciavam, sobretudo, dificuldades presentes também na literatura científica sobre o envelhecimento em diferentes áreas de conhecimento. Parece-me, assim, que os caminhos do entendimento do que seja a velhice somente podem ser entretecidos levando-se em consideração as oscilações entre a percepção da “velhice” como um estado biológico, inexoravelmente atingível (pelo menos para os que “chegam lá”), como uma “fase da vida”, por um lado; e a diversidade de experiências sociais (classistas, gêneros, geracionais, de estilos de vida, etc.) que situam os envelhecimentos no plural, por outro.

Quanto a noção de “cuidado”, é importante destacar que não se trata de uma categoria auto evidente. Quando decidi utilizá-la na formulação de algumas perguntas do roteiro de entrevista, minha intenção era justamente provocar os participantes da pesquisa para que eles me indicassem, em práticas e palavras, o que era cuidar e ser cuidado em suas perspectivas. Não predefini o que seria tratado como cuidado no estudo. Não pressupus uma condição de saúde debilitada para o estabelecimento de relações de cuidado. Perguntei simplesmente se eles cuidavam ou eram cuidados por alguém.

Por tratar-se de um termo polissêmico, diferentes sentidos são atribuídos ao cuidado. Encontrei poucas referências às origens do conceito, exclusivamente em trabalhos no campo da filosofia e, em particular, da saúde, onde é utilizado com mais frequência. Trabalhos na área da enfermagem, principalmente, o tratam como a essência da profissão, o cerne das práticas eficazes da integralidade das ações em saúde. Roseni Pinheiro (2007) afirma que a produção de cuidado em saúde é uma atividade humana que subsidia a produção de um tipo de saber específico, uma sabedoria prática, uma ação dialógica. A autora busca a construção de diálogos teóricos, de natureza interdisciplinar, com conteúdos dos campos da saúde, filosofia e política, e defende a concepção do cuidado como valor:

[...] a tese de se conceber o cuidado como valor nasce do entendimento que visa a ultrapassar esses conjuntos de sentidos, sendo que a definição de cuidado aqui utilizada o apreende como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser. Por direito de ser, entendemos o direito de ser diferente e que essas diferenças devem ser respeitadas publicamente (PINHEIRO, 2007, p.18).

Em minha dissertação de mestrado, busquei identificar sentidos e motivações do cuidado na perspectiva de idosos e seus cuidadores. Encontrei relatos descrevendo o cuidado quase sempre a partir de exemplos práticos, a partir de situações onde as pessoas forneciam ou recebiam cuidados de variados tipos. Na ocasião em que o estudo foi realizado, identifiquei diferentes “formas de cuidar” que variavam em termos de relação – consigo e com o outro --,

caracterizadas por modalidades e intensidades variáveis, onde os suportes afetivo e material estavam imbricados: atenção à saúde, auto-gestão, doação, serviço/auxílio prático, atenção/preocupação, o amor/dedicação e a presença afetiva (SANTANA, 2011).

Nesta pesquisa de doutorado, entretanto, conversei mais intensamente com os cuidadores que com os idosos e não foi incomum escutar dos interlocutores: “‘cuidar’, como assim”? De certo modo, eles pareciam incertos se suas práticas correspondiam ao sentido atribuído por mim ao termo (seja ele qual fosse). Procurei deixá-los à vontade para interpretar seus significados a partir de suas experiências e pedi que me relatassem suas práticas, cotidianas e eventuais, que consideravam como “cuidar de idosos”. No terceiro capítulo, essas perspectivas serão analisadas mais detidamente, levando em conta semelhanças e divergências das observações registradas nos contextos brasileiro e português.

## **1.2. Solidariedade entre gerações**

Com o aumento da expectativa de vida, no Brasil, alguns arranjos familiares passaram a ser constituídos por várias gerações e o apoio intergeracional tem se mostrado uma importante estratégia de sobrevivência para os seus membros, manifestando-se como uma norma implícita, um “contrato social” que estabelece formas e fluxos de intercâmbio entre as gerações. Na ausência de sistemas formais de cuidados para os idosos brasileiros, a família vem atuando como principal provedora do suporte de que eles necessitam, cabendo às mulheres – mais frequentemente -- a responsabilidade pela manutenção das relações de cuidado e pela prestação de serviços a todos.

Claudine Attias-Donfut (1996) oferece uma importante contribuição à análise das gerações. Em artigo dedicado ao estudo das solidariedades pública e privada, propõe o exame das mútuas influências entre elas e distingue sob que perspectiva as noções “gerações” e “solidariedade” são abordadas. Do ponto de vista macrossocial, as idades são o critério definidor de pessoas situadas antes, durante e após o trabalho, configurando gerações sociais; do ponto de vista microssocial, no contexto da família, o critério de pertencimento a uma geração é a posição genealógica, são as gerações familiares. Em relação à noção de solidariedade, a autora destaca a solidariedade pública entre as gerações, avaliando como os sistemas de aposentadoria expressam uma reciprocidade diferenciada, em nível nacional, como uma dívida da sociedade em relação aos cidadãos que envelheceram, manifestando uma

“economia moral”, expressão que resgata de Kohli. Quanto à solidariedade privada entre gerações, Attias-Donfut (1996) trata das trocas intergeracionais, reconhecendo a intensidade que as caracterizam, bem como sua fecundidade enquanto objeto de análise, especialmente no contexto atual em que surgem novas estruturas de parentesco, com famílias multigeracionais marcadas por distâncias geracionais significativas. Para a autora, as consequências dessas transformações ainda são pouco exploradas, em especial o surgimento da geração “sanduíche” ou intermediária, “elemento pivô da estrutura intergeracional”. É preciso conhecer os circuitos intergeracionais e avaliar as assimetrias entre os fluxos de reciprocidade, afirma a autora.

Atualmente observa-se que grande ajuda financeira tem sido disponibilizada pelas gerações mais velhas às mais jovens, enquanto que em termos de prestação de serviço há efetivamente reciprocidade entre as gerações, marcada pelo diferencial de gênero, já que são as mulheres as principais prestadoras de serviços na família. Attias-Donfut (2004) aborda o ciclo de reciprocidade direta entre mães e filhas, assim como a dimensão conflitiva das relações intergeracionais:

Cuidar dos outros faz parte do papel tradicional das mulheres. O surgimento da sociedade multigeracional ampliou esse papel com o aparecimento da geração “pivô”, que ajuda, ao mesmo tempo, os pais idosos, os filhos e os netos [...] provedora das ajudas, as mulheres são também as principais beneficiárias (ATTIAS-DONFUT, 2004, p.101).

Assistimos, hoje, a uma transformação histórica das relações entre as gerações femininas com a emergência de uma solidariedade inédita na conquista do saber e do trabalho. [...] Essas transformações irreversíveis perturbam as relações entre as gerações e têm implicações diretas nas formas de reprodução social (ATTIAS-DONFUT, 2004, p.104).

Britto da Motta (2006) também sinaliza na mesma direção, ao abordar como as novas relações são possíveis no contexto atual de longevidade e reestruturação produtiva no mundo do trabalho, destacando que vivências diferenciadas ocorrem no mesmo tempo social. Ela também reconhece o surgimento da geração “sanduíche” como fenômeno relevante nos estudos sobre relações intergeracionais, confirmando os argumentos de Attias-Donfut sobre o caráter unilateral das solidariedades entre gerações no contexto familiar, defendendo a necessidade de políticas públicas mais justas e serviços de apoio às famílias como meio de equilibrar as responsabilidades em relação aos idosos.

Ao tratar das mútuas interferências entre solidariedades familiares e as políticas sociais, Attias-Donfut (1996) faz referência à dependência de pessoas idosas e à forte mobilização da família em torno das pessoas em desvantagens físicas. Todavia o encargo das pessoas idosas dependentes costuma recair sobre um número limitado de pessoas, no máximo

duas, efetivamente participantes, geralmente mulheres. A autora enumera algumas pistas de reflexão, visto que as solidariedades, pública e privada, costumam ser tratadas isoladamente. É necessário atentar para a evolução das formas de solidariedade e como a redistribuição pública entre gerações se constitui em redistribuição privada, avaliando os pesos respectivos dos fluxos de ajuda. Enfim, para a autora, é indispensável conhecer melhor as dificuldades da solidariedade familiar e os riscos de exclusão e marginalização, assim como investigar as mutações das solidariedades entre gerações nas sociedades não ocidentais.

Preocupada com a questão da justiça e da solidariedade intergeracional, Attias-Donfut (2004) também aponta para as mudanças radicais na divisão das responsabilidades entre família e Estado quanto ao cuidado dos idosos e das crianças, resultado da individualização e da rejeição às relações tradicionais de gênero. O que está em jogo, segundo a autora, é o próprio contrato social, de gênero e entre gerações. Nesse sentido, Guita Grin Debert (1999) também alerta para a recusa da solidariedade entre gerações, que implica na transformação dos problemas da velhice em responsabilidades individuais e a imposição de um ideal de liberdade sem que os recursos para a efetivar estejam realmente disponíveis, especialmente numa sociedade fortemente hierarquizada como é o caso da brasileira.

Britto da Motta (2009) contribui para o debate inserindo como pauta a questão da violência contra a mulher idosa, numa abordagem provocativa e crítica dos movimentos feministas, defendendo ser a “violência de gênero” insuficiente para dar conta do fenômeno. Para a pesquisadora, existe um componente geracional determinante, ainda que pouco reconhecido. Assim, criticando estudos sociológicos e estudos feministas sobre violência, aponta a omissão aos idosos em ambos os casos: “a violência contra as idosas deve ser vista/analizada como uma violência que se dá em âmbito geracional, que ganha maior visibilidade por conta da situação de gênero” (BRITTO DA MOTTA, 2009, p.11). Destaco aqui suas contribuições, pois a partir delas é possível vislumbrar como o mecanismo de substituição e aniquilamento geracional concorre com as relações de solidariedade, marcando de modo contraditório as relações entre as gerações: “uma afetividade positiva que ao mesmo tempo se pode transmudar, segundo diferentes situações e temporalidades, em sentimento ou ação negativa” (BRITTO DA MOTTA, 2009, p.16). Ela também pontua a existência de um “protecionismo cerceador”, onde os motivos das trocas e atenções podem, ou não, ser expressão sincera de cuidado e afetividade. Nesse sentido, refletir sobre as dinâmicas do cuidado, particularmente no contexto domiciliar, exige agilidade e sutileza por parte do olhar do pesquisador, pois os circuitos de solidariedade muitas vezes são marcados por situações tensas e conflitivas, que raramente se tornam de conhecimento (ou mesmo reconhecimento) público.

### 1.3. Estado e dinâmicas do cuidado

O processo de transição demográfica em desenvolvimento no Brasil tem promovido diversos questionamentos, dentre os quais destaco o debate sobre a responsabilidade quanto aos cuidados destinados ao contingente de idosos no país. De acordo com dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2013), a população idosa no Brasil, em 2013, era de 26,1 milhões (cerca de 13% da população) e a estimativa é de que nos próximos vinte anos esse número triplique. As mulheres correspondem a 51,5% desse total e tem expectativa de vida superior à dos homens, vivendo cerca de oito anos a mais do que eles. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 2006 e ainda em vigor, determina que os cuidados com os idosos sejam realizados prioritariamente pelos familiares, no contexto domiciliar, através de uma “parceria” que envolva cuidadores profissionais e cuidadores leigos. Contudo, pelo menos duas questões relevantes não são levadas em consideração nessa política pública: 1) a realidade de muitas famílias brasileiras que não contam com qualquer tipo de suporte para atender às necessidades dos idosos e 2) a possibilidade da existência de uma rede de cuidadores familiares que cada grupo familiar desenvolve, já que pressupõe a figura de um único cuidador<sup>14</sup>. O cuidado de uma população que envelhece representa um desafio para o Estado brasileiro, já que esse segmento apresenta uma maior incidência de doenças crônicas e incapacitantes quando comparado a outros grupos etários, resultando em uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde.

No contexto europeu, segundo a base de dados estatísticos PORDATA, Portugal envelheceu mais do que a média dos outros países da União Europeia. Em 2010, o Índice de Envelhecimento<sup>15</sup> em Portugal cresceu para os 118,9 enquanto o resto da Europa cresceu apenas 111,7, numa evolução claramente superior à de outras regiões, como a França e o Reino Unido, que não chegam a 95. Isso significa que há em Portugal mais pessoas com 65 anos do que, por exemplo, jovens com 15 anos. De acordo com o Programa de Ação 2012 para o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações* apresentado pelo governo português, a situação se agrava, pois:

---

<sup>14</sup> Frequentemente as intervenções do Estado brasileiro têm-se traduzido em medidas pontuais, assistencialistas e compensatórias de alcance limitado, especialmente em termos de sua responsabilidade como provedor de políticas econômicas e sociais.

<sup>15</sup> Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

[...] à maior esperança de vida acresce o “envelhecimento dos envelhecidos”, com o aumento de pessoas com 80 e mais anos. Se o envelhecimento é uma tendência demográfica generalizada em Portugal, as velhices, isto é, as formas de viver a longevidade, são múltiplas e exigem políticas e outras iniciativas diferenciadas, à medida e atentas às necessidades e às capacidades de satisfação pessoal, autonomia e participação (GOVERNO DE PORTUGAL, 2012, p.04).

Entre as dimensões de referência que devem ser levadas em consideração, o documento aponta para o reforço do papel das famílias, das relações intergeracionais; a valorização do papel da pessoa idosa na sociedade por mecanismos que favoreçam a sua participação ativa e o exercício dos seus direitos; a facilitação do acesso ao mercado de trabalho e permanência neste; o investimento na aprendizagem ao longo da vida e a promoção do voluntariado social; a permanência no meio habitual de vida, sempre que possível, e uma maior e melhor prevenção e cobertura das situações de dependência. Tendo em vista que tais metas estão entre as prioridades da nação portuguesa, considere particularmente interessante realizar em Portugal o mesmo estudo que realizei no Brasil, pois seu atual cenário demográfico – onde o aumento da longevidade da população assume contornos cruciais para o desenvolvimento do país – pode trazer contribuições significativas para a compreensão das transformações das relações geradas pelo envelhecimento da população, viabilizando outras perspectivas possíveis acerca dos limites e possibilidades das redes de cuidado fornecerem o suporte demandado pelos idosos no âmbito da família.

### **1.3.1. Aspectos das Legislações**

Em relação ao direito dos idosos, em 1991 foi aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas uma resolução sobre os Princípios das Nações Unidas para o Idoso. As diretrizes formuladas no documento referem-se aos seguintes princípios: independência, participação, assistência, auto regulação e dignidade. Diversos países orientam suas políticas públicas voltadas para a população idosa com base nesses princípios. O artigo 72º da Constituição da República Portuguesa, intitulado “Terceira Idade”, delibera que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”. Englobando medidas de carácter económico, social e cultural, a “política de terceira idade” visa proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade. Em 2005, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social daquele país, considerando que a população portuguesa que se encontra

em situação de pobreza é precisamente o grupo com 65 anos ou mais, instituiu o complemento solidário para idosos no âmbito do subsistema de solidariedade. No decreto, as medidas de apoio financeiro são justificadas por canalizarem mais recursos para os idosos mais necessitados, designadamente os idosos isolados e sem apoio familiar.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, os idosos são mencionados no Capítulo VII, intitulado “Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso”. No Artigo 229 é afirmado que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. No Artigo 230, a atribuição da responsabilidade de cuidar dos idosos é claramente definida: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Entretanto, no parágrafo 1 deste artigo, é dito “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”. No Estatuto do Idoso, publicado em 2003, a única menção à benefícios financeiros destinados aos idosos são aqueles próprios do Regime Geral da Previdência Social – aposentadoria e pensão – concedidos segundo critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente. O único auxílio garantido pelo governo, além das aposentadorias e pensões, é mencionado na Constituição: a garantia a gratuidade dos transportes coletivos urbanos, mesmo assim, apenas para os maiores de sessenta e cinco anos.

Possivelmente a participação de Portugal nas dinâmicas do cuidado em torno dos idosos – inclusive reconhecendo a necessidade de amparar aqueles que não contam com suporte familiar --, é muito mais ativa e intensa que a participação do Brasil, que parece pressupor a disponibilidade de recursos humanos, materiais e afetivos no ambiente doméstico e familiar para cuidar dos idosos. Apesar do Estatuto do Idoso do Brasil afirmar ser

[...] obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, p. 08).

o atendimento ao idoso deve ser, prioritariamente, realizado pela própria família, “em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

Enquanto em Portugal estabelecem-se decretos que viabilizam tanto a institucionalização quanto a prestação de serviços de cuidado aos idosos em seus domicílios –

o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social daquele país é responsável por 40% da receita das Instituições Privadas de Solidariedade Social (as IPSS que funcionam como Lares, Centros de Dia, Centros Sociais e de Convívio) --, o governo brasileiro não apresenta nenhuma medida explicitamente direcionada aos idosos que não contam com suporte familiar. Nesses casos, cabem medidas de assistência social, prestada de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso e no Sistema Único de Saúde.

### **1.3.2. Instituições e políticas públicas**

Em ambos os contextos, brasileiro e português, existem instituições e políticas públicas voltadas para o cuidado de idosos. Contudo, não é meu objetivo neste trabalho realizar um levantamento normativo sobre essas medidas em nível nacional nos dois países. Antes interessa-me apresentar as instituições e políticas públicas “em ação”, identificando os mecanismos pelos quais os cuidados aos idosos ganham concretude nas localidades onde realizei o trabalho de campo, Itaparica, no Brasil, e em Caminha, Portugal.

Em Itaparica, a ênfase da minha pesquisa recaiu sobre o Programa Saúde da Família, ao passo que em Caminha foi a parceria que mencionei há pouco, entre Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social com as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), que ganhou destaque. Vale ressaltar que as contingências particulares envolvidas na minha investigação levaram-me a abordar a atuação de programas sociais distintos: em Portugal, não pude acompanhar a atuação das equipes de saúde do serviço público, mas sim as IPSS, ao passo que em Itaparica, onde não há instituições, públicas ou privadas, voltadas para o cuidado de idosos, concentrei-me em acompanhar o trabalho das equipes que atuavam em uma unidade básica de saúde, prestando serviços públicos de saúde que se destinam à totalidade da população.

Não tive oportunidade de conversar com funcionários da Câmara Municipal em Itaparica, pois as resistências foram inúmeras e frequentes, onde a imensa maioria dos funcionários se diziam sempre ocupados e indisponíveis. Busquei contornar essas dificuldades prestando especial atenção à possibilidade de alguma iniciativa eventual da prefeitura em torno de programas sociais voltados para os idosos e seus familiares: sabia que, caso existisse, eu certamente tomaria conhecimento durante o trabalho de campo. O que constatei, entretanto, foi o oposto: a absoluta inexistência de programas sociais destinados a esse segmento na localidade.

Formalmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) que acompanhei ao longo do trabalho de campo em Itaparica é um posto satélite de uma UBS da Estratégia Saúde da Família de outro distrito, mas a atuação é equivalente à da ESF<sup>16</sup>. Nesse posto de saúde, os principais problemas da população atendida são hipertensão e diabetes. Nessa UBS também é possível receber os primeiros socorros, antes de ser encaminhado ao hospital<sup>17</sup>. O intercâmbio de informações acontece dentro da UBS e também através das visitas da equipe de saúde nas casas da área adstrita, bem como das andanças da ACS pelo local. Entretanto, apesar da proposta da equipe de saúde (formada por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde (ACS)) seja a atuação integrada, as avaliações dos profissionais que atuam na unidade sobre o atendimento fornecido e os resultados obtidos apresentam consideráveis divergências.

Atualmente são atendidos 100 a 120 idosos ao longo de cada trimestre. Não há muitos acamados na área de atuação desta UBS, mas as dificuldades de acesso que a equipe de saúde enfrenta são as mesmas que os idosos encontram para ir ao posto -- algumas casas estão localizadas em áreas que não são acessíveis de carro no período das chuvas, em ruas de “terra batida”, no alto dos morros --, assim muitos acabam recebendo visitas, apesar de não estarem acamados. A enfermeira visita cerca de 15 domicílios por mês, onde residem idosos ou pessoas que não podem se deslocar até a UBS. Quanto ao médico, que atende apenas uma vez por semana na unidade, só faz visitas aos domicílios quando é absolutamente indispensável (apenas aos acamados e acompanhado do ACS). As agentes comunitárias visitam diariamente os domicílios da área de cobertura da unidade e trabalham tirando dúvidas sobre as orientações anotadas pelo médico nas receitas, indicando como usar os medicamentos e verificando se há alguém com problema de saúde nas casas. Quando encontram casos que precisam de acompanhamento médico, as agentes de saúde encaminham os pacientes ao posto e notificam a enfermeira e o médico sobre tais casos.

---

<sup>16</sup> A Estratégia da Saúde da Família (ESF) -- política de orientação nacional com implementação municipal -- é atualmente o principal programa de atenção primária e prevenção de doenças disponibilizado pelo SUS e é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

<sup>17</sup> Iniciaram há um mês um serviço de coleta de sangue para alguns exames relacionados a hormônios que não são realizados no hospital (uma equipe vai ao posto quinzenalmente fazer essa coleta). No período em que a pesquisa estava sendo realizada, um grupo formado por fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista estava sendo organizado para iniciar atendimentos nos domicílios e acompanhamento dos pacientes acamados.

O atendimento de enfermagem ocorre tanto no posto como em visitas aos domicílios e consiste em aferir pressão arterial, medir a glicemia, encaminhar para médicos especialistas, solicitar exames, orientar sobre uso de medicamentos. Os casos que não é capaz de resolver, a enfermeira Alice encaminha para um especialista ou para o médico da unidade, que encaminha para o especialista. Ela comentou sobre a dificuldade de mobilizar a comunidade quando programam atividades de conscientização relacionadas à saúde no posto: “o pessoal não vem, tem essa resistência”.

Tive uma oportunidade muito breve de conversar com o médico da UBS<sup>18</sup>, que recusou meu convite para conceder uma entrevista para a pesquisa -- explicou que não tinha tempo para entrevistas e que estava há apenas três meses trabalhando no posto de saúde --, mas autorizou o uso de seu relato “expresso”. Sua impressão mais forte nesse curto período de atuação é que “a cultura sanitária da população é extremamente deficiente”, pois a população não conhece as doenças nem as formas de transmissão que poderiam ser facilmente evitadas. Muito francamente, declarou que não possuía vínculos com as famílias que atende, de modo que sua relação com os pacientes e seus parentes é muito “distante”. Não obstante tenha admitido que conhece muito pouco sobre essas pessoas, foi categórico ao afirmar que é a equipe de saúde que tem maior interferência na saúde dos idosos<sup>19</sup>.

Na ocasião em que desenvolvi este estudo, duas agentes comunitárias eram funcionárias do posto, sendo que uma delas estava de licença médica. Ao longo de todo o trabalho de campo, acompanhei apenas uma das ACS, Antônia, e ela manifestou percepções bastante críticas sobre a atuação da equipe de saúde. Não sabia informar como atuavam os outros funcionários porque nunca fica no posto: “só passo na unidade pra assinar o ponto”. Ela me explicou que eles são muito desorganizados e muitas vezes é orientada a avisar à população que vai ter atividade no posto e depois tem que desmarcar com todo mundo, porque a equipe mudou a data em cima da hora. Mostrou-se bem desanimada sobre a atuação da equipe de

---

<sup>18</sup> O médico desta UBS era cubano e foi contratado através do Programa Mais Médicos (PMM), que é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

<sup>19</sup> Já a enfermeira, que tem um contato mais constante com os pacientes, afirmou que encontra na maioria das famílias o apoio dos filhos e netos para orientar e vigiar os idosos em relação à dieta e à necessidade de atividades físicas. São principalmente as netas que se mantem atentas sobre as condições de saúde do idoso e que costumam ir ao posto, acompanhando os avós ou para pegar medicamentos para aqueles que não são inscritos no MEDICASA (programa que entrega medicamentos gratuitamente nos domicílios). A agente comunitária de saúde concordava com a enfermeira e afirmou que os primeiros a identificarem os problemas de saúde do idoso são os parentes.

saúde, inclusive sobre seu trabalho também: “as pessoas esculhambam muito o posto, especialmente quando falta remédio. Tem casos de gratidão no meu trabalho, mas ouço muitas críticas, dizendo que minhas visitas não resolvem nada”<sup>20</sup>.

Apesar das reclamações sobre a integração da equipe, a ACS relatou que é a enfermeira quem passa as orientações para ela, que também acompanha as visitas do médico às casas, sendo mais frequente, entretanto, acompanhar a enfermeira em suas visitas aos domicílios. Também é tarefa da ACS informar à enfermeira quem precisa ou quem solicitou uma visita. Se tem alguém internado, fica sabendo por vizinhos e familiares: ela contou que “o povo adora ligar pra avisar que alguém morreu”<sup>21</sup>. Diariamente percorre sua microárea e sua ronda resume-se a visitar oito domicílios por dia. Interessante destacar sua reclamação sobre as condições de trabalho: segundo ela, conforme o regimento, o agente comunitário de saúde “não é obrigado a trabalhar debaixo de chuva. Se estiver chovendo, deve vir pro posto e fazer alguma coisa pra ajudar aqui”<sup>22</sup>.

Quando não pode ajudar a família, Antônia afirmou que procura encaminhar o problema ao profissional adequado. Há situações em que encontra maior dificuldade para as pessoas seguirem o tratamento, sendo nesses casos necessário o encaminhamento para a enfermeira. Se, mesmo assim, as pessoas se recusam a seguir o tratamento, ela afirma acionar a Secretaria de Saúde do município. Às vezes aciona o Conselho Tutelar também. Antônia disse que o município não dá assistência a todas as famílias que precisam<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> A ACS não se sentia recompensada pelo trabalho que realizava e reclamou que descontam as faltas, enquanto ela perde dias de férias conforme a necessidade do posto. Achava que só recebia críticas e era acusada de não trabalhar, pois quem trabalha dentro da unidade não sabe o que ela faz na rua, colocando-a sempre sob suspeita. Se não é vista pelas ruas, não supõem que esteja dentro de um domicílio fazendo seu trabalho. Como se não bastasse a desconfiança, precisava circular por lugares perigosos, onde se reuniam marginais e usuários de drogas. Acreditava que seria muito positivo se o ACS fosse capacitado para aferir pressão e glicemia, “pois muitos têm que ir ao posto pra medir essas coisas em jejum, e não tem hora pra ser atendido. Se o ACS fizesse esse trabalho, fazia em casa mesmo”. Assim poderia cuidar melhor das famílias que visita.

<sup>21</sup> Segundo ela, é muito frequente os pacientes reclamarem por não compreender o que diz o médico cubano e a ACS precisa repetir as orientações para a família. Ela mesma confessou que não entende bem o que ele fala e conversava muito pouco com ele: “todo mundo sai daqui leigo, porque ninguém entende o que ele diz”.

<sup>22</sup> Isso soou meio deslocado na conversa e parecia mais uma defesa a alguma crítica recebida no passado por colegas de trabalho ou pela clientela do posto. Nessas ocasiões de fortes temporais, ela me disse que aproveita para preencher suas fichas de acompanhamento, organizando o material de trabalho e de recadastramento.

<sup>23</sup> Para melhorar as condições de trabalho do ACS, Antônia achava que deveria haver mais pessoas nessa função. Sentia-se sobrecarregada e atendia muita gente que é da área da outra ACS. E tem “o problema” do Bolsa Família: “devia haver um carro anunciando que ACS não tem nada a ver com Bolsa Família. A gente só faz a pesagem. Muita gente que perde o benefício, culpa o agente comunitário. Não sabe que a gente não tem nada a ver com essa história. Eu recebo ameaça, sou xingada, é muito complicado pra mim. Eles não sabem que se as crianças faltarem à escola, perde o benefício. ACS é muito sofrido. Agora tá passando recadastramento na televisão, então todo mundo me pergunta quando é que vai cadastrar. É muito ruim. Se pudesse tirar então esse negócio do ACS com o Bolsa Família, também era bom”.

As observações acima apontam para as dificuldades em torno do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde. Esse modelo de cuidado é atravessado por várias tensões que atingem o cerne das características da Saúde da Família, modelo que preconiza o atendimento preventivo, reconhecendo o indivíduo situado nos contextos de vida da população. Esses dilemas podem ser mais intensos para os mais velhos, que necessitam de cuidados de forma sistemática. Conforme foi apontado em trabalho sobre os dilemas da Saúde da Família em Itaparica, que contou com a minha colaboração:

No contexto da unidade básica de saúde que disponibiliza atendimentos pela ESF, o equilíbrio cotidiano entre o controle da demanda e a imprevisibilidade da emergência constitui um dilema central para todos os membros da equipe, embora seja vivenciado de forma diferente pelos profissionais de “dentro” da unidade e os agentes de saúde. A organização do trabalho depende da boa administração desse dilema. Embora todos afirmem que o trabalho da ESF é de prevenção, em contraposição ao atendimento emergencial, característico da situação hospitalar, essas fronteiras nem sempre são claras (TAVARES et al, 2015, p. 500-501).

Em Caminha, onde, infelizmente, não consegui autorização em tempo hábil para acompanhar os Centros de Saúde do concelho, tive oportunidade de investigar a atuação da Câmara Municipal na localidade. Logo fui informada da existência de um programa chamado “Rede Social”, que funciona como um fórum de articulação entre entidades públicas e privadas -- juntas de freguesia, Centros de Saúde, IPSS, párocos, as forças de segurança e a Universidade Sênior -- no qual são definidas estratégias de atuação que tem por objetivo eliminar a pobreza e a exclusão social no município. Essas entidades procuram manter uma estreita relação com as IPSS, pois algumas estão voltadas para a área da infância e da juventude ao passo que outras são direcionadas à chamada “terceira idade”, conforme me explicou uma das coordenadoras da Rede Social com quem conversei. Boa parte das informações aqui apresentadas foram obtidas em nossas conversas.

As IPSS possuem técnicos habilitados para referenciar uma situação de um idoso dependente, por exemplo, informando sobre a necessidade de intervenção da instituição e, ou, da Câmara Municipal nos casos identificados como problemáticos. No concelho havia, na ocasião em que realizei o trabalho de campo, treze instituições que trabalhavam com diversas “valências” (modalidades de atendimento à população de diferentes faixas etárias). Além delas, existiam dois Centros de Convívio que não eram designados como IPSS porque não estavam assim formalizados, porém operavam como uma resposta de suas respectivas juntas de

freguesia, sem apoio da Segurança Social, como ocorre com as IPSS. Esses dois Centros funcionavam informalmente.

A Rede Social compõe o núcleo executivo do “Conselho Local de Ação Social” (CLAS)<sup>24</sup> junto com diretores das IPSS e orienta suas ações de acordo com um planejamento gerado a partir de um diagnóstico social produzido através da coleta de dados demográficos e socioeconômicos sobre a população residente no concelho. Esse documento é discutido em plenária para debater as problemáticas identificadas no estudo, produzindo como resultado o “Diagnóstico Social”, um planejamento voltado para solucionar os problemas enfrentados pelos moradores da região.

No período em que esta investigação estava sendo realizada no Concelho, o CLAS estava finalizando as discussões sobre o mais recente Diagnóstico Social produzido e uma das problemáticas que ganhou maior destaque foi a do envelhecimento, especialmente o aumento do número de idosos com diversas dependências, residentes no concelho: dependências para satisfazer as suas necessidades básicas, idosos com recursos baixos para fazer face às despesas e também idosos que estavam em freguesias do interior em que não havia atuação das IPSS. Esses idosos contam com uma rede de vizinhança informal que vai prestando esses serviços de apoio, ou a própria junta de freguesia vai suprindo algumas necessidades que são apresentadas por eles. A dificuldade em atender essas localidades está relacionada à questão geográfica, pois essas freguesias desassistidas estão situadas em regiões afastadas e de difícil acesso para as equipes das IPSS. Em muitos casos, essas instituições estão localizadas em zonas limítrofes, abrangendo mais de uma freguesia, mas, mesmo assim, nem todo o concelho de Caminha está coberto pelos serviços oferecidos pelas IPSS. A coordenadora da Rede Social expôs o caso de um Centro Social que pretendia alargar a sua área de intervenção para as freguesias do interior, mas para isso precisava de mais financiamento da Segurança Social e, com a crise econômica portuguesa e os cortes que ocorreram a nível nacional, essa ampliação no atendimento não foi possível.

Considerada como uma das problemáticas prioritárias, o envelhecimento levou a Rede Social, junto com as instituições parceiras, a definir estratégias de intervenção tendo por foco especialmente aqueles idosos que estão isolados e também os cuidadores. A coordenadora explicou-me que os cuidadores que já existem são, muitas vezes também, já idosos ou familiares que se veem em situações em que não conseguem “tomar conta” dos parentes mais velhos,

---

<sup>24</sup> Conselho Local de Ação Social de Caminha funciona com um núcleo executivo formado por 7 representantes de diferentes instituições que se reúnem semanalmente. E três a quatro vezes por ano realizam plenárias abertas para trocar informações com a comunidade.

vivendo situações de estresse e, frequentemente, sem capacidade para cuidar adequadamente desses idosos. Um ponto importante que surgiu no Diagnóstico Social foi a necessidade de haver, no município, mais cuidadores informais para cuidar dos mais velhos. Isso porque muitas famílias procuram a Segurança Social e a Câmara Municipal porque querem um cuidador para atender ao parente idoso. Não querem institucionalizar, não querem colocá-lo em um Lar, querem o apoio domiciliar, ou então querem mais do que isso: uma pessoa que tome conta do idoso enquanto a família está trabalhando.

A coordenadora antecipou-me também que o planeamento da Rede Social em relação a questão do envelhecimento terá duas prioridades: diminuir o isolamento físico e social dos idosos e a criação de uma “Bolsa de Cuidadores” que, em princípio, ficaria a cargo de uma das IPSS. A instituição ficaria responsável por criar um cadastro de pessoas (potenciais cuidadores) para tomarem conta de idosos. Ela espera encontrar pessoas que já possuem formação nessa área na comunidade<sup>25</sup>. Serão feitas entrevistas, traçados perfis psicológicos para avaliar se o candidato tem ou não capacidade para desempenhar a função. Assim, as famílias poderão buscar, através desse cadastro, cuidadores de idosos disponíveis para a contratação. A IPSS intermediará o encontro entre contratante e contratado e ficará responsável por supervisionar o trabalho realizado pelos cuidadores. Já a remuneração do cuidador ficará a cargo da família que procura esse serviço.

Outra questão considerada relevante pela Rede Social diz respeito à promoção de “práticas de envelhecimento ativo”. Embora já existam tais práticas nos Centros de Dia e de Convívio, dificilmente conseguem atingir um grande número de pessoas. A coordenadora explicou que a informação muitas vezes chega à população, mas é complicado motivá-la a participar dessas atividades, especialmente por causa das dificuldades de deslocamento que muitos vivenciam<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Em Caminha há três instituições que oferecem formações modulares voltada para cuidadores de idosos. Todos os anos essas instituições fornecem essas formações, contudo, segundo a coordenadora da Rede Social, observa-se que nem todos os inscritos tem perfil para trabalhar como cuidador de idosos. Há um número significativo de formandos que buscam os cursos apenas para preencher o tempo ou aproveitar benefícios relacionados ao custeio da formação (os cursos são pagos, mas em alguns casos o estudante consegue ser financiado, incluindo a alimentação). Quanto à escola de enfermagem mais próxima de Caminha está localizada em Viana do Castelo, funcionando no Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) onde funcionam várias escolas superiores, inclusive a Escola Superior de Saúde e o Curso de Educação Social Gerontológico.

<sup>26</sup> Ressalta que essas tentativas de mobilizar a população são difíceis não só quando as atividades são voltadas para os mais velhos, mas também quando direcionadas aos mais jovens. Pretendem implementar um projeto integral mais abrangente que englobe as ações que já são implementadas nos Centros fazendo com que cheguem também à população idosa em geral, que não costuma frequentar as instituições. Menciona as dificuldades em conhecer quais as expectativas desta população idosa e como seria possível envolvê-la nas práticas desportivas. Estavam avaliando projetos de ação muito específicos e, sendo aprovados, serão colocadas em prática muitas atividades.

Também pude ter a informação de que naquele momento de minha pesquisa um técnico da Câmara Municipal desenvolvia atividades desportivas durante uma hora em cada IPSS todas as semanas. Segundo fui informada, muitas das atividades voltadas para o Desporto Sênior nas Piscinas de Vila Praia de Âncora e no Pavilhão de Caminha são voltados para toda a comunidade<sup>27</sup>. Contudo, os utentes são mais numerosos, pois muitos moradores têm dificuldades de deslocar-se para esses lugares e dispor de tempo para participar das atividades (enquanto que os idosos de Lares e Centros contam com o apoio das instituições as quais estão vinculados). São realizadas também atividades de animação: mensalmente, uma ou duas vezes por mês, a Câmara dinamiza atividades nos Centros de Dia, Centros de Convívio -- desde bailes de Carnaval, intercâmbio de jogos de mesa, Marchas dos Santos Populares, entre outras atividades, todas elas direcionadas para a população idosa.

Além disso, o município organiza anualmente um passeio de pensionistas com cerca de 1500 pessoas, aproveitando o encontro para fazer algumas inscrições e divulgar atividades programadas pela Câmara. Os Centros de Dia, Centros de Convívio, Lares e também as equipes de apoio domiciliário contam com o apoio da Câmara sempre que há necessidade da intervenção do município para viabilizar atividades realizadas por essas instituições. Outro evento marcante é a Feira Medieval. Desde 2009, os utentes de Lares e Centros de Convívio participam com uma barraca própria, onde vendem artigos confeccionados ao longo do ano por eles. Esse projeto é chamado de “Baú”, a barraca e as refeições são financiadas pela Câmara, os idosos se fantasiam, promovem as instituições e se animam em participar da Feira.

A coordenadora da Rede Social mencionou também o programa “Cartão 65+”, promovido pela Câmara Municipal: um cartão que dá acesso às pessoas com 65 anos (ou mais) a descontos em lojas aderentes. Ou seja, o município sensibilizou a comunidade comercial do concelho e o comércio aderiu, sendo que é o comerciante quem define o valor do desconto. A autarquia, por sua vez, favorece os portadores do cartão com descontos no acesso a atividades culturais e recreativas promovidas pelo município de Caminha. Eles têm acesso também a entradas gratuitas ou reduzidas nos espaços do concelho, tornando as atividades culturais e de lazer mais acessível em termos económicos, permitindo que mesmo pessoas em situação de carência económica possam usufruir de muitos benefícios, inclusive reduções nas tarifas de consumos d’água.

---

<sup>27</sup> Trata-se de um projeto desportivo direcionado para a faixa etária mais idosa, neste caso em concreto para todos os utentes de Lares, Centros de Dia e comunidade em geral do concelho. O programa inclui a prática desportiva no Pavilhão Desportivo Municipal de Caminha, bem como aulas de hidroginástica nas Piscinas Municipais - Vila Praia de Âncora, com acompanhamento de profissionais habilitados. A participação é gratuita e aberta a todos os cidadãos com Cartão Caminha 65+.

“Caminha Amiga” é um projeto de intervenção habitacional que busca privilegiar os mais dependentes -- os idosos -- para pequenos reparos em seus domicílios (eletricidade, pintura, construção civil). As necessidades costumam ir além daquilo que inicialmente tinha sido planejado, relatou-me a coordenadora, pois o projeto conta com um orçamento ainda insuficiente para as realidades vivenciadas pelos habitantes mais carentes<sup>28</sup>.

Quando fui apresentar a pesquisa em algumas das IPSS do concelho de Caminha, tive oportunidade de conversar com diretoras de instituições e todas mencionaram o projeto de “Bolsa de Cuidadores”, da Câmara Municipal. A diretora de uma destas IPSS, Bianca, explicou que em alguns domicílios constatou-se a necessidade de haver um cuidador durante à noite e muitas funcionárias de IPSS prestavam esse serviço de modo particular. Tal prática acarretou confusões sobre o trabalho diurno e noturno e as famílias atendidas pelo apoio domiciliário não sabiam os limites da atuação das instituições. Além disso, as funcionárias acabavam muito desgastadas para trabalhar no apoio domiciliário durante o dia seguinte à noite em que trabalharam no domicílio do idoso, diminuindo muito a produtividade.

Bianca explicou-me que com o aumento do desemprego o CLAS percebeu a possibilidade de enquadrar pessoas desempregadas na função de cuidadores de idosos. A preocupação derivada de problemas de maus tratos contra idosos, delapidação de patrimônio e relações que são motivadas exclusivamente pelo interesse, levou a ideia da “Bolsa de Cuidadores”, cujo objetivo é justamente exercer um maior controle sobre pessoas dispostas a atuar como cuidadores formais no domicílio dos idosos. De certo modo, a intenção é diminuir a institucionalização, pois muitos idosos recorrem a este recurso por não encontrarem pessoas capacitadas para prestar-lhes esses serviços integral e exclusivamente em seus domicílios. O projeto visa assim oferecer alternativas, monitorando os cuidadores contratados e, em alguma medida, diminuir o problema do desemprego no concelho. A diretora destacou, ainda, que muitas capacitações foram fornecidas a moradoras de Caminha, mas elas não têm onde trabalhar. Assim, a “Bolsa de Cuidadores” tem também o intuito de direcionar essas pessoas com formação para domicílios onde seus serviços sejam necessários, sem intervir na relação contratual entre esses cuidadores e as famílias/idosos.

---

<sup>28</sup> O morador de Caminha tanto busca este auxílio indo diretamente à Câmara, como também é encaminhado por outras instituições que identificam a necessidade desse tipo de apoio: “Caminha tem esta vantagem por ser um concelho muito pequenino, os técnicos repetem-se nas diferentes respostas, valências... ou seja, um mesmo técnico participa de muitos programas diferentes. Isso facilita a circulação da informação, do conhecimento sobre o concelho e das famílias. Às vezes sermos poucos não é mal, é bom, porque acaba por termos aqui, se calhar, um conhecimento um bocadinho mais privilegiado sobre o concelho e seus habitantes”.

Em um dos Lares de idosos que também oferece serviço de apoio domiciliário, a diretora Bianca me explicou que antes da crise havia dois programas vinculados à Segurança Social que financiavam parte da remuneração de cuidadores informais que trabalhavam nos domicílios ou em famílias de acolhimento, que deviam residir nas proximidades da casa da família do idoso, para que não perdesse o contato com ele. Porém, com os cortes de recursos, esses programas foram cancelados. A diretora de outra instituição, Magda, afirmou que a estrutura atual de apoio domiciliário oferecido pelas IPSS do concelho é insuficiente para a demanda das famílias com idosos, havendo sempre lacunas e regiões que ficam descobertas, por isso encarava o projeto de “Bolsa de Cuidadores” como um reforço ao apoio domiciliário, cobrindo aquelas situações onde as instituições não são capazes de atender. Também conversei com uma psicóloga (que fazia um estágio em um dos Centros Sociais) que considerava importante haver um projeto como este em curso, pois muitos cuidadores familiares não podiam executar algumas tarefas ou acompanhamentos que o idoso necessita, vivendo muitas vezes sobrecarregado e sacrificando setores de sua vida para cuidar do parente idoso: “quando não há uma rede familiar muito grande, seria importante ter uma instituição a qual eles pudessem recorrer para buscar alguém que pudesse substituí-los em algumas circunstâncias”.

#### **1.4. Família e dinâmicas do cuidado**

Vimos acima uma das faces dos desafios em torno do cuidado dos idosos; a outra face encontra-se mais invisibilizada pois se passa no âmbito da esfera privada. Denise Gutierrez e Maria Cecília Minayo (2008) ressaltam a importância da família enquanto elemento socializador fundamental, agência formadora do indivíduo em seus aspectos sociais, afetivos e educativos, configurando um espaço relacional de grande complexidade. As autoras destacam a importância de olharmos para formas de organização, relações no cotidiano e construção simbólica em torno do fenômeno saúde/doença/cuidado dentro dos grupos primordiais de inserção dos indivíduos:

As práticas de cuidado se destacam, sobretudo, como formas cristalizadas de agir sobre a saúde-doença e por traduzirem, enquanto ato, concepções e visões enraizadas que interatuam com essas mesmas práticas de modo recursivo numa interação dialética em que o fazer e o representar se encontram e se modificam mutuamente (GUTIERREZ E MINAYO 2008, p.1).

Sílvia Maria Santos e Theophilos Rifiotis (2006) também apontam a permanência da família como *locus* preferencial no processo de cuidar dos idosos, sendo variável a maneira como as pessoas lidam e se organizam para assumir estes cuidados, envolvendo, muitas vezes, outras pessoas que fazem parte do grupo doméstico. Os autores investigam como o papel de cuidador no contexto familiar é imputado e quais são os significados atribuídos pelas famílias à experiência de cuidado. Tanto para o idoso, quanto para seu cuidador, a situação de dependência “implica numa multiplicidade de interações, negociações, aproximações e separações, dilemas e conflitos interpessoais” (SANTOS e RIFIOTIS, 2006, p. 143). Vale destacar que o fato de idosos viverem com os filhos ou outros parentes não garante uma velhice “bem-sucedida”, ou seja, não é garantia de respeito ou prestígio, nem de ausência de maus tratos<sup>29</sup>. Para Debert (1999, p.55), “pensar na relação entre o idoso e a família é ora fazer um retrato trágico da experiência de envelhecimento, ora minimizar o conjunto de transformações ocorridas nas relações familiares”.

A eleição da pessoa que exercerá a função de cuidador familiar principal “está intimamente ligada ao campo das estruturas de parentesco e dos modelos de relações de intimidade, e a definição de modelos de distribuição de obrigações e deveres” (SANTOS e RIFIOTIS 2006, p.147). As questões de gênero e de gerações ocupam posição central no processo de imputação do papel de cuidador, pois é em torno da família, das articulações de gênero e das gerações estabelecidas ao longo de uma vida em comum que será definida tal escolha. Segundo Andréa Lopes (2006), no modelo tradicional de contrato de gênero, as mulheres aparecem como mais conectadas ao espaço familiar, sendo as principais responsáveis pela provisão de cuidados e pelo estímulo à ajuda mútua, atuando de forma determinante no processo de intercâmbio entre as gerações. Com o aumento da longevidade e as alterações de curso de vida, um novo papel foi atribuído às mulheres: o de cuidadora de idosos. As novas imagens do envelhecimento e as relações que se estabelecem ao longo desse processo expressam mudanças sociais e redefinem identidades, relações familiares, o próprio curso de vida e a dialética dependência/interdependência entre gerações, conforme defende Ana Maria Goldani (1999).

Também o critério da proximidade física e afetiva com o idoso deve ser considerado, pois a seleção do cuidador sofre influência das relações de parentesco mantidas com ele. A

---

<sup>29</sup> A co-residência entre diferentes gerações no mesmo grupo doméstico também não é sinal imediato de relações amistosas e equilibradas. Grande parte dos casos de violência contra os idosos ocorre em unidades domésticas multigeracionais. Nesse sentido, os recursos oriundos da aposentadoria, em algumas situações, podem se tornar um elemento crucial nas relações entre idosos e cuidadores, motivando tanto a prestação de serviços como conflitos intensos.

partir das observações realizadas, Santos e Rifiotis (2006) constataram que em uma mesma família é possível encontrar diversas configurações de cuidadores, que variam de acordo com a demanda de cuidados requeridos pelo idoso e, ou, condições do cuidador em executá-los, reconhecendo a dimensão conflitiva das relações que se desenvolvem nas dinâmicas do cuidado.

#### **1.4.1. Responsabilidade e Afeto**

Durante o curso de cuidador, a questão da institucionalização de idosos em “asilos” foi trazida à baila diversas vezes. Também nas entrevistas provoquei conversas sobre o tema, indagando sobre a possibilidade dos cuidadores familiares internarem o idoso que cuidavam. A comparação entre o cuidado nos ambientes domiciliar e institucional foi feita de formas variadas e em diferentes contextos, levando-me a refletir sobre a percepção que cuidadores têm sobre a participação ou ausência do grupo familiar nas relações de cuidado voltadas para os idosos.

Cuidar da mãe ou dos pais, por exemplo, pode ser encarado como uma oportunidade de dar-lhes o melhor ambiente para seu bem-estar, de ser o filho ou a filha responsável por garantir que todas as necessidades do idoso possam ser sanadas, sejam elas materiais e, ou afetivas. Olga, moradora de Itaparica, destacou o aconchego do ambiente familiar ao explicar porque considerava a casa o melhor lugar para cuidar de sua mãe: “No hospital ela sente falta de casa, é um lugar estranho, né”? Para ela, a convivência com a família é importante para saúde da sua mãe. Também afirmou se sentir satisfeita consigo mesma por cuidar dela: “Vejo que ela tá nessa idade e não é agora que a gente vai abandonar, né? Enquanto ela estiver viva, eu estou aqui”. Sente-se recompensada e pede a Deus que lhe dê força e saúde para poder continuar ao lado da mãe enquanto ela precisar. Ainda em Itaparica, Everaldo, que cuida da mãe de 76 anos e do pai de 78 anos, ressaltou que a relação dos pais com a família é de muito amor, carinho e respeito, tanto com filhos como com netos, e toda a comunidade comenta sobre a união deles. Seus pais continuam ocupando uma posição central na família e em torno deles, todos os parentes se reúnem: “É por causa da experiência deles. Eles participam de tudo. A gente consulta eles pra muita coisa”.

Também a noção de “retribuição” foi mencionada como motivadora para cuidar de idosos no ambiente domiciliar. A história de vida partilhada pelos idosos e seus familiares tem grande relevância no modo como a tarefa de cuidar dos mais velhos é tratada por seus parentes mais próximos. Este mesmo senhor, Everaldo, disse-me que jamais esquecerá o que seus pais

fizeram por ele e por seus irmãos desde que nasceram, todo amor, proteção e cuidado que receberam por toda a vida:

Sempre que eu precisei, meu pai me acolheu. Eu, garotinho, ganhava brinquedo, ele me botou no colégio, quando fiquei doente, ele me levou pro médico, se preocupava. Então hoje que eles estão idosos é a vez da gente retribuir o que eles fizeram com a gente. Tem que lembrar do passado, do que eles fizeram com a gente (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica).

Em Caminha, também pude notar a presença dessa noção do cuidado motivado pela “retribuição”. Enquanto acompanhava a ronda de Cristina, uma cuidadora do apoio domiciliário que pegava os idosos em seus domicílios para levá-los ao Centro, conversava com ela sobre a situação de abandono de alguns idosos e uma das idosas que estava sendo transportada comentou como aquilo era terrível. Cristina, que naquele momento trabalhava como motorista, declarou que os pais precisam dar carinho aos filhos, para que eles aprendam a dar carinho. A idosa afirmou que seus filhos eram bons com ela e a cuidadora comentou que, talvez, “se ela não tivesse sido boa pra eles, eles agora não seriam bons com ela”. A idosa pareceu concordar e disse que se preocupava com os filhos até hoje. Quando eles a visitam, sempre oferece produtos colhidos no seu quintal para que comam bem e os filhos sempre levam os presentes consigo.

Embora a responsabilidade de cuidar dos parentes idosos, especialmente o pai e a mãe, seja tratada como algo “natural”, precisa ser ensinada, segundo algumas cuidadoras. Uma aluna do curso de cuidador, por exemplo, queixando-se sobre o fato de filhos “abandonarem” seus pais em asilos, afirmou que obriga o filho a ajudá-la e sempre o recorda de todo o trabalho que teve para cuidar dele. Disse que os filhos que são acomodados e acostumados a serem servidos pelas mães, depois que casam fazem tudo por suas esposas. E, quando chega a hora de cuidar da “mãe velha”, coloca no asilo: “hoje em dia os filhos não querem cuidar dos pais. Por que os filhos não podem cuidar dos pais, que muitas vezes dedicaram a vida a cuidar deles?”

Os relatos informais e as entrevistas parecem apontar que se o sentimento de responsabilidade não for transmitido com eficácia, situações dramáticas podem ocorrer, mesmo quando o idoso não é “abandonado” em uma instituição, o que nos leva às condições em que se pode ser abandonado em seu próprio domicílio.

Vejamos o caso relatado por Eliana, professora do curso de cuidador de idosos que, em sua primeira experiência como cuidadora contratada, enfrentou uma delicada situação: a idosa que ela cuidava foi abandonada pela filha, que saiu em um cruzeiro sem dar satisfações e sem deixar qualquer dinheiro para as necessidades da mãe ou para pagar o salário da cuidadora.

Sua ausência durou seis meses. A professora relatou que foi muito complicado, porque, embora tivesse vontade de largar aquele emprego, não podia deixar a idosa sozinha. Então, a “pessoa estranha” – que em muitos casos é encarada como destituída de amor e carinho que apenas os familiares dos idosos são capazes de sentir -- precisou arcar com os custos da alimentação e outras necessidades da idosa sem nada receber pelo trabalho até o retorno da filha da idosa. A professora completou dizendo que naquele momento ficou chocada com o abandono de idosos pertencentes a famílias abastadas: “será que a história de vida da pessoa não é nada? Eu comecei a me incomodar muito com a situação dos idosos e me envolvi com muita força nessa coisa de cuidar”. Eliana disse que vê com muito pessimismo o que chamou de “nova geração *high tech*”, pois “são muito exigentes e frios, conhecem seus direitos e tal, mas são muito egoístas e individualistas”. Em sua própria família, ela afirma que procura reforçar sempre os laços com seus filhos, dizendo que os ama, cuidando deles em todos os sentidos, demonstrando interesse por suas vidas e necessidades: “eu penso que no futuro são esses laços que serão lembrados, porque é o cuidado que você deixa de legado, não é a coisa financeira”.

Parece-me, por outro lado, que onde há laços familiares, em alguma medida há expectativas. No caso do intercâmbio entre gerações, há expectativas em relação à conduta dos mais velhos e dos mais jovens nas dinâmicas do cuidado. Ao transitar para a idade adulta, aqueles que eram alvos de cuidado devem se preparar para prestar aos mais velhos os devidos cuidados. Se algo foge a este “*script*”, as relações podem ficar estremecidas. Se os mais jovens não estiverem dispostos a cuidar dos mais velhos, o intercâmbio é posto em xeque, as relações são problematizadas e o dever de cuidar entra em debate. A família entra em crise, surgem conflitos entre familiares e acusações, culpas e desentendimentos podem ganhar proporções que levam à ruptura de laços no plano da convivência.

Com base nos dados etnográficos desta pesquisa, observei que cuidar dos parentes idosos era tratado pelos interlocutores, em Itaparica e em Caminha, como uma responsabilidade, à princípio, da família. Essa responsabilidade, entretanto, podia se materializar em práticas de cuidado onde poderia, ou não, estar presente o afeto entre cuidadores e idosos. Assim, é possível cuidar de um parente idoso por obrigação, mas sem o bônus do “amor, carinho, proteção”. Por exemplo, em Caminha, Fernando, um cuidador familiar de 83 anos com quem conversei, era responsável por cuidar de sua esposa de 81 anos, com quem, visivelmente, tinha uma péssima convivência. Falava da dificuldade em “aturá-la” e que só não a internava em um Lar, porque ela não aceitaria. Um casamento de 59 anos parecia obrigá-lo a cuidar da esposa, mas não foi suficiente para a existência de afeto, prazer ou satisfação por cuidar dela.

No curso de cuidador de idosos, lancei uma provocação em uma das aulas sobre o receio de ser abandonado em um asilo ser muito frequente, apesar da possibilidade de muitos idosos serem abandonados no domicílio. A professora Eliana aproveitou a oportunidade e contou que tentou convencer a filha de uma senhora portadora do Mal de Alzheimer a contratar alguém para cuidar da idosa, pois a filha trabalhava o dia inteiro e mantinha a mãe trancada em casa sozinha. A senhora enferma era a proprietária da casa e sua aposentadoria a sustentava, bem como a sua filha, que recusava a alternativa de institucionalizá-la aparentemente por amor, por medo de contratar alguém que maltratasse sua mãe. A professora, entretanto, suspeitava que aquela era uma medida econômica que nada tinha a ver com afeto, pois saía mais barato manter a mãe em casa sem custos adicionais, mesmo que solitária e trancada.

Em Caminha, a diretora de um dos Lares para idosos, Bianca, comentou que muitas famílias não têm condições de responder às necessidades do idoso e que é mais simples solucionar os problemas dos idosos quando apenas um ou, no máximo, dois filhos estão diretamente responsáveis por eles: “quando são muitos, é um jogo de empurra, ‘agora vai pra ti, agora vai pra aquela’”. Além disso, a responsabilidade de cuidar no domicílio pertence às mulheres da família do idoso: “o que se ouve muito é isso ‘as filhas é que tem obrigação e não as noras’ e quase sempre os filhos ficam de fora, nem contam. Mas eles são filhos como as filhas e a responsabilidade é exatamente igual. É lamentável”.

Todas essas histórias aqui apresentadas colocam em xeque o pressuposto de que o abandono do idoso ocorre quando ele é institucionalizado. É possível estar sozinho e sem amparo, trancado em sua casa, à espera do retorno do cuidador, assim como é possível ser tratado como um fardo sobre o qual os outros decidem quem é o “carregador” responsável. Geralmente, as mulheres assumem a responsabilidade. Mas assumir a responsabilidade de cuidar de um parente idoso pode ser encarado como uma obrigação, um ajuste de contas público, onde, aos olhares externos, um filho ou uma filha estão fazendo o seu “papel” cuidando dos pais idosos, mas que pode conviver com modalidades precárias do cuidado, como tarefas cotidianas realizadas de forma “mecânica”, sem envolvimento afetivo. De forma geral, cuidadores apontaram para a história familiar como a base onde se fundamentam as relações que serão vivenciadas quando os mais velhos precisarem da ajuda das gerações mais jovens da família. E se o abandono e as mágoas da infância e juventude podem se converter numa distância emocional entre filhos cuidadores e pais idosos, uma história familiar repleta de boas recordações, gratidão e carinho podem se converter em situações onde assumir a responsabilidade de cuidar do parente idoso seja uma grande alegria e satisfação para o cuidador, que encara as condições de dependência de seu familiar idoso como uma

oportunidade de retribuir todo afeto e cuidado que recebeu ao longo de uma trajetória de vida em comum.

A responsabilidade e o afeto estavam entrelaçados em muitos outros casos observados. Assim me pareceu também a situação vivenciada por Helena, uma senhora portuguesa de 70 anos que cuidava da mãe de 96 anos: “enquanto eu puder, ela fica aqui [em casa]”. A cuidadora se preocupava com o futuro da mãe caso algo acontecesse com ela, pois o irmão já quis colocar a mãe em um Lar e foi ela que o impediu, pois considera a convivência com a família importante para a mãe: “sempre a família tem outro carinho pra cuidar”. Helena me contou que ela e a mãe trocam carícias, afagos, beijinhos: “ela também gosta muito de mim”. A responsabilidade de cuidar da mãe foi assumida com prazer e tinha de ser assim, ela explicou, pois é a “filha mulher”. Se a mãe ficasse com o irmão, era a nora que cuidaria dela e certamente eles não amam a idosa como ela, pois por eles, a idosa já estaria internada em um Lar.

A responsabilidade de cuidar recai quase sempre sobre as figuras femininas da família, especialmente filhas viúvas, como no caso exposto acima, ou solteiras. Lembro que, no curso de cuidador, a professora nos contou sobre a situação de sua melhor amiga que deixou de trabalhar como enfermeira depois de ter vivido uma situação extrema com sua mãe, que sofreu por anos devido à um câncer ósseo muito agressivo. A idosa tinha duas filhas, mas uma morava em outro estado e a amiga da professora, solteira e com formação na área de saúde, ficou tratando da mãe sozinha. Depois de oito meses com a mãe internada no hospital, chegou ao extremo de pedir ao médico que desse algo a sua mãe para libertá-la daquele sofrimento. A mãe sofreu demais até que faleceu. E a filha ficou traumatizada a ponto de largar a profissão.

Sônia, uma senhora de 56 anos, moradora de Caminha, que cuida da mãe, de 83 anos, e do pai, de 88 anos, também era uma cuidadora solteira. Quando perguntei porque ela se tornou a cuidadora principal dos pais, ela explicou “porque fiquei em casa, não me casei, optei por uma vida livre. Eu era a menina da casa, saía e não fazia nada, nenhuma responsabilidade. Agora as coisas viraram ao contrário. É minha obrigação. E eles só contam comigo”. Sobre a recompensa de cuidar dos pais, respondeu: “a recompensa que eu tenho é a minha obrigação para com eles. Tenho minha consciência tranquila de que faço minha parte bem-feita”. Falou-me sobre o fato de muitos filhos trabalharem fora de casa e acabarem institucionalizando os pais idosos:

Eu não admiti que meus pais fossem para um Lar. Nunca eu conseguiria ver um pai e uma mãe em um Lar. Dizem que é muito bom, mas eu não quero. Se eles nos criaram, criaram seis filhos... a minha mãe lutou tanto, poupou tanto pra dar sempre tudo que pedíamos. Ela sempre trabalhou em casa e trabalhava muito. Meu pai desfazia-se em trabalhar... e agora eu os meto em um Lar? Todo meu esforço é pra evitar que eles vivam num Lar. Aliás, eu estou

convencida que se meu pai e minha mãe fossem para um Lar, já não estavam cá. Já não tinha pais há muitos anos (Sônia, cuidadora familiar, Caminha).

Em Itaparica, Elvira, que cuida dos pais com a ajuda do irmão mais velho, disse-me que gostava muito de cuidar dos pais, pois “eles já fizeram muito por nós, desde criança, agora eu... mas não é uma retribuição, é obrigação. Eu sinto que estou fazendo o que deve ser feito”. Para ela, também não há a menor possibilidade de os pais serem colocados em uma instituição. Disse que entendia que em alguns casos as pessoas não têm condições de cuidar do idoso e por isso o internam, mas no caso dos seus pais, que tem muitos filhos, não precisavam fazer isso: “se eu não puder, outro irmão pode, porque eles também têm obrigação de cuidar deles”.

Em Caminha, conheci Mariana, que cuidava da irmã, Marta, de 83 anos com ajuda do serviço de apoio domiciliário de um dos três Centros que acompanhei. Essa cuidadora relatou-me, muito emocionada, o dilema que vivenciou quando decidiu institucionalizar outra irmã sua. Explicou que Marta e esta irmã moravam juntas, no mesmo apartamento e eram vizinhas dela, pois todas moravam no mesmo prédio. A irmã mais nova começou a ficar esquecida e Marta, a mais velha, teve um AVC. Depois disso, a caçula nunca mais foi a mesma: “naquele dia em que nossa irmã foi internada, ela se viu sozinha. Faltou-lhe aquela bengala que ela tinha sempre, porque era ela [Marta] quem fazia tudo, quem resolvia tudo na rua e em casa. A caçula não tinha iniciativa e quando se viu só, perdeu completamente a noção da realidade”. Mariana contou que, pouco a pouco, essa irmã foi apresentando sinais de falha de memória e falta de orientação, a ponto de ser preciso levá-la até seu apartamento depois do almoço, pois ela ficava desorientada. O quadro foi piorando e o comportamento da irmã foi se tornando mais complicado: pegava a colher de pau para tomar sopa, escondia tudo que podia da irmã convalescente, inventava de cozinhar água com canela de madrugada, vestia-se de maneira absurda, pintava-se com batom por todo o rosto e também as paredes da casa. Numa fase mais avançada da doença, diagnosticada como Mal de Alzheimer, vivia obcecada por fugir de casa. Montava uma sacola com provisões improváveis e tentava fugir. Uma vez conseguiu escapar e um parente a encontrou na rua, a quem ela explicou que estava indo para casa: “ela estava mesmo muito confusa e tivemos que fechar a porta à chave”, disse-me Mariana. Passou a viver trancada. Mariana me explicou que antes de Marta ter o AVC, a irmã caçula já estava meio apática e diferente do que costumava ser, mas ainda parecia normal. Foi depois da internação da irmã mais velha, com quem convivia na mesma casa, que a doença avançou com velocidade na irmã caçula. Sobre a decisão de interná-la, a cuidadora ponderou: “não podia mais suportar em casa aquela situação. Era arriscado pra ela. E ela portou-se bem, porque já não tinha mais

noção de nada”. Hoje cuida apenas de Marta, que sobreviveu ao AVC com algumas sequelas e continua residindo (agora sozinha, pois a irmã caçula foi institucionalizada) no mesmo apartamento, no andar imediatamente superior ao de Mariana. Para ela, a única recompensa em ser cuidadora é a espiritual “e nada mais”: “é uma sensação de dever cumprido, porque elas foram sempre quase como minha mãe. Portanto, eu sinto que tenho obrigação de olhar por elas. Eu fiquei sem pais muito cedo. Realmente, a única satisfação que tenho é essa”.

Essas observações lançam luzes sobre a relação entre o asilo e o abandono, de se “estar entregue” a pessoas desconhecidas e de como isso soava absurdamente chocante e inadmissível para a maioria dos interlocutores da pesquisa. Receber cuidados de desconhecidos e fora de casa parecia contrapor-se a uma certa percepção de que cuidar é algo íntimo e, por isso mesmo, deve ser realizado por pessoas muito próximas a quem é alvo de cuidados. Entretanto, esse modo de encarar o cuidado parece provocar inúmeros transtornos para as relações familiares, pois quando não é possível que assim seja -- quando é preciso contar com o apoio de uma equipe médica, a ajuda extra de uma pessoa “estranha” ou lidar com o uso de equipamentos e regras --, muitas conturbações podem surgir na vida do idoso e de seus familiares.

#### **1.4.2. Instituições particulares (em Caminha)**

No município de Itaparica não existem instituições, públicas ou privadas, à disposição dos idosos e suas famílias seja para internamento ou apoio domiciliário. Em Caminha, entretanto, há Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e, antes de apresentar os dados coletados no trabalho de campo realizado nesta localidade, é importante voltar a mencionar as diferentes atuações das instituições que acompanhei: os “Lares” são as residências dos idosos institucionalizados; os “Centros de Dia” acolhem, ao longo do dia, os idosos, pensionistas ou pessoas em alguma situação de dependência, sendo que à noite essas pessoas regressam às suas casas, onde vivem sós ou em companhia de seus familiares; os “Centros de Convívio”<sup>30</sup> funcionam à tarde e são voltados a pessoas de qualquer idade e os “Centros Sociais” são instituições maiores que oferecem os três tipos de serviço. No concelho de Caminha há 13 IPSS, sendo nove delas destinadas ao atendimento da população idosa da região. Visitei muitas instituições, mas escolhi trabalhar apenas com três modelos diferentes de atuação de IPSS, selecionando aquelas cuja atuação tinham maior abrangência, quantitativa e geográfica, no município: um Lar, um Centro de Dia e um Centro Social. Como veremos, nas instituições de

---

<sup>30</sup> Nestes Centros, não há uma atuação direcionada especificamente para pessoas com dependência e lá são realizadas atividades voltadas para toda a comunidade.

cuidado temos questões de outra ordem, se comparados ao cuidado domiciliar, mas não menos desafiadoras.

No Lar que visitei e acompanhei, a equipe de apoio domiciliário existe há 12 anos e atualmente tem capacidade para 37 utentes, distribuídos em 21 quartos. A atual diretora, Bianca, tem 38 anos, formada em sociologia das organizações e trabalha nessa função desde sua inauguração, em 2001. A instituição funciona 24h e os utentes institucionalizados são alimentados em horários regulares -- as dietas são definidas conforme as necessidades de saúde de cada um (as orientações estão à disposição da equipe da cozinha, formada por 3 mulheres) -- e são acompanhados diariamente por ajudantes de ação direta (3 no turno da manhã/tarde e 2 no turno da noite). Contam também com serviço de lavanderia, executado por uma funcionária, e três funcionárias que também trabalham fora do Lar, prestando serviço de apoio domiciliário (a rotina é executada em duplas e em regime de rodízio). O perfil etário do quadro de funcionários compreende mulheres de 35 a 64 anos<sup>31</sup>. A formação dos profissionais varia conforme as tarefas que executam<sup>32</sup>. No Lar, trabalham também dois enfermeiros (um em tempo integral, outro parcial) e um médico que visita a instituição duas vezes por semana. Bianca ressaltou que nesse quesito existe a vantagem do Lar estar localizado junto a um Centro de Saúde, tendo à disposição, em caso de emergência, outros médicos e enfermeiros. Além deles, há também uma psicóloga que faz o acompanhamento aos utentes e promove atividades recreativas envolvendo aqueles mais autônomos.

Em relação ao apoio domiciliário, fui informada de que o serviço funciona desde a inauguração do Lar e, atualmente, conta com três funcionárias -- duas por ronda (aquela que não está escalada para o apoio domiciliário no dia, atua no Lar) -- que trabalham das 8h30 às 13hs e das 16hs às 18h30, realizando visitas diárias aos domicílios de 10 utentes. A negociação dos serviços que serão fornecidos é realizada no contato inicial com a instituição e a informação

---

<sup>31</sup> Na ocasião, havia também 3 funcionários encaminhados pelo Centro Emprego (serviço público que divulga postos de trabalho em Portugal). A diretora explicou que, com o alto número de desempregados no país, as instituições fazem parte de uma lista de demandas de trabalhadores que desejam trabalhar em diferentes áreas. Como na ocasião algumas funcionárias estavam de férias, o Lar buscou no banco de dados do Centro Emprego pessoas disponíveis para trabalhar na instituição. A diretora comentou que pelo fato do Lar funcionar 24hs, a jornada de trabalho, eventualmente, inclui finais de semana e feriados, pois é indispensável trabalhar em sistema de rotatividade, garantindo os dias de folga. Comentou sobre a dificuldade de organizar as férias dos funcionários do Lar, pois é justamente no período de recesso escolar que as visitas de parentes são mais frequentes.

<sup>32</sup> A formação profissional da equipe de apoio domiciliário é fornecida pela instituição, através de cursos e treinamentos realizados pelos técnicos do Lar, ou por uma empresa privada contratada para realizar atividades de reciclagem e atualização das profissionais. A diretora contou que algumas pessoas com formação profissional procuram a instituição em busca de empregos como cuidador de idosos, mas, com a crise, tem sido inviável contratar novos funcionários. Perguntei se entre os cuidadores informais/familiares havia procura por uma formação mais específica para cuidadores de idosos e ela explicou que há muitos casos de pessoas que começaram a cuidar de um parente idoso e depois buscaram formação e emprego na área.

da demanda chega ao Lar por diferentes caminhos: através de um familiar, da assistente social (que trabalha em hospitais ou Centros de Saúde e tem conhecimento das necessidades que o idoso terá quando receber alta, acionando os Centros que fornecem apoio domiciliário) ou mesmo através de visitantes do Lar que tomam conhecimento de alguma situação e encaminham vizinhos e conhecidos, em busca de informações sobre o apoio domiciliário. Tendo conhecimento do perfil social da família, ou do idoso isoladamente, avaliam a possibilidade de atendimento e de manutenção dos serviços por parte dos utentes. A diretora destacou que com o aumento do desemprego houve uma redução significativa de procura por esses serviços prestados pelo apoio domiciliário. Ela comentou também que uma das dificuldades encontradas é que nem sempre se conta com a ajuda dos familiares. Apontou, ainda, o problema de não serem capazes de atender outras freguesias, pois só possuem um automóvel para realizar a ronda do serviço de apoio domiciliário. Por fim, Bianca explicou-me que muito tempo é consumido apenas no deslocamento, mesmo quando as casas são próximas, o que inviabiliza abranger freguesias mais distantes.

Já o Centro de Dia que acompanhei funciona há 19 anos. Inicialmente funcionava apenas vinculado à igreja, sem que houvesse um corpo técnico. A direção tinha um forte componente religioso – diferentes padres assumiram essa função – e por pelo menos 17 anos os funcionários do Centro não tinham formação específica. Ainda hoje o Centro é tutelado pela paróquia, junto com a direção. Com o passar dos anos, em 2001, a instituição também incorporou o serviço de apoio domiciliário entre suas valências/respostas sociais, com o apoio da Segurança Social, e foi transformado em ADI (Apoio Domiciliário Integrado – responsabilidade tripartida entre o Centro de Dia, a Seguridade Social e o Centro de Saúde)<sup>33</sup>.

O principal parceiro hoje é o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, responsável por parte da receita que é somada a contribuição dos utentes. A ex-diretora do Centro, Magda, tem 33 anos, é assistente social e atuou como diretora por dois anos<sup>34</sup>. A instituição atende 10 freguesias do concelho, tanto na margem litoral quanto no interior, e no momento da pesquisa, cuidavam de cerca de 85 idosos. Apesar da alta demanda, não era possível atender um número maior de pessoas porque não havia infraestrutura adequada para tanto, pois, como salientou a ex-diretora,

---

<sup>33</sup> Nessa época, o serviço era destinado a pessoas com condições de saúde e dependências mais complicadas e que exigiam o envolvimento dos profissionais do Centro de Saúde. Esse formato do serviço foi abolido, pois o Centro de Saúde agora trabalha exclusivamente com o sistema de Cuidados Continuados, não prestando mais cuidados no domicílio.

<sup>34</sup> Quando a conheci e entrevistei, ela havia acabado de ocupar um cargo na Câmara Municipal, e uma nova diretora havia assumido, há poucas semanas, a função e ainda estava se adaptando à realidade do Centro.

privilegiamos que os cuidados de higiene sejam prestados nas horas devidas, com a devida dignidade, que as refeições cheguem num curto espaço de tempo, com condições salubres e ainda quentes, que a higiene habitacional seja feita também nas devidas condições, e que os horários sejam os melhores para as pessoas que recebem os cuidados, de acordo com as necessidades reais dos utentes, mesmo que não sejam para as trabalhadoras (Magda, ex-diretora de Centro de Dia, Caminha).

Esse Centro privilegia os utentes que sofrem com patologias como diabetes e que estejam mais isolados, tentando sempre fazer com que a manutenção do domicílio seja conciliada com a rotina profissional dos familiares que os cuida, “porque senão estariam em situação de abandono familiar e não de apoio domiciliar”, afirma a ex-diretora. Sobre as refeições fornecidas diariamente pelo Centro, ela explica: são 40 aos fins de semana e 90 durante a semana, incluindo reforço para o jantar. Apenas os Lares servem janta, mas o Centro fornece a todos um almoço reforçado que costuma ser suficiente para garantir a janta, cabendo ao utente esquentar a refeição.

O quadro de funcionários é formado por diretor técnico (geralmente com formação em serviço social, acumulando assim também a função de assistente social), equipe de cozinha, equipe de lavanderia e 15 ajudantes de ação direta (que atuam no Centro e nos domicílios). Embora o recrutamento não exclua a possibilidade de profissionais do sexo masculino, em todos esses anos o quadro de funcionários é formado exclusivamente por mulheres. Além disso, o perfil dos funcionários do Centro é de mulheres com idades entre 30 e 45 anos. O nível de escolaridade da maior parte das colaboradoras é de pessoas que chegaram a completar o 9º ano (equivalente ao ensino fundamental no Brasil) e a maioria trabalha no Centro há pelo menos 10 anos “com o alto desgaste daquilo que são os cuidados com prestação direta”, completou minha interlocutora.

No Centro de Dia, o serviço de apoio domiciliário atende 55 idosos, das 8h30 às 20h00. A equipe é formada por 11 mulheres, que atuam em duplas e trabalham todos os dias da semana. Cada dupla é responsável por um certo número de domicílios. O turno da manhã é dedicado à higiene pessoal e mobilização de conforto, o turno da tarde à higiene habitacional e ainda há os cuidados de fim de dia, quando conferem a higiene pessoal e a mobilização de conforto mais uma vez. O tempo de atuação em cada domicílio varia entre 30 e 40 minutos, depende dos serviços prestados em cada um deles. A ex-diretora observou que a maior parte dos idosos atendidos vivem com outros idosos -- raramente vivem com os membros mais jovens da família -- e que a jornada de trabalho nos fins de semana é bem pesada. Então, a escala de trabalho acaba por afetar a vida das cuidadoras formais com suas próprias famílias, gerando muito estresse.

De acordo com a legislação, é obrigatória a formação na área para trabalhar como cuidadora de idosos e no Centro de Dia, e as funcionárias foram formadas através de convênios com entidades locais. Acontece também cursos específicos. Recentemente ocorreu um curso sobre “Abuso e negligência sobre idosos” e as funcionárias de todas as IPSS o frequentaram juntas.

Magda mencionou, ainda, os diferentes contextos em que o apoio domiciliário presta serviços. Algumas casas contam com aquecimento, cama articulada, boa ventilação, enquanto que outras casas não têm gás canalizado e é preciso aquecer a água em uma bacia, não há espaço confortável nem para o idoso, nem para realizar os cuidados. O tempo de permanência em cada habitação também varia em função dessas diferenças de realidade. O apoio domiciliário também inclui a entrega de refeições e serviço de lavanderia, mesmo para idosos com alguma autonomia – grande parte deles viúvos. As visitas nesses casos também são para conversar um pouco, perguntar como está, ajudar a trocar de roupa, a limpar a casa, procurando estimular esses idosos a não abrir mão de sua independência ao mesmo tempo em que os lembra de que não estão sozinhos e abandonados.

Sobre as dificuldades para prestar o serviço, a ex-diretora relatou que são as dificuldades econômicas as mais expressivas, pois as verbas transferidas pelo estado são poucas e os valores dos rendimentos dos idosos também são baixos – há muitas famílias desempregadas e as aposentadorias dos idosos também acabam por servir para ajudar no orçamento familiar de filhos e netos: “para oferecer um serviço de qualidade, tu tens que ter um bom componente humano, mas também tem que se ter mais recursos para assegurar essa qualidade”. Outra dificuldade relevante é encontrar meios de garantir boas condições de trabalho para as cuidadoras do ponto de vista motivacional, do conforto, do reconhecimento: “quem cuida precisa estar bem para cuidar bem”. De modo geral, “o desafio é fazer com que tudo que surge como dificuldade seja entendido como oportunidade”.

Por fim, a terceira IPSS que acompanhei, o Centro Social, funciona há 30 anos. A diretora, Joana, tem 51 anos e exerce esta função há 21 anos. O serviço de apoio domiciliário foi uma das primeiras valências a ser oferecida. A receita da instituição é composta por recursos fixos, originários do protocolo com a Segurança Social para respostas sociais e das participações dos utentes. Além disso, contam com o aluguel de uma área comercial que funciona no térreo de um dos prédios pertencentes ao Centro Social e de um andar no edifício sede, onde funciona uma escola. As valências oferecidas pelo Centro: apoio domiciliário (30 idosos), Centro de Dia (30 idosos), Lar (20 idosos), Centro de Atividades (29 crianças e adolescentes), Centro de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica (mais 60 vítimas),

Loja Social (100 famílias), Cantina Social (30 refeições diárias), Creche (66 crianças com idades entre 3 meses a 3 anos), Pacto das Juntas Técnicas (disponibiliza, para empréstimo ou locação a custos baixos, equipamentos e materiais voltados para o cuidado de idosos, dependendo da condição financeira das famílias. Se já são utentes do Centro, não há custos).

O quadro de funcionários é composto por cerca de 50 colaboradores. No apoio domiciliário há seis ajudantes de ação direta (que vão aos domicílios dos idosos), a equipe da cozinha, formada por duas funcionárias, uma psicóloga realizando um estágio e o motorista. As ajudantes de ação direta são todas mulheres na faixa dos 30 a 45 anos. No início, não era exigida formação profissional específica para trabalhar como ajudante de ação direta – a formação acontecia na prática. Mais recentemente, a própria instituição passou a fornecer curso e treinamento para as candidatas admitidas – há reuniões mensais e o trabalho é regularmente avaliado e aperfeiçoado. Também há formações promovidas por empresas privadas, contratadas pelo Centro Social para atualização e reciclagem dos funcionários. Joana teceu comentários sobre a recente necessidade constatada de fornecer informações e orientações para lidar com questões de saúde mental, devido ao número crescente de casos que surgem e as demandas das ajudantes para lidar com idosos nessas condições.

Sobre o perfil das pessoas servidas pelo apoio domiciliário: atualmente são 30 utentes atendidos pelo serviço e entre eles predominam mulheres idosas, de baixa escolaridade, sendo que grande parte viveu como donas de casa e hoje recebem reformas de baixos valores. Os homens são minoria, porém também com baixa escolaridade e poucas aposentadorias. As idades variam entre 70-80 anos. Alguns casos são encaminhados pela assistência social do hospital (antes de terem alta, o hospital entra em contato para obter informações sobre disponibilidade da instituição de ofertar os serviços), alguns pelos Centros de Saúde, outros casos são os filhos que procuram o Centro e, com menor frequência, são os próprios idosos que contratam os serviços. As vagas no Lar são muito flutuantes, pois de uma hora para outra pode haver um *boom* de vagas, dependendo da esperança de vida desses idosos.

O apoio domiciliário oferecido pelo Centro Social funciona há mais de 20 anos. Das 8h30 às 11h30 trabalham duas equipes, formadas por duplas, dedicadas a realizar higiene pessoal. No intervalo entre turnos, uma equipe entrega refeições nos domicílios. Das 13h30 às 20h00, outras duas equipes realizam higiene habitacional e tratamento de roupas. As visitas são diárias, incluindo finais de semana e feriados. O serviço cobre a freguesia onde está localizada e freguesias limítrofes. Dos 30 utentes atendidos, nem todos recebem visitas diárias, pois isso depende de que serviços foram contratados. Há uma escala específica que define os domicílios visitados diariamente e aqueles que recebem visitas em dias específicos da semana.

Sobre dificuldades enfrentadas pela instituição, essa interlocutora destacou os escassos recursos para manutenção dos serviços, devido aos cortes nos orçamentos aplicados pelo governo. O regime de comparticipação é que viabiliza a oferta dos serviços do apoio domiciliário. Parte dos custos fica a cargo da Segurança Social e outra parte cabe ao utente, de acordo com uma tabela de valores para cada serviço e a proporcionalidade em relação ao valor da sua aposentadoria.

## CAPÍTULO 2

### **Redes de cuidadores: mediadores (familiares e contratados) humanos e não-humanos**

Ao longo desta Tese busco construir a noção de rede de cuidadores, observando como o “cuidador” pode ser melhor compreendido como uma forma de relação do que um papel ou função intrínseco a pessoas que lidam com os idosos. Mas essas formas de relações desenvolvem-se através de uma infinidade de mediadores (LATOURE, 2012), sendo, portanto, necessário identificar e analisar a perspectiva dos cuidadores humanos e não humanos. Assim, neste capítulo, apresento inicialmente os “perfis de relação” a partir dos mediadores humanos, considerando os diferentes “tipos” de cuidadores (familiares e contratados) e profissionais de saúde que conheci durante o trabalho de campo. Ainda como “tipos” de cuidadores, irei mencionar como lideranças espirituais (pais e mães de santo, pastores e outros religiosos) se constituem como “cuidadores espirituais”, participando ativamente das dinâmicas de cuidado. Embora não os tenha incorporado ao universo da pesquisa como interlocutores diretos, essas figuras também se apresentam como mediadores do cuidado. Em seguida, procuro entender como se processam as dinâmicas do cuidado considerando as conexões desencadeadas por humanos e não-humanos, destacando como medicamentos e equipamentos, entidades e artefatos e animais podem atuar como mediadores do cuidado entre idosos.

Entretanto, antes de prosseguir com a apresentação dos cuidadores em relação, isto é, considerando-os enquanto mediadores humanos em que também intervém mediadores não-humanos, é necessário apresentar algumas considerações sobre as noções de “rede” e de “cuidador” utilizadas em minha análise. O conceito de rede é extremamente útil para o entendimento da produção de cuidados, pois reconhece, além da família extensa, a participação da vizinhança e de elementos de outros contextos, além de abranger os recursos comunitários e os serviços de saúde disponíveis<sup>35</sup>. Adoto em minha análise a noção de rede utilizada por Octavio Bonet e Fátima Tavares (2006) que reconhecem não a existência de uma única rede, mas sim a coexistência de redes com graus variáveis de abrangência e de estruturação. Essa noção difere daquela enunciada por Bott (1976) em seu estudo sobre os relacionamentos sociais

---

<sup>35</sup> Helman (2003) afirma que a maior parte da assistência à saúde se dá entre pessoas ligadas por laços de família, amizade ou vizinhança, indicação de que pacientes e cuidadores podem, em muitos casos, compartilhar pressupostos semelhantes sobre saúde e doença.

externos das famílias. Para essa autora, o conceito de rede é definido a partir de limites -- somente alguns membros da família têm relações sociais uns com os outros -- e tal percepção acaba por ser limitada. Considerando a “conexidade” das redes como “a extensão em que as pessoas conhecidas por uma família se conhecem e se encontram umas com as outras, independente da família” (BOTT 1976, p.76), essa autora também destaca seu caráter variável, resultado de complexas combinações de forças sociais e econômicas. Contudo, sua noção de rede não é capaz de dar conta da capilaridade e da coexistência de diferentes redes, como apontam Bonet e Tavares (2006) ao analisar as redes de cuidado à saúde que se sobrepõem no âmbito do Programa Saúde da Família. Para os autores, redes intersticiais, terapêuticas e aquelas formadas pela família, vizinhança e amizades não se confundem, mas se interpenetram.

Nesse sentido, considero a abordagem metodológica de Bonet e Tavares et al. (2009) inovadora e de particular interesse para compreensão das dinâmicas do cuidado, pois traz à baila a dimensão relacional e situacional do cuidado e de seus mediadores. No âmbito das políticas de saúde como a “Estratégia Saúde da Família”, os autores propõem uma análise do processo saúde-doença operando alguns deslocamentos da ideia de “público alvo” (perspectiva adotada por aqueles que elaboram políticas públicas a partir de interesse divergentes dos usuários do serviço de saúde) e de “usuário-centrado” (quando a ênfase recai sobre o usuário como mediador, admitindo sua interferência no curso dos acontecimentos), para o enfoque sobre o “usuário em situação-centrada”. Ao desenvolver o conceito de itinerário terapêutico, apontam questões importantes para a compreensão do fluxo das buscas por cuidados terapêuticos.

Embora concordem com a ideia de que o usuário não é uma entidade passiva a que se destinam as políticas (como sugere o conceito de público alvo), e que suas atitudes e condutas encontram-se no meio do processo, produzindo interferências (conforme é utilizado no sistema de saúde ao se adotar a perspectiva do usuário-centrado), os autores defendem a necessidade de atentar para a dinâmica relacional do sistema de cuidado, deslocando a atenção do sistema para o usuário, observando todos os envolvidos como “um *momentum* de um feixe de relações” (BONET E TAVARES et al., 2009, p. 242). Tal deslocamento consiste em investigar os usuários em situação, utilizando como unidade de análise a “situação-centrada”, perspectiva que parte do pressuposto de que identidades e experiências são situadas, buscando evitar definições substancializadas, universais e irrelativizáveis das identidades sociais:

Deste modo, falar de usuário em situação-centrada nos permitiria pôr a ênfase nas relações e não nos elementos que entram em jogo nessas situações, mas também atentar para essas identidades complexas que põem em relação

diferentes sistemas de conhecimentos e pertencimento. Este tipo de abordagem permite pensar em sujeitos que estão em uma permanente reconstrução de seus discursos e das suas posições no cotidiano. Esta perspectiva sobre o usuário se diferencia da ideia de usuário-centrado e nos aproxima da ideia de usuário como mediador; é mediador porque ele próprio, suas ações e seu mundo dependerão da configuração posicional e, portanto, relacional, que os outros mediadores adquirirão numa estrutura conjuntural específica (BONET E TAVARES et al., 2009, p. 243).

Utilizo a abordagem desenvolvida por Bonet e Tavares et al. (2009) no intuito de ampliar os horizontes teóricos da minha investigação, pois a partir dela a noção de “cuidador” pode ser entendida mais como uma forma de relação do que um papel. É claro que existem papéis nesse contexto, pois existe a figura do cuidador -- pessoas que se destacam nas dinâmicas do cuidado por assumirem mais responsabilidades e com maior frequência --, mas o conceito de cuidador pode ser mais amplo do que os cuidadores “oficiais” ou “oficiosos” (familiares ou outros que não são remunerados para tal função). Desse modo, se o cuidador é uma relação, ela pode compreender tanto sua dimensão “essencializada” (a figura do cuidador), como também sua dimensão posicional: várias pessoas ou outros não-humanos podem tomar essa posição (momentaneamente ou por períodos longos) sem necessariamente serem considerados “cuidadores”.

## **2.1. Mediadores humanos**

Nesse item apresento perfis socioeconômicos de alguns cuidadores (familiares e contratados) e profissionais de saúde que foram meus interlocutores neste estudo, destacando alguns elementos de suas trajetórias e experiências individuais a fim de identificar possíveis convergências e divergências entre elas. Concentrei-me nesses mediadores humanos, além dos “cuidadores espirituais” – terapeutas ligados à religiosidade e espiritualidade --, apresentando relatos sobre como esses últimos podem participar das dinâmicas de cuidado nos casos investigados.

### **2.1.1. Cuidadores familiares e contratados**

Em Itaparica, tive acesso apenas à cuidadores familiares e aos profissionais de saúde da UBS. Durante o trabalho de campo nesse município, não encontrei cuidadores contratados em

nenhum dos domicílios que visitei. O contato com os cuidadores familiares na UBS pesquisada foi intermediado pela ACS<sup>36</sup>.

Por outro lado, em Caminha, apenas uma cuidadora familiar, entre os que são aqui apresentados, não contava com a ajuda do serviço de apoio domiciliário e cuidava dos pais sem ajuda de uma IPSS: todos os outros cuidadores familiares de Caminha foram contatados através do serviço de apoio domiciliário oferecido por uma das três IPSS que acompanhei (Lar de idosos, Centro Social e Centro de Dia).

Já no curso de cuidadores de idosos, conheci alunas sem experiência profissional e alunas que já trabalharam, ou estavam trabalhando, como cuidadoras de idosos. Sobre essas alunas, apresentarei seus perfis de cuidadoras aprendizes. Em seguida, apresentarei as cuidadoras contratadas (que conheci no curso em Salvador e as cuidadoras do apoio domiciliário, que conheci em Caminha).

#### **2.1.1.1. Cuidadores familiares em Itaparica**

##### **Olga (cuidadora da mãe)**

Olga tem 49 anos, é parda e se declarou cristã. Quando nos conhecemos, ela era a principal cuidadora da mãe, uma senhora negra de 84 anos. Mãe e filha moravam juntas há seis anos, desde que Olga se separou do marido e a mãe começou a ficar adoentada. Ela não trabalha, mas é cadastrada como marisqueira. A renda da família é composta pela aposentadoria da mãe (um salário mínimo) e alguns benefícios que Olga recebe do governo na forma de medicação gratuita, inscrição em programas sociais como Bolsa Escola e Bolsa Família e o “defeso”, por ser marisqueira (auxílio financeiro que pescadores e marisqueiras recebem em alguns meses do ano). Nenhum parente contribui para o orçamento doméstico. A casa onde moram pertence à mãe, está localizada nos fundos da garagem de uma casa principal, em frente à praia (este imóvel também pertence à mãe e está alugado). O domicílio onde residem é bem espaçoso, tem três quartos, sala, cozinha, banheiro, garagem e varanda. A cuidadora explicou-me assim sua relação de cuidado com a mãe: “a gente depende financeiramente dela e ela depende do trabalho da gente. É a troca, né? ”.

---

<sup>36</sup> Durante o trabalho de campo em Itaparica, acompanhei o trabalho da ACS (a equipe era formada por duas, mas a outra estava de licença médica). Estive com ela em algumas de suas rondas diárias pela microárea que era responsável e foi através dos encontros proporcionados por sua atuação na localidade que conheci alguns cuidadores familiares em Itaparica.

Olga nasceu no município de Itaparica e foi criada pelos pais, que tiveram sete filhos (quatro mulheres e três homens). A irmã mais velha tem 62 anos e o caçula, 43 anos. Contou que teve uma boa infância, com oportunidade de brincar e estudar, tendo concluído o ensino médio. Desde pequena trabalhava em casa, ajudando nas tarefas domésticas. Aos 12 anos começou a ajudar a mãe no pequeno negócio da família, um mercadinho, localizado na frente da casa onde moram ainda hoje (o empreendimento continua em funcionamento, pertence à idosa e é administrado pelos filhos). Quando se casou, foi morar em Salvador<sup>37</sup> com o esposo, que trabalhava como segurança, e juntos tiveram um filho de 16 anos<sup>38</sup>. Explicou-me que legalmente ainda está casada, mas na realidade não vive com o marido há mais de dez anos. Não tem netos, mas disse que deseja muito tê-los.

Frequenta toda semana a Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) em Itaparica, onde tem muitos amigos. Costuma sair de casa, tanto para resolver problemas como para se distrair, já que, como ela explicitou, a mãe não atrapalha seu lazer, pois “se precisar sair pra qualquer coisa é só ligar que vem alguém ficar com ela”. Mãe e filha recebem visitas com frequência e no verão a casa costuma ficar cheia de parentes e amigos. Olga gosta de fazer artesanato com búzios e crochê e participa do grupo da igreja, onde faz trabalhos manuais. Também participa de caminhadas evangélicas. Ela mencionou alguns problemas de saúde que a obrigam a usar medicação para dor, anti-inflamatório, cálcio e três medicamentos para controlar a pressão arterial. Sobre a condição de saúde da mãe, declarou que a idosa só veio a precisar de cuidados mais intensos há um ano: “sempre foi uma velhinha durinha, né? Mas depois que ela caiu no quarto – caiu sentada – ela ficou mais abatidinha. Agora tem muitas dificuldades, tem dores. Antes ela fazia tudo mesmo”. As irmãs sempre vão à casa e contribuem realizando tarefas domésticas.

### **Everaldo e Elvira (cuidadores dos pais)**

Os irmãos Everaldo e Elvira nasceram no município de Itaparica e foram criados pelos pais, que tiveram nove filhos. Everaldo é o mais velho, com 50 anos, e Elvira é a mais velha entre as mulheres, com 49 anos. O irmão caçula tem 34 anos. Os dois irmãos afirmaram ter tido uma

---

<sup>37</sup> Nesse período em que morou em Salvador, há cerca de sete anos atrás, trabalhou como cuidadora de idosos por três anos. Cuidava exclusivamente de um idoso de 96 anos que vivia acamado na casa de um filho. Disse que gostou da experiência pois ele era muito calmo e doce, “não dava trabalho”.

<sup>38</sup> Seu filho, na ocasião em que nos conhecemos, estava morando com a avó paterna, em Salvador, “pra estudar e se desenvolver”. Queixou-se da relação com o rapaz, mencionando sua rebeldia adolescente e seus temores de que se envolvesse com “maus elementos”. Ele a visita nos fins de semana e, apesar dos desentendimentos, ela afirmou sentir muita saudade dele.

ótima infância. Everaldo declarou-se negro e candomblecista. Seu primeiro casamento durou 20 anos e dessa relação teve três filhas, de 22, 28 e 29 anos. A mais velha mora na vizinhança e as duas mais novas moram com a mãe, em Salvador, “para estudar” (a caçula estuda Direito). As filhas sempre o visitam nos fins de semana. A pequena casa onde reside com a segunda esposa, com quem está casado há 3 anos, é conjugada a outras casas, todas ocupadas por familiares, inclusive a irmã Elvira<sup>39</sup>. Everaldo é funcionário público municipal há 18 anos, afirmando receber um salário mínimo e meio. Sua esposa também é funcionária pública municipal e juntos custeiam as despesas da casa, que tem dois quartos, uma cozinha, um banheiro, uma sala e um quintal.

Everaldo disse-me que brincava muito quando criança. No verão, vendia na praia os quitutes feitos pela mãe: “toda criança aqui é assim, ajuda no comércio no verão, é cocada, picolé, pastel. E eu passei também por essa fase”. Chegou a viver 7 anos em Salvador, na casa das tias, período em que cursou e concluiu o ensino médio e começou a trabalhar. Quando a empresa em que trabalhava faliu, voltou a ilha. Fez o concurso para prefeitura há 18 anos e conseguiu o emprego atual. A filha caçula ainda é sua dependente (está fazendo um estágio e o dinheiro é pouco, então sempre precisa da ajuda do pai). Falou que não tem netos, mas tem muita vontade de ser avô.

Ele afirmou que não cuidou de parentes idosos até 10 anos atrás, mais ou menos, quando ele e a irmã perceberam que os pais precisavam de uma atenção maior e desde então eles vêm atuando como cuidadores da mãe, de 76 anos, e do pai, de 78 anos<sup>40</sup>. Esses cuidados incluem acompanhá-los às consultas médicas e ao banco, orientar na parte administrativa da casa e todo e qualquer imprevisto que surja<sup>41</sup>. Afirmou que ser cuidador dos pais não interfere em sua vida. Ele contou que vai ao posto de saúde a cada três meses, pois tem diabetes, hipertensão e psoríase (na ocasião, fazia tratamento no Hospital das Clínicas, em Salvador). Everaldo utiliza medicamentos de uso contínuo e faz tratamento para essas doenças. Faz dieta e reclamou que é muito difícil segui-la<sup>42</sup>. A médica recomendou que ele emagrecesse, pois a qualquer momento

---

<sup>39</sup> A casa dos pais está localizada na orla, em frente ao mar, e através de um beco no lado direito é possível ter acesso a uma espécie de “vila”, onde residem filhos, netos e sobrinhos dos idosos.

<sup>40</sup> Everaldo explicou que ele e a irmã ocupam o lugar de cuidadores principais dos pais por uma questão de tradição em sua comunidade: “os filhos mais velhos é que cuidam da família depois dos pais. Já é um costume aqui. Quando os pais já estão muito velhos, quem assume o controle da família são os filhos mais velhos”. Em outras famílias também é assim. E em sua família sempre foi assim.

<sup>41</sup> Sempre visita os pais, que moram na casa em frente, e supervisiona suas necessidades. A irmã, Elvira, atua como uma “suplente”: quando Everaldo não pode resolver, pede à irmã. E tem os outros irmãos que também ajudam quando são acionados.

<sup>42</sup> Proibiram de comer farinha, pão e outros alimentos que ele gosta e Everaldo me disse que é muito difícil seguir isso: “a médica diz que é pra substituir a farinha por aveia... mas que nada! Não é a mesma coisa. Quero comer

pode enfartar, ter um derrame ou problemas nos rins. O grupo que participa é formado em torno da religião. Everaldo participa do candomblé de orixá, onde é ogã<sup>43</sup>, e, do candomblé de egun<sup>44</sup>, onde é sacerdote (“olu ojé”). Costuma sair de casa com frequência, faz visitas a outros terreiros, viaja pra Salvador por causa do médico, mas também gosta de ir às partidas de futebol. Disse que vive cercado de amigos, seja no bairro, no trabalho ou no terreiro, e também recebe visitas com frequência. Quando tem um tempo livre, fica no computador ou vendo tv. No domingo, gosta de tomar cerveja e ver futebol.

Elvira, como já mencionei, tem 49 anos, declarou-se “preta” e católica. Casada há 22 anos com um homem que trabalha como vigilante, tem duas filhas, de 16 e 22 anos. A caçula vive com ela e a mais velha mora em Salvador, onde trabalha e estuda. Elvira mantém contato diário com as filhas. Em sua casa, moram ela, o esposo e a filha. Todos os parentes moram nas redondezas: irmãos, tios, primos, sobrinhos. Na ocasião em que nos conhecemos, trabalhava como assistente de administração em uma empresa terceirizada que presta serviços ao Estado. Há 3 anos trabalha como auxiliar de portaria em Itaparica. Ela e o esposo recebem, cada um, um salário mínimo e juntos mantêm a casa em que vivem. Eles são proprietários de um imóvel de tamanho médio, com dois quartos, cozinha, banheiro, sala e “lage”. Não tem automóvel, mas possui plano de saúde.

Como o irmão, Everaldo, ela também relatou que sua infância foi muito boa, pois brincava muito e teve oportunidade de estudar e concluir o ensino médio. Por volta dos 10 anos, sendo a filha mais velha, já ajudava a mãe nas tarefas domésticas e no cuidado com os irmãos. Recém-casada, foi morar em Salvador e aos 22 anos trabalhava em uma loja de tecidos. Ficou nesse emprego por 10 anos e depois voltou à ilha. Trabalhou por um tempo na prefeitura antes de trabalhar na empresa terceirizada. Afirmou ter o apoio do marido na realização das tarefas domésticas (varre casa, lava prato, ajuda) e indicou as filhas como suas principais dependentes. Ainda não é avó e tem muita vontade de ter netos.

Assim como Everaldo, Elvira nunca cuidou de outros parentes idosos. Explicou-me que embora os outros irmãos e irmãs estejam sempre à disposição para ajudar aos pais, são ela e o irmão mais velho os principais responsáveis pelo bem-estar dos pais. Também considera natural

---

feijoada, feijoada completa, mas não pode. Diz que tem que ser feijão cozido na água e sal. Como é que não come uma feijoada?”.

<sup>43</sup> Explicou que é uma espécie de administrador do terreiro de candomblé. Alguns ogãs tocam atabaque, outros fazem os sacrifícios de animais, recebem as pessoas ou cuidam da roça.

<sup>44</sup> Contou que esse tipo de culto só existe na localidade onde vive, na ilha de Itaparica, e na África. Explicou-me que se trata do culto à morte e há muitos mistérios no culto aos mortos que não podem ser revelados. Sobre as relações entre candomblé de orixá e de egun em Itaparica, ver Tavares e Caroso (2015).

que os dois irmãos mais velhos tenham assumido essa responsabilidade e, tal qual Everaldo, disse-me que cuidar dos pais não afetava sua vida de forma alguma. Sobre sua saúde, contou que é hipertensa e toma muitos medicamentos. Vai sempre ao médico e segue as recomendações “mais ou menos”. Afirmou que não costuma sair de casa e viaja pouco, pra Salvador (geralmente para ir ao médico). Tem poucos amigos e costuma receber visitas.

#### **2.1.1.2. Cuidadores familiares em Caminha<sup>45</sup>**

##### **Fernando (cuidador da esposa)**

Fernando tem 83 anos, declarou-se branco e católico. Casado há 59 anos, é o principal cuidador da esposa, de 81 anos. Juntos tiveram dois filhos, uma mulher de 49 anos e um homem de 54 anos. Ele vive com a esposa, enquanto que os filhos moram em freguesias próximas. Quando perguntei sobre seus rendimentos, respondeu, rindo: “não faço ideia”, mas pareceu apenas não querer mencionar números. De todo modo, pareceu-me que o casal gozava de boa condição financeira. Ele está aposentado há 20 anos e a esposa também. Juntos, eles partilham as despesas domésticas e vivem em uma bela e espaçosa casa à beira mar, de 4 quartos, 2 banheiros, cozinha, 2 salas e varanda com jardim. Possui automóvel e confessou utilizá-lo, sobretudo, para fugir de casa, quando a esposa o atormentava muito.

Ele nasceu em Arganil, no concelho de Coimbra, e foi criado pelos pais, que tiveram 4 filhos (o irmão e as duas irmãs já faleceram). Fernando passou a infância no campo, onde tratava das ovelhas e das cabras, além de colher azeitonas e castanhas. Apesar do trabalho no campo ser uma obrigação pesada, considerava ter tido uma boa infância. Estudou até a 3ª classe (equivalente ao ensino fundamental incompleto, no Brasil). Aos 14 anos foi para Lisboa, trabalhar numa pastelaria de amigos. Lá fazia doces, pães e assim aprendeu o ofício. Anos mais tarde, tornou-se comerciante e proprietário de duas pastelarias. Fernando me disse que a convivência com a esposa está “muito chata”. Contou que a filha vem diminuindo a frequência das visitas para evitar desentendimentos com a mãe e o filho também decidiu fazer apenas uma visita por semana, pelo mesmo motivo: “eu é que a tenho que aturar”. Não tem netos e tanto a filha como o filho são solteiros.

---

<sup>45</sup> Durante o trabalho de campo em Caminha, acompanhei a atuação de três equipes de apoio domiciliário, formadas por funcionárias de três IPSS diferentes. Acompanhando algumas rondas dessas equipes, fui apresentada aos cuidadores familiares cujos idosos eram atendidos pelo serviço. Entretanto, uma das cuidadoras familiares que conheci em Caminha cuidava dos pais sem contar com o serviço de apoio domiciliário.

Ele não possuía experiência anterior como cuidador de idosos e começou a cuidar da esposa há 3 anos, depois dela ter levado um tombo em que fraturou algumas vértebras. Ela tinha problemas de coluna antes mesmo dessa queda, o que a obrigava a usar um colete, mas sua condição de saúde piorou muito depois desse acidente. Perguntei se gostava de cuidar da esposa e Fernando respondeu de modo direto: “não”. Explicou que o problema de cuidar da esposa é que ela é chata, teimosa e mandona. Apesar dos problemas de saúde, a esposa nunca foi hospitalizada. Explicou que ele é responsável por tudo: administração da casa e das finanças, compras e pagamentos. Ele gosta de cozinhar, mas a esposa sempre se queixa de algo: “Está salgado, não está bom, detesto isto. Ela está sempre a pôr defeitos”. Os filhos não ajudam de forma alguma, nem com dinheiro, nem com serviços. Além de Firmina, a esposa, diz que cuida também de uma amiga da família (especialmente da esposa) há muitos anos. Foi a filha quem procurou a IPSS e contratou o serviço de apoio domiciliário depois da queda da mãe. O apoio domiciliário, para Fernando, é indispensável<sup>46</sup>. Ele não recebe qualquer apoio dos parentes da esposa.

Sobre sua condição de saúde, Fernando afirmou sentir-se bem, mas já teve um AVC há doze anos e precisou ser internado. Quem cuidou dele nesse período foi a esposa e a equipe de saúde. Costuma ir ao médico, acha importante ir às consultas, mas apenas quando sente algo. Faz exames com regularidade e toma medicamentos para a circulação, para a próstata e alguns deles não sabe explicar para que servem. Segue as recomendações da médica, mas confessou que abusa um bocado na dieta. Gosta de viajar, mas não tem tido muitas oportunidades por causa da esposa. Tem muitos conhecidos na freguesia, mas poucos amigos íntimos. Quando pode, visita os amigos e filhos. O que mais gosta de fazer é “fugir de casa para passear” e o que menos gosta de fazer é estar preso a casa. Quando tem um tempo livre, pega o carro e vai passear pelo concelho.

### **Mariana (cuidadora da irmã)**

Mariana tem 73 anos, declarou-se branca e católica. Trabalhava como médica no Centro de Saúde de Caminha, tendo, no momento da pesquisa, se aposentado há oito anos. Está casada há 48 anos e o esposo também está aposentado. Eles têm duas filhas: uma de 40 e outra de 46 anos. Ela mora com o marido e é vizinha da irmã de 83 anos, Marta, de quem é a principal cuidadora. O parente mais próximo é uma sobrinha que mora no município. A renda familiar gira em torno

---

<sup>46</sup> Contou que passou um tempo em Lisboa com a esposa e ele que tinha que fazer tudo o que as funcionárias do Lar fazem, higiene pessoal e habitacional, além do que já costuma fazer. Disse que esse período foi muito difícil para ele.

de 4 mil euros e o apartamento em que residiam era próprio, com 4 quartos, 2 salas, 2 cozinhas e “2 gatos”, conforme completou Mariana. O prédio onde moravam ficava muito próximo à estação de trem. Sobre as tarefas domésticas, explicou-me que contratou uma faxineira que limpa a casa dela e a da irmã semanalmente.

Mariana nasceu em Caminha e, muito cedo, ela e seus cinco irmãos perderam os pais, de modo que foram os irmãos mais velhos que criaram os mais novos. Na ocasião em que nos conhecemos, os dois mais velhos já eram falecidos e duas das suas irmãs viviam institucionalizadas -- uma em Caminha (que já não a reconhecia) e outra no Porto (sofreu um aneurisma e estava completamente inválida). Mariana morava no andar imediatamente inferior ao de Marta, de quem era cuidadora. Contou que não teve uma boa infância por conta da ausência dos pais. Casada com um senhor de 76 anos, advogado aposentado, contou-me que a filha, quando a visita, presta alguma ajuda em casa nas atividades domésticas, e é sua dependente (está desempregada). Mariana disse que gosta de ser avó e tem boa relação com os netos, uma menina de 11 e um menino de 8 anos.

Ela afirmou que não tinha experiência em cuidar de idosos quando suas irmãs passaram a precisar de sua ajuda. Entretanto, já cuidou “de outros doentes na casa”, como esposo e filhas. Uma das irmãs, portadora do Mal de Alzheimer, está institucionalizada desde que começou a apresentar um comportamento terrível em casa. Quanto à Marta, esta passou a receber o serviço de apoio domiciliário depois de ficar internada no hospital, ocasião em que a assistente social informou à família que ela podia buscar esse apoio na IPSS. O esposo e a filha de Mariana colaboram quando há muita necessidade, mas a principal responsável pelas irmãs é ela. Mariana administra os recursos das irmãs, explicando-me que como as aposentadorias são insuficientes para as necessidades delas, então acaba sempre completando com seu próprio dinheiro. Mariana é responsável pelo abastecimento da casa de Marta com mantimentos. Conta que a irmã não enxerga muito bem, mas não tem problemas auditivos e gosta de assistir ao noticiário. Mariana e o esposo é que a levam ao médico para as consultas. Na ocasião de nossa conversa, considerava que a responsabilidade em relação às irmãs é mesmo dela e encarava com naturalidade o fato de outros familiares não participarem ou colaborarem nos cuidados da irmã.

Avaliou a própria saúde como “razoável” e disse que vai ao médico poucas vezes, fazendo exames com pouca regularidade: “não sou muito de médicos”. Segue as recomendações quando possível, mas confessa que, por sua profissão, está sempre inclinada a vê-los com espírito crítico. Mariana faz tratamento oftalmológico porque tem glaucoma e usa medicamentos de uso contínuo em decorrência desse problema, além de medicamentos para controlar o colesterol. Sai uma vez por semana para encontrar as amigas. Ela costumava viajar,

mas desde que a irmã adoeceu, já não é possível. Vem perdendo a visão e por isso não tem vontade de viajar, pois já não consegue aproveitar. Não tem muitos amigos em Caminha, os que tem moram em Viana do Castelo. Não costuma receber visitas. Quando tem um tempo livre, diz que não faz grande coisa porque não pode sair de casa sozinha.

### **Sônia (cuidadora dos pais)**

Sônia tem 56 anos, declarou-se branca e católica. Nasceu em Caminha, foi criada pelos pais e tem cinco irmãos. Estudou até o 9º ano (equivalente ao ensino fundamental completo, no Brasil), é solteira e não tem filhos. Ela mora com o pai, de 88 anos, e a mãe, de 83 anos, no apartamento deles. Trabalha como funcionária da Câmara Municipal há 9 anos, como motorista do transporte escolar. Sônia contou que desfrutou muito a sua juventude, pois na época não havia tanta violência. Sua mãe sempre a apoiou em tudo, e por isso teve muita liberdade para sair e passear. Sempre trabalhou e sempre teve muito conforto na casa dos pais, onde residia até a ocasião em que nos conhecemos. Sônia cuida dos pais há 3 anos, sendo essa sua única experiência como cuidadora de idosos. Eles não frequentam nenhum dos Centros de Caminha e não são atendidos pelo apoio domiciliário. A irmã de Sônia mora numa freguesia próxima e lhe dá alguma ajuda: “não ajuda muito, mas vai me amparando”. As outras irmãs não participam: “E somos seis filhos”, afirmou. Ela quase casou, mas acabou desistindo. Sônia falou da importância dos amigos em sua vida e sentenciou: “prefiro um bom amigo a um bom amante. Oh pá! Foi uma opção”. Os pais estão aposentados, mas os rendimentos dos dois idosos são insuficientes para pagar todas as despesas e Sônia contribui sempre no orçamento doméstico: “sempre participei em casa com algum dinheiro”. Disse que não mexe no dinheiro dos pais: faz as compras de casa e a mãe devolve o dinheiro. O pai é muito lúcido e ele quem controla os gastos e contas bancárias. Segundo ela, a mãe já está um bocado confusa.

Sônia contou que sempre toma calmantes para dormir e que cuidar dos pais afeta muito seu sistema nervoso. Ela me disse que tenta deixar os problemas em casa, mas não consegue. Sobre sua saúde, afirmou ser “razoavelmente saudável”, pois já tem alguns “problemas da idade”: é cardíaca e passou por uma cirurgia bariátrica depois que chegou a pesar mais de 100 kg. Tem problemas para se alimentar por falta de tranquilidade em casa: “Nós nos sentamos para almoçar e aí começam os problemas, as discussões”. Gosta de sair para passear. Aos fins de semana, quando tem tempo, leva algumas crianças que vivem em uma casa de acolhimento para passear de carro. Costuma fazer visitas, gosta de visitar os amigos, que são muitos. Costuma sair para jantar com os amigos, mas disse que sempre fica preocupada com os pais, sempre tem pouco tempo para fazer essas coisas e logo precisa voltar a casa.

### 2.1.1.3. Cuidadoras aprendizes (alunas do curso de cuidador de idosos)<sup>47</sup>

#### Andréa

Andréa tem 28 anos, nasceu em Camaçari e foi criada pelos pais. Tem dois irmãos, um homem e uma mulher: o mais velho tem 30 anos e a mais nova tem 26 anos<sup>48</sup>. Teve uma infância boa, apesar das dificuldades financeiras que sua família enfrentava. Não precisou trabalhar quando criança, mas começou a estudar muito tarde, aos 8 anos. Contou que passou um tempo vivendo com uma tia evangélica que a forçava a frequentar a igreja, motivo de sua recusa atual: “não tenho nada contra, mas odeio evangélico”, ela enfatizou. Não lembra com que idade começou a trabalhar como manicure na vizinhança, segundo ela, “pra tirar algum dinheiro”. Trabalhou em uma creche por um tempo e depois trabalhou como empregada doméstica por alguns anos. Em Candeias, município próximo a Salvador, trabalhou como zeladora em uma escola. Ainda mora com os pais e o irmão e o sustento da casa é garantido pelo trabalho dela, do pai e do irmão (a irmã é casada e mora em Simões Filho). Sua tia e primos moram na vizinhança. Ela não tem filhos e considera a mãe como sua única dependente: “depende de tudo, de médico, remédio, dinheiro, ajuda nas tarefas domésticas”. Tem vontade de ter filhos, mas acha muito complicado ser mãe no mundo de hoje e com as dificuldades financeiras que tem: “por enquanto, está fora de cogitação”, ela ponderou. Quando nos conhecemos, ela estava desempregada e conseguia, por mês, cerca de 400 reais fazendo faxina. Três meses depois da conclusão do curso, nos encontramos para que eu pudesse fazer uma entrevista; na ocasião estava animada, pois havia conseguido ser admitida em uma empresa que intermedia serviços de cuidados voltados para idosos, fornecendo mão de obra qualificada para famílias que precisam desse tipo de profissional. Andréa apresentou o certificado do curso de cuidador, fez um treinamento e estava esperando ser chamada para trabalhar como cuidadora<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> No curso de cuidador de idosos, em Salvador, conheci algumas mulheres que se mostraram disponíveis para participar da pesquisa. Entre elas, algumas já trabalhavam como cuidadoras de idosos e por isso serão apresentadas logo mais, no subitem “cuidadoras contratadas”. Aqui apresento apenas o perfil de duas alunas do curso que ainda não possuíam experiência como cuidadora remunerada, apesar de já terem experiências como cuidadoras familiares de parentes idosos.

<sup>48</sup> Contou que pai ficou ausente por 11 anos e que por muito tempo ela o odiava: “agora que estamos nos aproximando mais, quem me criou mesmo foi minha mãe”. Ela e os irmãos odiavam o pai, pois ele era muito distante e pouco amoroso. A relação começou a mudar quando ele teve um AVC “e descobriu que tinha filhos”, pois foram eles que cuidaram do pai quando ele precisou: “quem percebeu os sintomas, levou pro hospital e ficou cuidando dele em casa fui eu, apesar dele ter abandonado a gente”.

<sup>49</sup> Andréa me explicou que “precisa ter cliente. Quando aparece uma família que bate com nosso perfil, eles chamam e eu estou esperando isso”. Muito animada, contou que há uma semana a empresa entrou em contato dizendo a ela que procurasse aprender a aferir pressão, medir temperatura e fazer teste de glicemia pois a família onde ela provavelmente iria trabalhar tinha uma idosa que precisava desse acompanhamento diariamente. Andréa entrou em contato com a professora Eliana para aprender a fazer o teste de glicemia, pois durante o curso não

Sobre sua experiência no curso, afirmou que ainda há muito a aprender e mencionou algumas preocupações: “essas coisas mais técnicas, esses aparelhos novos que eu não sei usar direito, mas principalmente ter equilíbrio emocional pra enfrentar essas situações delicadas de família”. Avaliou sua saúde como boa, mas não tem assistência médica particular e costuma ir ao médico para fazer exames anualmente através da rede pública de saúde. Considera importante ir ao médico, não tem problemas de saúde e segue as recomendações do médico apenas quando concorda com ele. Costuma sair de casa, gosta de conversar com a cunhada que é sua grande amiga, mas tem poucos amigos íntimos. Gosta muito de namorar e passear. Não gosta de ficar em casa. Quando tem um tempo livre conversa com a cunhada

### **Amanda**

Amanda tem 24 anos, declarou-se negra e Testemunha de Jeová. Nasceu em Salvador. Foi criada pelos pais e tem quatro irmãos, um homem e três mulheres – a mais velha tem 35 anos e Amanda é a caçula. Contou que brincou muito na infância e sofria algum *bullying* por ser “gordinha” na época. De todo modo, falou com alegria sobre esse tempo onde corria, pulava e cantava. Começou a trabalhar aos 9 anos, cuidando de crianças da vizinhança cujos pais pagavam uma módica quantia (200 reais) para ela ficar em suas casas quando estes precisavam se ausentar. Esse dinheiro era compartilhado com sua família, sendo uma atividade regular e desenvolvida ao mesmo tempo em que ela frequentava a escola: “e até os 16 anos foi isso o que eu fiz”. Também ajudava em casa, realizando tarefas domésticas. Aos 17 anos voltou a Salvador (morava em Barra do Pojuca com toda a família) e começou a trabalhar numa *lan house*. Depois trabalhou como vendedora, auxiliar de dentista e também como promotora de vendas na empresa que produziu o curso de cuidador de idosos que participamos (Amanda abordava pessoas na rua falando dos cursos). Concluiu o ensino médio e estava casada há um ano com um rapaz de 28 anos que trabalhava como zelador. Amanda, na ocasião da entrevista, trabalhava há 3 meses como assistente comercial – encontrei-a na Estação da Lapa vendendo plano de telefone celular. Ela e o marido recebem, cada um, um salário mínimo e juntos custeiam as despesas da casa. Amanda não tem dependentes nem considera depender de ninguém. Explicou-me que não quer ter filhos porque é uma grande responsabilidade “emocional, financeira e espiritual”. Disse que só terá filhos se não precisar trabalhar fora de casa e puder se dedicar exclusivamente à educação de seus rebentos, porque não quer que outras pessoas criem seus filhos.

---

houve tempo para essa aula. Andréa afirmou que o curso despertou seu interesse na profissão de cuidadora de idosos e que quer mesmo trabalhar nessa área.

Perguntei se já havia cuidado de parente idoso e ela respondeu que não, mas depois perguntou: “sogra não é parente não, né?”. Ponderando sua resposta, ela afirmou ter cuidado da sogra, inclusive acompanhando-a em hospital, além de ir à casa dela para fazer companhia. Também cuidou de todos os sobrinhos em algum período, quando um deles tinha 10 anos e o outro 9. Avaliou sua saúde como maravilhosa (não tem assistência médica). Disse-me que vai pouco ao médico, só quando está doente mesmo. Não acha necessário ir tanto ao médico, embora considere importante ir e fazer exames regularmente. Tem problemas de saúde, como depressão e ansiedade generalizada. Aos 15 anos fez tratamento com medicamentos e terapia, mas depois achou que não devia continuar porque as medicações apenas pioraram seus sintomas: “tomei pavor de médico que trata problemas emocionais”, confessou. Participa de seu grupo religioso (Testemunhas de Jeová) fazendo serviço de pregação nas ruas, reuniões regulares e congressos locais. A mãe também é da mesma religião. Costuma sair de casa com frequência, gosta de comer fora, ir à praia, viajar e dançar. Também viaja com frequência para visitar a mãe no interior. Disse que tem mais de 5 mil amigos no mundo inteiro: “as Testemunhas de Jeová estão em mais de 235 países, então em todo lugar nós temos amigos”. Também tem muitos amigos que não são da religião. Costuma fazer e receber visitas com frequência. Gosta de pregar, como ela considera: “ensinar as pessoas o que vamos ter oportunidade de viver no mundo depois desse mundo aqui”. Não gosta de trabalhar: “queria ser rica e não precisar trabalhar”. O tempo livre é gasto cuidando de casa, ouvindo música, vendo filmes, mas não gosta de internet.

#### **2.1.1.4. Cuidadoras Contratadas (alunas do curso de cuidador de idosos)<sup>50</sup>**

##### **Olívia**

Olívia tem 25 anos, declarou-se parda e evangélica. Nasceu em Valença, foi criada pelos pais e tem 4 irmãos: 2 homens e 2 mulheres, sendo o mais velho com 28 anos e a mais nova com 16 anos. Tem uma relação complicada com a mãe e distante com o pai (há nove anos não encontra ele). Com os irmãos, que moram em São Paulo, a relação é melhor. Disse que não lembra muito

---

<sup>50</sup> Considerei “cuidadoras contratadas” aquelas interlocutoras do estudo que atuavam, na ocasião em que realizei a investigação, como cuidadora de idosos no domicílio e eram remuneradas pelo serviço. No curso em Salvador, como já mencionei, encontrei alunas que já trabalhavam como cuidadoras de idosos e apresento o perfil de algumas delas. Em Caminha, conheci as ajudantes de ação direta, que chamo neste trabalho de “cuidadoras contratadas do apoio domiciliário”, pois elas são remuneradas para cuidar de idosos em seus domicílios, mas são contratadas pelas IPSS e não diretamente pelas famílias, como no caso das cuidadoras contratadas de Salvador. Elas serão apresentadas no próximo subitem. Também conheci em Caminha uma cuidadora contratada “informal”, que não era funcionária de IPSS e trabalhava sem um contrato formal de prestação de serviços.

da infância, mas brincava e brigava muito. Teve oportunidade de estudar, mas não concluiu o ensino médio. Com 12 anos começou a trabalhar como empregada doméstica numa casa onde dormia, em troca de comida e roupa. Ficou lá por 2 anos. Trabalhou em outras casas até os 16 anos, quando veio para Salvador. Casou com um homem de 45 anos, funcionário da área administrativa da UNEB, mas se separaram recentemente, há 1 ano. Tem um filho de 3 anos, seu único dependente, e, na ocasião da entrevista, estava grávida de 3 meses de outro garoto. Mora em uma casa pequena, alugada, com o filho e uma amiga. Olívia sustenta a casa, pois a amiga está desempregada.

Ela nunca cuidou de um parente idoso e trabalha há 1 ano como cuidadora de um idoso de 63 anos<sup>51</sup>, em dias alternados, o que lhe garantia algum tempo livre para seus afazeres. Recebia pelo serviço um salário mínimo e sua carteira de trabalho estava assinada como empregada doméstica. Em sua conversa comigo, destacou apenas o cansaço, porque como o idoso vivia acamado, ele precisava de ajuda para tudo, gerando um desgaste por causa do esforço que precisava fazer para movê-lo de um lado para outro, para dar banho etc. Sobre o curso de cuidador de idosos, considerou importante se profissionalizar, aprendendo técnicas de enfermagem. Falou-me que se sentia bem de saúde, mas a gravidez estava mais complicada dessa vez, porque tinha alergias e gripes. Realiza exames regularmente, vai ao médico sempre que necessário (tem assistência médica). Não tem nenhum problema de saúde e estava tomando ácido fólico para o bebê, algumas vitaminas e um medicamento para controlar os desconfortos da alergia. Segue as recomendações do médico à risca. Participa de um grupo da igreja evangélica que se reúne semanalmente. Costuma sair de casa com frequência, visitando amigas e vizinhas. Não costuma viajar e gosta muito de dormir e de fazer faxina. Quando tem um tempo livre, visita igrejas ou assiste tv.

### **Odete**

Odete tem 43 anos, declarou-se negra e evangélica, nasceu em Feira de Santana e foi criada pelos pais. Tem 6 irmãos (3 homens e 3 mulheres): o mais velho com 50 anos e o caçula com 32 anos. Contou-me que teve uma boa infância, com oportunidade de brincar e estudar, embora não tenha conseguido concluir o ensino fundamental<sup>52</sup>. Aos 14 anos, precisou trabalhar na roça com o pai, que era agricultor. Começou a trabalhar fora de casa com 38 anos, antes disso era

---

<sup>51</sup> Sua mãe já trabalhava na casa deste senhor há 8 anos e há um ano Olívia começou a cuidar dele, sendo esta sua primeira experiência como cuidadora de idosos. Foi contratada pelo próprio idoso.

<sup>52</sup> Repetiu a 4ª série 4 vezes porque na época não havia como prosseguir com os estudos, pois não havia escolas com nível mais avançado onde morava: “eu terminava o ano e chorava pra não sair da escola, então a professora deixava eu continuar na escola, mesmo tendo passado de ano”.

dona de casa. O companheiro, na época, também trabalhava na roça. Mudaram-se para Salvador há 13 anos, quando ela começou a trabalhar fora de casa. Sempre trabalhou “em casa de família” (três ou quatro famílias diferentes). Foi casada por 14 anos com o primeiro companheiro de quem se divorciou há 17 anos. Convive há 5 anos com um novo companheiro, mais jovem que ela 7 anos, que trabalha como pedreiro. Odete me contou que a convivência é boa, apesar dos desentendimentos normais do dia a dia. Em relação às tarefas domésticas, não tem do que se queixar sobre seu companheiro atual que, segundo ela, “adora lavar um prato, limpar a casa”. Entretanto, me contou que leva uma vida difícil, pois vive em casa alugada, sendo ela a principal responsável pelo orçamento doméstico. Recebe alguma ajuda das filhas, mas não é regular. O dinheiro delas é só para seus gastos pessoais. Quem mantém tudo em casa é mesmo Odete, que trabalha como empregada doméstica e cuidadora de uma idosa de 80 anos e recebe pelo serviço um salário mínimo e meio.

Odete teve cinco filhos do primeiro casamento: 3 homens e 2 mulheres. O mais velho tem 23 anos e a mais nova, 13 anos. A mãe de Odete mora no mesmo bairro; seu filho de 20 anos saiu de casa<sup>53</sup> e os outros 4 moram com ela e o padrasto. Tem apenas um neto de 3 anos. Tornou-se avó aos 45 anos e acha maravilhoso. Mantém contato frequente com o neto e me disse que se sentia muito feliz em ser avó. Odete nunca cuidou de parente idoso, mas contou que cuidou de um companheiro e do irmão dele durante um tempo (ambos faleceram). Disse que cuidar de idoso não afetou sua vida de modo algum.

Sobre sua saúde, afirmou sentir-se bem e costuma ir ao médico particular. Considera importante ir ao médico para conferir como vai a saúde e evitar preocupações, porque às vezes sente algum desconforto e imagina que pode ser algo mais sério e, indo ao médico, muitas vezes descobre que é “uma besteirinha”, como ela afirmou. Faz exames anualmente. Não tem problemas de saúde e segue as recomendações do médico à risca. Raramente toma remédio, mesmo assim, só para dor de cabeça. Odete gosta muito de ir para rua, passear. Costuma ir ao shopping e ao cinema. Adora viajar, embora não faça tantas viagens como gostaria. Quando tem oportunidade, vai a algumas cidades do interior da Bahia. Quando tem um tempo livre, gosta de dormir ou passear: “descansar pra poder trabalhar”. Gosta de ver filmes e DVDs evangélicos, mas não acompanha novelas.

---

<sup>53</sup> Ela comentou que esse filho “dá muito problema” e me disse que conversa com ele, dá conselhos e às vezes até chora na presença dele, esperando que ele se compadeça. Pelo que pude entender, ele estava envolvido com drogas: “chamo por Deus pra livrar das tentações, das coisas ruins”, mas o rapaz não costuma dar à mãe satisfação sobre sua vida. Comparando com as irmãs, que sempre a mantêm informada sobre seus passos, os filhos “homem” não dizem muito sobre suas vidas. E é por essas e outras que prefere criar meninas.

### 2.1.1.5. Cuidadoras contratadas (apoio domiciliário, Caminha)

#### Raquel

Raquel tem 49 anos, declarou-se branca e católica. Nasceu em Caminha e foi criada pela mãe, pois o pai era marítimo e viveu embarcado por muitos anos na Alemanha. Tem dois irmãos (1 mulher e 1 homem). Raquel é a mais velha. Disse-me que se despediu muito cedo da infância, aos 11 anos, pois assumiu a responsabilidade de cuidar da mãe quando ainda frequentava a escola: “eu fazia daquilo o meu trabalho”. Por 30 anos continuou cuidando dela, que sofria de reumatismo e era cadeirante<sup>54</sup>. Embora contasse com o apoio do pai, de um irmão e uma irmã, ela era a principal cuidadora da mãe: “não tive infância”. Quando casou, aos 17 anos, tornou-se dona de casa e teve seu primeiro filho e continuou cuidando da mãe. Com o salário do marido e a aposentadoria da mãe, a família pôde se manter ao longo dos anos. Está casada há 30 anos com um funcionário público de 49 anos. Disse que ele é um bom parceiro e que têm uma boa relação. Eles têm dois filhos, uma mulher de 17 e um homem de 30 anos. Raquel mora com o esposo e a filha. O filho mora no bairro, na casa da avó paterna. O pai, tios e sogro vivem no concelho. A mãe faleceu há 16 anos e a despedida foi muito triste, pois foi repentinamente e ela morreu em seus braços. Na ocasião em que nos conhecemos, a filha de Raquel ajudava a cuidar da casa, mas o orçamento doméstico era composto pela renda do casal. Não recebe ajuda financeira, mas costuma ajudar financeiramente os filhos com alguma regularidade. Contou que moram em uma casa grande, com 3 quartos, 3 banheiros, sala, cozinha, escritório, garagem e um espaçoso quintal.

Seu primeiro emprego remunerado foi no Lar de idosos, onde trabalhava na ocasião em que nos encontramos. Começou trabalhando na limpeza, como auxiliar de serviços gerais, há 12 anos. Depois passou a ajudar na cozinha, assumindo em seguida a função de ajudante de Lar e, por fim, assumindo a função de ajudante de ação direta no apoio domiciliário. Afirmou ter vocação para cuidar, pois toda sua história se resume a cuidar de pessoas. Sobre a experiência como cuidadora de idosos, afirmou que adora o trabalho e há sempre algo a aprender. Raquel falou que não tinha queixas sobre suas condições de trabalho e disse que qualquer dificuldade que surge, busca apoio na instituição. O único problema apontado foi o pouco tempo para realizar todas as rondas: “é um bocadinho curto”, ela ponderou. Considerou injusta a

---

<sup>54</sup> Contou que enquanto estava grávida do primeiro filho, sua mãe também estava grávida, embora não soubesse porque continuava a menstruar. A mãe queria fazer um aborto, pois estava aleijada e tomava muita medicação. Contudo, acabou não interrompendo a gravidez e deu à luz a irmã caçula de Raquel, um mês antes do nascimento do neto, filho de Raquel: “é uma história muito bonita, porque eu cuidava da minha mãe, do meu filho e da minha irmã”.

remuneração que recebe pelo trabalho por todo esforço e dedicação que tem, acha que 500 euros está muito abaixo do que seria justo: “mas é o país que temos”<sup>55</sup>. Apesar disso, sente-se satisfeita com o trabalho. Explicou-me que tenta não trazer os problemas da sua casa para o trabalho, nem levar os problemas do trabalho para casa, “mas se corre alguma coisa mal, ficamos mal, não tem jeito”. Afirmou que o trabalho de cuidadora de idosos afeta sua saúde: reclamou de dores nas costas e relatou que fraturou uma costela durante o serviço, tendo ficado 6 meses afastada para se recuperar. Também me disse que, “psicologicamente, o trabalho é muito cansativo”<sup>56</sup>. Considera importante se profissionalizar e, ao longo de 12 anos, fez muitos cursos de capacitação e formação direcionados ao cuidado de idosos<sup>57</sup>

Disse ter boa saúde e recorre tanto ao serviço público quanto privado de saúde, dependendo da urgência<sup>58</sup>. Costuma ir ao médico anualmente e considera importante manter esse acompanhamento. Tem problema de tireoide desde o falecimento da mãe. Faz tratamento para essa enfermidade e uma vez ao ano faz um exame específico para avaliar e controlar a doença. Além disso, por conta desse problema de saúde, toma medicação de uso contínuo. Segue à risca as recomendações do médico. Pratica ginástica todas as semanas, costuma sair de casa para passear. Comentou, sorrindo: “sou muito vadia! Gosto de estar em casa, mas gosto mais de passear, de viajar. Não tinha costume de viajar por causa da minha mãe, então ficava muito presa, mas agora sempre que posso viajo”. Tem muitos amigos e por vezes viaja também com eles, além da família. Costuma fazer e receber visitas. Gosta de se cuidar, ir ao cabeleireiro, de passear, viajar. Quando tem um tempo livre, que é pouco (duas vezes por semana), aproveita para fazer as coisas que gosta e arrumar a casa.

---

<sup>55</sup> Contou que houve reajustes salariais ao longo dos anos, mas há 5 anos o salário está congelado: “ganhamos pouco com o trabalho que fazemos”.

<sup>56</sup> Mencionou ter assistido na televisão reportagens que indicavam que a ocupação de ajudante domiciliário está entre as que mais afetam psicologicamente as trabalhadoras. Disse que mesmo nas folgas não consegue se desligar totalmente do trabalho e se vê pensando em como estão os idosos que cuida.

<sup>57</sup> Afirmou que todos esses cursos são orientações muito importante para saber como tratar os idosos e como evitar se machucar durante o serviço. Tem muitos diplomas e me informou que as funcionárias são obrigadas a tê-los para trabalhar na área. Disse que sempre há algo a aprender, mas já não tem receio de nenhuma situação que possa vir a enfrentar nessa ocupação, devido à larga experiência que acumulou: “no princípio tive muitas dificuldades, achava que não era capaz de fazer certas coisas e chorava... e agora tudo passou, sei que consigo e me sinto mais forte, mais resistente”.

<sup>58</sup> A fratura na costela foi muito discreta, sentia muitas dores e com o histórico médico da mãe, que sofria de reumatismo, precisou pagar por alguns exames caros para obter um diagnóstico com mais rapidez.

### **Tatiana**

Tatiana tem 34 anos, declarou-se branca e católica. Nasceu em Caminha e foi criada pelos avós. Aos 8 anos, sua mãe separou-se do pai e foi para Lisboa com o outro filho, na época com 4 anos. Mantém contato com os pais, mas não são muito próximos. É solteira, não tem filhos e mora sozinha em uma casa grande, com 3 quartos, banheiro, 2 cozinhas, 2 salas e quintal, que pertenceu a sua avó. Disse que teve uma infância normal, com oportunidade de estudar e brincar. Começou a trabalhar aos 13 anos, ajudando a avó nas férias de verão – a avó trabalhava numa “quinta de turismo e educação” e a remuneração que Tatiana recebia servia para comprar coisas de uso pessoal. Estudou até o 11º ano (equivalente ao ensino médio completo, no Brasil) e aos 18 anos começou a trabalhar no Centro de Dia, quando passou a sentir necessidade de ter uma independência financeira. Foi uma amiga que já trabalhava no Centro que comentou sobre o surgimento de uma vaga com a saída de uma das funcionárias. Tatiana, que não tinha experiência alguma em nenhum trabalho, duvidou se seria capaz de desempenhar as funções que a instituição exigia e a amiga a convenceu de que ela conseguiria. De todo modo, ela já tinha alguma experiência como cuidadora de idosos, pois aos 15 anos cuidou do avô por um ano, que passou a precisar de ajuda para higiene pessoal e outras coisas. Contou que a avó trabalhava e ela ficava com o avô nos intervalos da escola. Cuidava de aspectos básicos, como administrar medicação e prestar a assistência que ele necessitasse. Perguntada como se sentia sobre essa experiência, ela disse que se sente penalizada por na época não saber o que sabe hoje: “poderia ajudar mais. Mas acho que fiz o mesmo que faço agora, porque é instintivo, não é? Quando gostas, trata a pessoa por instinto”.

Tatiana trabalha no apoio domiciliário há 16 anos e frequenta o Centro apenas na hora das refeições. Acompanhava, na época, cerca de 10 famílias diariamente. Suas tarefas consistiam em realizar higiene pessoal e habitacional, administrar medicação, entregar refeições. Sobre compartilhar responsabilidades com outras cuidadoras do apoio domiciliário, pareceu hesitante ao escolher as palavras, afirmando que era bom, “mas depende da personalidade de cada um. As equipes são formadas por duas pessoas e as pessoas têm personalidades diferentes”. Disse que não tem muitos problemas e que o trabalho flui melhor quando não há problemas na equipe, mas teve a impressão de que havia algumas dificuldades nas parcerias. De toda forma, disse que há uma certa regularidade na formação das duplas e é mantido um registro diário das atividades realizadas e das situações observadas no domicílio dos idosos. Quando não atuam em dupla, trocam informações durante o almoço para que a colega saiba como está o idoso naquele dia. Falou-me que é um trabalho muito cansativo e a remuneração nunca compensa o esforço, sendo, portanto, imprescindível gostar do que faz,

senão fará mal feito. Afirmou que gosta muito de cuidar de idosos e considerou que os problemas dos idosos afetam tanto cuidadores familiares quanto profissionais: “quanto mais prolongada a doença e a estadia do idoso na casa, fica mais complicado, porque o idoso acaba por afetar também a saúde de quem o cuida”. A maior satisfação de trabalhar como cuidadora de idosos é a possibilidade de conhecer muita gente: “é giro, passas na rua e os velhotes cumprimentam... mas também é triste, porque vejo muita gente morrer. Mas aqui me sinto em casa desde sempre, essa parte também é boa”. Contou que sente saudades de muitas pessoas que cuidou.

Considera ter boa saúde e disse que só vai ao médico quando se sente muito mal. Ela evita fazer exames e não tem nenhum problema de saúde, nem usa medicamentos. Como alguém que depende de seus cuidados (além daqueles que atende através do Centro) apontou um senhor de 92 anos que ela cuida à noite: “ele é utente do Centro e eu o conhecia desde pequenina, era amigo dos meus avós”. Os filhos do idoso estão fora, a esposa dele tinha Alzheimer e, depois que ela faleceu, Tatiana passou a cuidar dele fora do horário de trabalho. Ele foi adoecendo e hoje vive acamado. É atendido pelo apoio domiciliário durante o dia e à noite Tatiana lhe faz companhia.

### **Bernadete**

Bernadete tem 49 anos, declarou-se branca e católica. Nasceu em Caminha e foi criada pela avó e pela mãe. Teve dois irmãos, uma mulher e uma homem. O irmão era pescador e morreu afogado. A irmã tem 51 anos e vive na freguesia de Âncora. Disse que teve uma infância muito feliz e contou que sempre gostou de compartilhar o que tinha. Teve oportunidade de estudar até a “4ª classe” (equivalente ao ensino fundamental incompleto, no Brasil) e não precisou trabalhar quando criança. Em casa, todos ajudavam nas tarefas domésticas. Bernadete está casada há 28 anos com um funcionário público de 49 anos. Contou que ele passou muita fome, muitas dificuldades junto com sua família de origem, tendo trabalhado por muitos anos como pescador. Disse que tem uma boa convivência e são muito unidos. Tem dois filhos, uma mulher de 19 anos e um homem de 28 anos. A filha é estudante, ainda não trabalha e é sua única dependente. Bernadete mora com o marido e a filha em uma casa grande, com 2 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e quintal. O casal é responsável pelas despesas da casa. Ela trabalha no apoio domiciliário há 25 anos e recebe um salário de 625 euros.

Sua mãe, irmã, tias e primos também moram no concelho de Caminha. Começou a trabalhar depois de casada, como caixa de supermercado. Contou que o marido sofreu um acidente grave aos 21 anos, ficou acamado, usando fraldas e precisando de auxílio para todas

as atividades de rotina e ela cuidava dele e sustentava a casa sozinha. Apontou suas filhas e o marido como seus principais cuidadores: “tenho um ótimo marido pra cuidar de doença, muito atencioso”.

Por muitos anos, Bernadete cuidou da avó e, aos 92 anos, ela perdeu a capacidade de se locomover, vivendo em uma cadeira de rodas, e de reconhecer os familiares: “como um fruto que vai murchando, a minha avó ficou murchinha”, ela lamentou. A idosa vivia com uma irmã e Bernadete visitava frequentemente as duas. Há um ano a avó faleceu, aos 96 anos. Perguntei-lhe se há alguma diferença em cuidar de um parente e de uma pessoa de fora da família e Bernadete respondeu: “não, se tiveres amor pra dar, não. É igual. Se é mais um trabalho que tu fazes, a pessoa de fora e o parente são iguais”. Na ocasião em que nos conhecemos, cuidava da mãe de 74 anos que tinha muitos problemas de saúde. Contou que a idosa era muito nervosa, especialmente depois de ter perdido um dos filhos afogado. O contato com a mãe era diário e Bernadete contou que muitas vezes ela só precisa ouvir sua voz para ficar mais calma. Sua mãe mora com uma outra filha e faz uso de medicamentos muito caros. Afirmou que a mãe ainda está lucida, mas faz sempre pequenos testes para saber “se a mentalidade dela ainda está boa”, como trocar comprimidos e coisas de lugar para ver se ela percebe a diferença. Segundo Bernadete, sua mãe tem passado em todos os testes.

Quando nasceu sua segunda filha, Bernadete começou a trabalhar no Centro Social a convite de uma senhora que trabalhava servindo refeições na instituição. Fez cursos de capacitação através do Centro e por conta própria também. Perguntei sobre as condições de trabalho e ela falou que a instituição oferecia boas condições e todas as funcionárias eram muito profissionais naquilo que faziam: “todas dão o seu melhor. Somos boas profissionais e acho que a casa está orgulhosa de nos ter. Muitas já estão cá há muitos anos. Eu sou das mais velhas que nunca mudei de ofício, gosto e não quero mudar”. Quando perguntei se se sentia recompensada de alguma forma, ela respondeu que se sentia “milionária, não financeiramente, mas espiritualmente”. Bernadete não se vê como empregada ou trabalhadora, mas como amiga: “estou ali a fazer o que amo”. Contou que muitos idosos a chamam de “minha filha”, “meu anjo da guarda”. Ela também cuida de crianças portadoras de necessidades especiais, vizinhos e familiares. Como ela explicou: “autistas, mongoloides, adoro essas crianças. São meigas, são dóceis, as pessoas não sabem a doçura que são estas crianças”.

Bernadete afirmou que o trabalho que desempenha na equipe do apoio domiciliário afeta sua saúde. Sua família percebe facilmente quando não teve um bom dia, seja porque alguém está muito doente ou faleceu. Ela acredita que esses problemas afetam seu relacionamento com sua família, pois quando está deprimida por causa do trabalho fica alterada, introspectiva e

todos em sua casa percebem: “pronto, está com o macaco dela” e deixam-na quieta, até passar a tristeza. Disse que seu marido a apoia muito e por vezes a ajuda quando precisa levar algo à casa de alguém à noite ou qualquer outra coisa. Conta com seu apoio também nas tarefas domésticas. Bernadete tem alguns problemas de saúde, como um nódulo na garganta, e faz uso de medicamentos controlados de uso contínuo pois é, segundo ela, “muito nervosa. Sou muito sensível, tremo toda por dentro. Mas não machuco ninguém, não grito, não sou autoritária”. Costuma ir ao médico a cada 3 meses para avaliar sua saúde, pois já teve câncer no útero e faz exames regularmente. Indicou que segue as recomendações do médico à risca. Participava do grupo de orações da igreja, mas já não tem tempo para frequentá-lo. Costuma sair de casa para passear, gosta de fazer artesanato e vender produtos de beleza, por isso faz muitas visitas a amigas, vizinhas e clientes. Também recebe muitas visitas, mas não costuma viajar.

#### **2.1.1.6. Cuidadora contratada “informal” (Caminha)<sup>59</sup>**

##### **Zuleide**

A última cuidadora a ser apresentada chama-se Zuleide, e é o único caso que conheci de cuidadora contratada “informal” em Caminha. Zuleide tem 67 anos, declarou-se branca e católica. Nasceu em Caminha e foi criada pelos pais que tiveram 8 filhos (5 mulheres e 3 homens). Contou que “deixou de ser criança” aos 14 anos, quando começou a ajudar a mãe no campo, na limpeza das casas e da sua própria casa. O pai era pescador. Zuleide não teve oportunidade de seguir com os estudos, pois já aos 14 anos também trabalhava na cozinha de um Lar, servindo refeições a 35 idosos. Casou-se aos 20 anos, grávida de um homem que trabalhava como pedreiro na Espanha, onde ela morou por alguns anos. Contou que cuidou, com a ajuda das irmãs, da mãe que sofria de diabetes e precisou amputar as duas pernas. O pai foi assassinado e o marido faleceu há 20 anos, em decorrência de um câncer. Explicou que não cuidou do marido, porque ele tinha uma amante e abandonou a família quando os filhos tinham entre 14 e 5 anos. Quando adoeceu, ele tentou uma reaproximação e Zuleide o rejeitou. Teve com ele quatro filhos, um homem e três mulheres, com idades entre 47 e 25 anos. A situação financeira deles é bem instável e Zuleide falou do quanto se preocupava em não poder ajudar

---

<sup>59</sup> Esta cuidadora mantinha um contrato com seu empregador (o filho da idosa que cuidava) diferente das cuidadoras contratadas do apoio domiciliário em Caminha -- formalmente contratadas por instituições que prestam serviços de cuidado de idosos no domicílio --, e das cuidadoras contratadas que conheci no curso de cuidador de idosos, em Salvador, que tinham registro na carteira de trabalho como empregadas domésticas. Como precisava destacar essa diferença, chamei essa cuidadora contratada de “informal” porque, segundo me contou Zuleide, a negociação foi verbal e não havia um documento legal que assegurasse as regras desse contrato.

aos filhos tanto quanto eles precisam. Disse que uma das filhas nunca lhe pede nada, já a filha que mora em Lisboa sempre precisa de ajuda. Ela ajuda também o filho desempregado e a filha caçula. Falou que um dos netos precisava de botas especiais para corrigir um problema nas pernas, vivendo preocupada com todos, filhos e netos. Gostaria de juntar algum dinheiro para poder ajuda-los melhor, porque o valor de sua aposentadoria não chega a 500 euros. Para garantir sua sobrevivência, abastece os cafés da região com salgados e se viu obrigada a aceitar o trabalho de cuidadora da idosa que acompanhava na época em que conversamos. Contou que sempre trabalhou nas cozinhas dos cafés e a ideia de ser acompanhante de idosos à noite surgiu da necessidade e da oportunidade, já que ela mesma tem medo de dormir sozinha e tem sempre as noites livres. Zuleide mora sozinha e costuma alugar um dos quartos da casa no verão. Seus filhos e netos, primas e sobrinhos também moram no concelho.

Entretanto, ao longo de sua trajetória, Zuleide cuidou de outros idosos. Aos 17 anos, quando morava em Lisboa, cuidou de uma senhora. Depois dessa primeira experiência, há 20 anos cuidou de um casal de vizinhos, proprietários de um café. Mais recentemente cuidou por 3 anos de uma senhora brasileira, que há poucos meses tinha sido institucionalizada pela família. Nunca fez cursos de capacitação, nem tem interesse em fazer, segundo afirmou. Quando a conheci, estava vivendo uma situação complicadíssima: ela estava “presa” a uma idosa de 87 anos que, após um tombo na rua, foi levada ao hospital onde o médico diagnosticou que ela sofria de Mal de Alzheimer. A idosa morava sozinha e Zuleide tinha sido contratada há 1 ano apenas para acompanhá-la às noites. Até a queda, a idosa parecia bem, ainda que um pouco atrapalhada com algumas tarefas do dia a dia. Zuleide não sabia que ela sofria dessa doença e depois de conversar com o médico, investigou os medicamentos que a idosa tomava e entendeu que os parentes já sabiam do diagnóstico, apenas não havia informado a cuidadora contratada. Zuleide estava atordoada com o quadro de saúde da idosa que se deteriorou com muita velocidade após a queda. Seu trabalho que antes se resumia a dar apoio à idosa quando precisava se locomover e, sobretudo, fazer-lhe companhia à noite, tornou-se uma avalanche de tarefas para as quais não havia sido contratada para realizar, atrapalhando sua rotina como fornecedora de salgados aos cafés da região. T tamanha era a mudança na condição de saúde da idosa, que Zuleide precisou deixar sua casa para instalar-se no domicílio da idosa até que seu único filho retornasse da França para definir aquela situação. A cuidadora estava muito desgastada física e emocionalmente quando conversamos, chorando muitas vezes durante a entrevista.

Disse-me que os filhos se preocupam muito com ela, Zuleide, porque é hipertensa. Teve um desmaio na rua e acordou no hospital em Viana, mas não sabe explicar o que teve. Toma

remédio para coração, hipertensão e tireoide. Costuma ir ao médico, faz exames regularmente e segue as recomendações médicas. Não faz adaptações porque tem medo. Na época em que nos conhecemos, contou que costumava jogar cartas aos fins de semana com mais 12 amigas e que hoje quase todas estão mortas. Então já não havia esses encontros com muita frequência. Não costuma fazer visitas, mas recebe muitas visitas de filhos e netos. O que mais gosta de fazer é cozinhar, mas aos 57 anos começou a ter dificuldades de conseguir emprego como cozinheira. Voltou ao Lar de idosos onde trabalhou na cozinha aos 14 anos, mas frustrou-se com a impossibilidade de emprego e me disse: “sinceramente, antigamente eu servi e era uma criança. Agora que eu sei fazer de tudo, já não sirvo. E isso não é só em Portugal, é em todo canto”. Normalmente, quando tem algum tempo livre, assiste tv e adora novelas. Afirmou que apesar dos seus problemas de saúde e das circunstâncias delicadas envolvendo o trabalho com a idosa que cuidava naquele momento, sentia que essa é a melhor idade de sua vida, pois não está presa a nada. Mesmo o problema com a idosa era visto como uma questão temporária, bastando o filho chegar. Zuleide disse que aquele seria seu último emprego como cuidadora de idosos. Como vendia salgados em muitos cafés e tirava um bom dinheirinho com isso, disse que não dependia do trabalho como cuidadora. Tudo que queria era voltar à sua casa o mais breve possível e estar com seus filhos e netos.

### **2.1.2. Profissionais de saúde e cuidadores espirituais**

Em relação aos profissionais, apresento os perfis de duas enfermeiras (a professora do curso e a que trabalhava na UBS em Itaparica) e uma agente comunitária de saúde (ACS). Quanto aos cuidadores espirituais, não cheguei a abordar esses mediadores de modo direto, mas identifiquei a presença dessas figuras nas dinâmicas do cuidado em torno dos idosos a partir dos relatos de meus interlocutores e considerei relevante fazer menção aos modos como eles participam das relações de cuidado.

#### **Eliana (Enfermeira e professora do curso)**

Eliana tem 35 anos, declarou-se negra e evangélica. Nasceu em Salvador e foi criada pelos pais. Tem duas irmãs que moram em Salvador e 3 irmãos em Jequié: a mais velha é Eliana e o mais novo tem 14 anos. Diz que tem boa relação com a família de origem. O pai vive em Jequié com a segunda família, mas mantém intenso contato com as filhas do primeiro casamento, cobrando visitas e telefonando frequentemente para saber como elas estão. Atualmente mora numa casa de três andares, todos ocupados por parentes: a mãe, a irmã, seu marido e filhos. Eliana reside

com o marido e os três filhos. Contou que teve uma boa infância, apesar da pobreza. Engravidou muito cedo de um surfista, aos 15 anos e, por isso, suas amigas de infância foram proibidas de andar com ela (vista como má influência): “isso estragou um pouquinho minha infância”, ponderou. Ajudava nos serviços domésticos e teve oportunidade de estudar, mas com a gravidez perdeu algumas chances, como um estágio no BANEBA. Sua família proibiu que ela ficasse com o pai de seu primeiro filho.

Está casada há 12 anos com um homem de 39 anos que trabalha como motorista, com quem tem uma relação conturbada<sup>60</sup>. Em sua casa, ela e o marido dividem as responsabilidades quanto ao sustento da família. Eles têm 3 filhos, dois homens (10 e 21 anos) e uma menina de 3 anos. Eliana, o marido e os filhos moram no 2º andar da casa própria. A mãe dela mora no térreo, enquanto a irmã, sobrinhas e cunhado residem no 1º andar. Também uma tia mora no mesmo bairro. O filho mais velho trabalha como radiologista, mas não contribui com o orçamento familiar. Eliana é enfermeira, tem especialização na área de gerontologia social e terapia intensiva. Trabalha como professora de cuidadores de idosos, preceptora de curso, presta consultoria em saúde e é voluntária no posto de saúde da Carlos Gomes, no centro de Salvador. Sua renda como autônoma é de 3 mil reais. Seu marido também trabalha e a renda da família é de 6 mil reais. Não recebe ajuda financeira de ninguém e ajuda a mãe e a outras pessoas, até alunas do curso que precisam de um dinheiro para o transporte ou lanche. Seus dependentes são seus filhos mais novos e sua mãe. Além disso, Eliana é a única responsável pelos serviços domésticos, o que a deixa ainda mais sobrecarregada:

Quando estou em casa tenho que fazer tudo da casa, tenho que dar atenção a todos os filhos, assistir desenho animado, ouvir as histórias do colégio, e há muito ciúme entre os filhos, especialmente por causa da caçula. Minha relação com minha família é bem complicada e eu me sinto muito culpada por não dar conta de tudo. A maior dificuldade é agradar a todos, conseguir dar atenção aos filhos e ao mesmo tempo trabalhar e cuidar da casa. Eles não entendem como é complicado pra mim (Eliana, professora do curso, Salvador).

Ela começou a trabalhar com 16 anos como babá na casa de uma professora. Depois do nascimento do primeiro filho, parou de estudar. A família de Eliana a manteve cativa durante

---

<sup>60</sup> Eliana me contou que o marido não a apoiou quando decidiu cursar a faculdade e todos os cursos que fez foram por conta própria: “A gente chegou a se separar por um tempo, quando eu estava grávida da menina de 3 anos, pois ele descobriu que tinha uma doença nos rins e achou que ia morrer logo. Então resolveu farrear, aproveitar a vida como se tudo fosse acabar amanhã e sumiu. Quando minha filha já estava com um ano e eu já estava com outro relacionamento, ele voltou muito doente, com uma infecção grave, e eu tive que cuidar dele. Ele ficou internado 28 dias e pediu perdão por tudo e que queria ser um bom pai para os filhos dele. A gente voltou a morar juntos, mas a relação mudou bastante, porque como ele sabia que eu tive um relacionamento com outra pessoa depois que ele abandonou a família, ele passou a ficar paranoico e controlador. Isso é complicado pra mim, porque ele não acredita na minha palavra e vive me seguindo e vigiando”.

toda a gestação para evitar que ela encontrasse o pai da criança. Contou que foi um parto complicado e quase morreu ao dar à luz a seu primeiro filho (explicou que não tinha feito pré-natal, nem era acompanhada por médico algum). Só voltou a estudar 8 anos depois. Com o nascimento do menino, ele ficou sob os cuidados da avó, porque o avô a tinha expulsado de casa. Nesse período trabalhou em diferentes funções, como garçoneiro, babá, cuidadora de uma senhora de 92 anos. Quando fez a prova do ENEM, na 2ª edição do programa, conseguiu, através do PROUNI, vaga em 5 faculdades em diferentes áreas. Na época, o governo arcava com 50% dos custos, mas exigia renda comprovada para o aluno assumir parte da dívida. Sem apoio da família e do marido, Eliana passou no vestibular de uma faculdade particular para o curso de enfermagem, mas não se animou muito porque não tinha condições de pagar a mensalidade de 700 reais. Com a ajuda de um dos filhos de Aleluia, a idosa que ela cuidava na época e ainda cuida, conseguiu se matricular – contou muito emocionada sobre esse momento de solidariedade. Ela explicou que por isso se sente presa a Aleluia e sua família até hoje.

Há mais de dez anos cuida de idosos. Afirmou que se sente satisfeita em seu trabalho como cuidadora. A situação mais complicada que enfrentou nessa função foi quando a família abandonou uma idosa sob seus cuidados e sem remuneração. O mais difícil para Eliana é a sensação de impotência diante de diferentes circunstâncias:

Não ter autonomia, nem autoridade... nenhum poder pra decidir, pra melhorar a vida do idoso. O conhecimento é uma faca de dois gumes, porque te tortura. Você sabe que aquilo está fazendo mal ao paciente, mas não tem o poder de interferir. Tem o conhecimento, mas não tem o poder (Eliana, professora do curso, Salvador).

Sobre possíveis benefícios em ser cuidadora de idosos, a professora disse que você passa a encarar a vida de um jeito diferente: “parece que a vida passa mais lentamente, não sei explicar o porquê”. Disse também que o retorno é mais afetivo que financeiro e que ser cuidadora de idosos afeta muito sua vida, em todos os sentidos, mas principalmente na relação dela com os próprios filhos<sup>61</sup>. Afirmou não se sentir insegura para lidar com nenhuma situação envolvendo cuidado de idosos pois “já viu de tudo”, mas mesmo assim desejava continuar estudando e praticando, para se tornar uma profissional melhor<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Sobre isso, Eliana me disse: “como estou sempre muito desgastada, quando eu chego em casa quero descansar, mas não posso fazer isso. Porque tenho minha família me esperando, tenho a rotina da casa toda me esperando. Nunca tenho folga, na verdade. Tenho que fazer tudo, todos os dias. Eu queria ter um tempo pra mim também, pra me cuidar, pra dormir direito. Tem um artigo que uma revista me encomendou há seis meses e ainda não consegui terminar, porque pra escrever você precisa estar com a mente fresca, seu corpo descansado”.

<sup>62</sup> Eliana contou que tem um sonho: ir para a Europa aprender mais, pois “eles implantaram o SADIS lá que é um serviço de apoio domiciliar, com apoio do governo, que engloba desde o cuidado com domicílio até o idoso. Um atendimento mais global. Eu queria ter oportunidade de estudar isso, de aprender com essa experiência na Europa”.

Sobre sua saúde, diz ter problemas. Sente que precisa descansar e há nove anos não tira férias. Tem assistência médica particular, mas não costuma ir ao médico. A última vez que foi ao médico foi no seu último parto, há 3 anos. Anualmente vai ao ginecologista. Acha importante ir ao médico, mas explicou: “quem trabalha na área de saúde vive assombrada, com medo de doenças. O conhecimento que a gente adquire assusta a gente e quando eu sinto alguma coisa e sei o que pode ser, evito ir ao médico pra não confirmar minhas suspeitas”. Só faz exames quando o trabalho exige “exames admissionais”. Não tem nenhum problema de saúde que exija tratamento médico regular, nem usa medicamentos. Participa do grupo “Vontade de Viver”<sup>63</sup>, mas não costuma sair de casa para passear ou viajar. Tem muitos amigos e procura encontrar tempo para visitar essas pessoas. Também gosta de visitar pacientes das alunas do curso. Quando tem um tempo livre, fica com os filhos, vai ao cinema, à praia e à igreja batista.

#### **Alice (enfermeira UBS, Itaparica)**

Alice tem 23 anos, declarou-se parda e evangélica. Nasceu em Salvador, cresceu na Ilha de Itaparica, mora em Salinas de Margarida e trabalha na UBS de Itaparica. Criada pelos pais, tem três irmãos por parte de pai e um por parte de pai e mãe. É a filha mais velha. Disse que teve uma infância maravilhosa, brincou muito e pôde estudar. Não precisou trabalhar fora de casa quando criança, mas gostava de ajudar a mãe em casa. Ela disse que deixou de ser criança aos 16 anos, quando começou a ter responsabilidade e foi morar em Salvador. Morava com um tio e ficava sozinha o dia todo, porque o tio só voltava à noite do serviço. É solteira e não tem filhos. Os pais trabalham e sustentam a casa, onde ela e o irmão mais novo também moram (uma casa grande, em frente ao mar, com 3 quartos, cozinha, sala, 2 banheiros, área de serviço e varanda). Outros parentes moram no mesmo distrito. O irmão tem 18 anos e pouco ajuda nas tarefas domésticas.

Alice concluiu o curso de enfermagem e fez um estágio não-remunerado no PSF por um semestre em Simões Filho (município próximo a Salvador). Ela começou a trabalhar aos 22 anos, tendo experiências no hospital de Simões Filho e no Hospital Roberto Santos, em Salvador. Além disso, acompanhou o pai quando ele ficou internado no HGE. Também fez

---

Explicou que os europeus já atentaram para as dificuldades da família dar o suporte que o idoso necessita e já existem serviços de cuidado domiciliar que atende demandas que a família não dá conta. No Brasil, isso ainda está em transição, mas a tendência é a mesma. Acha interessante esse modelo de assistência porque assim o idoso não é um estorvo nem para o governo, nem para a família.

<sup>63</sup> O Grupo Vontade de Viver de Apoio aos Portadores de Hepatites Virais é uma organização voltada para o atendimento de portadores de hepatites e seus familiares. Atua na prevenção e promoção da saúde, fornecendo informações, disponibilizando preservativos e realizando palestras e capacitações em saúde.

cursos de capacitação para leitura de exames e medicamentos e na ocasião em que nos conhecemos fazia uma especialização em enfermagem no trabalho. Não tem dependentes. Disse que tem vontade de ter um filho, mas tem muito medo de parir. Explicou que naquele momento estava aproveitando sua liberdade, pois morava com os pais, contribuía para o orçamento doméstico e sua remuneração era suficiente para suas necessidades. Não precisava se desdobrar para trabalhar em lugares diferentes e isso lhe garantia uma boa qualidade de vida. Contou que tem uma vida social muito ativa, passeia muito e se sente satisfeita com seu trabalho.

Em casa, ajuda aos pais a cuidar da avó paterna (82 anos) que teve complicações pós-operatórias (Alice explicou que a cirurgia foi uma hidrocefalia: colocou uma válvula no cérebro, mas o perfurou, provocando uma paralisia no lado esquerdo do corpo da idosa). Entre os familiares que vivem com ela, há uma escala com horários definindo os turnos de cada um como cuidadora da idosa. Com a fisioterapia, a avó está voltando a andar, mas ainda sem firmeza. Na UBS onde trabalha como enfermeira há 1 ano, recebe um salário de 2500 reais. Sua rotina é a seguinte: de segunda à quarta o atendimento ocorre no posto de saúde (o movimento é muito variável e há poucas crianças e gestantes). Terça é dia de consultas médicas e Alice organiza o planejamento e dá suporte ao médico durante todo o dia. Na quarta, pela manhã, são atendidos os idosos, hipertensos e diabéticos, e à tarde são realizadas as reuniões da equipe de saúde para planejar as ações da semana, especialmente relacionadas ao grupo terapêutico. Quinta é o dia destinado às visitas domiciliares, quando Alice atende os pacientes mais idosos, com dificuldades de locomoção, e acamados: “mas, no fim, a visita é quase com a família toda. Todo mundo pede pra verificar pressão, pra dar uma olhadinha e a gente termina fazendo uma visita ao domicílio mesmo, com todos os moradores”. Disse-me que o atendimento de enfermagem é muito simples e rápido: aferir pressão e glicemia, dar orientações sobre medicação e tal. Mas cada sessão leva mais de uma hora por causa das conversas intermináveis e muitos querem desabafar, contar problemas pessoais e da família: “muitos querem apenas conversar”, observou a enfermeira.

Alice tem assistência médica particular, vai regularmente ao médico e faz exames anualmente. Ela afirmou que o trabalho de enfermeira não afetava muito sua saúde, porque ela procura esquecer tudo relacionado ao trabalho quando sai do posto em direção a sua casa:

[...] senão você leva muita coisa daqui. Às vezes fico com o psicológico abalado com alguns casos que vejo, mas chego em casa procuro esquecer, vou pra academia malhar. Você tem que ter outras alternativas. O ruim é que mesmo em casa sempre aparece alguém pra pedir orientação ou pra aplicar

injeção, porque sabe que sou da área de saúde. Mas eu consigo separar as coisas (Alice, enfermeira UBS, Itaparica)<sup>64</sup>.

Em relação aos cuidados médicos, relatou-me que faz exames regularmente e considera importante ir ao médico e seguir suas recomendações. O único medicamento que utiliza é o anticoncepcional. Participava de um grupo de caratê, teve desentendimentos e na ocasião em que nos conhecemos disse que fazia parte de um grupo de academia de ginástica que se encontra regularmente. Contou que gosta muito de passear, ir a Salvador, ao cinema e a festas. Não costuma viajar para muito longe. Disse que tem muitos amigos e faz mais visitas que recebe, pois ainda mora com os pais. Gosta muito de sair para “se distrair” com o namorado e de ir para academia, onde “esquece de tudo”. Não gosta muito de ir à praia e disse ter pavor de água do mar. Quanto ao tempo livre, faz caminhadas, lê livros e assiste a filmes.

#### **Antônia (Agente comunitária de saúde UBS, Itaparica)**

Antônia tem 32 anos, declarou-se preta e católica. Nasceu em Itaparica e foi criada pela tia materna e pelos avós, com quem viveu até encontrar seu atual companheiro. Não foi criada com os irmãos. A tia não casou, nem teve filhos, e adotou Antônia. Explicou que a mãe “não teve condições” (sofria com alcoolismo) e que o pai não a “assumiu”<sup>65</sup>. Disse que teve uma infância difícil e apesar de ter, vez ou outra, oportunidade de brincar, precisou trabalhar muito desde pequena, aos 9 anos. Foi quando começou a ajudar o avô na casa que ele cuidava<sup>66</sup>. Frequentava a igreja assiduamente com os avós e a tia e acha que foi muito presa, muito cerceada. Brincava com os primos que eram vizinhos. Tem uma irmã de criação, também adotada por sua tia quando a criança tinha 6 anos. Já adolescente, fez todo tipo de curso que surgia: bijuteria, decoração de São João, de Natal, crochê de saco plástico. A principal atividade que desempenhou ao longo da vida foi de faxineira e empregada doméstica<sup>67</sup>. Concluiu o ensino

---

<sup>64</sup> Ela contou que procura se preservar usando a seguinte estratégia: anota durante o dia o que precisará fazer no dia seguinte. Retorna à sua casa e apenas no dia seguinte volta a pensar nas anotações. Sábados e domingos pertencem a ela e não trabalha no fim de semana de jeito nenhum, “senão a gente fica com cansaço mental e estresse. Então eu desligo o celular do trabalho no sábado e só ligo na segunda”.

<sup>65</sup> Contou que vê a mãe todos os dias, mas não convivem: “não vou na casa dela, não durmo com ela, não como com ela. E meu pai também. Não tenho relação com nenhum”.

<sup>66</sup> Antônia capinava, molhava as plantas e outros pequenos serviços. O avô recebia o salário e dava alguns trocados a ela. Quando os moradores estavam na casa, ela ganhava algum dinheiro fazendo faxina. Qualquer coisa que desejasse ou precisasse, tinha que trabalhar para comprar.

<sup>67</sup> Contou que fez vestibular para Matemática e passou em primeiro lugar, mas a tia que a criou desde que nasceu disse que não tinha condições de pagar. Fez diversos cursos (SENAI, SENAC): “tenho vários certificados” como garçoneite, camareira, turismo empreendedor, “tudo relacionado à turismo”. Trabalhou com o avô, como faxineira e caixa no mercadinho, antes de passar no concurso para agente comunitário de saúde.

médio e morou por 2 anos com um rapaz com quem namorou por 11 anos, perdeu um filho e, tempos depois, Antônia se separou. Com o atual companheiro, de 29 anos, mora junto há 6 anos em uma casa pequena, doada pelo sogro. Eles têm uma filha de 2 anos e seu esposo trabalha como eletricista, mas estava desempregado na ocasião em que conversei com ela. A única renda da família na época, um salário mínimo, era garantida por Antônia que trabalhava há 6 anos como ACS na UBS. Além da filha, cuida de uma menina que foi “dada para criar” aos 6 meses e que hoje tem 9 anos<sup>68</sup>.

Cuidou da avó que faleceu há dois anos, aos 94 anos. Também cuidou do avô que faleceu aos 96 anos<sup>69</sup>. Sobre sua atuação como ACS, me contou que não tem apoio de muitas famílias, mas, em contrapartida, há casos em que é muito respeitada. Fica preocupada com as pessoas que atende e são encaminhadas para o hospital. Desliga o telefone à noite para ninguém ligar falando de gente conhecida que faleceu. Considera o trabalho de ACS muito cansativo e pouco reconhecido<sup>70</sup>. Antônia me disse que tem boa saúde e só toma medicamento para dor de cabeça. Procura o médico quando precisa, pois, segundo ela, “por fora pode parecer que está tudo bem, mas e por dentro?”. Participou de grupos religiosos, tanto da igreja católica quanto do candomblé. Foi catequista e adorava lidar com crianças. Por toda vida frequentou o candomblé e, embora não seja iniciada, participa das festas nos terreiros de Itaparica. Todos os parentes são do candomblé e todos têm funções religiosas. Ela, entretanto, não se vê como alguém tão envolvida quanto os outros parentes. Relatou que costuma sair de casa para passear com a filha na ciclovia, toma uma cervejinha na praça e pronto. Não tem muitas amizades íntimas. Viaja só para Salvador, para a casa dos sogros. Gosta muito de cozinhar. Quando tem um tempo livre, vai à praia com o marido e a filha, mas gosta mesmo é de ficar em casa.

---

<sup>68</sup> Disse que quando morava com a tia, acolhia meninos negligenciados por suas famílias. Levava para sua casa, dava banho e roupa. A tia não gostava, o menino voltava a aparecer nas ruas, mas Antônia não conseguia evitar, porque aquilo a incomodava demais. Sempre gostou muito de crianças.

<sup>69</sup> Para ela, cuidou dos avós desde criança. O avô, por exemplo, trabalhava como caseiro, mas já não enxergava bem e era Antônia quem garantia que as portas e janelas fossem devidamente fechadas. Ela também cozinhava e capinava, fazia todos os tipos de serviço doméstico, desde pequena. Quando adoeceram, ela que cuidou deles, que levava ao médico, limpava, alimentava, vestia. O avô teve problemas na próstata e teve que remover “tudo”. Depois da cirurgia, ficou com uma grave depressão e Antônia que cuidou dele, garantindo sua higiene e bem-estar: “minha vida toda foi cuidando de meu avô e minha avó”.

<sup>70</sup> Explicou que quando cuidou de uma família de tuberculosos, estava grávida e, por sorte, não pegou nada. Já cuidou de pessoas com hanseníase e ao lidar com essas doenças contagiosas não pode mostrar que tem medo de pegar a doença, “pra eles não se sentirem humilhados”. Contou que trabalha mesmo quando está de férias, acompanha paciente em hospital e ninguém faz isso. Mostrava-se ressentida com a falta de reconhecimento do seu trabalho tanto na comunidade como entre os outros membros da equipe de saúde.

Quanto aos cuidadores espirituais, identifiquei a presença dessas figuras nas dinâmicas do cuidado em torno dos idosos a partir dos relatos de meus interlocutores, pois também participam das relações de cuidado. Em Caminha, onde todos se declararam católicos, ninguém chegou a relatar se os sacerdotes das paróquias que frequentam eram consultados sobre questões relacionadas ao cuidado ou a cura. Já em Itaparica, onde existem muitos candomblecistas, os cuidadores espirituais parecem ser consultados com mais frequência.

Segundo a ACS, Antônia, há casos em que os pacientes procuram ajuda médica, fazem exames, mas não descobrem nada. Quando procuram o terreiro, é porque estão convencidos de que o problema é de origem espiritual e procuram o pai de santo para consultar os búzios. Ela me relatou o caso de uma prima que ficou com a “garganta tapada”. A parenta fez todos os exames e não deu nada”: “aí descobriu que ela tinha que fazer o santo. Fez e passou o problema”. Antônia disse que acompanhou de perto e, segundo ela, considerou que o problema era espiritual.

Além das observações da ACS, também é possível observar o trabalho dos cuidadores espirituais através do relato do cuidador familiar Everaldo (mencionado no início deste capítulo), que além de ogã no candomblé de orixá é sacerdote no candomblé de egun. Ele me relatou como ocorre a “combinação” de tratamentos, médico e espiritual:

Eu já falei a você da minha religião que é o candomblé. Então, quando a gente vai pro hospital, a gente procura também orientação espiritual e geralmente dá muito certo. Às vezes, antes de procurar o hospital a gente faz uma limpeza de corpo e isso já ajuda. A gente usa muito a parte espiritual aqui, principalmente [nesta localidade]. Tá abatido, debilitado, faz uma limpeza de corpo e já se sente com mais disposição (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica).

Ele também me contou como ele e sua família procederam quando souberam que o pai teria que passar por um procedimento cirúrgico:

No caso do meu pai, por exemplo, quando o médico disse que precisava operar, a gente foi consultar qual era a doença dele, se a operação ia dar certo, se tinha algum risco e nossos eguns tranquilizaram a gente dizendo que ia dar tudo certo. Mandou [o pai] fazer uma limpeza de corpo antes de ir que ele vai fazer a cirurgia e vai voltar pra casa. (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica)

Everaldo explicou que é assim com toda a família: antes de qualquer grande decisão, eles consultam o oráculo. Na véspera da cirurgia cardíaca de seu irmão, o médico demonstrou muita preocupação sobre o procedimento, mas a família estava tranquila, porque o pai de santo consultou os búzios:

A gente fez a consulta aos orixás, aos eguns e eles disseram que a cirurgia era perigosa, mas ainda não estava na hora dele não. Ele vai sobreviver. Então era o médico preocupado e a gente tranquilo, porque a gente tem muita fé. Nós crescemos nisso. A mãe do meu pai, o pai do meu pai, meus tataravós... a gente acredita muito e alcançamos muitas coisas (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica).

Seus pais são candomblecistas e também recorrem a banhos de ervas, chás e participam das festas do terreiro. Everaldo e seus pais têm uma vida espiritual ativa. Perguntei o que dizem seus cuidadores espirituais sobre sua saúde e ele diz que eles também recomendam que mude seus hábitos e siga o que diz o médico. “Eles mandam eu me cuidar”. Também questionei se já houve casos na família de enfermidades que não podiam ser curadas pelos médicos e ele afirmou que isso é muito frequente:

A gente faz a limpeza, faz os ebós, dá um obi na cabeça, que a gente chama a limpeza da cabeça e melhora, sem ter que ir no médico. Às vezes a gente tá sofrendo influências negativas, inveja, essas coisas, a gente faz uma limpeza de corpo, um sacodimento na casa e funciona (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica)

## **2.2. Mediadores não-humanos**

Bonet e Tavares (2007) apoiam-se no conceito de prática enquanto caminho promissor para a compreensão dos processos de significação, considerando indispensável, na investigação das práticas do cuidado, perseguir a extensão das conexões que são desencadeadas por humanos e não-humanos, no intuito de compreender como se processam essas mobilizações. Nesse sentido, estão interessados no espaço “entre”, no qual se estabelecem os relacionamentos entre os terapeutas e os sujeitos que buscam o cuidado, tratando-o como o espaço entre dois discursos, entre duas percepções do corpo, em suma, entre duas visões de mundo:

Esse espaço pode facilitar a criatividade porque é nele que as visões e percepções são postas em jogo. O espaço do encontro terapêutico é um espaço “entre”, porque tanto o terapeuta, seja médico ou não, quanto o paciente, põem suas certezas em questão; é o espaço entre os discursos, entre os corpos, entre as representações e as vivências dos corpos e, ao menos potencialmente, é o espaço das possibilidades de negociações, da criatividade [...] (BONET e TAVARES, 2007, p.267).

O encontro terapêutico, que viabiliza esse espaço “entre” a que se referem os autores, em especial o espaço *entre saberes*, adquire diferentes características dependendo do contexto abrangente de cuidado de si no qual se desenvolve. É nesse espaço que as redes de cuidado se processam, incluindo tanto modos institucionalizados quanto não-institucionalizados, misturando diferentes saberes e práticas na busca do cuidado:

Na sua percepção mais convencional, ou coletiva, generalizada, a ideia de cuidado pode entrar numa certa tensão com a terapêutica biomédica, na medida em que percepções contrastivas de cuidado emergem na relação entre usuário e profissionais médicos. Assim, sabemos que quando um médico fala para seu paciente ‘vou cuidar de você’ e quando uma mãe, cujo filho depende de ‘cuidados médicos’, também ‘cuida do seu filho’, eles sabem que estão falando de coisas diferentes. O cuidado de um complementa e contrasta o cuidado do outro, só podendo ser compreendidos em relação aos contextos diferenciais nos quais se criam essas significações (BONET e TAVARES, 2007, p.272).

Passo agora à exposição dos mediadores não-humanos que consegui identificar ao longo da investigação. Os dados encontrados levaram-me a segmentar a discussão sobre as relações de cuidado intermediadas por não-humanos em três grupos distintos: medicamentos e equipamentos, entidades/artefatos e animais. Em relação ao uso de medicação e aparelhos voltados para o cuidado de idosos, apresento alguns debates que surgiram no curso de cuidador de idosos sobre os efeitos colaterais das medicações, as interações medicamentosas e a tácita proibição do cuidador interferir na dosagem da medicação ou em qualquer aspecto do tratamento medicamentoso. Também procuro expor como saber utilizar equipamentos para “medir” a condição de saúde dos idosos – para aferir pressão ou taxa de glicemia, por exemplo – eram preocupações das alunas do curso.

Quanto ao apelo à entidades e artefatos, detive-me na busca da cura através da religiosidade e espiritualidade, pois tanto em Itaparica e Salvador, quanto em Caminha, cuidadores, profissionais de saúde e idosos relataram situações onde religião e cuidado pareciam se entrecruzar. Nesse sentido, práticas como o uso de chás, banhos com ervas para limpezas espirituais, consulta ao oráculo e a cuidadores espirituais, sessões de orações para leitura do Evangelho, frequentar missas e fazer promessas foram mencionadas por diferentes interlocutores nos locais onde realizei o estudo. Essas práticas, em muitos casos, eram combinadas ao uso de medicamentos e equipamentos.

Finalizo a apresentação sobre mediadores não-humanos expondo algumas observações sobre a participação de animais domésticos na vida de idosos, principalmente aqueles que conheci em Caminha (através das rondas das equipes de apoio domiciliário) e que viviam

sozinhos. Esses mediadores não-humanos podem atuar como companheiros, estimuladores de sociabilidade e cuidadores ativos, capazes de alertar a vizinhança quando o idoso se sente mal, por exemplo.

### **2.2.1. Medicamentos e equipamentos**

Durante o curso de cuidador de idosos, a professora Eliana recomendou por diversas vezes que fôssemos profissionais curiosas e responsáveis: “a cuidadora deve saber de tudo um pouco. E o que não sabe, deve pesquisar. Buscar informações é uma forma de cuidado”. Nas aulas, foram debatidas questões relacionadas ao uso de medicamentos e equipamentos envolvidos nas práticas de cuidados voltados para idosos e, tendo em vista que em muitas situações será preciso administrar medicamentos e manipular equipamentos, a professora nos disse que o cuidador de idosos deve buscar informações sobre todos os procedimentos que precisam ser realizados. O alerta que fazia referia-se à necessidade de obedecer às orientações fornecidas por cuidadores familiares e profissionais de saúde e, sobretudo, à necessidade de buscar entender para que servem os medicamentos administrados e como atuam no organismo dos idosos.

Questões relacionadas ao uso de medicamentos foram tratadas com maior profundidade em uma aula cujo tema foi a “farmacologia do idoso”, como nos disse a professora, que utilizou alguns *slides* para abordar o conteúdo da aula e distribuiu caixas de remédios que usualmente são receitados para idosos a duplas de alunas para lerem e destacarem as principais informações contidas nas bulas das medicações<sup>71</sup>. A professora Eliana começou explicando que hipertensivos, analgésicos, antiácidos e anti-inflamatórios são os medicamentos mais usados por idosos. Continuou explicando que, no Brasil, estudos indicam que o idoso brasileiro chega a consumir, simultaneamente, dez tipos de medicamentos, sendo que muitos deles com efeitos similares. O objetivo da aula era ajudar as cuidadoras a entenderem as informações básicas contidas nas bulas e a se familiarizarem com a linguagem, dosagem e compreensão sobre efeitos colaterais e interação medicamentosa. Tais informações são importantes na medida em que auxiliam a cuidadora a entender melhor seu paciente, seu comportamento, humor e suas necessidades. Destacando as particularidades da fisiologia do idoso, a professora afirmou: “o

---

<sup>71</sup> Algumas alunas que trabalhavam como cuidadoras na época reconheceram algumas medicações. A professora comentou sobre os altos custos de remédios de primeira geração. Utilizou algumas expressões como “drogas da moda”, “de primeira escolha” e teceu comentários como “o queridinho para quem tem Alzheimer, como já foi dito, é o Excelon”. Reforçando o quanto custava caro o remédio de uso contínuo (R\$ 545,00), a professora criticou o fato do governo brasileiro não distribuir os medicamentos considerados mais eficazes, mas sim os mais baratos. O melhor tratamento, portanto, está reservado aqueles que possuem mais recursos.

idoso é um ser diferente de todos os outros seres que existem”, pois o ritmo de absorção de medicamentos no organismo envelhecido é diferenciado<sup>72</sup>.

Sobre os problemas relacionados à interação medicamentosa, a professora disse que a cuidadora precisa entender os efeitos de cada droga usada por seu paciente, prevendo também os efeitos colaterais e resultantes da combinação de medicamentos. Isso não significa, entretanto, que a cuidadora possa interferir na administração da dose recomendada pelo médico. Ela relatou o caso da idosa que cuida e que sofre de Mal de Alzheimer. A idosa faz uso de um coquetel muito forte de medicamentos que só a deixam mais confusa, agressiva e nervosa. A família insiste em administrar esses medicamentos porque confia com muita intensidade no efeito deles – receitados por um famoso neurocirurgião – e por não aceitarem a doença da idosa. Eliana afirmou: “eles medicam ela na tentativa de mascarar os sintomas do Alzheimer. Não seria mais fácil aceitar a doença e procurar lidar com os sintomas de um modo mais humano?”<sup>73</sup>. De todo modo, quem cuida do idoso no domicílio precisa entender os efeitos das drogas que administra e as consequências desse uso, pois muitos idosos estão sujeitos a combinações de medicamentos compostos por diferentes substâncias, umas que os deixam agitados, outras que induzem ao sono e relaxamento, entre outros efeitos colaterais<sup>74</sup>. Ao recolher, no final da aula, as embalagens de medicamentos distribuídas, Eliana ressaltou a importância de seguir as orientações do médico e esperar algum tempo (15 dias a 1 mês) até que o remédio faça efeito, pois, no organismo dos idosos, a absorção é mais lenta (o metabolismo, a absorção, a excreção e a distribuição das drogas estão comprometidas). Além disso, o tratamento não deve ser nem prolongado nem abandonado<sup>75</sup>.

---

<sup>72</sup> A professora criticou o fato de ser incomum, mesmo nas medicações voltadas para doenças típicas do envelhecimento, encontrar na bula informações relacionadas ao uso do medicamento entre pacientes pertencente a este segmento populacional.

<sup>73</sup> No caso do Alzheimer, a professora recomendou que os cuidadores familiares avaliem a idade do paciente e o estágio da doença para poder decidir o tipo de tratamento a ser adotado: “um paciente de 50 anos é diferente de um de 90. Imagine uma pessoa de 90 anos turbinada com vaso dilatadores potentes e outros medicamentos que comprometem ainda mais sua condição de saúde – agravando a hipertensão e provocando ansiedade. Será que vale a pena submeter o idoso a esse tipo de situação?”

<sup>74</sup> A professora acusou médicos de receitarem medicamentos “a torto e a direito”, sem conhecer a condição renal do paciente, muitas vezes sobrecarregando-o com muitos remédios. Comentou sobre o alto preço de muitos medicamentos voltados para doenças de idosos e insinuou, muito superficialmente, a existência de acordos internacionais entre indústria farmacêutica e Estados para viabilizar testes e venda de medicamentos, independentemente de sua eficácia real.

<sup>75</sup> Foi interessante observar o assombro das alunas diante do volume de informações relacionadas aos medicamentos e a preocupação crescente com os riscos envolvidos no uso e na interação medicamentosa. Muitas alunas declararam nunca ter “prestado atenção” nas bulas dos remédios.

Nos contextos onde a pesquisa foi realizada, a percepção e o acesso aos medicamentos era diferenciado<sup>76</sup>. Em Caminha, como a seleção da maior parte dos domicílios investigados dependeu da atuação das equipes de apoio domiciliário das IPSS que acompanhei, quase todos os casos eram de idosos que recebiam os medicamentos em casa, como parte do serviço contratado. As instituições intermediavam a compra, a entrega e a administração das medicações, dependendo de cada caso (se havia ou não familiares a apoiá-los). Os medicamentos eram pagos em sua totalidade pelos idosos. As queixas sobre os valores desses produtos eram frequentes, como me disseram as diretoras das IPSS. Em Itaparica, como abordei famílias cadastradas na UBS da localidade, alguns medicamentos eram entregues gratuitamente nos domicílios, através de um programa chamado MEDICASA. Entretanto, foram frequentes os relatos entre cuidadores familiares sobre atrasos na entrega e falta de remédios de uso contínuo, o que os obrigava a comprar os medicamentos na farmácia, resultando em maiores despesas para os idosos e seus familiares.

Apesar do uso de medicamentos ser uma constante na maioria dos casos apresentados (tanto idosos como seus cuidadores seguiam orientações médicas que envolviam utilização de fármacos), as pessoas que conheci relataram recorrer a outros tipos de remédios e tratamentos. Por exemplo, Olívia, cuidadora contratada que conheci no curso, em Salvador, contou que o idoso que ela cuidava seguia alguns tratamentos considerados alternativos. A sobrinha dele, que é massoterapeuta, aplicava-lhe ventosas regularmente. Além disso, ele fazia sessões de acupuntura que, segundo ela, ajudavam a diminuir as dores. Já a ACS Antônia, da UBS de Itaparica, comentou que atualmente os velhos se comportam de um modo diferente, pois antes eles só usavam folhas para se cuidar: “minha avó era parteira e orientava todo mundo. Mas era muita superstição também. Hoje em dia os idosos procuram mais os médicos”. No entanto, mesmo considerando o seu relato, minhas observações em campo apontaram para a frequente combinação de tratamentos – recomendados por médicos e por outros especialistas –, muito comum na localidade onde realizei a pesquisa em Itaparica. A enfermeira da UBS que acompanhei, Alice, explicou-me que era possível combinar tratamentos diferentes. Afirmou, ainda, que o médico da UBS também recomendava chás e coisas “alternativas” para melhorar a saúde dos pacientes: “ele apoia muito a combinação de tratamentos”. Ela relatou sua experiência na Unidade de Saúde:

---

<sup>76</sup> Um exemplo curioso de como algumas medicações eram percebidas pode ser extraído do relato da professora do curso em uma das aulas. Ela explicou que as constantes campanhas de vacinação voltadas para idosos e relacionadas à prevenção da gripe não costumam ser bem vistas por alguns idosos e que muitos deles se recusavam a tomar a vacina contra a gripe por suspeitarem ser ela uma armadilha do governo para matá-los e assim diminuir os gastos com aposentadorias e pensões.

A gente faz tratamento com os diabéticos com quiabo. Pinica o quiabo todo e coloca na água e bebe essa água. E tá dando certo. Eu vi no Fantástico e uma senhora me falou que estava fazendo isso. Eu media a glicemia dela e estava sempre baixa. Aí eu perguntei: “como a senhora está tomando o remédio?”, ela disse que tomava um por dia. Trouxe a cartela e eu conferi. Perguntei então o que ela estava fazendo e ela contou dessa “água de quiabo”. Aí eu comecei a recomendar em alguns casos e as pessoas estão notando a melhora, está diminuindo a diabete (Alice, enfermeira UBS, Itaparica).

Além da combinação de diferentes terapêuticas, encontrei situações que consistiam na combinação entre uso de medicamentos e de equipamentos. Por exemplo, uma preocupação recorrente entre as alunas do curso de cuidadores em Salvador era sobre o modo correto de aplicar insulina nos pacientes diabéticos. Esse era um questionamento que envolvia tanto a dosagem da medicação como o uso de seringas ou equipamentos mais sofisticados, como uma caneta aplicadora. Uma das alunas perguntou sobre onde deveria ser aplicada a insulina e a professora declarou que não precisa ser técnico em enfermagem para aplicar essa medicação, até mesmo o paciente pode fazer sozinho. Contudo, é importante saber aplicar a insulina na dosagem certa, com a seringa apropriada, em regiões com camadas de gordura significativas como: braço, barriga e na lateral da coxa. Em relação à dosagem, a professora esclareceu que quem costuma informar ao cuidador sobre isso é a equipe de saúde ou a família (provavelmente orientada pelo médico do idoso). De acordo com o que nos disse a professora, o cuidador não tem que adivinhar nem experimentar nada, deve apenas garantir que as ordens sejam executadas conforme as orientações. Os resultados são de responsabilidade da família e da equipe de saúde. Uma aluna perguntou se, no caso de perceber que a dosagem de insulina pode ser insuficiente ou não está tendo o efeito esperado, seria possível compensar a hipoglicemia com alguma fruta, algum alimento. A professora disse que era preciso medir a glicemia e, constatando a insuficiência da dosagem da insulina para resolver o quadro hipoglicêmico, a administração de água com açúcar poderia ajudar a salvar uma vida.

Sobre procedimentos que ajudam a monitorar a condição de saúde do idoso, Eliana explicou que como quem administra o hipoglicemiante é a cuidadora, ela precisa estar capacitada para fazer uma glicemia capilar. Além disso, manipular um aparelho aneroide para aferir pressão também é fundamental, assim como saber identificar as exigências nutricionais da dieta do idoso conforme sua condição de saúde. Houve uma aula inteiramente dedicada a aprendermos a utilizar o equipamento para aferir pressão<sup>77</sup>. Foi uma grande confusão, pois a

---

<sup>77</sup> A professora distribuiu kits para aferir a pressão a duplas de alunas, um tensiômetro aneroide e um estetoscópio, explicando que o cuidador precisa saber utilizar esses instrumentos. Com esses equipamentos, precisávamos obter três valores precisos (com o idoso em pé, sentado e deitado). Alertou que a alimentação, atividade física e outros fatores podem influenciar os valores obtidos. Disse que por muito tempo os valores de referência, 120 por 80 ml

turma era muito barulhenta e agitada, mas ao menos a professora teve oportunidade de apresentar às alunas informações relevantes como a impossibilidade de aferir pressão do modo mais comum nos pacientes que fazem hemodiálise ou que passaram por mastectomia. Uma das alunas disse que “ouviu dizer que” cuidador não pode aferir pressão. A professora negou, afirmando que não só pode, como deve. Em muitas situações ficou evidente a existência de ambiguidades nas atribuições do cuidador na perspectiva das alunas do curso – ora em relação ao domicílio, ora em relação aos aspectos mais técnicos dos procedimentos de enfermagem. Ainda sobre a rotina de monitoramento, perguntei à professora como proceder e ela explicou que, com o idoso ainda em jejum, é preciso medir a glicemia dos pacientes diabéticos e “quando o cuidador é mesmo dedicado, monitora também temperatura, respiração e batimentos cardíacos”.

Embora ao longo do curso não tenhamos tido nenhuma aula prática sobre glicemia capilar, quando encontrei a professora Eliana para uma entrevista, nas instalações onde o curso era realizado, quase três meses após o final do curso, ela estava dando instruções a uma das alunas, Andréa, sobre o teste de glicemia. Dois pontos interessantes na orientação dada por ela (e que foi mencionada também ao longo do curso): informar ao idoso sobre o procedimento que pretende fazer e qual o resultado obtido. Como a aluna demonstrava ainda alguma insegurança para fazer o teste de glicemia e aferição de pressão, Eliana procurou tranquilizá-la, dizendo que com a prática “você entra no automático”. Ela também ressaltou que existem diferentes modelos de aparelho para fazer essas medições e que o cuidador deve procurar conhecer o equipamento que vai usar, ler o manual e procurar tirar qualquer dúvida com a família ou equipe de saúde que acompanha o idoso. O teste deve ser feito antes e depois das refeições e o material/lancetas utilizado deve ser descartado -- ou naquelas caixas amarelas próprias para lixo hospitalar ou num pote de vidro transparente --, mas não deve ser jogado no lixo comum e sim levado a um posto de saúde.

Ainda sobre a necessidade de lidar com equipamentos utilizados pelos idosos, houve uma aula onde a professora falou sobre o déficit nutritivo por deficiência de absorção ou metabolismo. Ela nos disse que, em alguns casos, o paciente precisa fazer uso de sondas –

---

(12 por 8) de mercúrio, foram considerados o marco de “pressão normal”. Atualmente, entretanto, considera-se 140 por 90 ml (14 por 9) de mercúrio aceitável. Mas esses valores devem levar em consideração o estilo de vida da pessoa, pois os valores aferidos podem ser consequência de hábitos de vida. Quando apresentou os instrumentos para fazer a medição, destacou que além do tensiômetro aneróide, que estávamos conhecendo de perto, existe o de coluna de mercúrio (comum em hospitais) e o digital (que não é muito confiável, segundo a professora, pois apresenta variação de 3ml de mercúrio para mais ou menos, dependendo da posição e comportamento do paciente -- precisa estar com o punho do braço que vai ser verificado na altura do coração e sem fazer esforço algum). Com o estetoscópio, podemos escutar os batimentos cardíacos nos vasos sanguíneos.

nasogástrica ou nasinteral. Recomendando que o cuidador, ao manipular a sonda, esteja sempre com as mãos bem limpas, com muito cuidado, Eliana explicou ser preciso triturar e diluir as medicações. Ela perguntou se alguém tinha experiência com paciente usando sonda e algumas alunas responderam que sim. A professora disse que é um procedimento complicado, pois é preciso retirar todo o ar da sonda e ela deve ser colocada acima da cabeça do paciente. A temperatura do alimento não deve ser nem muito gelada, nem muito quente. O ideal é temperatura ambiente, salvo quando há orientação médica específica. A sonda deve ser bem lavada antes de ser utilizada. Os lábios e a boca do idoso devem ser sempre hidratados e ele deve ser alimentado sentado, sendo preciso esperar no mínimo 40 minutos para deitar. Quando a cuidadora for trabalhar com paciente que faz uso de sonda, deve tirar todas as dúvidas com a equipe médica<sup>78</sup>.

Em Caminha, a diretora do Centro Social, Joana, me explicou que os aparelhos para medir glicemia e pressão arterial estão à disposição no Centro e são utilizados sempre que necessário. As cuidadoras têm curso de primeiros socorros e sabem utilizá-los. Quando qualquer problema é detectado, acionam o Centro de Saúde. Joana também mencionou a existência de equipamentos que são cedidos a alguns utentes para fazerem uso em seus domicílios, como cadeira de rodas, cadeira apropriada para o banho, camas articuladas. Em alguns casos, são as famílias que adquirem esses equipamentos conforme orientação das cuidadoras do Centro. Como cada casa é um caso, a instituição procura avaliar e ser flexível diante das realidades que encontra. Essa diretora também mencionou um equipamento à disposição dos idosos que, de certo modo, fazia às vezes de “cuidador”: um aparelho, para ser colocado no pulso ou no pescoço (como colar) ligado a uma central telefônica, localizada no Porto, para idosos pedirem ajuda quando necessário, especialmente à noite. Trata-se do serviço de “Teleassistência”, uma conexão 24h entre idosos e técnicos da área de saúde. A central faz uma triagem e orienta o idoso ou envia uma equipe de apoio ao domicílio. Por exemplo: o idoso sofre uma queda, aciona o serviço e a Guarda Nacional Republicana (GNR)<sup>79</sup> vai ao domicílio para leva-lo ao hospital ou Centro de Saúde mais próximo. Esse serviço começou a funcionar

---

<sup>78</sup> As cuidadoras que tinham experiência com pacientes que usavam sonda contaram que os idosos se queixam de não terem comido de verdade, que sentem falta do gosto das coisas e muito enjoo. Eliana explicou que o alimento administrado na sonda pode ser industrializado ou preparado em casa (no liquidificador e coado), dependendo da orientação médica, e alertou para que a alimentação seja administrada bem devagar, senão corre o risco de voltar tudo: “se o paciente tiver refluxo, corre o risco dele bronco aspirar, baixar na UTI e morrer”.

<sup>79</sup> A Guarda Nacional Republicana é uma força de segurança de natureza militar, constituída por militares organizados num corpo especial de tropas e dotada de autonomia administrativa, com jurisdição em todo o território nacional e no mar territorial de Portugal.

em julho de 2013 e o aparelho ainda não estava à disposição de todos os utentes, por isso procuravam priorizar aqueles idosos que residiam sozinhos.

### **2.2.2. Entidades e Artefatos**

Durante a realização do estudo, a dimensão religiosa foi ganhando, pouco a pouco, destaque nas falas dos meus interlocutores sobre práticas de cuidado. Fui percebendo que a busca por melhores condições de saúde não se restringia aos cuidados recomendados pelos profissionais de saúde quando os cuidadores (familiares e contratados) e os profissionais de saúde, no Brasil e em Portugal, mencionaram casos em que a espiritualidade e religiosidade eram elementos reconhecidos como necessários para a cura de alguns problemas de saúde. “Deus” foi uma entidade recorrente nas falas dos interlocutores para explicar e consolar as dores vivenciadas, sendo também fonte de esperança e cura pela fé. Assim entidades e artefatos religiosos foram considerados, nas perspectivas de alguns cuidadores de idosos, como importantes agenciadores de cuidado, podendo se constituir em relevantes mediadores não-humanos de práticas de cuidado.

Essas práticas se desenvolvem, em muitos casos, simultaneamente às práticas orientadas por profissionais de saúde. A busca da cura através da medicina tradicional foi uma prática consensual entre os cuidadores familiares e as cuidadoras contratadas com quem conversei, em Salvador, Caminha e Itaparica. A intensidade com que recorriam a essas práticas era variada e a confiança nos tratamentos alopáticos também, de modo que nem todos os interlocutores do estudo recorriam a práticas religiosas ou consideradas “alternativas” -- fitoterapia, acupuntura, meditação --, mas alguns deles combinavam o tratamento médico ao uso de chás, objetos consagrados, entidades consideradas divinas, por exemplo, para buscar cura e conforto espiritual.

Em Itaparica, os casos em que os cuidadores e os idosos combinavam tratamentos médico e religioso/espiritual eram muito frequentes. Na localidade específica em que realizei o estudo, havia um contingente significativo de candomblecistas e um grupo menor de evangélicos, com tendência aparente de aumento desse segmento na região. A equipe da UBS era formada majoritariamente por pessoas evangélicas: apenas o médico era católico e uma ACS (que estava de licença médica) e outro funcionário do posto eram candomblecistas. A enfermeira era evangélica e a ACS Antônia era de família de candomblecista, mas frequentava também cultos evangélicos. Essas duas profissionais de saúde que mantinham estreito contato

com a comunidade atendida tinham percepções um pouco distintas sobre a forma como a população atendida pela UBS se comportava ao combinar tratamentos terapêuticos diferentes.

Alice, a enfermeira, afirmou acreditar na cura pela religião e no uso de chás para ajudar os pacientes, ressaltando que quando encontra pessoas que utilizam chás para tratar alguma doença, procura orientar sobre a necessidade de ferver a água primeiro e depois colocar as folhas, senão acabam bebendo as toxinas também: “Se não usar do jeito certo, atrapalha. Tem gente que quer trocar água por chá e eu explico que tem que beber água mesmo e que chá demais pode intoxicar o organismo”. Para ela, as pessoas costumam ir primeiro à Unidade de Saúde, porque são dependentes de medicação e, segundo ela, “querem tomar logo antibiótico”. Alice conhece muitas benzedeiras e rezadeiras da região e me disse que os pacientes não falam que buscam esse tipo de ajuda, mas a equipe sabe quem são as pessoas que tratam usando ervas e rezas e as pessoas que as procuram. Alice afirmou conhecer casos em que práticas religiosas ajudaram a melhorar a saúde de pacientes:

Vejo mais nos pacientes mentais. Como eles vão ou pro candomblé ou pra igreja, eles convivem com outras pessoas, conseguem conversar. Nas igrejas tem muitos grupos. Eles saem de casa, se relacionam com as pessoas. Então é bom. A gente até indica, “procure um grupo na igreja, participe de alguma coisa”. Assim eles têm companhia e tem aquela responsabilidade do compromisso com a fé. Então a religião ajuda a estimular as pessoas (Alice, enfermeira UBS, Itaparica).

Quanto à ACS Antônia, disse-me que antigamente os velhos se fiavam mais em rezas e folhas e que hoje procuram mais a medicina oficial. De qualquer forma, como ela acrescentou, combinar tratamentos, médico e religioso, não atrapalhava seu trabalho como agente de saúde. Entretanto, destacou que quando as pessoas utilizam folhas diferentes, ligadas à religião, podem trazer problemas se não souber o efeito que têm no corpo do idoso, por isso não aconselhava combinações desse tipo sem acompanhamento especializado. Em relação à prática de orações também pode ser um empecilho ao tratamento médico, “porque as pessoas preferem confiar em Deus que no médico. Eles acham que rezar é suficiente pra se curar. E a ignorância também é grande, acham que vacina pra gripe dos idosos é pra matar os velhos e pegar aposentadoria”. Sobre os banhos de ervas, Antônia não vê problema em seu uso. O problema, para ela, era negar o tratamento médico e confiar totalmente na religião. De certo modo, uma perspectiva muito semelhante à de sua colega de trabalho, a enfermeira Alice. No entanto, Antônia afirmou que a população da região onde atua costuma procurar primeiro atendimento no terreiro de candomblé e só depois vão ao posto. Se sair no jogo de búzios que devem procurar o médico, aí eles procuram, mas consultam primeiro os búzios e quando podem, resolvem lá no terreiro primeiro.

Também usam muitas ervas, muitos chás, além dos “remédios de farmácia”: “Mas todo mundo tem no quintal um pezinho de boldo, de capim santo, de erva cidreira”. Assim como a enfermeira, a ACS conhece sacerdotes, benzedeiros e rezadeiras da região e declarou que na localidade havia apenas uma igreja católica e uma igreja evangélica: “O resto é tudo terreiro. São muitos”.

Falando sobre sua própria experiência, quando precisa de ajuda para resolver problemas de saúde, Antônia admite que a religião interfere no cuidado: “Tem gente que prefere não fazer o tratamento médico e isso é perigoso”. Sua família de origem é composta por muitos parentes candomblecistas, com cargos em terreiros da região. A ACS foi criada em um contexto onde o candomblé tem grande influência no estilo de vida e visão de mundo da população. Antônia, na ocasião em que conversamos, me confidenciou que combinava todo tipo de tratamento que estivesse ao seu alcance quando tinha problemas de saúde ou de prosperidade. Afirmou que combinava tratamentos médicos e orientações do pai de santo do terreiro que frequentava e disse que isso é muito comum: “já teve caso de idoso estar internado no hospital e fazerem despacho lá mesmo. Eles pediram autorização no hospital e bateram folha, deram banho e fizeram o ebó”. Contou que já assistiu muitos casos de recuperação através dos tratamentos do candomblé. Entretanto, disse que quando está doente, procura primeiro o médico. Mas se recebe instruções para “fazer limpeza”, ela faz. Além disso, vai à rezadeira e me disse que já foi vítima de feitiço, quando seu barco foi incendiado. Antônia vai ao médico, ao terreiro de candomblé, à rezadeira e também não deixa de colocar um copo com água em cima do aparelho de tv para receber a oração do pastor, através de um programa de televisão que assiste. Depois ela bebe a água abençoada. Explicou que apesar de não sentir grande efeito com essa prática, acha que tudo depende da fé.

Nessa mesma região em que atuam a enfermeira Alice e a ACS Antônia, também destaco a experiência da cuidadora familiar Olga (apresentada no início deste capítulo), que era evangélica assim como sua mãe. Elas frequentavam a Igreja Universal do Reino de Deus e participavam de correntes de oração para a cura de suas enfermidades. Perguntei diretamente à idosa, mãe de Olga, se sentia alguma melhora e ela respondeu: “a melhora que Deus quiser me dar está boa”. A filha disse que a mãe estava já muito conformada e que precisava lutar contra esse sentimento, buscando melhorar a cada dia. Elvira, outra cuidadora familiar de Itaparica, se declarou católica e afirmou fazer uso de chás, mas me disse que nunca fez combinação com tratamentos de cura espiritual. Contudo, como destaquei acima, seu irmão Everaldo afirmou que toda a família é formada por candomblecistas há muitas gerações.

Em Caminha, tanto nas IPSS, quanto nos domicílios que visitei, notei inúmeros quadros com motivos católicos, terços, velas acesas, imagens de santos em diversos ambientes. Todos os interlocutores que conheci nessa região eram católicos e demonstravam até surpresa quando eu lhes perguntava “qual a sua religião?”. Uma cuidadora familiar, Helena, explicou que sua família sempre foi muito religiosa e a avó estava sempre a rezar: “É muito bom, porque a pessoa aprende na catequese como viver na religião. Vou a missa quando posso, mas antes ia sempre. Também assisto pela TV. Fui à Fátima e gosto muito de lá”. Contou que foi à cidade de Fátima em busca de uma “graça”: sofria com dores intermináveis no estômago. Helena rogou a Nossa Senhora de Fátima que tirasse sua dor de estômago: “e não é que de um momento para outro o estômago nunca mais me doeu? Eu acredito em milagres”. Em Caminha e regiões adjacentes há muitas romarias ao longo do ano, principalmente no verão, e elas faziam parte do calendário festivo do município. As IPSS, quando não estavam diretamente vinculadas à uma paróquia, recebiam apoio das igrejas locais.

Para finalizar essa breve discussão sobre como entidades e artefatos religiosos foram considerados, nas perspectivas de alguns cuidadores de idosos, como importantes agenciadores de cuidado, apresento mais dois exemplos a partir de relatos registrados no curso de cuidador de idosos. O primeiro exemplo é sobre o uso da Bíblia e de orações para cuidar do idoso, que observei no relato de uma aluna cuidadora que abandonou o emprego por falta de condições emocionais para lidar com os problemas do idoso. Ela nos contou que ele afirmava ver o Diabo o tempo inteiro e a assustava, afirmando: “não encoste pro lado de lá porque o Cão tá em pé, do seu lado”. A cuidadora disse que rezava o “Creio em Deus Pai” o tempo inteiro, enquanto o idoso contava suas lutas com o demônio durante a madrugada. Ela tentava distraí-lo, puxando conversa: “e como foi a luta? Quem tava na vantagem? Você rezou?” E ele respondia: “rezei! Chamei por Deus, peguei a Bíblia e aí ele pulou a janela”. A cuidadora tentava animá-lo: “ótimo, significa que foi embora, se acabou todinho”. Disse que isso acalmava o idoso. Nesses casos, interrompeu a professora, “a melhor coisa é a gente concordar”. E, em coro, a turma respondeu “É”. O segundo exemplo é sobre como Deus é considerado uma entidade cuidadora, como notei no relato de outra aluna sobre como “Ele” impediu que a casa onde trabalhava, cuidando de um idoso, fosse incendiada:

Deixe eu contar pra vocês o que me aconteceu hoje e que eu quase morri, mas a mão de Deus impediu. Essa noite eu dormi no trabalho porque ficava mais perto de um compromisso que eu tinha de manhã cedo. Então eu coloquei um frango no forno, no fogo baixo, e saí pra um evento da igreja. Vocês já imaginam o que aconteceu, né? Quando eu voltei que abri a porta da cozinha estava tudo tomado de fumaça. Ainda bem que tinha um exaustor. Deus estava

operando naquele momento, porque podia ser um acidente horrível, né? Meu idoso ria e chorava ao mesmo tempo. Imagine se tivesse explodido o prédio? Eu disse: ‘Meu Deus! Obrigada por cuidar das nossas vidas’. Quando Deus está no comando, ele dá uma ordem, pronto! Não tem jeito. Se ele quisesse que fosse a hora da gente, tinha morrido todo mundo. Mas nem fumaça fez. O frango torrou todinho! (Aluna do curso de cuidador, Salvador)

### 2.2.3. Animais

A participação de animais como mediadores não-humanos de cuidado não foi uma questão quando elaborava meus instrumentos de coleta de dados. Foi através da observação quando acompanhei as rondas das equipes de apoio domiciliário em Caminha que percebi como animais domésticos podiam ser cuidadores ativos, especialmente nos casos onde os idosos moravam sozinhos. Dois casos me chamaram bastante a atenção porque os idosos, quando recebiam a visita das cuidadoras, demonstravam grande amor e preocupação com seus bichos de estimação.

Quando acompanhei a visita da equipe do apoio domiciliário a Sara, uma idosa de 83 anos, não foi difícil perceber o quanto sua cadelinha, pequena e gorducha, Pepa, era sua fiel companheira há dez anos. Ela é viúva e mora sozinha, sofre de diabetes, hipertensão e osteoporose. Apesar dos problemas de saúde, locomovia-se sem grandes dificuldades. Pepita (apelido carinhoso da cadelinha) a acompanhava por todo canto e ela mantinha um diálogo constante com o animal. Quando retornamos no turno da tarde, naquele mesmo dia, chegamos a sua casa e Sara estava sentada em sua poltrona e, aos seus pés, Pepa degustava uma coxa de frango assada, delicadamente posta em um belo pires de porcelana.

Em uma nova visita, dias depois, acompanhei a mesma equipe do apoio domiciliário em sua ronda e quando chegamos na casa de Sara, as cuidadoras sentiram cheiro de gás e perguntaram a idosa se andou fazendo algo no fogão. Ela explicou que estava aquecendo o arroz. Quando começou a ser repreendida pelas cuidadoras, que aproveitaram para queixar-se da sujeira que a cachorra fez na cozinha, Sara virou para Pepa e disse: “Viu como estão todas contra ti, Pepita? Só eu em Portugal gosto de ti”. Achei a idosa muito bem-humorada. Quando uma das cuidadoras reclamou com a cadelinha, Sara a defendeu: “ela não obedece a ordens assim”. Na despedida, ela comentou comigo que Pepa é muito apegada a ela, porque nunca conheceu a mãe: “ela pensa que sou a mãe dela, porque se separou da mãe com dois meses, coitadinha”. As funcionárias do Centro me contaram depois que Sara ficou muito deprimida quando Pepa adoeceu e só se restabeleceu quando o animal se recuperou.

Outro caso foi o de um idoso de 92 anos, chamado Manuel, que vivia em uma casa enorme com uma cadelinha chamada Bilu. No dia que acompanhei a visita da equipe a sua casa,

fui informada de que seus filhos moram nos EUA e sua única companheira é Bilu. As cuidadoras me explicaram que eles querem institucionalizar o pai, que já está muito debilitado, com graves dificuldade de locomoção e sofre de Mal de Alzheimer. O pai se recusou veementemente por causa da sua companheira, Bilu. Pareceu-me bastante confuso quando o conheci, mas me despertou a atenção quando ele se recusou a ser tratado antes das cuidadoras trocaram a água e encherem o pote de ração da cachorra. Repetiu algumas vezes: “Já colocaram a comida de Bilu?” e parecia ter uma certa fixação por ela. As cuidadoras disseram que, no princípio, o animal não gostava da presença delas e latia muito, mas depois se acostumou.

Depois que me dei conta de casos onde animais participam das dinâmicas de cuidado, perguntei a Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário em uma das IPSS de Caminha, sobre os idosos que vivem sem parentes e tem a companhia de algum animal, se ela considerava esses bichinhos um tipo de cuidador, ela me respondeu:

Eu até acho mais, há muitos casos em que eles alertam a vizinhança quando algo vai mal com seu dono, se o idoso cai eles fazem barulho. Já vi o caso de um canário que morreu ao fim de tanto chilrar, assobiando todos os dias de manhã a chamar as pessoas, e quando os vizinhos foram ver o idoso estava morto. Acho que esses bichinhos são os melhores familiares que eles têm, porque às vezes um filho, um marido, não dá tanta importância ao idoso quanto um animal (Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

## **CAPÍTULO 3 – Cuidando de idosos no contexto domiciliar**

Neste capítulo abordo as dinâmicas das relações de cuidado dos idosos no ambiente domiciliar, apontando algumas especificidades desse contexto através dos relatos dos interlocutores da pesquisa. Inicialmente, exponho algumas das perspectivas dos cuidadores sobre o “ambiente ideal” para cuidar de idosos. Em seguida, procuro analisar, a partir dos casos investigados, as possibilidades reais de atender às demandas e carências dos idosos no ambiente domiciliar em diferentes situações, ressaltando a diversidade dos recursos materiais, humanos e afetivos disponíveis aos idosos e seus cuidadores em seus domicílios. Sobre essa diversidade, aponto especialmente uma variação significativa em relação ao que é reconhecido como responsabilidades e limites das cuidadoras contratadas para atuar no ambiente doméstico: são diretrizes e alertas sobre como se comportar no ambiente de trabalho que, de certo modo, desenham os contornos das relações entre patrões e trabalhadoras domésticas em diferentes contextos.

Outros pontos importantes destacados neste capítulo são as dinâmicas das práticas de cuidado: as diferentes demandas dos idosos, suas dependências e carências nos diferentes contextos do estudo, além de expor algumas parcerias entre mediadores, destacando os participantes mais frequentes e os mais eventuais. Faço um breve destaque em relação às situações mais complicadas vivenciadas pelos cuidadores, familiares e contratados: como lidam com a autonomia de idosos dependentes, como encaram os idosos completamente dependentes e quando cerceamentos e imposições são considerados justificados. Também apresento alguns comentários que podem ser considerados “confissões” de cuidadores – seja pelo tom, seja pelo conteúdo dos relatos sobre determinadas práticas de cuidado e relacionamentos com idosos e familiares. Por fim, coloco em evidência alguns problemas de convivência e intimidade, destacando algumas situações conflitivas entre os “de casa” e os “de fora”.

### **3.1. O ambiente domiciliar e suas especificidades**

Escolhi investigar as relações de cuidado dos idosos no ambiente domiciliar porque considero relevante compreender como são executadas as diversas tarefas envolvidas nas dinâmicas do

cuidado em um contexto que, à princípio, não foi planejado ou organizado para tal fim. Nas conversas com meus interlocutores, propus que comparassem cuidar de idosos no hospital e no domicílio, na esperança de compreender como os cuidadores, familiares e contratados, percebiam esses diferentes espaços. Além disso, no caso das cuidadoras contratadas, esperava também conseguir identificar se havia entre elas alguma interessada em buscar formação técnica/acadêmica para cuidar de idosos em instituições de saúde, preferindo trabalhar em hospitais que em residências, por exemplo.

De modo geral, grande parte dos relatos indicaram que cuidar de um idoso no hospital pode ser extremamente traumático, tanto para os idosos como para seus cuidadores. As experiências negativas no contexto hospitalar, entre os interlocutores da pesquisa, foram mencionadas com mais frequência que as positivas. Se por um lado encontrei quem afirmasse, como foi o caso de uma senhora portuguesa, Laura, que “cuidar do idoso em casa é muito diferente porque há muitas coisas para fazer, com as quais não precisa se preocupar quando estão no hospital”, por outro lado, escutei relatos que apontavam em outra direção, como o de uma cuidadora brasileira, Olga, moradora de Itaparica. Contou-me que a mãe ficou internada por 10 dias e nesse período começou a definhar, “pois só ficava deitada numa cama desconfortável”. Achou que a mãe não foi tratada adequadamente e afirmou ter percebido um certo descaso por parte da equipe médica:

O pessoal do hospital, as enfermeiras, tudo, acham que os filhos estão exagerando, incomodando toda hora. Eu sempre chamava as enfermeiras quando minha mãe se queixava de dor e dava pra ver que elas achavam normal, que era assim mesmo. Foi a fase mais difícil (Olga, cuidadora familiar, Itaparica).

Essa época a deixou tão traumatizada que hoje não confia muito nos médicos e considera um risco levar o idoso para o hospital, pois já viu casos em que “o paciente entrou andando e saiu acamado”. Contudo, embora cuidar do idoso em casa seja “o ideal”, reconhece que, havendo necessidade, no caso de hospitalização “a gente tem que ir cuidar lá, né? ”.

Apesar de muitos interlocutores da pesquisa exaltarem os benefícios de cuidar do idoso no domicílio -- ambiente que lhe é familiar, ao qual (supõe-se) está adaptado e onde (espera-se) que esteja rodeado por pessoas que lhe querem bem, dispostas a lhe proporcionar o maior conforto possível --, identifiquei diversas dificuldades de levar a cabo a empreitada de cuidar de uma pessoa mais velha em uma residência. Parte dessas dificuldades foram percebidas nas conversas que tive com cuidadores familiares e contratados, profissionais de saúde e diretoras de instituições particulares voltadas para o cuidado dos idosos, nos dois contextos investigados.

As cuidadoras portuguesas que prestavam serviço de apoio domiciliário em Caminha destacaram que nem sempre cuidar de um idoso no domicílio é a melhor solução, para ele ou sua família. Raquel considerava o domicílio um lugar muito bom para cuidar do idoso, mas sob algumas condições: se os cuidadores tiverem à disposição todos os materiais e técnicas necessárias para prestar adequadamente os cuidados que o idoso precisa e se as enfermidades que o acometem não forem muito complicadas para a convivência familiar. No caso de algumas doenças, ela achava melhor institucionalizar o idoso: “como Alzheimer, é melhor cuidar aqui [no Lar] do que em casa, porque tem algumas situações que o familiar, sozinho, em casa, não aguenta, né?” Essa senhora também viveu a experiência de cuidar da mãe em sua casa, antes de seu falecimento e, baseando-se nessas recordações, disse-me que foi mais difícil cuidar da mãe que trabalhar no Lar, onde tem mais apoio: “há sempre enfermeiras, médicos, colegas e em casa eu estava sozinha e parece às vezes que o mundo desaba na nossa cabeça”.

Tomando como exemplo um debate que surgiu em uma das aulas do curso sobre “o melhor horário para dar banho no idoso”, gostaria de ilustrar as dificuldades em torno da decisão sobre o que é melhor para o idoso no cuidado domiciliar. Nesse contexto não há regras pré-definidas, devendo o cuidado ser processual, agenciado, observando-se a diversidade de mediadores envolvidos na situação (TAVARES; BASSI, 2015). A professora comentou que é complicado definir o horário do banho “com o paciente em casa” (afinal, no hospital ou na instituição, os horários são preestabelecidos). Se ele estiver lúcido, deve ser consultado. Caso não possa manifestar sua opinião, o cuidador precisa ter sensibilidade e discernimento para não definir horários convenientes exclusivamente para ele, ignorando a possibilidade de estar causando incômodo ou desconforto ao idoso com sua rotina de trabalho<sup>80</sup>.

Além das diferenças físicas e materiais entre ambientes institucional e domiciliar, nota-se como as variações no modo de padronizar os procedimentos também interferem nas dinâmicas do cuidado. Se no ambiente domiciliar os cuidadores podem encontrar dificuldades para decidir o que é melhor ou conseguir executar com eficácia as atividades planejadas (ainda que, em certos casos, possam consultar os desejos do idoso), nos ambientes institucionais há modelos de conduta para os profissionais de saúde e cuidadores que devem ser aplicados em todos os casos, com pouquíssima flexibilidade em relação aos desejos dos idosos.

---

<sup>80</sup> Uma aluna contou que na casa da idosa que ela cuidava, a família definiu que o banho deve ser bem cedo, cinco horas da manhã, porque querem que ela esteja limpa e alimentada às sete horas. Observa-se que a rotina do cuidador não é definida exclusivamente por ele e, ou, pelo idoso, pois os familiares – quase sempre os contratantes do serviço – tem a palavra final quanto ao que, como e quando deve ser feito em relação ao idoso. Se no hospital ou no Lar, há especialistas e diretores trabalhando conforme uma hierarquia de comando definida, no domicílio também, sendo que no contexto doméstico os familiares diretamente responsáveis pelos idosos ocupam a mais alta posição nessa hierarquia.

Os relatos da professora do curso, que, como disse, tinha experiência em cuidar de idosos tanto no domicílio, quanto em instituições (asilos) e hospitais, trouxeram à tona ângulos diferentes sobre essa questão envolvendo o ambiente ideal para cuidar de idosos. Por exemplo, ela trabalhou em uma empresa de *home care*<sup>81</sup> e explicou que trabalhar como cuidadora neste formato tem alguns benefícios, por causa da alta rotatividade de funcionários e pacientes: “em curto espaço de tempo você conhece muitos idosos com várias patologias diferentes e assim você absorve mais conhecimento”. Por outro lado, ao comentar sobre trabalhar como cuidadora de idosos no domicílio, destacou que, em muitos casos, há grande desvantagem em termos de direitos trabalhistas: “além disso, tem um desgaste emocional muito grande, porque mesmo sem querer você se envolve e começa a absorver os problemas daquela família. Isso é muito desgastante e complicado”. A grande vantagem de trabalhar como cuidador efetivo no domicílio, em sua opinião, é a qualidade dos vínculos que são criados com o idoso: “isso é pra quem gosta, né? Tem gente que não gosta, mas eu gosto disso, da amizade, do carinho que vai crescendo com o convívio”.

Cuidar do idoso no domicílio envolve muitas questões delicadas, sejam elas práticas, materiais ou afetivas. Muitos interlocutores se referiram ao ambiente doméstico como ideal para cuidar dos mais velhos, mas é preciso levar em consideração que o convívio com o grupo doméstico, a co-residência, pode ser um fator agravante da condição de saúde do idoso. Quando falta afeto, companhia, atenção nas relações entre cuidadores familiares e os idosos, compartilhar o cotidiano no domicílio pode ser fonte de sofrimento para todos. A ex-diretora de um Centro de Dia que acompanhei durante o trabalho de campo, Magda, comentou sobre o que chamou de “questão ética” sempre levantada em relação aos idosos: quando sair de casa? Quando permanecer no domicílio? Ela defendeu que seja levada em conta a capacidade cognitiva do idoso e a autodeterminação, “como escolheu envelhecer”:

Acima de tudo, eu acho que, ao longo da cultura do que são as famílias, a gente fala muito em crescer, se desenvolver, em construir vida, mas acabamos esquecendo de construir o nosso plano de envelhecimento. Esquecemos que hoje a capacidade que temos não vamos ter amanhã, que é preciso preparar o sítio onde vivemos e as pessoas que vão nos ajudar a realizar nossas atividades, nossas vontades e determinações para estas horas. Enquanto temos nossa capacidade de comunicação, ainda podemos dizer o que queremos, mas quando perdemos essa capacidade ficamos à mercê do bom senso de quem nos cuida e, às vezes, quem nos cuida não é quem queríamos que nos cuidasse (Magda, ex-diretora de Centro de Dia, Caminha).

---

<sup>81</sup> O *home care* é um serviço de acompanhamento médico particular sem a necessidade de equipamentos hospitalares complexos, realizado fora do ambiente hospitalar, que pode estar incluso em pacotes de planos de saúde ou pode ser contratado diretamente nas empresas que o oferecem. As atividades são dedicadas aos pacientes/clientes e a seus familiares, frequentemente no domicílio.

Por tudo isso, Magda acredita que para cuidar de um idoso é preciso construir uma relação empática com ele, com zelo e respeito para todas as partes. E que cada um de nós deve pensar sem medo sobre o futuro, para se preparar melhor e viver melhor essa época da vida. A dificuldade de atuar como cuidador de idoso, especialmente no domicílio, é conjugar a vontade do idoso com a vontade da família.

### 3.2. Cada casa é um caso

Ao longo da investigação, observei em diversas situações a falta de correspondência entre o “cuidado ideal” – práticas e condutas recomendadas pelos especialistas no tema – e as possibilidades reais de atender às demandas e carências dos idosos no ambiente domiciliar. As evidências etnográficas indicam que são extremamente variáveis os recursos materiais, humanos e afetivos disponíveis aos idosos e seus cuidadores, de modo que não seria incorreto afirmar que cada casa é um caso<sup>82</sup>. Mas qual a importância de fazer esse destaque em minha análise sobre as relações de cuidado em torno dos idosos no ambiente domiciliar?

Durante o curso de cuidador de idosos, foram fornecidas muitas orientações sobre procedimentos e adaptações necessárias quando as práticas de cuidado são executadas no domicílio. Entretanto, grande parte dessas recomendações eram entoadas como se partissem do pressuposto de que o cuidador encontraria, na casa do idoso e entre seus familiares, as condições ideais para oferecer o melhor tratamento possível<sup>83</sup>. É preocupante pensar que a precariedade das condições de existência vivenciada por muitas famílias, brasileiras e portuguesas, impede a implementação de orientações simples – que não podem ser seguidas por escassez de recursos de algum tipo – evitando problemas mais graves. No caso das recomendações relacionadas aos travesseiros e colchões, bem como às posições e mudanças de posições dos idosos, são

---

<sup>82</sup> Em certa medida, também é assim nos hospitais: não são todos iguais. As diferenças entre os hospitais não são menores que as dos domicílios, mas são diferenças diferentes.

<sup>83</sup> Por exemplo, a professora falou sobre a necessidade do uso de coxins (pequenos travesseiros) para ajudar a fazer modificações regulares (pelo menos de 2 em 2hs) na posição do idoso que vive no leito. Também mencionou que pacientes obesos precisam de duas pessoas para fazer a mudança de decúbito e pacientes muito debilitados precisam usar colchão de água ou estilo “caixa de ovo”. Fiquei me perguntando se essas medidas estão ao alcance de qualquer grupo doméstico. Comprar os travesseiros e colchões especiais, estar atento aos horários adequados para mudar idosos acamados de posição, ter à disposição parceiros para executar a mudança de posição daqueles idosos mais pesados – seriam essas recomendações que qualquer cuidador pode seguir?

extremamente importantes para a saúde deles, pois se não forem observadas essas necessidades, podem surgir no corpo do idoso que vive acamado as úlceras de pressão, também conhecidas como “escaras”. Essas feridas podem se agravar e, em estágio mais avançado, torna-se indispensável acionar os profissionais de saúde<sup>84</sup>.

Tendo em vista que, não obstante haja cartilhas e manuais sobre como cuidar adequadamente dos idosos, na prática cotidiana as orientações “teóricas” do curso são agenciadas pelos cuidadores, implicando, portanto, considerar a combinação entre recursos materiais, humanos e afetivos no âmbito do domicílio, podendo afetar mais ou menos intensamente a saúde e o bem-estar dos idosos.

### **3.2.1. Agenciando recursos humanos, materiais e afetivos**

Logo na introdução do curso de cuidador de idosos, a professora apontou dois principais eixos do cuidado familiar “a paciência e o dinheiro”. Considerando os relatos dos cuidadores, fui levada a concordar com a declaração da professora, mas preferi tratar desses “eixos” ampliando um pouco o sentido dessas expressões: “paciência” e “dinheiro”. Em minhas observações e leituras, percebi que a presença ou ausência de recursos humanos (mediadores-humanos como cuidadores familiares e contratados, profissionais de saúde, cuidadores espirituais e etc.), recursos afetivos (relacionamentos entre idosos e cuidadores e sentimentos envolvidos nas motivações e no modo de cuidar) e recursos materiais (condições de existência dos idosos e seus cuidadores e as possibilidades de acesso aos mediadores não-humanos, como medicamentos e equipamentos) entrelaçam-se nas relações de cuidado que se estabelecem em torno dos idosos no contexto domiciliar.

Depois de tudo que vi e escutei ao longo dessa investigação, é necessário problematizar a ideia de que contratar um cuidador para atender a um familiar idoso, assumir sozinha essa responsabilidade ou mesmo institucionalizá-lo sejam “escolhas”, propriamente ditas. Nas decisões em torno dessas questões está sempre presente uma mistura desses fatores e, conforme as variadas combinações entre eles, encontraremos casos muitos distintos uns dos outros. A

---

<sup>84</sup> Eliana explicou que, nesses casos, “o plano de saúde contata o serviço de *home care*, que vai até a residência e eles avaliam o caso”. Eles orientam o cuidador como fazer para tratar do ferimento e deve fazer um acompanhamento duas vezes por semana para supervisionar os cuidados. O tratamento da escara envolve também um nutricionista e um enfermeiro. O cuidador faz apenas os curativos, de acordo com as orientações recebidas pela equipe de saúde. Nessa aula, em particular, fiz uma pequena intervenção verbalizando minha grande dúvida: como proceder quando a família não tem condições de acionar uma equipe de saúde. A professora reconheceu que, na maioria dos casos, o cuidador tem que se virar sozinho: “na prática, muita coisa o cuidador tem que resolver sozinho”.

maneira como as famílias hoje se organizam para lidar com as demandas e carências de seus parentes idosos dependerá muito do número de pessoas disponíveis para se dedicar à tarefa e da possibilidade ou não de compartilhar responsabilidades com outras pessoas, sejam elas parentes ou trabalhadores contratados. Também dependerá do quanto as pessoas envolvidas nas relações de cuidado são afetadas pela situação dos idosos, do quanto estão envolvidas emocionalmente e de quanta empatia sentem por eles. Os laços que unem cuidadores e idosos não são exclusivamente de parentesco e, contrariando algumas expectativas comuns, nem sempre as relações familiares são harmônicas e pacíficas. A qualidade do cuidado recebido também dependerá dos laços afetivos entre os idosos e seus cuidadores, sejam eles familiares ou contratados.

Somando-se aos recursos humanos e afetivos, grande parte das decisões sobre a infraestrutura disponibilizada para cuidar dos idosos dependerá tanto das condições materiais do grupo doméstico, quanto do idoso e da família estendida. Nesse sentido, políticas públicas e programas sociais do governo também podem ser encarados como recursos materiais, pois podem viabilizar melhorias nas condições de vida dos idosos e suas famílias. O eixo que a professora do curso chamou de “dinheiro” é determinante para os horizontes de possibilidades em relação às definições sobre qual o formato de serviço que pode, ou não, ser contratado – trabalhadora doméstica, instituição particular, consultas médicas – e o tipo de acesso a informações que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvidas nas dinâmicas do cuidado. Enfim, os profissionais consultados, o próprio espaço físico da casa em que o idoso reside ou o tipo de instituição particular onde pode arcar com os custos de um serviço de cuidado 24hs, todas essas decisões não podem ser tratadas exatamente como “escolhas” subjetivas.

Exponho aqui algumas declarações e relatos de meus interlocutores porque considero esses fatores importantes para compreensão das dinâmicas de cuidado que se estabelecem em torno dos idosos. Ressalto que não pretendo abordar esses recursos isoladamente ou hierarquiza-los, pois considero-os como fluxos de suporte que estão intimamente relacionados. Entretanto, o modo como as famílias se organizam para prover cuidados aos idosos começa pelos recursos humanos que estão disponíveis para se envolver nessas dinâmicas no contexto domiciliar e familiar. Refiro-me a domiciliar e familiar porque acho importante destacar que estou aqui considerando tanto as pessoas que co-residem com o idoso (independente de laços de parentesco), como aquelas que não vivem na mesma residência (mas mantém laços de parentesco e/ou, afetivos, como vizinhos e amigos que são considerados “da família”).

A problematização dos recursos afetivos é explicada no relato de Bernadete, que trabalhava como cuidadora do apoio domiciliário em Caminha. Ela me explicou que ter uma

supervisão 24hs numa instituição é melhor que estar em casa se os familiares não são muito “dedicados”. A ausência de pessoas “disponíveis e dispostas” a dedicar sua atenção ao idoso tanto quanto ele necessita foi um dos problemas que ela mencionou. Achei a expressão que usou muito conveniente para associar ao que chamo aqui de recursos humanos: pessoas que co-residem (ou não) com os idosos e que podem estar dispostos a cuidar do idoso, mas não estar disponíveis, física ou emocionalmente para encarar a responsabilidade<sup>85</sup>.

Os relatos e observações que registrei me permitiram agrupar alguns casos onde é possível identificar como a escassez de recursos -- sejam eles humanos, materiais e, ou, afetivos -- participam de forma determinante nas decisões de idosos e cuidadores. Em Itaparica, tanto a enfermeira quanto a ACS do posto de saúde mencionaram situações em que as relações entre idosos e seus familiares interferem na saúde deles. A enfermeira, Alice, contou-me que um idoso havia caído em casa, apesar das recomendações feitas por ela para evitar acidentes no local. O idoso dormia no andar superior da casa, “um lugar escuro, com uma escada horrível” e já havia solicitado aos moradores da casa que o transferissem para o térreo, mas a família disse que não tinha condições:

Até entendo que a situação de muitas famílias é difícil, mas eles nem tentaram ajudar o idoso. Ele acabou caindo, teve traumatismo craniano. Ele era cego, a esposa não gostava dele, não tratava ele bem, trancava ele em casa. A gente até teve que chamar a polícia pra soltar ele de casa. Ela também tem problemas de saúde, é hipertensa, diabética, tem problema nas pernas (Alice, enfermeira UBS, Itaparica).

Mesmo considerando que a família alegou não ter condições materiais, para Alice, se houvesse um interesse genuíno no bem-estar do idoso, algum improvisado seria feito para evitar acidentes no domicílio. Escassos recursos materiais e humanos, mas talvez fosse esse um caso também de escassez de recursos afetivos. A ACS, Antônia, que atuava em Itaparica também mencionou situações onde esses recursos eram visivelmente escassos. Disse-me que apesar de

---

<sup>85</sup> Também em Caminha conheci um cuidador familiar, Laerte, que demonstrou concordar com a perspectiva desta cuidadora do apoio domiciliar sobre como as instituições podem ser um importante suporte quando há escassez de pessoas, conforme disse a cuidadora, disponíveis e dispostas a cuidar. Laerte me disse: “há muita gente que gostaria de cuidar de seus parentes idosos, mas não podem porque tem uma vida profissional que não permite isso. Trabalha o dia inteiro e precisa pagar a alguém para cuidar. Quando retorna a casa, ainda tem que prestar um auxílio complementar. Então é muito complicado para algumas pessoas manter seus velhotes em casa”. Ele, por exemplo, era uma pessoa disposta – por suas motivações de filho afetuoso – e também disponível a cuidar da mãe, porque trabalhava no domicílio e conseguia coordenar com a esposa a divisão de tarefas. Ao mesmo tempo, conforme seu relato, em que muitos familiares não estão disponíveis (ainda que dispostos), também há casos em que pouco importa a disponibilidade, pois não há disposição dos familiares para cuidar do idoso: “se puder cuidar, cuide, mas só se gostar. Se não puder tratar dele, tem que arranjar outra alternativa”. Laerte também criticou o fato de muitos idosos ficarem sozinhos em casa, dependendo das visitas do apoio domiciliário: “ficam com a mesma fralda o dia inteiro. Imagine isto!”

recomendar que os familiares verifiquem a data de validade dos medicamentos, por exemplo, muitos parentes “esquecem ou não ligam mesmo”. Também a higiene pessoal dos idosos é “muito ruim” e muitos parentes deixam os domicílios em péssimas condições sanitárias<sup>86</sup>.

Em Portugal, conheci Fernando, um senhor que cuidava, muito a contragosto, da esposa. Eles tinham boa condição financeira, possuíam além de suas aposentadorias alguns imóveis que garantiam a idosa uma casa confortável, repleta de adaptações para suas dificuldades de locomoção, além do serviço de apoio domiciliário e uma faxineira que contrataram. Parecia-me que recursos materiais eram abundantes, enquanto que os recursos humanos e afetivos eram mais escassos: o marido, que não escondia sua repulsa e mágoa em relação à esposa, além das cuidadoras contratadas do apoio domiciliário. A relação dessa senhora com sua família de origem não era lá muito cordial, pois estava envolvida em uma disputa de herança com outros parentes e eles não mantinham contato, nem faziam visitas a ela há três anos. Assim, os recursos afetivos disponíveis pareciam mais problemáticos que os demais.

Compreender a história compartilhada pelos idosos e seus familiares é tarefa difícil. Uma das cuidadoras do apoio domiciliário em Caminha, Cristina, advertiu-me de que em muitos casos não dá para saber se há algum motivo no passado que faça os filhos agirem com desprezo em relação aos pais, ou um cônjuge em relação ao outro. Buscando exemplificar essas dificuldades, contou-me o caso de um idoso que estava sendo atendido pelo apoio domiciliário e vive com a esposa:

Ele é totalmente ignorado pela mulher. Eles moram juntos, mas ali não se passa nada. Ele, se quer um copo d'água, ela simplesmente não dá. Nós temos que colocar uma caneca com água e as seringas cheias para ele poder beber. Ele consegue tomar banho sozinho e não está a usar fraldas nem nada, mas nós temos que dar a medicação, o pequeno almoço, mesmo quando ela

---

<sup>86</sup> Essa falta de interesse em proporcionar melhores condições de existência para os mais velhos, não tem necessariamente, relação com condições econômicas. A professora do curso de cuidador mencionava sempre o caso de uma senhora que ela cuidava já há 8 anos, Aleluia. Um dia, ela expôs para toda a turma, através de gravações realizadas com câmera de celular, um vídeo, sem áudio, onde víamos uma senhora, descabelada e de camisola, chutando uma placa de contenção improvisada. Explicou-nos que Aleluia sofre de demência, é muito agitada e que se deve evitar contrariar pacientes nessas condições. Segundo seu relato, apesar da família da idosa gozar de boas condições financeiras, a cuidadora estava “lutando” para conseguir uma cama hospitalar para a idosa e, para isso, filmou algumas cenas para atestar a necessidade de equipar o leito dela com grades de proteção. A família, onde um dos filhos é desembargador (procurou frisar a professora), continuou resistindo ao pedido da enfermeira, pois, de acordo com ela, “não queriam gastar, porque acham que não vale a pena investir no bem-estar de uma pessoa velha, que eles consideram à beira da morte”. Como resultado de sua luta, a sobrinha, que administra as finanças da idosa, comprou uma barra lateral para uma cama de criança e disse que era aquilo que ela podia providenciar. Nesse caso, recursos materiais e humanos parecem existir em abundância – muitos parentes da idosa participam e interferem nas relações de cuidado e a família é considerada “rica” --, mas os recursos afetivos (a capacidade de se envolver emocional e empaticamente com a idosa que precisa de cuidados) pareceu-me escassa, já que apenas a enfermeira, uma não-parente, mostrou interesse em proporcionar conforto e segurança à idosa.

está lá. Eu acho que aquela senhora foi tão maltratada por ele... não lhe falta com nada, nem ela, nem os filhos, e tá em casa e tudo, só que... carinho, não há! Não há amor, não há carinho ali. Foi uma senhora muito maltratada, não é? E também há muitos filhos que sofreram muito nas mãos dos pais, é verdade. Falta carinho que, se calhar, muitas vezes também não deu ou os filhos, se calhar, quando precisaram, também não tiveram (Cristina, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

Entre as cuidadoras familiares que conheci em Caminha, escutei alguns relatos constrangidos sobre como decidiram institucionalizar um parente próximo por não ser capaz de lidar com os sintomas do Mal de Alzheimer<sup>87</sup>. Em Salvador, durante o curso, a professora forneceu diversas informações sobre o Mal de Alzheimer, ressaltando ser uma doença degenerativa. Com o auxílio de *slides*, apresentou a definição e os sintomas da doença numa linguagem mais acessível, abordando a perda da memória recente e os problemas cognitivos. Entre os sintomas, a professora destacou como pior consequência do Alzheimer as alterações bruscas no comportamento do doente, o que ela chamou de “perda do juízo crítico” (a capacidade de avaliar seus atos e discernir como se comportar nos diferentes ambientes e situações). Sendo uma doença crônica e degenerativa, pode chegar ao estágio 4 (terminal) quando o doente esquece como comer, andar e falar. Nesse estágio, a pessoa vive praticamente em estado vegetativo, perdendo inclusive a capacidade de reconhecer o próprio corpo (sua imagem corporal). Cuidar de um idoso nessas condições no domicílio pode ser uma tarefa tão penosa quanto perigosa<sup>88</sup>.

---

<sup>87</sup> Embora esteja aqui me concentrando na variabilidade de recursos disponíveis a diferentes famílias e domicílios e suas consequências para a organização e planejamento das relações de cuidado em torno dos idosos, não quer dizer que desconsidere aqueles aspectos relacionados à condição de saúde dos idosos, que também é bastante variada. As dependências e carências dos mais velhos serão tratadas mais adiante, ainda neste capítulo, contudo, acho indispensável mencionar desde já a relevância desse fator, especialmente se considerarmos os casos de idosos que sofrem com transtornos mentais, como o Mal de Alzheimer e outras demências, por exemplo. Quando os familiares precisam cuidar de um idoso nessas condições, os recursos materiais, humanos e afetivos continuam em jogo, mas com um agravante: o despreparo psicológico, emocional e técnico dos familiares para conviver com um parente idoso que já não está lúcido. A diretora do Lar que visitei em Caminha, Bianca, contou-me a história de uma filha que se dedicou plenamente à mãe, portadora de Mal de Alzheimer e, por isso, muito agressiva. A filha acabou por adquirir uma “depressão brutal” e acabou institucionalizando a mãe. Sempre que ia ao Lar visitá-la, saía chorando muito. A diretora a consolava: “não chores, não se ponha assim, eu tenho plena consciência do quanto a senhora se esforçou e que fez tudo que foi possível. E mesmo agora, não tendo sua mãe em casa, a senhora vem sempre visitá-la, traz-lhe miminhos, está sempre aqui... pronto, é uma pessoa que se preocupa”. Mas a filha continuava sofrendo muito por não ter mais a mãe em casa, mas não tinha mais condições de sustentar aquela situação: “estava mesmo destruída, ela”. Bianca ressaltou que o caso dessa senhora destoa da maioria, já que muitos parentes só aparecem no Lar quando estão atrás de vaga. Quando conseguem institucionalizar o idoso, desaparecem.

<sup>88</sup> A professora contou o caso de uma senhora portadora do Mal de Alzheimer que vive com a filha, que cuida da mãe sem auxílio de outras pessoas. A filha trabalha e estuda e passa boa parte do tempo fora de casa. Nesses momentos do dia, a idosa fica trancada em casa, sozinha. A decisão de deixá-la trancada veio após um incidente constrangedor: a idosa saiu de casa apenas de calcinha e sutiã, planejando ir ao banco. Foi barrada na portaria e a filha ficou muito abalada com o vexame. Para não correr mais esse risco, passou a trancar a mãe em casa sempre que precisa sair. Isso ocorre há 12 anos, ressaltou a professora. As alunas falaram sobre o perigo dela ficar sozinha

Todos estes elementos que destaco – recursos materiais, afetivos, humanos e a condição de saúde dos idosos – se combinam em cada casa, em cada domicílio, promovendo situações e dinâmicas de cuidado muito variadas. Se por um lado é possível reunir casos em que há escassez de recursos, também tive notícias de contextos domiciliares propícios onde, de certo modo, é possível identificar a abundância de alguns recursos, mesmo em casos de transtornos mentais.

Em Itaparica, onde não encontrei nenhum caso de parentes que institucionalizaram idosos, conheci dois irmãos cuidadores dos pais que me explicaram que a família é grande, com numeroso filhos e netos, com quem os idosos mantêm boas relações. Everaldo, junto com a irmã mais velha, Elvira, assumiu a responsabilidade de cuidar dos pais, falava sobre o assunto com visível entusiasmo e afirmou que sua família é muito unida em torno dos pais. Há os chamados “desentendimentos normais”, pois moram muito perto e o contato é constante, o que sempre gera algum atrito. Ainda assim, afirmou que são boas relações. Perguntei das pessoas mais presentes na vida dos idosos e ele citou mil nomes, quase todos apelidos, dizendo que todos participam muito, “fazem questão de estar por perto”. Everaldo considerava que o convívio com os parentes ajudava na saúde dos pais. Quando o pai de 78 anos passou por um procedimento cirúrgico em outro município (Santo Antônio de Jesus) há um ano, o filho cuidador contou que todos os outros filhos se deslocaram para ficar com ele:

Meu pai sente que tem nosso amor, que a gente se importa com ele. Ele melhorou muito rápido da cirurgia! Um amigo que trabalha em hospital disse que foi um milagre meu pai não ter ficado com sequela física séria. Eu acredito que isso foi o apoio da família, a gente ali colado, junto com ele. Todo dia tinha 3, 4 pessoas visitando ele. E fazia o revezamento de modo que ficasse acompanhado 24hs. E isso ajudou muito na recuperação dele (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica)

O caso mais emblemático dessa “abundância” de recursos foi relatado pela professora do curso, em uma das aulas. Já estava apreensiva com as histórias de idosos maltratados e abandonados por seus familiares e resolvi provocar um pouco a turma perguntando se alguém conhecia algum caso em que a família se engajava numerosa e qualitativamente no cuidado do idoso. Foi a professora Eliana quem afirmou conhecer um caso assim. Contou-nos o caso de uma senhora viúva de 92 anos, que era cuidada pela família com todo amor. A neta tatuou no pé “[o nome da avó] amor eterno”. Eliana explicou que a idosa preservava boa autonomia, enxerga bem, mas deambula ao caminhar e sofre do Mal de Alzheimer no estágio 2. Há seis

---

e trancada e a professora explicou que a filha tomou pequenas providências, instalando dispositivos semelhantes àqueles usados para evitar que as crianças se machuquem: protetores nas tomadas, redes de proteção nas janelas e a preocupação em manter o registro do gás sempre desligado.

anos a idosa residia com a filha, que é enfermeira (amiga da professora e casada com um médico), e um filho maníaco depressivo de 47 anos<sup>89</sup>. Quando começou a apresentar os sintomas do Alzheimer no 2º estágio – não reconhecer ambientes e pessoas – ela tentava fugir com o filho depressivo, para voltar a sua antiga casa. A família percebeu que ela estava “caducando”, mas não procurava corrigi-la. Hoje os parentes procuram acompanhar suas fantasias, nunca a contrariando, nem repreendendo, mas procurando sempre garantir sua segurança<sup>90</sup>. Um detalhe importante é que ela não usa nenhuma medicação para o tratamento de Alzheimer. A filha enfermeira e o genro médico decidiram que não vale a pena apelar para a terapia medicamentosa e se recusaram a turbinar o cérebro dela com drogas por considerarem que é uma doença crônica degenerativa e o progresso dos sintomas é inevitável e irreversível. Escolheram como prioridade garantir que ela tivesse a melhor vida possível dentro de suas limitações, com todo o conforto e respeito que eles acham ser ela merecedora. A professora completou dizendo que é uma família muito amorosa, como a idosa é muito querida por todos e isso se reflete nas relações de cuidado estabelecida entre eles, preservando tanto o organismo dela de medicamentos potentes que têm efeitos colaterais danosos, quanto sua autonomia, mesmo que muitas vezes ilusória<sup>91</sup>. A ideia de “fuga controlada” é sinal de respeito e atenção<sup>92</sup>.

Em resumo, o exemplo de família que cuida bem do idoso fornecido pela professora era o de uma família que busca se adaptar às necessidades físicas, psicológicas e emocionais da idosa, optando inclusive por não adotar um tratamento medicamentoso que, no caso específico dela, só traria efeitos colaterais nocivos para lutar contra uma doença degenerativa e

---

<sup>89</sup> Quando a senhora perdeu o marido, a família ficou desnordeada. O casal e o filho, paciente psiquiátrico, viviam em uma casa grande em um bairro nobre de Salvador e, com a viuvez, a filha e o genro convenceram mãe e filho a irem morar com eles em um condomínio fechado na orla de Salvador. A professora elogiou muito a idosa e reforçou o quanto ela é amada.

<sup>90</sup> Sabendo que ela está quase sempre disposta a fugir, seu filho, que sempre a acompanha, chama um taxista conhecido e eles dão um passeio pelo condomínio por um tempo, para aliviar a ansiedade dela e depois voltam para a casa, desembarcando no mesmo local que embarcaram. Eles contam também com o apoio dos funcionários da portaria do condomínio para manter algumas encenações e garantir que ela não consiga realmente escapar, de modo que ao redor da idosa há muitas pessoas alertas a respeito de suas necessidades e dispostas a fazer o possível para que ela se sinta bem.

<sup>91</sup> A filha, que cuida da mãe há seis anos, precisou abandonar a carreira porque não tem confiança em deixa-la com “pessoas estranhas”, cuidadoras contratadas. Disse que apenas confiaria na professora para o serviço, mas Eliana se recusou alegando não ter tempo nem condições para assumir a tarefa. Disse que poderia indicar cuidadoras de confiança para cuidar da idosa, mas a filha prefere cuidar da própria mãe a contratar alguém para fazer esse serviço: “ela só vive pra mãe. É uma questão de amor, entende?”, comentou a professora que aprovava a estratégia da família afirmando que nesses casos em que o idoso tenta fugir com frequência, quanto mais a família prende, maior a vontade de escapar – para alguém desorientado, sentir que não pode sair de um lugar é a confirmação de que está preso. O melhor é acompanhar, deixar a pessoa sair quando ela fica muito angustiada, deixá-la fazer aquilo que está acostumada a fazer.

<sup>92</sup> Além disso, a professora justificou a desconfiança do casal em relação a cuidadores externos/contratados apontando para o fato de ambos serem da área de saúde: “quem é da área fica ainda mais desconfiado com quem é da área e geralmente têm uma péssima impressão sobre as pessoas que prestam serviços de cuidado”.

irreversível. A professora pareceu aprovar totalmente essa postura e afirmou que é “uma falta de sensibilidade castigar o corpo de um idoso com remédios potentes que na prática só agravam a condição de saúde do portador de Mal de Alzheimer”.

### **3.2.2. Responsabilidades e limites das cuidadoras contratadas**

Procurei estar atenta, ao longo do trabalho de campo, às perspectivas sobre as responsabilidades e limites atribuídos ao ofício de cuidadora de idosos, contratada para prestar serviços no ambiente doméstico. Interessava-me não só tentar identificar quais as tarefas reconhecidas como próprias da cuidadora, como também -- tendo em vista as especificidades desse contexto, onde intimidade e privacidade são elementos com os quais a cuidadora contratada terá que lidar – perceber quais os limites impostos a estas trabalhadoras no ambiente doméstico e em suas relações com os idosos e seus familiares<sup>93</sup>.

Em relação às responsabilidades identificadas como aquelas atribuídas a cuidadora de idosos, o primeiro ponto a destacar é a aparente combinação entre o trabalho doméstico e o trabalho de cuidar de idosos. Em mais de um caso encontrei mulheres que começaram trabalhando como empregadas domésticas e, quando um membro idoso do grupo doméstico precisou de cuidados, se viram, “de repente”, responsáveis por cuidar dessa pessoa – quase sempre acumulando atribuições sem aumentos salariais<sup>94</sup>. Em Caminha, Magda, ex-diretora de um Centro de Dia, também mencionou essa combinação, aparentemente muito conveniente aos contratantes, que esperam adquirir dois serviços pelo preço de um. Segundo seu relato, a filha

---

<sup>93</sup> Antes de prosseguir na apresentação de um panorama sobre minhas observações relacionadas a cuidar de idosos no ambiente domiciliar, indico que não proponho neste capítulo uma análise das questões referentes à regulamentação da profissão, ou seja, as atribuições legalmente reconhecidas, visto que tratarei do tema mais adiante, no último capítulo, destinado à discussão sobre profissionalização e formação de cuidadores de idosos. Outra ressalva importante é de que não pretendo apresentar uma lista pormenorizada dos tipos de tarefas que as cuidadoras contratadas que conheci realizavam, pois mais adiante tratarei das práticas de cuidado com o merecido destaque. Aqui exponho apenas algumas considerações que surgiram a partir do trabalho de campo, nas conversas e entrevistas com as interlocutoras da pesquisa, ressaltando que utilizo a expressão “cuidadora” com grande frequência porque em minha pesquisa só encontrei mulheres contratadas para exercer essa função, ainda que existam homens trabalhando como cuidadores de idosos.

<sup>94</sup> Odete, aluna do curso, trabalhava como empregada doméstica e cuidadora de idosos na época em que nos conhecemos. Quando perguntei se a regulamentação da profissão de cuidador de idosos alterou o relacionamento entre ela e os patrões, declarou que piorou um pouco sua situação. Isso porque, com a lei definindo duração da jornada de trabalho e o direito às horas extras, ela acabou tendo o horário de serviço reduzido – menos tempo para realizar as mesmas tarefas -- para que os patrões não precisassem pagar o adicional: “eu faço dois trabalhos, porque eu cuido da idosa e cuido de tudo na casa. E a remuneração é muito pouca. Com essa lei nova, se eu ficasse mais tempo no sábado, eles teriam que pagar um extra, mas eles não querem. Antes eu saía aos sábados 14hs, mas, depois dessa lei, eu saio meio dia, porque eles não querem pagar hora extra”. Trabalhava com carteira assinada e embora o salário seja reajustado anualmente, com base no salário mínimo, achava que a remuneração que recebia (R\$ 583,00) não era justa diante de todos os trabalhos que realizava no domicílio da idosa. Considerava os patrões boas pessoas, mas admitia que eram pobres.

de uma idosa recebeu a equipe de apoio domiciliário explicando que já tinha feito a higiene pessoal da mãe antes de sua chegada e propôs que as cuidadoras “compensassem” o tempo que estava reservado para esse serviço ajudando-a a colher batatas em seu quintal: “percebes o valor instrumental? No fundo o que pensam é ‘estou a te pagar e tu fazes o que te mandastes’. Daí a importância de fazermos um contrato de prestação de serviços”, declarou a ex-diretora. Diana, uma cuidadora do apoio domiciliário, já havia me dito que era preciso manter uma certa distância dos familiares dos idosos, pois “chega um ponto que eles confundem o que nos cabe no trabalho com o que não nos cabe. Nunca pode dar muita confiança porque chega um ponto em que confundem tudo”.

Situações conflituosas podem ser geradas por tais “confusões”, como chamou a cuidadora portuguesa, e, durante o curso de cuidador, a professora recomendou inúmeras vezes que nos habituássemos a registrar as práticas de cuidado executadas no domicílio sob orientação da família do idoso. Considerando as dificuldades envolvidos nas relações entre cuidadores contratados, idosos e familiares que foram discutidas ao longo do curso, ela realmente me convenceu sobre a importância desse caderno de ocorrência para descrever as tarefas realizadas cotidianamente, registrando horários e situações relacionadas ao trabalho e ao comportamento do idoso<sup>95</sup>.

Outro ponto relevante está relacionado à responsabilidade de administrar medicamentos. No curso de cuidador fomos instruídas a jamais interferir na dosagem das medicações, nem suspender ou adicionar nada. Só o enfermeiro ou o médico podem suspender medicação, disse-nos a professora. Também fomos instruídas a anotar quando o idoso faz uso de remédios caseiros, como chás, porque eles podem interagir com os medicamentos receitados. Entre as estudantes do curso surgiu a dúvida sobre os efeitos dos medicamentos: “se eu perceber que está fazendo mal, eu continuo? E se ele morrer?” A partir dessas dúvidas começamos um longo debate sobre a quem pertence a responsabilidade nesses casos. Uma aluna preocupava-se que “se o idoso for a óbito, haverá um laudo pericial que pode apontar para o médico ou enfermeiro como culpado, mas na prática é o cuidador o primeiro a ser tratado como suspeito”. A professora voltou a reforçar a importância do registro de acompanhamento do idoso, onde deve constar não só as alterações percebidas, como as orientações recebidas pela família e

---

<sup>95</sup> Nele o cuidador deve expressar também suas discordâncias em relação às decisões da família, para que sirva de evidência no caso de um inquérito policial (na pior das hipóteses) ou numa consulta médica, por exemplo. Uma das alunas demonstrou preocupação sobre a validade desse registro, pois a cuidadora pode ser acusada de forjar informações e sua dúvida me pareceu justificada em certas circunstâncias. Não sei o quanto esse instrumento pode ser eficaz como evidência numa investigação criminal, por exemplo, porque há a possibilidade de tais anotações serem questionadas e o cuidador pode ser acusado de forjar essas informações para se eximir de qualquer culpa.

equipe de saúde, além das informações que são transmitidas a essas pessoas sobre o estado de saúde do idoso.

Uma das responsabilidades apontadas no curso de cuidador, segundo a professora, é a de “aprender para fazer”. Explicou-nos que o curso fornecia uma bagagem básica e, na prática, o cuidador precisaria se manter informado sobre a condição de saúde do idoso que ficará sob sua responsabilidade, sendo sempre necessário atualizar e agregar conhecimentos por conta própria, pesquisando e se interessando de verdade, “para evitar erros, pois se você fizer alguma coisa errada, a família não hesitará em culpar e denunciar o cuidador. Assumindo essa função, você terá que responder por tudo que acontece ao idoso”. A professora completou, afirmando que nos hospitais é a equipe de enfermagem que fica responsável por acompanhar os efeitos das medicações prescritas pelo médico e como a família, geralmente, não conta com esse suporte técnico no domicílio, cabe ao cuidador profissional estudar o caso de seu paciente, procurando entender os efeitos das medicações usadas pelos idosos. Por isso é preciso aprender a ler a bula e entender, mesmo que superficialmente, quais os efeitos das medicações administradas, estando sempre alerta quanto às reações dos pacientes para, quando necessário, informar à família qualquer alteração negativa para a vida do idoso<sup>96</sup>.

Considerando esses breves destaques que fiz em relação ao que algumas interlocutoras da pesquisa reconheciam como responsabilidades da cuidadora contratada, é importante mencionar que também houve comentários que indicavam que as obrigações não deviam anular a autonomia das cuidadoras. Para especificar o que chamo aqui de autonomia, apresento o complicado caso narrado por Eliana, professora do curso, sobre um dilema vivenciado pelas cuidadoras que ela supervisionava: a filha da idosa que elas cuidavam era médica, tendo esta ordenado às cuidadoras que administrassem três comprimidos de diazepam (10mg) de uma só vez, ordem recusada por uma das cuidadoras, afirmando que a enfermeira havia proibido alterar as prescrições do médico que acompanhava a idosa. A orientação em situações como essa é que

---

<sup>96</sup> Observei também que, entre as recomendações sobre o ofício de cuidador, a professora destacou, em diferentes situações do curso, que cabe ao cuidador atuar como porta-voz do idoso. Deve assumir uma postura questionadora quando perceber que certas práticas podem ser inúteis ou nocivas ao idoso. Nesse sentido, quando o cuidador, com o seu conhecimento, notar que decisões da família estão trazendo mais prejuízos que benefícios, deve se colocar como uma figura contestadora, conforme declarou a professora: “o cuidador está ali defendendo os interesses do paciente. Não pode ser omissivo. Tem que saber entrar e saber sair. Tem que saber como se colocar como profissional capacitado e procurar ter discernimento sobre tudo aquilo que envolve o idoso”. Ao longo do curso a professora pareceu-me disposta a modificar a visão das alunas sobre o idoso, transformando-o em “paciente”, ou seja, percebê-lo como os profissionais da área da saúde o percebem. De certo modo, parecia ter o propósito de catequizar a turma até que todas falassem dos idosos como “pacientes”. Colocando-se nessa condição, a impressão que tive era de que o cuidador deveria se torna uma espécie de “promotor” em relação aos parentes e “defensor” em relação ao idoso, uma espécie de porta voz pronto a acusar a família e defender os interesses do chamado “paciente”.

a cuidadora tenha coragem de negar atender a uma ordem da qual discorda, ou que considera arriscada:

Se ela achava certo dopar a mãe daquele jeito, que ela fizesse sozinha. Se tivesse alguma consequência negativa, a responsabilidade seria da filha. A cuidadora deve estar alerta nestas situações. Isso acontece muito. A filha queria dopar a mãe para que ela parasse de gritar. Ela não enxerga, nem escuta. A única coisa que lhe restou foi a voz. E a filha quer calar a voz dela (Eliana, professora do curso, Salvador).

Tendo explorado alguns aspectos relacionados às responsabilidades da cuidadora contratada, apresento a seguir, algumas questões relacionadas aos “limites” com os quais convivem as trabalhadoras contratadas para cuidar de idosos no domicílio, que dizem respeito ao alcance de suas ações (de certo modo, ao “lugar” que ocupam no ambiente domiciliar – por onde circulam, os locais onde o acesso é permitido ou proibido) e sobre a necessidade de manter um certo distanciamento emocional, tanto na relação com os familiares como com o idoso, afinal, a demissão é uma realidade possível e as cuidadoras contratadas devem colocar limites em seu envolvimento emocional com o idoso, a família e a casa.

O tempo é um fator regulado quando a cuidadora contratada atua no domicílio. Algumas alunas do curso se queixaram do controle que os patrões exercem sobre o uso que fazem do tempo durante o expediente<sup>97</sup>. Outra questão relacionada aos limites da cuidadora contratada, conforme indica Bianca, diretora do Lar de idosos em Caminha, é a gratidão dos idosos pelo trabalho realizado pelas cuidadoras formais: “Há muitas vezes trocas monetárias a nível de gratificação pecuniária – cortastes minhas unhas hoje e não era o dia, então toma 5 euros – e se isso começar a acontecer tens um serviço de apoio domiciliário sem qualidade nenhuma”. Ela explicou que estas trocas espontâneas podem trazer complicações tanto para o entendimento do que é o serviço, quanto o que é o papel da cuidadora formal, além de problemas entre as funcionárias do Centro: “porque assim tudo passa a ser possível e a confusão é grande”.

Considero importante destacar ainda o que é encarado por muitas cuidadoras contratadas sobre o “problema” do envolvimento emocional. Convivendo diariamente com uma família que não é a sua, vendendo sua força de trabalho por baixas remunerações, repleta de

---

<sup>97</sup> Uma delas confessou que há períodos em que o idoso que cuida está descansando e não precisa dela, que aproveita para tirar um cochilo também ou navegar na internet. Sua atitude era tratada quase como um crime pelos parentes, que exigiam todos os segundos contratados, apesar de se recusarem a pagar hora extra quando necessário. Dependendo da condição de saúde, a atuação do cuidador é mais ou menos intensa e isso gera conflitos, seja porque para os momentos de “folga” são atribuídas tarefas que não constam no acordo, seja porque outros cuidadores se sentem prejudicados na partilha das tarefas ou ainda porque parentes veem nesse tipo de funcionário alguém preguiçoso que quer “se encostar”.

responsabilidades (por vezes até levar suas refeições, pois os patrões não consideram a alimentação da trabalhadora sua obrigação como contratante) e limites (inclusive físicos), as cuidadoras de idosos narraram diversas situações em que o envolvimento emocional com a situação vivenciada por idosos e familiares tinham impactos em suas vidas, afetando-as psicológica e emocionalmente.

Em Caminha, entre as cuidadoras contratadas eram comuns relatos sobre saudades de idosos que faleceram sob seus cuidados, deixando-as desconsoladas. Já em Salvador, no curso de cuidadores, eram frequentes os momentos de desabafo e choro entre as cuidadoras. A professora afirmou ser o cuidador de idoso alguém que trabalha em circunstâncias muito particulares e por isso, muitas vezes, se envolve de tal forma com suas atividades que, mesmo querendo se livrar do emprego, por causa das condições ruins de trabalho, tem dificuldades de ir embora, porque sabe que o idoso depende dele, que seria preciso treinar outra pessoa para substituí-lo antes de partir e etc. Tudo isso torna muito complicado o trabalho de cuidador. O sentimento de responsabilidade cresce com o convívio e quando o cuidador percebe que a família o explora e não dá muita importância ao bem-estar do idosos, acaba tomando para si essa missão e fica “amarrado ao idoso”, mesmo quando deseja partir em busca de outra oportunidade de trabalho<sup>98</sup>.

### **3.3. Práticas do cuidado**

A complexidade das atividades envolvidas no cuidado de idosos depende, sobretudo, de suas condições de saúde. Antes de abordar a diversidade identificada nas práticas de cuidado desenvolvidas pelos cuidadores, familiares e contratados, conforme as dependências e carências dos idosos que cuidam, gostaria de expor um exemplo de práticas de cuidado voltadas para idosos acamados, explicitando, assim o nível de detalhamento das técnicas que são apreendidas pelos futuros cuidadores. Constituem técnicas necessárias à execução adequada de uma tarefa

---

<sup>98</sup> Algumas alunas narraram momentos em que se esconderam no banheiro para chorar pelos idosos que cuidam (ou cuidavam). Uma colega se manifestou, levantando a seguinte questão: “como colocar limites no envolvimento do cuidador com o idoso?” e a professora respondeu: “é preciso desenvolver um tipo de couraça para se defender e aceitar que alguns problemas você não vai conseguir resolver”.

indispensável como proporcionar conforto e higienização a uma pessoa dependente que não pode banhar-se sozinha, o chamado “banho no leito”<sup>99</sup>.

### 3.3.1. O “banho no leito”

Explicando, com o auxílio de *slides*, que toda a movimentação exigida no banho no leito favorece uma “fisioterapia motora”, a professora recomendou que aproveitássemos o contexto do banho para estimular a circulação e o movimento do corpo do idoso<sup>100</sup>. A organização de todo o material utilizado na operação era imprescindível, declarou a professora, o que fazia muito sentido. Entretanto, quando começou a listar os tais materiais, voltei a me preocupar se seria capaz de lembrar de tudo ou se teria acesso a eles, caso trabalhasse como cuidadora contratada. Alguns dos materiais citados foram: sabonete neutro, esponja ou pano macio (há também luvas apropriadas para isso), toalhas, lençol para banho, uma bacia média, escova de dentes, enxaguante bucal<sup>101</sup>.

A frequência do banho no leito é de, no mínimo, um por dia e o ideal é fazer o banho de asseio/aspersão (das partes íntimas) sempre que houver muitas dejeções. O corpo do idoso deve ser banhado partindo da cabeça em direção aos pés. Depois de reunir todo o material necessário, e antes de começar o banho, é importante conversar com o idoso e prepará-lo para a movimentação que está por vir. A preparação é importante para evitar interrupções,

---

<sup>99</sup> Lembro que ao final da aula onde recebemos detalhadas instruções sobre como proceder para banhar alguém que vive acamado, eu me senti completamente confusa e impotente diante de tantos pormenores envolvidos numa atividade que, talvez, à primeira vista, pareça mais simples do que realmente é. Enfim, saí da aula sentindo-me incapaz de prestar aquele serviço, caso fosse necessário, e com a certeza de que precisaria exercitar muito as orientações até conseguir deixar um idoso acamado realmente limpo, sem machucá-lo. Possivelmente, parte de minha insegurança derivava da aula ser expositiva. Não tivemos acesso nem a um idoso que precisasse do banho no leito, nem a qualquer outro material ou instrumento que não fosse uma pequena maca dobrável e nossa imaginação. Uma das colegas se voluntariou a deitar na maca e assumiu a posição do idoso acamado, para que a professora pudesse demonstrar alguns movimentos.

<sup>100</sup> Aquela informação me preocupou, pois sem qualquer conhecimento especializado sobre anatomia, eu poderia, na tentativa de ajudar, acabar machucando o idoso estimulando inadequadamente movimentos que seu corpo não estivesse apto a realizar. Mas essa foi apenas a primeira preocupação que me ocorreu e ela piorou muito quando a professora alertou sobre o risco presente ao estimular a circulação dos membros inferiores dos idosos, pois se houver um trombo este pode viajar pela corrente sanguínea e chegar aos pulmões, causando graves problemas, como embolia pulmonar. A massagem deve ser muito suave, sempre em movimentos circulares e ascendentes. E com essas, muitas outras preocupações se seguiram.

<sup>101</sup> Além disso, o cuidador deve separar previamente um novo jogo de cama e uma nova muda de roupa para trocar após o banho, além de pomada para assaduras, colônia, talco – todos os produtos usados pelo idoso devem, preferencialmente, ser da linha infantil. As roupas devem ser leves, com poucas costuras e fáceis de colocar e remover, de preferência tecidos de algodão. Uma recomendação rapidamente acatada por todas, foi a de que o idoso não fique exposto durante o banho, de modo que o cuidador deve cobrir as partes íntimas da pessoa que irá banhar com um pano limpo: “questão de pudor”.

malabarismos e, conseqüentemente, desconforto para o idoso. É importante também abordá-lo com carinho<sup>102</sup>.

Durante a encenação, a aluna que “representava” a idosa banhada pela cuidadora (professora) arrancou boas risadas da turma, discordando sempre da cuidadora quando esta falava que “é hora de tomar banho” ou trocar fralda: “quero não”. A professora aproveitou a situação para mostrar que era importante manter um tom de voz calmo e cordial, mesmo diante da negativa, e argumentar sobre a necessidade de realizar esta ou aquela atividade: “e a gente vai negociando com jeitinho, né? Tudo é o carinho, o jeito que a gente fala... A abordagem é tudo”<sup>103</sup>.

Eu já considerava as práticas de cuidado envolvidas na operação “banho no leito” complicadas o suficiente, quando a professora chegou à higienização dos pés do idoso, que muitas vezes é negligenciada pelo cuidador. Explicou ser esse o motivo de comumente encontrarmos pacientes acamados com pés desidratados e descascando, “parecendo que estão trocando de pele. Aquilo ali é pele morta. Todos nós perdemos pele todos os dias. Se não for feita a higienização diária, camadas de pele morta vão se acumulando, descamando. Isso é falta de cuidado”. É preciso verificar se há fungos entre os dedos, o que é muito comum entre pacientes diabéticos<sup>104</sup>.

Comentei com a professora que já havia observado que, em muitos casos, o cuidador e os familiares estabelecem uma rotina de cuidados que é conveniente para eles, sem levar em conta o que pensa ou sente o idoso, observação com a qual a professora concordou. Questionei também quais seriam as orientações para a construção dessa rotina. Também resolvi provocar um pouco as colegas cuidadoras dizendo que tinha a impressão de que muitos cuidadores se

---

<sup>102</sup> Durante o banho, é preciso estar atenta a temperatura da água e a possibilidade do idoso sentir frio em algumas partes do corpo durante o processo. A professora recomendou que perguntemos, sempre que possível, como ele se sente, se está tudo bem do jeito que estamos fazendo. Outra coisa é que é preciso usar pouco sabão, pois a pele do idoso já tem um certo ressecamento e a função adstringente do sabonete intensifica isso.

<sup>103</sup> Com o auxílio de uma bacia com água morna e uma toalhinha macia, o banho no leito deve ser executado também com pouca água. Lavar o rosto do idoso exige também muita atenção, para evitar irritação nos olhos por conta do sabão (de preferência líquido). Os movimentos devem ser de dentro para fora. E a professora prossegue: “Ô meu amor, cadê a prótese?” Porque se o idoso usa prótese, dentadura, a gente tem que escovar direitinho”. Também alertou que quando o “paciente” tem alguma lesão na pele de qualquer região é preciso usar luva de proteção para evitar infecções.

<sup>104</sup> Também é preciso conferir se há necessidade de aparar as unhas, tanto das mãos quanto dos pés. Caso o cuidador note a presença de um edema (inchaço) nos membros inferiores, deve fazer uma elevação desses membros de, no mínimo, 30 graus, sendo que a altura da cabeça deve ficar mais baixa que as pernas. A úlcera de pressão, ou “escara” é provocada pelo contato entre proeminências ósseas e superfícies fixas (pressão de dentro para fora). O paciente que vive acamado tem grandes chances de desenvolver escaras caso não seja modificada regularmente sua posição na cama. O mesmo vale para aqueles que passam muito tempo sentados. As fotos exibidas nos slides para mostrar os estágios da escara pareceram chocar as alunas. Eu senti que continuava sem o menor preparo para lidar com tudo que foi indicado como procedimento para o banho no leito.

concentram em atividades básicas e cotidianas, como banho e alimentação, sendo que tais atividades ocupam apenas uma parte do dia. O que fazer com o restante do tempo? A professora concordou dizendo que já aplicou um exercício de construção de rotina para cuidar de idosos (em condições de saúde hipotéticas) em diversas turmas, mas apenas 3 alunas definiram em suas rotinas de cuidado imaginadas um tempo para o relaxamento e lazer do idoso: ouvir música, massagem de conforto e assistir novela. Para ela, conhecer a história da pessoa que você cuida é fundamental para criar momentos de prazer e relaxamento. É preciso investigar seus gostos, seus hábitos e procurar momentos ao longo do dia onde o idoso possa se divertir fazendo o que gosta – e não necessariamente o que o cuidador “acha bom”<sup>105</sup>.

### **3.3.2. Demandas dos idosos: dependências e carências**

Enfocando as dependências e carências dos idosos, apresento a seguir alguns casos que evidenciam como podem ser variáveis as demandas e carências dos mais velhos e as práticas de cuidados executadas nas diferentes circunstâncias. Somado aos aspectos já mencionados, relacionados a cuidar de idosos no ambiente doméstico – especificidades desse contexto, acesso diferenciado a recursos materiais, humanos e afetivos, bem como as responsabilidades e limites das cuidadoras contratadas --, as condições de saúde dos idosos emergem como determinantes para os tipos de atividades que os cuidadores, familiares e contratados, precisam realizar.

Começo expondo os casos em que os idosos dependem dos cuidadores para algumas situações, mas preservam significativa autonomia. Essa era a situação de um casal de idosos em Itaparica, que vivia em sua própria casa, cujos cuidadores familiares mais atuantes eram seus filhos mais velhos, que também eram seus vizinhos<sup>106</sup>. Os pais administravam a própria renda – ambos são aposentados -- pagavam suas despesas e não precisavam de ajuda financeira dos filhos. Não usavam fralda, não precisavam de ajuda para tomar banho, se deslocar ou para

---

<sup>105</sup> Abordando o problema da falta de sintonia entre cuidador, idoso e familiares na definição de uma rotina de cuidados, a professora avaliou que o menos importante pra família costuma ser o idoso, o que ele quer: “o problema é que nós, os cuidadores, e as famílias também, coisificamos o idoso. É como se fosse ali um espectro que eu manipulo, mexo pra lá, mexo pra cá, dou alimentação, medicação, como se fosse um bonequinho, um bebezinho ali. É como se ele não tivesse sentimento, nem vontade, não tem nada. Nós somos humanos!” Nesse sentido, a professora voltou a enfatizar a necessidade de investigarmos a vida dos idosos com os quais trabalhamos para entendê-los melhor, além de programarmos atividades com as quais eles tenham afinidades ou façam algum sentido para eles.

<sup>106</sup> O domicílio do casal está localizado na rua principal com uma bela vista para o mar. Ao lado da casa, um estreito corredor leva a uma espécie de vila, com muitas casas menores conjugadas, habitadas por parentes do casal idoso. “Aqui é tudo família”, explicou-me o filho mais velho, Everaldo.

tomar os medicamentos e viam os filhos diariamente<sup>107</sup>. Além da hipertensão, a mãe, de 76 anos, sofria de “problemas do útero” (não ficou claro o quê). O pai (78 anos) também era hipertenso e tinha “problemas pulmonares e na próstata”. Teve um coágulo no cérebro e precisou passar por uma cirurgia. Depois da cirurgia, ficou mais debilitado. Era uma pessoa mais ativa, jogava baralho, dominó e bebia com os amigos. No momento da pesquisa, a dupla de filhos cuidadores o percebia mais debilitado, mais esquecido, aéreo e menos comunicativo. Segundo os cuidadores familiares, os pais saem pouco de casa, apesar de ainda possuírem muita autonomia. Os filhos estão sempre atentos às necessidades deles, especialmente relacionadas à saúde e, quando consideram necessário, levam os pais ao geriatra.

Em Caminha, encontrei Marta, uma senhora de 83 anos que, embora fosse atendida pelo serviço de apoio domiciliário, mantinha ainda relativa independência. Solteira e sem filhos, morava sozinha em seu apartamento, localizado no mesmo edifício da irmã, Mariana, sua principal cuidadora familiar. A idosa sofria com sequelas do AVC e, ainda que tivesse recobrado parte dos movimentos dos membros inferiores, os membros superiores continuavam com a mobilidade severamente comprometida, especialmente do lado direito. Também ficou com uma afasia<sup>108</sup>. Não fazia uso de medicamentos. O serviço de apoio domiciliar contratado englobava o fornecimento das refeições, higiene pessoal e habitacional. Precisava de ajuda para tomar banho, mas tinha bastante autonomia ainda, conforme contou sua cuidadora: “veste-se, despe-se e vai à casa de banho sozinha. Só usou fraldas logo depois do AVC, mas depois conseguiu conter”. Não costumava sair de casa, nem recebia visitas com frequência<sup>109</sup>.

---

<sup>107</sup> Everaldo, o filho cuidador, avaliou que os pais tiveram um estilo de vida saudável, comendo muito peixe e frutos do mar frescos, morando na ilha e por isso são muito fortes e saudáveis. A mãe é muito ativa, disse-me rindo: “na cozinha ninguém vai, é só ela. Quando [minha irmã] vai lá fazer a comida pra eles, ela se queixa que não está boa. Tá sem sal!”. A filha mais velha, Elvira, também cuidadora dos pais, confirmou o relato do irmão sobre a busca por autonomia da mãe, explicando que ela trabalhou como empregada doméstica por toda a vida e sempre foi dona de casa. Hoje, apesar de não ter as mesmas condições físicas de outrora, não se conformava em ficar parada. Quer lavar roupa, cozinhar. Todos se oferecem para fazer as tarefas domésticas e recomendam que ela descance, que não há necessidade de fazer trabalho pesado, mas a mãe insiste em fazer e isso preocupa um pouco os filhos, por conta da hipertensão – doença que a levou a se aposentar por invalidez.

<sup>108</sup> Mariana disse que Marta sempre gostou muito de falar e hoje faz esforços para se comunicar, mas a cuidadora acha muito difícil entendê-la. Procura ter paciência para escutá-la, mas é sempre complicado. Explicou que quando a irmã mostra intenção de falar algo, tenta descobrir sobre o assunto, a pessoa, enfim, sobre o que ela quer falar. Vai perguntando e a irmã acena com a cabeça e pouco a pouco descobre o que Marta está tentando dizer.

<sup>109</sup> Quando acompanhei uma das rondas da equipe que lhe fornece o serviço de apoio domiciliário, notei que, na segunda visita feita à sua casa naquele dia, as cuidadoras foram lá apenas para fazer-lhe companhia: uma delas lixava as unhas de Marta, enquanto a outra sentou-se ao seu lado para assistir um pouco à novela que passava na tv. Elas se comunicavam com carinho com a idosa que permaneceu em silêncio, parecendo habituada àquele momento na sua rotina diária.

Quanto às demandas e carências dos idosos mais dependentes, que vivem acamados à mercê de seus cuidadores, é importante destacar que podem ser temporárias ou permanentes<sup>110</sup>. Olívia, uma aluna do curso, cuidava há um ano de um senhor de 63 anos que vive acamado. Ele precisa de ajuda para realizar a maior parte das atividades. A cuidadora contou que o estimulava com exercícios para mobilidade dos membros inferiores, dava-lhe banho, preparava e servia as refeições dele. Contou também que antes eles também saiam de casa para passear no shopping e ir ao cinema, mas hoje o idoso prefere ficar em casa porque acha que dá muito trabalho esses passeios e não gosta de usar a cadeira de rodas. Sobre sua condição de saúde, Olívia explicou que ele tem tendência a depressão e muitas vezes fica calado, sem vontade de conversar<sup>111</sup>. O idoso não tinha problemas para se comunicar e contava com um bom rendimento, oriundo de sua aposentadoria por invalidez (era funcionário da Petrobrás quando sofreu o acidente). Entretanto, diversos relatos da cuidadora contratada indicavam que os filhos dele não reconheciam sua autonomia para tomar decisões, especialmente em relação aos seus bens<sup>112</sup>. Em Caminha, encontrei muitos casos de idosos com problemas de demência atendidos pelo apoio domiciliário e também tomei conhecimento de outros tantos através dos relatos das cuidadoras contratadas. Os relatos sobre os tumultos provocados pelos pacientes de transtornos mentais eram muitos e frequentes.

Ao longo do trabalho de campo, encontrei idosos com variados graus de dependência, conforme suas condições de saúde. Quanto às carências, muitas estavam relacionadas à necessidade de melhores condições materiais para executar tarefas que podem proporcionar bem-estar aos idosos. Contudo, a carência que mais se destacou foi a de companhia. Em Caminha, a solidão em que viviam muitos dos idosos atendidos pelo apoio domiciliário era facilmente perceptível. Quando acompanhei rondas das equipes, visitei idosos que passavam o dia inteiro sozinhos, sendo a única visita que recebiam a das cuidadoras contratadas do apoio domiciliário.

---

<sup>110</sup> Luciana, uma idosa que vivia com o filho e a nora, em Caminha, por exemplo, passou um período vivendo acamada. O filho, Laerte, contou que foi uma época muito complicada, porque ela tinha dificuldades para falar e teve problemas intestinais que exigiam a intervenção da cuidadora do apoio domiciliar para ajudá-la. Em três meses, a idosa se recuperou e, ainda que dependa do filho e da nora para realização de algumas atividades, suas demandas e carências diminuíram bastante se comparadas ao período em que passava o dia inteiro no leito.

<sup>111</sup> Sofreu um acidente aos 27 anos, no qual fraturou a coluna em três partes, mas ainda andava, mesmo com dificuldades. Quando fez uma cirurgia de próstata, deixou de andar definitivamente. Perdeu o equilíbrio e a força nas pernas.

<sup>112</sup> Na época em que conheci Olívia, ela relatou que eles forçaram o idoso a fazer a partilha da herança. Por outro lado, os comentários que essa cuidadora contratada fez ao longo do curso também apontavam para ela como alguém que não respeitava muito as escolhas e decisões do idoso – era ela quem definia a rotina de cuidados sem consulta-lo, proibia-o de assistir a filmes pornôns, entre outros exemplos de perda de autonomia associado à alta dependência física.

Os serviços oferecidos pelas instituições englobavam higiene pessoal e habitacional, troca de roupas, controle do serviço de lavanderia, entrega de refeições e companhia. Entretanto, como pude observar, o período em que fazem companhia aos idosos acaba sendo muito curto. Uma das cuidadoras contratadas, Raquel, concordou com minha observação, complementando que tem consciência de que os idosos desejam e precisam de mais companhia, mas não é possível por causa do ritmo de trabalho. Comentou que o preenchimento do registro de ocorrências de cada domicílio também consome tempo e atrasa um pouco o serviço. No caso da equipe que esta cuidadora integra, 10 domicílios eram visitados duas vezes por dia, todos os dias da semana. Ela disse que sentia que muitos idosos precisam de mais atenção, mas pelo fato de terem uma rotina de trabalho em diferentes domicílios, localizados em pontos diferentes, torna a jornada de trabalho muito corrida e nem sempre é possível dar essa atenção a mais que eles precisam<sup>113</sup>.

Em Salvador, as alunas do curso de cuidador citaram inúmeros casos que retratavam a solidão e abandono de idosos em seus domicílios. Uma delas, Odete, que entrevistei tempos depois da conclusão do curso, foi contratada há quatro anos para cuidar de uma idosa, na época com 76 anos, que sofria de depressão há 5 anos: “cada vez que um filho casava e saía de casa, ela piorava”. Suas responsabilidades incluíam, além de cuidar da casa como empregada doméstica, administrar medicamentos, preparar refeições, dar-lhe banho: “só ficava deitada ou sentada. Não se mexia pra nada. Eu pegava ela pelo braço pra levar pro banheiro, porque ela não tinha ânimo de levantar”<sup>114</sup>. Outra aluna do curso relatou sobre sua experiência de três meses como cuidadora de uma idosa de 83 anos que sofria de depressão e era muito agressiva, além de ser viciada em remédios. A idosa precisava de ajuda para tomar banho, comer e tomar

---

<sup>113</sup> Sua parceira de trabalho, Diana, também comentou sobre o desamparo dos idosos que cuidam: “falta carinho, companhia, eles passam muitas horas sozinhos. Às vezes pequenos pormenores pra eles são grandes. Às vezes eles preferem conversar um bocadinho do que tomar um banho, por exemplo. Têm falta de outras coisas”. A cuidadora considerava a ausência da família na vida do idoso um dos motivos que pode leva-lo à solidão e à depressão. A situação dos idosos que frequentam os Centros de Dia – onde passam o dia com outros idosos, sob supervisão das cuidadoras que lá trabalham, recebem as refeições e são integrados em atividades que procuram promover o estímulo e a sociabilidade – também merece destaque. Cristina, uma cuidadora que também trabalhava como motorista em um Centro de Dia, transportando idosos de suas casas para o Centro e vice-versa, falou sobre os idosos frequentadores da instituição, explicando que alguns vivem sozinhos, outros com o cônjuge e outros com seus filhos e netos. Frequentam o Centro para “ter um bocadinho de convívio e não estarem sozinhos em casa durante os dias que os filhos não estão em casa, a trabalhar”. Considerava o serviço oferecido pelo Centro de Dia um apoio à família também, não só ao idoso.

<sup>114</sup> Na época em que conversamos, contou que a idosa melhorou muito e Odete continuava a arrumar a casa, lavar roupa, cozinhar e cuidar dela, mas não como no princípio, quando ela precisava de “um cuidado especial porque ela estava depressiva mesmo, muito parada, não fazia nada sozinha. Hoje, aos 80 anos, ela toma os remédios, come e toma banho sozinha. Só acompanho ela no dia de lavar a cabeça. Quando não é pra lavar a cabeça, eu não sigo [para o banheiro] que os filhos não querem que eu vá, pra ela ir reagindo, melhorando”.

a medicação, mas, para a cuidadora, sua principal necessidade era de companhia: “ela só dormia segurando minha mão e pedia pra fazer cafuné”.

### **3.3.3. Entre a negociação e a imposição: dependência e autonomia dos idosos**

Os agenciamentos do cuidado parecem atravessados pela presença de uma tênue linha entre uma atitude respeitosa e uma atitude impositiva nas relações dos cuidadores com os idosos. Desde o início da pesquisa tenho percebido que, frequentemente, o argumento de “querer o melhor” se materializa em situações em que os cuidadores impõem a sua perspectiva de “melhor”, sem que os idosos sejam sequer consultados. Ao longo de pouco mais de quase uma década realizando trabalho de campo no contexto domiciliar, observando e convivendo com famílias com idosos<sup>115</sup>, notei que, dependendo da perspectiva, o que se considera “cuidado” também pode ser reconhecido como maus tratos. Baseando-se em argumentos benevolentes e altruístas, muitos cuidadores acabam associando a dependência física à perda de autonomia generalizada dos idosos. É muito comum ouvir queixas de que o idoso é “teimoso”, “rabugento”, “cheio de vontades”, justamente por se rebelarem contra as regras impostas por profissionais de saúde e cuidadores, familiares e contratados. Mas também não é raro encontrar relatos de cuidadores atentos a detalhes que trazem conforto e satisfação para os idosos, respeitando suas “manias” e vontades ainda que eles já não possam executá-las com independência.

Considero de fundamental importância essa discussão. Na realidade, ela serviu de motivação para estudar e escrever sobre envelhecimento e cuidado, porque notei, ao acompanhar tantas famílias de diferentes perfis socioeconômicos e configurações de grupo doméstico e familiar, que as escolhas e decisões de muitos idosos eram tratadas de maneiras muito distintas em cada caso. As variações, entretanto, não podem ser reduzidas a “determinantes sociais” como, por exemplo, a escolaridade e as condições financeiras. Nos processos de agenciamento essas circunstâncias se entrelaçam com as experiências dos mediadores envolvidos. Por esse motivo é que se torna complicado entender como agem as pessoas envolvidas numa relação de cuidado se as considerarmos de forma isolada. As relações entre cuidador e idoso nunca estão isoladas das relações familiares, que costumam estar repletas

---

<sup>115</sup> Incluo nesse período minha participação como bolsista de iniciação científica nos projetos de pesquisa sobre a temática do envelhecimento e das relações entre gerações na família, coordenados pela professora Alda Motta, o trabalho de campo realizado no mestrado e a realização desta pesquisa de doutorado.

de segredos e lacunas para um observador externo<sup>116</sup>. Mas, mesmo considerando os “segredos”, parece-me que não se pode compreender as dinâmicas do cuidado como uma consequência direta da situação econômica da família, da configuração do grupo doméstico, religião ou qualquer outro dado sócio demográfico, como idade, sexo ou escolaridade dos cuidadores e idosos.

Quando questionados sobre a possibilidade de as relações familiares afetarem a saúde do idoso, muitos cuidadores apontaram a presença ou ausência de “respeito” na relação entre familiares e idosos como aspecto determinante para a qualidade de vida dos mais velhos<sup>117</sup>. A percepção dos cuidadores sobre a autonomia e dependência dos idosos tem um peso relevante. Uma filha cuidadora, Olga, moradora de Itaparica, considera melhor cuidar de alguém que pode dizer o que sente, apontando que os idosos mais dependentes são vítimas de maus tratos porque já não podem falar. Já uma aluna do curso de cuidador elogiou a idosa que cuida por sua resignação e obediência: “a senhora que eu cuido, vai fazer quatro anos, é boazinha, tranquila. Fica no sofá, só levanta do sofá pra ir pra mesa comer, terminou de comer ‘Volte pro seu lugarzinho no sofá, vá’ e ela vai. Tão boazinha!”<sup>118</sup>.

Durante o curso, a vontade do idoso parecia ser percebida por boa parte da turma como mais um “problema” com o qual o cuidador precisa lidar. Em sua rotina, em meio a tantas tarefas repletas de pormenores, ainda precisariam lidar com discussões desgastantes sobre a

---

<sup>116</sup> Aparentemente, são relações que se constroem ao longo da convivência entre cuidadores e idosos, sendo importantes tanto a atitude do idoso em relação a si mesmo, suas dependências e carências, quanto a percepção dos cuidadores sobre a autonomia do idoso e sua condição de saúde. O idoso pode ser percebido e tratado como uma criança que não tem condições de decidir por si só. Pode ser percebido como alguém que já não responde por seus atos, ou como uma pessoa insequente, que, por precisar de ajuda para tarefas básicas, parece, consequentemente, precisar de ajuda para tudo mais.

<sup>117</sup> Em Caminha, por exemplo, uma cuidadora do apoio domiciliário, Tatiana, mencionou a existência de situações em que o idoso é reprimido e “sente-se a mais” entre os familiares. O sentimento de não estar integrado ao grupo familiar afeta a saúde do idoso. Perceber-se excluído das decisões, especialmente aquelas que dizem respeito a sua própria vida, pode levar o idoso à revolta, tristeza e isolamento, potencializando sofrimentos oriundos de suas enfermidades. A cuidadora também comentou sobre situações opostas: “há pessoas que tem um estilo de vida que é uma maravilha e eu penso ‘quando for velha, quero acabar assim’. É raro, mas há pessoas que recebem muito carinho, há filhos que tratam os pais ainda com muito respeito. Triste é quando eles se sentem a mais, muitos velhotes se sentem a mais”. Em Itaparica, a agente comunitária Antônia disse-me algo semelhante, destacando a falta de paciência com os mais velhos. Receber amor, carinho e atenção ajuda a melhorar a vida do idoso: “saber que estão sendo respeitados na sua vontade ajuda muito na saúde. Aqueles que são contrariados ficam deprimidos, agressivos, isolados”.

<sup>118</sup> Lembro de uma outra aluna do curso queixar-se do idoso que cuida ter “desaparecido” por uma manhã inteira. Muito convicta de seus “direitos” de cuidadora, de ser informada e decidir sobre o que faz ou não faz o idoso, disse que ficou com muita raiva quando descobriu que ele havia pegado o carro e saído pra dar uma volta sem avisar a ninguém. Sua raiva, explicou-nos, era resultado da “preocupação”. Mas há quem se preocupe sem considerar as decisões dos idosos uma ofensa pessoal, como Everaldo, um filho cuidador que mencionou a preferência do pai por “comida de candomblé”, interdita pelo médico por causa da hipertensão. Apesar da proibição, o pai come o que quer, quando quer e só resta aos filhos ficarem preocupados e atentos, explicou com resignação. A resignação, explicou-me, era resultado do respeito que tem pelos pais: “a gente fala que não pode, mas eles fazem o que querem”.

hora do idoso tomar banho, por exemplo, que são entendidas muitas vezes como rabugice, mau humor ou má vontade, quase como provocações infantis que só servem para atrapalhar o trabalho de cuidar<sup>119</sup>. Em uma das aulas em que o assunto veio à tona, aproveitei para direcionar a pergunta à professora: “já aconteceu isso com você, professora? Alguma situação onde o idoso tem hábitos que você, pessoalmente, discorda, mas que precisa aceitar por respeito à pessoa?” Ela respondeu:

Muitas vezes. Esse dilema permeia aquela questão de consciência de autonomia, de respeito à vontade da outra pessoa. Eu tenho que ter consciência de que a pessoa tem direito à autonomia, de fazer aquilo que acha certo, bom pra ela, independente da minha opinião pessoal. Enquanto ele tem consciência e assume seus atos, eu tenho que respeitar a vontade dele. É complicado? É complicado, é conflituoso por causa disso. Eu sei que ele está fazendo errado e eu sei que se eu deixar ele fazer o que quer fazer, isso vai implicar no meu trabalho como profissional, como pessoa. Porque eu estou aqui pra cuidar. E o cuidador é isso, é tomar conta, é pegar aquela pessoa sob a sua responsabilidade e o cuidador não vê limite, ele se embola todo, porque entra a questão emocional. A gente tem que entender que tudo tem limite. Tem que ter uma atitude proxêmica em relação as coisas. Aquela carga não é minha (Eliana, professora do curso, anos, Salvador).

O relato de Magda, ex-diretora de um dos Centros que acompanhei em Caminha, também ilustra o dilema entre dependência e autonomia nas relações entre cuidadores e idosos. Ela afirmou que é importante desenvolver laços afetivos, porque assim ambos são capazes de ceder, sendo possível negociar: “se houver desrespeito, que é retroalimentado, aquilo que vai acontecer é que não há negociação, não há nada. Tu dormes quando eu mando, eu faço a sopa que eu quero e, no fundo, quem cuida já acha que está a fazer muito e não tem que ser visto dessa forma”. Magda destacou que há muitas pessoas vivendo como cuidadores, sem ter perfil para cuidar, “cuidam só para corresponder a essa profecia social que é ‘os outros esperam que eu cuide’”<sup>120</sup>.

---

<sup>119</sup> Quando uma aluna comentou que o idoso que cuida não gostava de tomar banho cedo, a professora aproveitou a deixa para afirmar que ele não está errado, que este é um direito dele, escolher quando deseja tomar seu banho. Segundo ela, respeitar a vontade do idoso é um princípio de autonomia e é papel do cuidador garantir isso. Entretanto, alertou, “tudo tem limite” e se for para evitar um acidente ou manter a higiene pessoal em casos extremos, “o cuidador precisa ter jogo de cintura para convencer e modificar essa vontade. O cuidador tem que zelar pela saúde do idoso e ser flexível também”. Não havendo uma cartilha indicando em que situações “ceder” ou “contrariar” a vontade dos idosos, parece restar a cada cuidador apelar para o seu “bom senso”. Ao idoso parece que resta rogar por um cuidador que o respeite, apesar de suas dependências físicas. Sobre essas circunstâncias que podem gerar conflitos, a professora destacou que muitos idosos reagem com agressividade quando são obrigados a fazer o que não querem e o cuidador nunca deve reagir. Se chegar ao seu limite é melhor pedir demissão “porque a cadeia é certa pra quem maltrata velho”. “Eles podem, né? ”, rebateu, em tom de provocação, uma das alunas.

<sup>120</sup> Quando comentei com uma cuidadora do apoio domiciliário que já observei situações em que os cuidadores impõem suas rotinas e vontades aos idosos -- quando os idosos ainda podem escolher, mas são privados de sua

No contexto do curso de cuidador também questionei a professora sobre a sua perspectiva quanto à preservação da autonomia do idoso como uma forma de cuidar, perspectiva valorizada por ela: “o respeito à autonomia do outro é uma das maiores formas de amor e respeito ao ser humano”. Quando o idoso recusa a dieta definida pelo médico ou pelas cuidadoras, por exemplo, a professora afirmou que a melhor forma de convencer o idoso é barganhar, trocando alimentos prediletos por necessários com alguma flexibilidade. Ela acrescentou, no entanto, que quando o idoso se recusa a tomar a medicação, por exemplo, a situação complica um pouco. Embora a professora Eliana recomendasse que o cuidador tente ludibriar o idoso e colocar a medicação dissolvida em alimentos, alertou sobre a indispensabilidade de que ele seja questionado se aceita fazer uso da medicação dessa forma, porque, segundo a professora, a ética médica afirma ser crime administrar qualquer droga no paciente sem seu conhecimento e consentimento. A sugestão de dissolver o remédio no alimento seria para os casos em que o idoso tenha dificuldades de tomá-lo em sua forma industrial. Segundo ela, é importante barganhar, mas se não for possível negociar, registre e pronto.

Gestos simples são considerados de grande valia para a afirmação da autonomia do idoso. Mesmo que as escolhas e decisões dos idosos não sejam admitidas completamente, os cuidadores buscam estratégias de negociação variadas. A flexibilidade do cuidador para ceder à vontade do idoso também é relevante para a preservação da autonomia de quem depende de cuidados<sup>121</sup>. Bernadete, cuidadora do apoio domiciliar em Caminha, revelou estratégias mais incisivas de negociação. Contou-me que às vezes os idosos se recusam a fazer algumas coisas, como escovar os dentes e, nessas situações, apela para a amizade: “mas vais fazer assim com tua amiga?” e eles acabam por escovar os dentes. Questionada sobre o que faz quando os idosos se recusam a fazer algo que é necessário, “para o bem deles”, respondeu prontamente: “sou mentirosa. Se dizem que não quer tomar banho, eu falo ‘vamos molhar só os pés’ e quando percebem já estão a lavar tudo”. Também apela para a chantagem:

---

vontade por causa do que é conveniente para o cuidador --, Cristina admitiu que nunca tinha pensado nessa perspectiva. Naquele instante tive a impressão de que, aos seus ouvidos de trabalhadora de instituição voltada para idosos (onde há uma rotina fixa para todos, com imposições de horários e atividades), aquele comentário podia ter soado como uma forte censura.

<sup>121</sup> Perguntei a uma cuidadora do apoio domiciliário, Tatiana, como proceder quando o idoso deseja fazer coisas que vão de encontro ao que lhe faz bem e ela explicou que a pior coisa que se pode fazer a um idoso é contrariá-lo, então por vezes é preciso concordar e, com jeito, devagarinho, fazer aquilo que é preciso ser feito: “tens sempre que dar a volta”. Tudo depende da condição de saúde do idoso. Se ele se recusa a tomar banho em um determinado dia, por exemplo, não é tão grave, porque se forçá-lo a fazer o que não quer vai deixá-lo mais nervoso, mais agitado, é melhor não fazer. Tens que ser flexível também”.

‘Ah, não quer, não faz mal, se cheirar mal, cheirou. Faz você muito bem’. E quando estás a ver, aos bocadinhos, eles já aceitam o que precisa fazer. É uma chantagem pro bem. Até mesmo negocio com chocolate: ‘ah, tenho uma coisa boa aqui no bolso, mas não te dou’, é igual a um bebê. E se não quiser, também não insisto, não lava hoje, lava amanhã. Acho também que tenho que ter um bocado de respeito, acho que tem também a vontade deles. Mas eu tento de tudo, enquanto a colega começa a lavar, eu bato palmas, começo a cantar, a dar beijinhos<sup>122</sup> (Bernadete, cuidadora apoio domiciliário, Caminha).

Também foi possível observar alguns casos em que são flagrantes as atitudes impositivas por parte dos cuidadores, sejam eles familiares ou contratados. Uma das alunas do curso de cuidador, Olívia, contou-nos sobre seu método para convencer o idoso a tomar banho. Quando ele se recusa, ela mostra figuras de escaras na internet, mostrando o que pode acontecer se ele “não ficar limpinho”: “o senhor vai tomar banho, sim”, completa<sup>123</sup>. Outro ponto de conflito entre Olívia, o idoso e seus familiares refere-se ao desejo dele de consumir bebidas alcóolicas. A cuidadora comentou que “até whisky” a família autorizou dar ao idoso e ela se negou veementemente a obedecer:

‘Me bote pra fora, mas whisky eu não lhe dou. Se quiser me mandar embora, me mande agora. O senhor só vai beber whisky se o seu filho vier e lhe der, mas da minha mão o senhor não toma’. Ele me xingou, me esculhambou, se queixou com o filho... Mas eu disse: ‘não dou. Quer me demitir? Eu saio daqui de cabeça erguida por algo que eu sei que, se acontecer qualquer coisa, não fui eu que causei’ (Olívia, cuidadora contratada, Salvador).

Ela explicou ainda que tomou providências para garantir que a proibição fosse levada adiante, como quando o idoso procurou suas garrafas de bebida e descobriu que foram jogadas no lixo. A professora interrompeu seu relato, elogiando-a: “parabéns pra você!”; as colegas se entusiasmaram a ponto de aplaudirem a cuidadora determinada a impor sua decisão ao idoso, “pelo seu bem”. Quando o idoso foi ao bar que mantém em casa procurar vodca, nada encontrou e ela disse que a antiga cuidadora, “uma cachaceirinha retada”, tinha tomado tudo. A cuidadora

---

<sup>122</sup> Bernadete contou, entre risos, que às vezes alguns idosos invocam que querem lavar um lado do corpo e o outro não, ou colocar perfume de um lado e do outro não. Ela procura desconstrair o ambiente sempre que pode: “faz muito bem, se põe de um lado, já não precisa do outro, pois não?’ Ele é que manda na vontade. Quando é com a medicação, a gente tem que insistir mais um pouco, tem que ser mais firme, mas essas outras coisas, que não prejudicam, a gente tem que respeitar. O resto tudo bem, ‘tudo legal’, como dizem os brasileiros”. Comentou que o ritmo de trabalho é pesado e percebe que há dias que alguns idosos precisam de mais atenção e nem sempre é possível fazer companhia a eles pelo tempo que precisam.

<sup>123</sup> O tom autoritário com o qual parecia estar acostumada e confortável era facilmente perceptível no tom do seu relato. Confessou que começou a agir assim depois do curso, porque ela mesma ficou muito impressionada com esse tema das escaras e pesquisou na internet. Claro que compartilhar seu pavor faz sentido para ela: “cada coisa feia”.

completou sua narração contando que se ele quisesse beber algo, tinha licor, mesmo sabendo que ele não gosta dessa bebida<sup>124</sup>.

Confesso que me irritava o tom autoritário e orgulhoso com o qual essa aluna-cuidadora narrava esses episódios e já estava me incomodando a convicção com que falava e o apoio que recebia das outras alunas e da professora. Resolvi intervir, perguntando à turma como encaravam a tarefa de cuidar de pessoas que muitas vezes tem hábitos, estilos de vida, religião diferentes da cuidadora. Naquele instante, pareceu-me que a professora mudou de atitude<sup>125</sup>. No meio dessa discussão, que foi bastante acalorada e um tanto constrangedora, uma das alunas entrevistou, dizendo:

Olha, isso varia muito de idosos pra idoso. No caso do idoso acamado, a probabilidade de ter esses problemas é muito menor, porque ele não tem mesmo como fazer o que quer. Então é bem mais fácil de cuidar. O idoso que ainda anda, que tem alguma autonomia, aí é ruim, não dá pra controlar e pode mesmo ter conflito. O idoso incapaz de tomar suas decisões e de fazer o que quer é bem mais tranquilo de cuidar, não dá esse trabalho (Aluna do curso, Salvador).

Ainda estupefata pela sinceridade da colega, finalizei minha argumentação apontando para essa visão de conveniência em relação às pessoas completamente dependentes, privadas também de sua autonomia. Olívia, cuidadora do idoso acamado que desejava beber e assistir a filmes pornô, não reconhecia em suas imposições um problema. Era a família do idoso que ela reconhecia como castradora de sua autonomia, especialmente a financeira<sup>126</sup>. Em Caminha,

---

<sup>124</sup> A mãe de Olívia, que é empregada doméstica nesta casa há muitos anos, brigou com ela por conta dessa atitude intransigente. E contra tudo e contra todos, mesmo correndo o risco de ser demitida, a cuidadora, como uma heroína, negou até o fim um copo de whisky ao idoso. A professora completou: “gente, cuidar é você não ser negligente, não ser omissa. Quando você tem o conhecimento... o conhecimento é uma faca de dois gumes... A filha dele é médica, né?” A cuidadora confirmou e prosseguiu com seu depoimento: “ela é médica e disse que cerveja estava liberada, mas eu insisti e disse que não dou a ele bebida alcoólica nenhuma”.

<sup>125</sup> Lembro que durante o debate, Olívia assumiu uma postura defensiva e contou que ele bebia e fumava com frequência quando ela começou a cuidar dele: “quando ele disse que tinha parado com o cigarro, eu agradei a Deus porque em todo canto da casa tinha uma carteira de cigarro. O whisky ele continuou. Até acidente ele já teve por causa disso. Ele tomava remédio e bebia. Se eu der uma dose, ele vai querer mais. A filha disse que poderia beber cerveja e eu disse a ele se ela quiser vir lhe dar, tudo bem, mas pra mim qualquer bebida que tenha álcool é alcoólica e eu não dou”. (Eu me perguntei, cá com meus botões, porque ela “liberava” o uso de licor, que também é bebida alcoólica). E como se ela, enfim, percebesse a relação que eu estava estabelecendo entre a postura dela e os limites do cuidado, declarou “não é porque eu sou evangélica, não”.

<sup>126</sup> Queixou-se que o idoso “gosta” de dar dinheiro a pessoas que não são parentes. Entretanto, filhos e netos vivem pedindo, em tom de exigência, contribuições financeiras do idoso. Ela contou que quando faz alguma tarefa que o idoso considera muito desagradável para ela (“quando a gente aplicava o funcionema nele”), dava uma gratificação de 100 reais. Isso causou uma série de confusões com o filho que administra a conta do idoso, que proibiu o pai de gratificar as cuidadoras, pois elas já são remuneradas pelo trabalho. A professora, aparentemente cansada da polêmica, tentou encerrar a discussão afirmando que provavelmente o maior sofrimento desse senhor é a lucidez, “porque ele está lúcido, confinado ao leito, consciente e incapaz. Preso dentro da lucidez. Vocês conseguem imaginar isso?”.

Cristina, uma cuidadora do apoio domiciliário, comentou sobre o cerceamento que sofria sua avó. Como ela trabalha com idosos há alguns anos, tem tido a oportunidade de ver aqueles cuidadores que estão cometendo erros e, no caso da avó, percebia que a idosa deixou de fazer muitas coisas que ainda era capaz porque o filho (pai de Cristina) insistia em tomar a iniciativa e poupar a mãe de qualquer esforço. Ela achava que ele devia estimular a mãe a preservar sua autonomia e não assumir tudo para si, deixando-a cada dia mais dependente dele.

### 3.3.4. “Confissões” de cuidadoras

Durante conversas e entrevistas, registrei alguns depoimentos, tanto de cuidadores familiares quanto de cuidadoras contratadas, sobre situações e circunstâncias vivenciadas nas relações de cuidado com os idosos. Chamo tais narrativas de “confissões” por tratarem de aspectos sobre os quais as cuidadoras não se mostraram muito confortáveis em mencionar ou admitir. O tom confessional quase sempre era acompanhado de declarações que versavam sobre as situações que temiam, que as enojavam ou sobre preconceitos que interferiam na sua capacidade para lidar com os mais velhos e, principalmente, sobre situações onde sentiam-se sobrecarregadas de atribuições e responsabilidades em relação aos idosos.

Alunas do curso sempre falavam sobre o medo que sentiam de não estarem devidamente preparadas para lidar com situações com as quais não possuíam experiência. Os temores, entretanto, não se resumiam a encarar situações desconhecidas, mas também envolviam uma preocupação em relação à expectativa da morte do idoso<sup>127</sup>. O receio de cometer erros ao lidar com situações onde a cuidadora não tem muita (ou qualquer) experiência, foi apontada pela enfermeira que trabalhava em Itaparica, Alice. Ela me disse que ainda tinha muito a aprender e temia orientar mal ou indicar uma medicação que prejudicasse o idoso e que tinha medo de esquecer questões relacionadas à interação medicamentosa. Além disso, também se sentia insegura sobre o atendimento que era capaz de oferecer: “por isso eu faço de tudo pra não indicar medicação. Faço de tudo pra orientar, encaminhar. Eu dou conselhos, mas tenho muito medo disso”.

O sentimento de nojo diante de algumas tarefas que precisam realizar, como aquelas que envolvem excrementos ou limpeza de feridas, foram mencionadas diversas vezes nas aulas do curso, mas geralmente o tom era de crítica em relação às cuidadoras mal preparadas – aquelas

---

<sup>127</sup> Recordo que, nos minutos finais da primeira aula do curso, alguém comentou sobre o medo da morte do idoso. Medo de que ele morra no seu plantão, medo de perder o trabalho: “que ele não morra que eu preciso desse emprego, meu Deus!”, disse uma das alunas, enquanto outras riram diante da sinceridade da confissão.

que demonstravam repulsa diante do idoso ao executar tarefas desse tipo. Contudo, vez ou outra, no curso alguém deixava escapar suas preocupações<sup>128</sup>. Declarações relacionadas a algumas tarefas, admitindo nojo, agonia ou incapacidade de lidar com certas situações constrangedoras envolvendo os corpos dos mais velhos não foram apontadas, ao menos não abertamente. Foi possível perceber, em breves comentários, que a sensação de aversão é frequente, mas a admissão de sentimentos como esse parecia ser também uma admissão de incompetência, de modo que poucas falaram explicitamente sobre eles.

Diferenças religiosas também atravessam as dinâmicas do cuidado, explicitando conflitos sobre o estilo de vida dos idosos sem, contudo, serem reconhecidas pelas cuidadoras como preconceito. O caso mais explícito de preconceito apareceu no relato da enfermeira da unidade de saúde de Itaparica. Comentando sobre como a maioria dos moradores da região em que a equipe de saúde atua são candomblecistas, Alice afirmou que a religião interfere no cuidado dos idosos:

Aqui tem um lado negativo que a maioria do pessoal é de candomblé, e candomblé tem muito aquela comida típica, que tem azeite, sal, tudo. E a maioria é hipertenso e tem colesterol alto. E esse pessoal também tem períodos que não se cuida, que ficam trancados em quartos, de resguardo, por um mês. E também dificulta as visitas, quando é período de festa, a gente não pode fazer visita. Eles suspendem o tratamento, comem e bebem o que aparece por lá e tudo isso dificulta (Alice, enfermeira UBS, Itaparica).

No caso dos cristãos, o problema, para a enfermeira, é que eles preferem confiar em Deus que no remédio e dizem: “eu não nasci com isso e Deus vai me tirar essa doença”. Alice, que é evangélica, disse tentar contornar a situação: “enquanto Deus não resolve, vá tomando o remédio”. Explicou-me, ainda, que não era “contra a fé de ninguém. Eu acredito que pode haver a cura pela religião, mas não pode apostar só nisso. Precisa fazer o tratamento médico”. Até este ponto de seu relato, sua resistência em relação a religião traduzia-se nas dificuldades em tratar alguém que segue orientações de outros mediadores do cuidado, como cuidadores espirituais – pais ou mães de santo, pastores ou padres. Entretanto, no decorrer da conversa, quando ela me contou sobre a situação mais difícil que enfrentou como enfermeira, a intolerância religiosa foi explicitada:

Eu não sou contra o candomblé, mas eu não gosto. Então eu tive que fazer uma visita em um quarto e pra mim foi muito dificultoso, porque eu não queria

---

<sup>128</sup> Uma das alunas, por exemplo, confessou um dia que sentia “agonia” ao escutar a voz do idoso que cuida, pois ele passou por uma traqueotomia e passou a falar por um orifício no pescoço. E a professora: “Ô, você não quer ser cuidadora? Como é que você quer cuidar assim?” e ela: “eu sei, professora, mas eu tenho uma agonia muito grande na hora”.

fazer aquilo, mas era necessário. Eu não gosto porque eu acho terreiro um ambiente carregado, um peso ruim, eu tenho uma sensação ruim. Tanto que eu chamei a ACS e disse: ‘eles vão ter que respeitar também, que eu não gosto’. Se o paciente tá ali, naquele quarto horrível, é porque não tá sentindo nada. Se ele precisasse realmente de visita, ele estaria em casa, ou no hospital ou indo pro posto. Não ia estar em terreiro, trancado no quarto. Me chamaram porque ele estava com dor na coluna [falou com visível incredulidade e desprezo sobre a queixa do paciente] e tava dormindo no chão! Agora eu já falei com a ACS: ‘só faço visita no domicílio. Não entro mais em terreiro nenhum. Se o paciente tá doente, tá em casa’ (Alice, enfermeira UBS, Itaparica).

Com exceção da posição da enfermeira acima, as confissões mais comuns estavam relacionadas à sensação de sobrecarga vivenciada pelos cuidadores, familiares ou contratados. Uma cuidadora familiar, Sônia, residente em Caminha e responsável por cuidar dos pais sem apoio de cuidadoras contratadas ou do apoio domiciliário, confessou que levava os pais para passear principalmente para poder se distrair um pouco:

Não é fácil. Digo-lhe já que não é fácil. É muito duro, porque eu trabalho... venho de manhã e, quando tenho uma pausa das 9:30h às 11h, é quando faço as coisas de casa, arrumo os quartos, trato da medicação deles, preparo o almoço e, quando saio às 11hs para o trabalho, já deixo tudo pronto na mesa (Sônia, cuidadora familiar, Caminha).

Uma cuidadora do apoio domiciliário de Caminha, Cristina, que também faz o serviço de transporte dos idosos de seus domicílios ao Centro de Dia, explicou-me que a maior dificuldade de seu trabalho é lidar com pessoas com muitas e variadas doenças. Ela acrescentou que algumas patologias requerem mais paciência para lidar do que outras e, por vezes, sente-se sobrecarregada por precisar cuidar de pessoas “que exigem mais atenção do que realmente precisam”. Citou como exemplo uma senhora que é obsessiva-compulsiva: “e não nos larga. É muito difícil, ela é muito controladora”. Contou-me que durante o caminho para a instituição a idosa vai narrando o que acontece, marcando no relógio o horário: “se alguém demora pra entrar na van, ela reclama”, enchendo a cuidadora de perguntas sobre o que ainda vai acontecer. Cristina me disse que precisa ter muita paciência, confessando que, às vezes, implora à idosa: “pelo amor de Deus, cale-se e não pergunte mais nada que eu não quero ser malcriada consigo. Ela começa assim, ‘eu sei que sou chatinha’, ‘eu não queria incomodar’... ‘então não me fala’, eu digo”. A cuidadora finalizou dizendo que essa é uma das dificuldades – lidar com as particularidades das diferentes enfermidades que os idosos possuem --, pois “nós já temos muito trabalho físico e ainda temos as pessoas aqui a matracar...”

### **3.4. Dinâmicas do cuidado**

A palavra “dinâmica” no plural indica a existência de diferentes combinações entre mediadores nas relações de cuidado que se estabelecem em torno dos idosos no ambiente domiciliar. Nesse subitem exponho algumas parcerias entre mediadores, destacando os participantes mais frequentes – cuidadores familiares, contratados e do apoio domiciliário -- e os mais eventuais – profissionais de saúde. Também procuro evidenciar alguns problemas de convivência e intimidade, tendo em vista as especificidades do ambiente domiciliar, como o contexto onde se desenvolvem as práticas de cuidado. Destaco, ainda, algumas situações conflitivas nas dinâmicas de cuidado entre os participantes “de casa” e os “de fora” (quando cuidadoras contratadas são vistas como “da família” ou como “estranha”) ou mesmo entre os moradores do domicílio e familiares (uns considerados mais ativos que outros) ou entre trabalhadoras domésticas (quando há revezamento de turnos com outras cuidadoras ou há parceria indireta entre cuidadoras contratadas e outros trabalhadores domésticos no domicílio).

#### **3.4.1. Cuidadores frequentes e eventuais**

Os participantes do cuidado podem ser numerosos ou não. As parcerias que se estabelecem nesse contexto são variadas, podendo envolver familiares, cuidadores contratados, profissionais de saúde do setor público ou privado, entre outras pessoas. Pretendo apresentar algumas parcerias identificadas ao longo do trabalho de campo, destacando aquelas mais frequentes – entre cuidadores familiares, entre cuidadores familiares e contratados e entre cuidadoras contratadas -- e as parcerias eventuais – entre cuidadores familiares e profissionais de saúde e entre cuidadoras contratadas e profissionais de saúde. Meu objetivo é explicitar a dinamicidade dessas relações, tendo em vista as perspectivas dos cuidadores sobre essas parcerias e as dificuldades ou vantagens da presença ou ausência de colaboradores.

Quanto às parcerias entre cuidadores familiares, encontrei em Itaparica mais situações de parcerias intensas entre cuidadores familiares. Esse é o caso, por exemplo, de Olga, que cuida da mãe, quando afirmou que todos os filhos participam e estão presentes na vida da idosa. Os filhos são acionados quando ela precisa se deslocar para Salvador ou algum lugar na ilha. As irmãs se dividem em torno das tarefas domésticas conforme seus gostos pessoais: uma gosta mais de limpar casa e lavar roupa, a outra prefere cozinhar e todas fazem companhia à mãe.

Entretanto, quem toma as decisões em relação à mãe é Olga, que mora com a idosa. É ela quem administra a renda da mãe, quem recebe a medicação através do posto de saúde e que, quando não os encontra na unidade de saúde, compra os medicamentos<sup>129</sup>.

Em Caminha, as parcerias entre cuidadores familiares não eram tão frequentes nem intensas como as que encontrei em Itaparica e, em algumas situações, sequer ocorriam<sup>130</sup>. O casal de cuidadores familiares de uma senhora de 96 anos, com quem residiam, Laerte e Laura, mencionou como maior dificuldade coordenar os horários deles, pois se preocupavam muito quando precisavam deixá-la sozinha por muito tempo -- entre a partida de um e chegada do outro --, pois temiam que ela precisasse de algo quando não havia ninguém em casa para ajudá-la. Por outro lado, segundo seu filho, Laerte, a idosa não precisava de atenção ininterrupta, pois ele afirmava que se ela já tivesse ido à casa de banho, ele considerava que podia se ausentar por uma hora ou duas. Laerte partilhava com sua esposa, Laura, tarefas e preocupações relacionadas à idosa e não contavam com o auxílio de outros parentes, embora ela tivesse outros filhos e muitos netos, mas todos residiam em outras cidades.

A dupla de homens cuidadores que conheci em Caminha, César e Ciro, responsáveis pela irmã, não teve filhos, assim como a idosa. Todos sofriam de um grave tipo de reumatismo de origem genética e precisavam de cuidados diversos. Contudo, os dois irmãos apresentavam uma condição de saúde um pouco melhor que a da irmã, que vivia acamada. No momento da pesquisa era ela quem administrava seus medicamentos, mas César achava que em breve iria precisar da ajuda das funcionárias do Centro para isso. Ela não precisava de ajuda para se alimentar, mas já precisou, pois teve uma forte depressão e Ciro precisou dar-lhe de comer à boca. O outro irmão, que não mora com eles, é quem faz as compras mais pesadas, pois tem carro e dá apoio aos três irmãos quando necessário. Achei interessante que eles tenham mencionado os vizinhos, considerados “velhos conhecidos”. Ciro me disse que contam com

---

<sup>129</sup> No mesmo sentido, também em Itaparica, a dupla de irmãos que cuida dos pais, Everaldo e Elvira, declarou que as relações entre os familiares são muito boas e que todos se reúnem com grande frequência. Elvira relatou que não costuma haver desacordo nas decisões relacionadas aos pais, pois geralmente a palavra do irmão mais velho é definitiva. Os outros irmãos são acionados quando eles, cuidadores “principais”, não podem resolver sozinhos os problemas, atuando como uma equipe de apoio. Não costumam recorrer a ajuda financeira dos irmãos para cuidar dos pais, exceto em ocasiões especiais, como quando o pai ficou hospitalizado em Santo Antônio de Jesus: todos contribuíram no pagamento das passagens rodoviárias que precisavam fazer com frequência. Mas ressaltou que normalmente não há necessidade, pois, a renda dos pais é suficiente para sobreviverem, já que levam uma vida muito simples.

<sup>130</sup> Por exemplo, no caso de Mariana que cuida da irmã, ela é a principal responsável pela idosa, que não teve filhos. Entretanto, alguns familiares colaboram como podem para ajudar as tias. Uma sobrinha, que mora nas proximidades, costuma visitá-las e chegou a acompanhar a tia em algumas sessões de terapia da fala, onde tentaram recuperar essa capacidade da idosa. Mas há também ausências notáveis nessa dinâmica. Uma outra sobrinha, por exemplo, que é afilhada da idosa “não quer saber dela pra nada. Desde que ela adoeceu nunca mais pôs aqui os pés”, segundo relatou a tia cuidadora.

alguns deles quando precisam: “é como uma família. Meu pai é padrinho de um, minha mãe é madrinha de outro. É como uma família. Eles vêm aqui e dizem ‘se precisarem de alguma coisa, é só dizer’”. Como exemplo de ajuda, César explicou que muitas vezes o vizinho traz o pão deles: “também se preciso que alguém vá à farmácia com urgência, eles vão”.

As parcerias entre cuidadores familiares e cuidadoras contratadas eram, por vezes, mais frequentes que somente entre cuidadores familiares. A ex-diretora de uma das instituições que acompanhei, Magda, comentou que não é fácil para as famílias partilhar as responsabilidades com a equipe de apoio domiciliário, pois nem sempre as pessoas que coabitam com os idosos cuidam da maneira adequada. Bianca, diretora de outra IPSS, falou-me que são frequentes os desentendimentos entre cuidadoras contratadas e familiares, especialmente por conta de erros cometidos pelas cuidadoras contratadas, e por vezes os idosos encaram como pessoal esses desacertos e se magoam (roupas que são enviadas por engano, pão que foi jogado fora pensando que era velho, mas era o pão do dia). Bianca ressaltou que nenhuma dessas situações leva a um conflito exacerbado e é possível administrar essas situações justamente por causa do convívio intenso e do envolvimento genuíno das cuidadoras com seu trabalho junto aos idosos.

Conversando com as cuidadoras do apoio domiciliário, registrei algumas percepções dessa parceria com os cuidadores familiares. Uma dessas cuidadoras, Raquel, considerava o apoio domiciliário

uma ajuda boa, porque assim o parente só precisa dar de comer, fazer companhia, porque o resto nós fazemos. Imagine todo dia ter que limpar, cozinhar, dar de comer, limpar a casa, tudo sozinho? Para nós é mais fácil, porque temos uma escala rotativa, durante a semana vai mudando e não trabalhamos nos domicílios todos os dias, então já não é tão cansativo (Raquel, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

Outra cuidadora que trabalha com esse serviço, Diana, falou das “confusões” presentes nesse tipo de parceria:

Muitos pensam que o apoio domiciliário vai substituir a família e não é verdade. Nós damos um apoio por pouco tempo só para resolver certos problemas, mas há problemas que só a família pode resolver. Algumas famílias acham que por ter o apoio domiciliário está tudo feito, pronto, mas não. Não pode ser só nós, tem que ser ajudado com a família. A família tem que ter intervenção, senão o idoso nunca terá o apoio necessário (Diana, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

Outro aspecto digno de destaque é que nesse tipo de parceria entre cuidadores familiares e contratados, por vezes o familiar também precisa de cuidados e busca apoio na equipe que

cuida do idoso<sup>131</sup>. Nos domicílios atendidos pelo apoio domiciliário em Caminha, a parceria entre cuidadores familiares e contratados é muito frequente, sendo que os familiares assumem a maior parte das tarefas relacionadas ao cuidado dos idosos. No caso de Helena, sempre precisa colocar fralda na mãe depois que a equipe do apoio domiciliário faz seu trabalho, porque a mãe tira a fralda que as cuidadoras colocam. Às vezes tem que trocar a roupa de cama também. Tem máquina de lavar em casa, mas sempre precisa “tirar o sujo”, deixar de molho, tirar sujeira com escova.

Nas aulas do curso de cuidador, onde as parcerias relatadas entre familiares e contratadas eram mais frequentes e intensas se compararmos aos contatos entre familiares e equipe de apoio domiciliário em Caminha, as queixas das cuidadoras contratadas eram muitas. Geralmente, apontavam os cuidadores familiares como pessoas que atrapalham o trabalho delas<sup>132</sup>. Já as parcerias entre cuidadoras contratadas, a situação pode ser ainda mais complicada. Em Caminha, cuidadoras do apoio domiciliário reclamaram da falta de preparo de algumas parceiras de trabalho, como disse-me Tatiana: “é por isso que eu acho que neste serviço as pessoas deviam ser bem escolhidas, porque há pessoas que estão aqui sem vocação e é complicado trabalhar com pessoas que não têm vocação”. Ela também mencionou o trabalho que é feito na sede, no Centro de Dia, que considera fundamental para que tudo corra bem, afinal é de lá que saem as refeições, as roupas lavadas. Assim, o trabalho das cuidadoras do apoio domiciliário dependia largamente desse tipo de parceria.

Entre as cuidadoras contratadas que conheci a partir do curso, ouvi muitas acusações sobre outras cuidadoras contratadas ou trabalhadores domésticos que não são responsáveis diretamente pelo idoso, mas interferem de algum modo nas tarefas da cuidadora contratada. Uma das alunas, por exemplo, falou-me do conflito com a faxineira da casa onde trabalha, que insiste em varrer e não passar pano úmido, intensificando a renite da idosa que tem crises respiratórias: “ela diz que não sabe, mas é mentira, claro. Ela quer que eu limpe, mas eu já disse

---

<sup>131</sup> Uma cuidadora do apoio domiciliário, Bernadete, me contou que embora o serviço seja contratado para atender apenas aos utentes, muitos deles moram com outros idosos “que também precisam de um carinho, um maminho, uma atenção”. Disse que procura sempre elogiar esses familiares, elogia a aparência, os jardins e, por vezes, acaba levando pra casa flores desses jardins, ofertadas por essas pessoas.

<sup>132</sup> A professora comentou, por exemplo, que é comum o cuidador encontrar seu paciente “descompensado” depois da sua folga, porque mesmo que o cuidador procure controlar a dieta e a dosagem dos medicamentos ao longo da semana, o período em que o paciente não está sob sua supervisão direta pode não seguir as mesmas regras estabelecidas no cotidiano. Assim, após um fim de semana de folga, muitos cuidadores encontram “seus idosos” sofrendo as consequências do desregramento, quase sempre resultante da intervenção de parentes. Por essas e outras, a professora achava importante conhecer os modos de monitoramento e controle da saúde do paciente, para entender e lidar com tais situações.

que não sou paga pra isso. Eu sou cuidadora, não faxineira. Mas eu tô pensando em ficar com esse dinheiro dela, pelo menos eu garanto que vai ficar limpo direito”.

Sobre as parcerias que chamo aqui de “eventuais” -- envolvendo cuidadores familiares e profissionais de saúde e cuidadoras contratadas e profissionais de saúde --, começo destacando as perspectivas dos familiares sobre a equipe de saúde e as perspectivas dos profissionais de saúde sobre os familiares residentes em Itaparica. De modo geral, os cuidadores familiares elogiaram a unidade de saúde, afirmando que o serviço melhorou muito nos últimos anos. Agora é possível marcar consultas com especialistas sem precisar ir à Salvador. Disseram-me que a equipe de saúde faz visitas regularmente, seja a ACS, seja a enfermeira ou o médico<sup>133</sup>. Olga, que cuida da mãe em Itaparica, relatou-me que vai ao posto com frequência em busca de exames, medicamentos e seringas. Sua mãe toma remédios injetáveis e precisa das seringas. A filha aplica as injeções e, quando não pode, vem a enfermeira ou o auxiliar de enfermagem aplicar. Como não vai ao posto, a idosa recebe visitas em seu domicílio da equipe de saúde. A cuidadora tem o equipamento para aferir pressão e quando acha que está alta, chama a enfermeira<sup>134</sup>.

O médico que atendia na unidade de saúde que acompanhei fazia parte do Programa Mais Médicos e era de origem cubana. Os cuidadores familiares que conversei elogiaram seu trabalho, ressaltando que ele é muito paciente, escutando e conversando demoradamente. Everaldo, um dos cuidadores familiares que conheci, me disse que a comunidade gostava muito dele, mas achava que o médico deveria atender pelo menos duas vezes por semana. Também destacou a necessidade de o posto contratar especialistas, como fisioterapeuta, por exemplo. Olga disse que dificilmente leva a mãe nas consultas médicas, por conta das dificuldades de locomoção da idosa. Geralmente é a filha quem vai ao posto de saúde para narrar o estado da mãe para o médico, que passa as receitas e exames. Quando pedi que avaliasse o atendimento

---

<sup>133</sup> O pai de Everaldo vai ao posto com frequência, mais para passear. A ACS que trabalha nesta unidade, Antônia, é parente deles – sobrinha do pai, prima dos cuidadores -- e o contato é fácil. Quando precisam de algo, ligam e pedem, seja medicamento, visita ou exame. Everaldo avaliou o serviço do posto como satisfatório e sobre a falta de alguns medicamentos, acreditava que não ocorriam apenas nessa unidade, portanto considerava que o problema não é do posto. Sua irmã, Elvira, já não encarava com tanta condescendência esse tipo de falha da unidade de saúde. Disse-me que, geralmente, a medicação que utilizam é fornecida pelo posto, mas “nem sempre tem disponível” e nessas situações precisam comprá-los. Perguntei sobre o programa do posto que realiza a entrega dos medicamentos em casa (MEDICASA) e ela afirmou que são atendidos, mas “sempre vem faltando alguma coisa”.

<sup>134</sup> Sobre a atuação do ACS, Olga disse que Antônia passa pela casa algumas vezes no mês para trazer convites de atividades educativas no posto, traz resultados de exames, intermedia as necessidades da família com o posto. Quando precisa de medicação, avisa a Antônia e ela traz. Quando precisa da visita da agente comunitária de saúde, liga para o posto e pede para ela passar em sua casa: “é difícil encontrar ela no posto”. Detalhe que Antônia, que atua na localidade onde reside, é também parente de Olga. afirmou não ter queixas do trabalho dela, contudo seu trabalho consiste apenas em “mandar recado, não resolve nada”.

médico oferecido pela unidade de saúde, Olga gargalhou, enquanto dizia: “eu gosto dele, o problema é entender o que ele tá falando”. Lembrei que muitos cuidadores familiares da região elogiaram sua escuta atenta e me ocorreu que tanta atenção podia ser resultado da falta de compreensão entre médico e paciente. Ela explicou-me que conversa com ele através de sinais e mímicas, acrescentado que “tem gente sem experiência que fica lá enrolando, demorando porque não entende o que o médico está dizendo”. Segundo ela, se faz entender com sinais. Contou-me, rindo muito, como fazia esses sinais<sup>135</sup>.

Os profissionais de saúde, por sua vez, também tinham considerações a tecer sobre a parceria com cuidadores familiares da localidade. A enfermeira Alice enfatizou, diversas vezes, as dificuldades em lidar com as famílias dos idosos:

Quando a gente tá lá, eles concordam com tudo e quando a gente pergunta se está seguindo as recomendações do médico, eles dizem que fazem tudo certo. E a gente tem que acreditar no que eles falam. Mas a gente percebe que com o idoso não tá ocorrendo como deveria. Eles não contam, mas a gente percebe, porque se estivesse seguindo direito as recomendações, não subia o colesterol, não subia a pressão... Tirando isso, a família ajuda muito (Alice, enfermeira UBS, Itaparica).

A enfermeira também comentou que há mais netas do que filhos cuidando dos idosos: “a maioria já perdeu o companheiro e as filhas estão trabalhando. Então muitos ficam com as netas que só estudam”. Para Alice, muitos idosos frequentam o posto em busca apenas de um ouvinte, não estão doentes, mas precisam “dessa ajuda”. Muitas famílias procuram esconder os problemas que tem com seus idosos, mas eles não aguentam e querem desabafar sobre os problemas de casa. Disse-me que alguns chegam a ficar agressivos, xingam e desabafam na unidade de saúde.

A perspectiva da agente de saúde que atuava em Itaparica sobre os cuidadores familiares que atendia não era muito positiva. Antônia apontou como um grave problema a baixa escolaridade dos moradores da região e afirmou que, na maioria dos casos, os familiares não cuidam corretamente dos idosos. Para ela, a família só se importa com o idoso quando há interesses financeiros, relacionados à aposentadoria ou propriedade de imóveis. Em muitas visitas, disse-me que encontrava o idoso sozinho ou acompanhado por outro idoso. Outro

---

<sup>135</sup> Essa senhora avaliou o serviço oferecido pelo posto de saúde como razoável, afirmando que apenas um dia por semana para as consultas médicas é pouco. Olga reclamou que a enfermeira não marca exame, nem passa medicação. “Antes elas podiam. Agora não podem mais e isso quebrava um galho”. Atendimento médico duas vezes na semana já faria diferença, na sua opinião. Disse que sente a comunidade abandonada, porque todos os outros postos têm mais dias de consulta: “e ainda mais [aqui], que só tem o médico um dia e ele tem esse problema, coitado, de não entender direito os pacientes e a consulta demorar muito. Ele atende pouca gente no dia”.

problema apontado por ela é que os familiares não colaboram na realização dos exames recomendados pelo médico. Para a agente comunitária, a maior dificuldade em lidar com os idosos e suas famílias reside no fato de que muitos parentes tratam seus idosos com desprezo<sup>136</sup>.

Sobre as eventuais parcerias entre cuidadoras contratadas e profissionais de saúde, as atividades que compartilham podem ser bem variadas, algumas combinações funcionam de modo mais harmônico, outras, mais tensas. Em Caminha, Bianca, diretora do Lar, explicou como funciona a parceria entre a IPSS e o Centro de Saúde do concelho: as cuidadoras têm curso de primeiros socorros e sabem utilizar aparelhos para medir glicemia e pressão arterial. Quando qualquer problema é detectado, acionam o Centro de Saúde, o médico e enfermeiro de família, e eles visitam o idoso em seu domicílio ou a IPSS providencia a ida do idoso ao Centro de Saúde. Os medicamentos são prescritos pelo Centro de Saúde e adquiridos pela família com seus próprios recursos e, em alguns casos, cabe às cuidadoras do apoio domiciliário administrar a medicação.

Uma cuidadora do apoio domiciliário, Diana, queixou-se sobre os idosos que são internados em hospitais com o corpo em bom estado e voltam para suas casas “com um bocado de feridas”. Ela me disse que a equipe do Centro de Saúde elogia o trabalho das cuidadoras contratadas:

Os enfermeiros dizem que temos que fazer um bom trabalho com a higiene pessoal daqueles que vivem acamados, fazendo uma boa hidratação, uma massagenzinha, com os posicionamentos, para evitar as escaras. Temos muito cuidado com isso. Já ouvi muitos enfermeiros a falar que fazemos um bom trabalho com isso (Diana, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha)

Diana explicou que sua crítica é direcionada ao trabalho da equipe de saúde em grandes hospitais, pois os enfermeiros locais, do Centro de Saúde de Caminha, são muito atenciosos, vão também aos domicílios fazer curativos, colocar sondas e estão sempre a agradecer às equipes do serviço de apoio domiciliário, reconhecendo a eficiência das cuidadoras em tratar dos idosos, especialmente os acamados. No entanto, ela reclamou da displicência de uma ou duas enfermeiras do Centro de Saúde local que demonstram ares de superioridade, apesar de “serem raparigas da terra, como nós”. Diana me disse que, por vezes, as cuidadoras do apoio

---

<sup>136</sup> Os parentes não apoiam muito seus idosos e atrapalham seu trabalho, por isso Antônia disse se ver recomeçando do zero toda semana. Nunca identificou um caso grave de maus tratos, porém considerava que muitos estão residindo nos domicílios, mas em estado de abandono. Também observava em suas andanças ambientes sujos, fedendo a urina e fezes e que muitos idosos se machucam em quedas que podiam ser evitadas com adaptações no domicílio que atendam às necessidades deles. Ela mencionou casos de idosos que são adeptos do candomblé e, quando os filhos se convertem pra igreja evangélica, querem obrigar o idoso a seguir, principalmente quando veem que o velho já não tem forças pra recusar. Apesar de dizer que há muitos casos como esse, Antônia não quis indicar nenhuma família nessa situação para visitarmos.

domiciliário percebem sinais de úlcera por pressão no estágio inicial e, ao informar a essas enfermeiras a necessidade de dar uma atenção especial a esses idosos, elas mostram desinteresse e isso incomoda muito a cuidadora, “porque em poucos dias um pontinho vermelho vira uma ferida feia, dolorosa e difícil de curar”.

Lembro-me que questionei a professora do curso de cuidador sobre o que fazer quando constatar que o paciente diabético está com o “açúcar alto” ou quando o idoso com hipertensão está com a pressão alta. Ela explicou que, geralmente, o paciente com esses problemas de saúde já tem medicações prescritas inclusive para esses momentos. As orientações, portanto, são médicas. O cuidador apenas acompanha e supervisiona a administração dos medicamentos quando o paciente está “desregulado”. Assim argumentou a professora:

Qualquer ação do cuidador não pode ser independente. Sempre deve seguir orientações da família e dos profissionais de saúde. Se o cuidador encontrar uma situação com a qual não sabe lidar, deve acionar a família, porque ela tem obrigação de saber o que fazer. Tomada de decisão não cabe ao cuidador, nem ao técnico em enfermagem. Cabe à família, ao enfermeiro e ao médico (Eliana, professora do curso, Salvador).

Entretanto, no caso da professora, que tem formação em enfermagem e também trabalha como cuidadora de idosos, recorro de alguns depoimentos seus que indicavam a existência de algumas tensões entre ela e o médico que trata da idosa que Eliana acompanha. Ela criticava constantemente o excesso de medicamentos administrados à idosa, o que a deixava extremamente agitada, sofrendo com machucados causados por ela própria. Em tom reprobatório, Eliana disse que a consulta com o neurocirurgião, que receita tantos e tão caros remédios à idosa, custava 900 reais. Aproveitando o ensejo, estendeu sua crítica a médicos renomados, que prescrevem errado e são as enfermeiras quem precisam, com muito tato, corrigi-los.

### **3.4.2. Problemas de convivência e intimidade: os “de casa” e os “de fora”**

As cuidadoras contratadas para cuidar de idosos no domicílio acabam por estabelecer relações não só com o idoso e os cuidadores familiares, mas com todos os moradores do domicílio, com a própria casa e, por vezes, com a família estendida do idoso. Também não é incomum que mulheres contratadas para realizar tarefas domésticas atuem como cuidadoras de idosos -- como se o idoso fosse apenas parte do seu trabalho, não o foco principal. De toda forma, no curso para formação de cuidadores, fomos orientadas a construir um clima de companheirismo,

solidariedade e parceria com todos os envolvidos nas dinâmicas do cuidado no contexto domiciliar. A professora ressaltava a importância de manter um bom canal de comunicação tanto com cuidadores, familiares e com o idoso, quando for possível.

Considerando que o contato constante pode gerar situações problemáticas envolvendo o convívio e a intimidade entre as cuidadoras contratadas, idosos e cuidadores familiares, exponho a seguir as perspectivas das pessoas envolvidas nas dinâmicas do cuidado, nos casos acompanhados durante o trabalho de campo, sobre a convivência entre os membros do grupo doméstico, os “de dentro”, e as cuidadoras contratadas, as “de fora” da casa. Início apontando como as cuidadoras contratadas podem ser vistas pelos moradores do domicílio como “amiga” ou “da família”, e como a percepção dessas trabalhadoras como “estranhas” e “suspeitas” também é possível.

Apenas uma cuidadora contratada, que conheci no curso de cuidadores, Odete, afirmou ter uma boa relação com os familiares da idosa que ela cuida:

Eu me sinto praticamente um membro da casa. Fazemos as refeições todos juntos. Quase como se fosse da família. Eu me sinto satisfeita com esse trabalho e por ser tratada tão bem. Tem patrões que almoçam primeiro e a empregada só come depois deles, mas lá não. É todo mundo junto (Odete, cuidadora contratada, Salvador)

Em Caminha, ouvi cuidadores familiares mencionarem as cuidadoras do apoio domiciliário de modo afetuoso, como Helena, que afirmou serem elas “boas raparigas” das quais não tem qualquer queixa. Considerava o trabalho que realizam muito importante e disse-me que nunca teve problema algum com as moças. Os irmãos atendidos pelo apoio domiciliário, César e Ciro, também elogiaram muito as cuidadoras que os atendem. Avaliaram positivamente os serviços prestados pelo Centro. Quando perguntei se a presença de pessoas de fora da família na intimidade de sua casa incomodava-os, César respondeu prontamente que não, seja porque a visita delas anima um pouco o dia, seja porque as funcionárias são conhecidas de longa data, por isso já se habituaram a elas e gostam de tê-las em casa mesmo que por alguns minutos. Completou avaliando-as como cuidadoras “5 estrelas”, muito dedicadas e eficientes no cuidar: “e para esses serviços tem que ser”.

No entanto, perspectivas como essas não foram muito frequentes. Mais comum foram os relatos que evidenciavam perspectivas sobre as cuidadoras contratadas como uma “estranha” e, portanto, “suspeita”. E isso podia ser percebido em pequenos detalhes, como na aula do curso de cuidador em que debatemos a quem cabe os custos com a alimentação do cuidador. Enquanto a colega tinha o “privilégio” de sentar-se à mesa com seus patrões, muitas alunas que já

trabalhavam como cuidadora afirmaram que os contratantes costumam encarar a alimentação da cuidadora de idosos um gasto que a família não é obrigada a arcar. Assim, muitas delas levavam marmitas com refeições preparadas em suas próprias casas. Sentar-se à mesa com a família era algo fora de questão para a grande maioria das alunas que se manifestaram sobre o assunto.

Em uma das aulas fui surpreendida por reflexões de uma aprendiz de cuidadora – uma aluna que ainda não tinha qualquer experiência como cuidadora de idosos contratada. Eram corriqueiras as falas que colocavam os familiares dos idosos na posição de “vilões”, vistos por muitas cuidadoras como pessoas interesseiras, desprovidas de amor pelos idosos. Contudo, essa cuidadora assumiu por alguns minutos uma postura equivalente a algo como “advogado do diabo”<sup>137</sup>. Começou ressaltando que é preciso muito dinheiro para prover os cuidados que certos idosos precisam, como no caso da casa onde em breve haveria uma vaga para ela. Contou-nos que lá trabalhavam três cuidadoras, uma para cada turno, mas que apenas uma delas demonstrava comprometimento e responsabilidade. Segundo ela, a cuidadora do turno da noite em breve seria desligada da equipe de cuidados que assiste essa senhora, pois dorme durante o trabalho, não garante a limpeza pessoal e do ambiente onde fica a idosa, nem da sujeira que produz ao se alimentar na casa onde trabalha.

Tais comentários indicam que há regras de convivência que, se não forem seguidas, podem levar a substituição do cuidador. Percebi que as cuidadoras experientes concentravam a atenção nos problemas dos familiares com os idosos, reconhecendo na família algo de nocivo. Já a cuidadora sem experiência, que aguardava uma vaga, via outras cuidadoras remuneradas como rivais, em alguma medida. Ao menos no caso dela, havia uma vaga à vista graças à incompetência de uma cuidadora pouco atenta às questões de convivência e intimidade que permeavam as relações entre “os de dentro” e “os de fora” da casa<sup>138</sup>.

---

<sup>137</sup> Durante sua intervenção na aula, tive a impressão de que, por não ter ainda experiência como trabalhadora doméstica, era-lhe mais fácil imaginar a perspectiva dos patrões sobre essa figura custosa e perigosa, a cuidadora de idosos. Pensando bem, era corajoso de sua parte inserir nas discussões que ocorriam na sala percepções destoantes daquelas costumeiras queixas sobre a convivência com os familiares dos idosos.

<sup>138</sup> Vale destacar que essa aluna demonstrou uma percepção mercadológica bastante aguçada em relação ao trabalho do cuidador, afirmando que este profissional entrega um “produto” e esse produto não pode ser sujeira, preguiça, falta de cuidado, afinal custa muito caro para o contratante manter um cuidador de idoso. Surpreendeu-me que ela tivesse quase que uma “visão de patroa” dessas questões. Fiquei curiosa sobre quanto tempo perduraria essa impressão depois que fosse contratada. Ela destacou diversas vezes que o cuidador contratado é uma pessoa estranha, desconhecida, que a família põe dentro de casa para cuidar de “seu idoso” e, nesse sentido, sua admissão constitui sempre um risco para todos os envolvidos. Por todos os incômodos, além dos custos financeiros, “a família ainda tem que arcar com o preço dessa convivência”. Achei muito interessante suas colocações, tanto por inverter o ponto de vista, como por adicionar aos relatos as perspectivas de alguém sem experiência, preparando-se para vivências inéditas, das quais apenas conhece alguma teoria.

Em Caminha, a relação que as cuidadoras do apoio domiciliário desenvolviam com os membros do grupo doméstico do qual idoso fazia parte costumam ser atravessadas por algumas tensões que evidenciam problemas de convívio no ambiente domiciliar. Conversei com uma cuidadora que prestava esse serviço, Raquel, e ela afirmou que, no geral, mantinha boas relações com os moradores das casas que visitavam, mas em alguns casos havia complicações:

Tem o problema do feitio de cada pessoa, como no caso de um senhor que certa vez reclamou que nós sujávamos a casa quando entrávamos, mas temos que dar uma desculpa porque também são momentos em que eles estão um bocadinho saturados e desconta um pouco o estresse nas funcionárias (Raquel, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha)

Quando entrevistei este senhor, Fernando, cuidador da esposa, ele relatou o caso, mas o tom e o teor do que me foi dito ilustrava muito bem essa perspectiva de cuidadora contratada como “estranha”, “suspeita”, “de fora”. Ele contou sobre seu aborrecimento com as funcionárias do Lar porque não limpavam os sapatos antes de entrar na casa, sujando-a. Disse que as chamou a atenção: “se vem cá para fazer limpeza, não vem pra sujar. Devem ter cuidado ao entrar em casa e limpar os sapatos. Se quiserem, eu compro uns chinelos para pôr aqui pra vocês calçarem’. Eu tenho que tratar de tudo e ainda tenho que limpar o que ela sujou?”. Fernando prosseguiu, animado, contando que depois disso, elas sempre passam um pano no chão no caminho que percorrem na casa: “se tomassem cuidados, não tinham que limpar”. Confesso que senti muita dificuldade em controlar minha antipatia por Fernando, e tudo piorou quando ele adicionou ao seu relato comentários que exprimiam desprezo pelas cuidadoras contratadas. Disse-me que elas se queixaram com a diretora do Lar e hoje quando entram, ele não quer conversa com elas: “tem a mania que são muito importantes, vem pra aí armadas de importantes. Se fossem importantes, não vinham fazer o trabalho que fazem, não é? A gente tem que ser humilde com os trabalhos que faz”. Por tais motivos ele contou-me que procura manter distância delas e elas fazem o mesmo em relação a ele. Perguntei-lhe, ainda, se a esposa já se queixou ou elogiou o serviço e ele respondeu que a idosa não lhe fala sobre o assunto para não o chatear.

Tatiana, uma cuidadora funcionária do Centro de Dia em Caminha, também abordou as complicações envolvidas na convivência e intimidade no ambiente doméstico. Para ela, é preciso manter uma posição neutra,

afinal estamos entrando na casa de outras pessoas e elas tem sua maneira de estar que a gente tem que respeitar, mesmo que a gente não esteja de acordo. Isso é que é complicado quando trabalhamos em dupla: uma respeita e a outra

não respeita e pensa que tem que se impor. Na casa dos outros não podemos nos impor, não é? (Tatiana, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha)

Embora os conflitos não sejam muito frequentes, segundo ela o estranhamento é comum: “há pessoas muito, muito estranhas. Você entra na privacidade das pessoas que são totalmente diferentes de ti e encontra de tudo. É sempre mais complicado lidar com os familiares que com os próprios utentes”<sup>139</sup>.

Nos casos abordados neste estudo, as cuidadoras contratadas eram mais frequentemente vistas como pessoas “de fora” do domicílio, com as quais as pessoas “de dentro” eram obrigadas a conviver, por causa das necessidades dos idosos. E as cuidadoras contratadas pareciam concordar com essa separação, sendo que elas se viam como quem precisava suportar o convívio com os outros moradores do domicílio.

Outras tensões também emergiram a partir dos relatos, inclusive a rivalidade entre os moradores e as cuidadoras contratadas. Olívia, uma aluna do curso de cuidador, queixou-se das dificuldades para fazer o idoso que cuida seguir uma dieta adequada, que não trouxesse complicações intestinais, e começou a acusar os familiares e outros empregados que não cuidam dele “direito” quando ela não está presente. O interessante era que a expressão “familiares e outros empregados” dirigia-se, ao fim e ao cabo, à outra cuidadora contratada que era neta do idoso<sup>140</sup>. Eu não resisti e provoquei, entre sorrisos: “olha que tô sentindo uma dose de ciúme, aí”. E ela não se defendeu da acusação, apenas sorriu. Quando pensávamos que a aula tomaria

---

<sup>139</sup> Conversando com cuidadores familiares cujos parentes idosos eram atendidos pelo serviço de apoio domiciliário, soube de Mariana que sua irmã, à princípio, não encarou com muita satisfação as visitas da equipe de cuidadoras, “porque ela é muito ciosa de suas coisas, de sua casa, e viu, de repente, a casa, digamos, invadida por pessoas estranhas, que ela não as conhecia. Mas depois com certeza eu fiz-lhe ver que tinha que ser, que não podia sozinha, e tinha mesmo que ser. Ela habituou-se e acho que ela agora convive bem com as meninas. Faz parte da rotina dela”. Já Laerte, que cuida da mãe em sua casa, confessou que se sente incomodado com as visitas diárias, mas entende que são necessárias. Também disse que à princípio incomodava mais, “hoje estamos acostumados”. Às vezes entram novas funcionárias e é preciso se adaptar a elas também. Disse que são muito pontuais e eficientes. Não teve qualquer desentendimento grave com a equipe, pois elas têm a chave e, quando precisam que vão a casa mais cedo, porque ele e a esposa estão fora, elas são muito flexíveis. Quanto à mãe, ainda muito lúcida, manifesta com clareza suas opiniões e vez ou outra queixa-se das funcionárias do Centro, “que uma é mais antipática, que a outra é bruta, que gosta mais de não sei quem. Coisas da idade”. Suas queixas recaem sobretudo sobre aquelas cuidadoras que não conversam com ela, disse-me Laerte.

<sup>140</sup> Seus comentários sobre a jovem cuidadora eram repletos de reprovações, a começar pelo modo como se vestia, expondo o corpo aos olhos do avô. Claramente julgava muito mal o fato da neta aceitar uma remuneração do avô para realizar tarefas que ela devia ter a obrigação de realizar, por ser parente dele. Olívia mal conseguia disfarçar o ciúme que sentia da moça: “com aquela bunda de tanajura ela coloca uns shorts curtos com a calcinha toda dentro da bunda”. Além disso, contou, a neta se deita no sofá da casa toda “arreganhada”, sensualizando. E as alunas: “Deus é mais! Isso tá errado!” Mas outra colega diz: “Que é que tem, gente? É neta dele. O importante é o velhinho ficar feliz”. Por pelo menos três vezes, uma das alunas falou sobre o risco do idoso ser estuprado pela neta e a cuidadora enciumada pareceu bastante satisfeita com o efeito causado por sua narrativa, incrementando que a neta coloca o colchão no chão do quarto do avô, vestida de modo provocante, para assistir aos filmes pornográficos com ele.

outro rumo, Olívia lançou mais uma de suas queixas (parecia falar para si mesma): “lá é assim: ele não dá valor a eu cuidar dele, ele dá valor a quem maltrata ele”. E a professora contra argumentou: “De onde foi que você tirou isso?” Aparentemente, ela julgava cuidar do idoso melhor que a neta, mas ele só valorizava a parenta. Como a observação é participante, eu meti o bedelho: “mas a neta é a neta. Pra ele é diferente”. A cuidadora concluiu:

Tá, mas escute: como o tio dela mesmo disse, ela tá lá pra trabalhar. Assinou a carteira dela pra ela cuidar do avô. E ela diz na cara dele: ‘eu não lhe considero como meu avô. Eu sou sua empregada. Eu tô aqui pra trabalhar’. Aí de repente ela avança pra cima de minha mãe pra brigar, por causa de uma cadeira, uma coisa que não tem nada a ver. Porque minha mãe é empregada da casa e quem tá lá pra cuidar dele sou eu e ela [a neta]. Eu já disse a ele: ‘minha mãe não tem nada a ver com o que a gente faz com o senhor. Minha mãe está aqui pra cuidar da casa, fazer comida, limpar tudo. Não tem nada a ver a neta do senhor chamar minha mãe pra vir trocar fralda’. Isso ela não gosta. Diz que está lá como empregada, mas fica fazendo exigências, mandando em minha mãe. Se ela está como empregada, não tem que ficar se comportando como neta dele (Olívia, cuidadora contratada, Salvador).

Eu continuei com a conversa, “provocando” a cuidadora contratada: “mas ele não sente assim. Ele sabe que é neta dele. Mesmo que ela diga isso pra ele, ele sempre vai considerar ela neta. Uma neta que ele dá dinheiro, uma neta que ele paga, mas é diferente de uma pessoa que vem de fora”. Ao argumentar sobre a questão do “de fora”, minha colega de curso ficou visivelmente desconfortável, especialmente pela falta de apoio nas suas queixas. Ela continuou se justificando: “é muito complicado, é difícil pra vocês entenderem e imaginarem o que acontece lá. O vínculo familiar dele é... num momento ele tem uma atitude com os parentes, no outro, ele muda...”

Quando percebi que ela tomou fôlego, aproveitei para lançar a discussão sobre o tema mais diretamente. Comentei que, em algumas situações, tinha a impressão de que o cuidador acabava rivalizando com a família do idoso: “eu cuido melhor dele, eu me importo mais com ele...”. Nesse momento, a professora demonstrou concordar comigo. Então, eu continuei: “Os parentes também acham muitas vezes que o cuidador contratado é uma ameaça... Essa pessoa que veio de fora gosta mais de meu avô, cuida melhor do meu avô. E isso deve gerar muito conflito e o idoso deve perceber isso também e fica numa situação difícil”. A reflexão que propus gerou um grande debate na sala e todas pareciam ter opinião sobre o assunto e vontade de falar a respeito.

## **CAPÍTULO 4 – Cuidadores e idosos: o cotidiano das relações**

Neste capítulo procuro expor com mais detalhe a dimensão relacional do cuidado, destacando a importância dos afetos, no sentido do “corpo efetuado”, transformado no cotidiano das relações entre cuidadores e idosos (LATOUR, 2007; TAVARES e BASSI, 2015). Para tanto, abordo questões mencionadas pelos interlocutores da pesquisa a respeito do envolvimento emocional que a atividade de cuidar de uma pessoa idosa, em algumas circunstâncias, acaba por propiciar, bem como o sentimento de empatia que algumas cuidadoras experimentam. Também trato de questões relacionadas à intimidade e sexualidade, envolvidas nas práticas de cuidado, e problemas derivados de maus tratos e violência doméstica, ou quando a convivência entre idosos e seus cuidadores não é pacífica.

Em seguida, apresento algumas comparações, feitas pelos interlocutores da pesquisa, que indicam suas perspectivas sobre as dificuldades de cuidar de homens e mulheres idosos e comparações entre demandas e conflitos relacionados ao cuidado de idosos e crianças. Por fim, exponho as expectativas dos cuidadores, familiares e contratadas, e profissionais de saúde sobre a própria velhice e seus possíveis cuidadores no futuro.

### **4.1. Os afetos**

A importância de compreender as relações de cuidado como processos que transformam subjetividades e corpos, fazendo desse profissional (sua “competência”) um “sujeito em relação”, emergiu nos relatos dos interlocutores da pesquisa com grande intensidade. Seja em Portugal ou no Brasil, quase todos os cuidadores, familiares ou contratados, com quem conversei fizeram menção ao envolvimento emocional, à criação de laços afetivos entre eles e os idosos, como elemento determinante para a boa convivência e satisfação de todos os envolvidos nas dinâmicas do cuidado. No caso das profissionais contratadas, o sentimento de empatia pelos mais velhos foi expressado com frequência como algo importante para ser uma boa cuidadora. Neste item, pretendo expor algumas questões mencionadas por meus interlocutores relacionadas não só à dimensão afetiva, mas também sobre a intimidade e sexualidade dos idosos. Além dessas problemáticas consideradas “delicadas”, também exponho

algumas considerações dos cuidadores sobre o problema dos maus tratos e violência doméstica, da qual os idosos podem ser vítimas ou agressores.

Vale ressaltar que a questão da afecção é diferente quando se trata de cuidadores familiares e de contratados. É preciso explicitar essa diferença, porque no caso dos cuidadores familiares, eles não são profissionais mesmo, então tudo se mistura. Isso é mais fácil de entender, diríamos que é até compreensível. Mas no caso dos contratados, também não é possível separar as competências profissionais, ou seja, temos fronteiras “borradas”. Faço este destaque porque falar de “cuidadores de idosos” é falar de uma “profissão” em que se entremeiam agenciamentos de cuidado profissional (o profissional, claro, também envolve sentimentos e emoções), familiar e de amizade, com suas diferentes competências e afecções.

#### **4.1.1. Afetividade e empatia**

Exponho a seguir algumas falas e relatos de interlocutores da pesquisa através das quais pude identificar a relevância da dimensão afetiva nas relações de cuidado que se estabelecem em torno dos idosos. Conversando com cuidadores, contratados e familiares, observei que, em algumas situações, o relacionamento entre eles e os idosos era permeado por sentimentos que os levavam a sentirem-se vinculados aos idosos “como família”, ou sentirem empatia por suas carências e dependências. Em contrapartida, também encontrei um caso onde a aversão sentida pelo cuidador em relação a idosa que cuidava era nítida, o que indica que hostilidades também podem estar presentes na convivência entre cuidador e idoso. Outro aspecto que merece aqui destaque é o impacto das mortes dos idosos na vida das cuidadoras contratadas e como muitas carregam consigo grandes saudades de pessoas que viveram longos períodos sob seus cuidados.

Em Caminha, conversei com duas diretoras de IPSS que destacaram a relevância dos vínculos afetivos entre idosos atendidos e cuidadoras, tanto aquelas que trabalhavam com os idosos institucionalizados quanto as que atuavam no apoio domiciliário. Magda, ex-diretora de um Centro de Dia, comentou que “é impossível não criar laços afetivos entre funcionárias e utentes” porque são pessoas que trabalham como cuidadoras há muito tempo, gostam do que fazem e sentem-se satisfeitas por cuidar de alguém que precisa: “do ponto de vista do que é um ganho para quem cuida, às vezes há mais vantagens do que para quem é cuidado”. Quando conversei com Bianca, diretora de um Lar, ela declarou que, embora no processo de capacitação profissional a orientação “oficial” é a de que os problemas pessoais dos cuidadores devem ficar “fora do portão” e os problemas vivenciados no Lar não devem ser levados para casa, segundo ela, “não é possível agir assim”. Para Bianca, o envolvimento emocional entre as funcionárias

e os idosos atendidos por elas é resultado de longo tempo de convívio cotidiano. Contou-me, entre sorrisos, o caso de uma senhora que, quando ia passar dias na casa dos filhos, perguntava onde estavam suas primas, se referindo à equipe de funcionárias do Lar, como enfatizou Bianca, “porque era conosco que ela andava, com quem ela vivia. E se nós pensarmos bem, estamos mais horas com eles que com nossas próprias famílias. Quando vais pra casa é pra comer, dali a pouco já está a dormir, acorda no outro dia que já engata... em outro dia de trabalho”.

Seu relato me fez recordar de uma das visitas que fiz a um Centro de Dia, quando conversei com uma idosa que me disse que, para ela, as cuidadoras e os idosos que frequentavam a instituição eram “como uma outra família”. Essa ideia de “outra família” também me remeteu ao relato de uma cuidadora do apoio domiciliário, Bernadete, quando me contou que mesmo em ocasiões de luto por seus familiares, ia trabalhar porque o ambiente do trabalho lhe “fazia falta”. Disse que nessas ocasiões chorava muito em casa e evitava transbordar suas emoções no dia a dia do apoio domiciliário e que os idosos a distraíam de seus problemas, muitas vezes a ajudando a superar o sofrimento: “acho que foram a minha medicação”. Bernadete também me falou que no cotidiano do serviço domiciliário há uma troca de afeto muito grande e ela procura sempre conversar e elogiar os idosos. Ela me explicou que eles retribuem de forma tão carinhosa “que me sinto milionária quando saio de suas casas”.

Vale ressaltar que pequenos gestos de afeto foram mencionados como significativos para o estreitamento dos vínculos entre cuidadoras (mesmo entre as cuidadoras contratadas) e os idosos que cuidavam. A ACS que atuava em Itaparica, por exemplo, afirmou que “velho quer é carinho, como todo mundo” e por isso o cuidador não pode dar importância a “pirraça”: “Tem que saber levar e dar muito amor. Eles gostam de contato físico, cafuné. Ouvir as conversas deles, ler pra eles, colocar música pra eles”. Interessante observar que essas atitudes foram listadas como práticas de cuidado, do mesmo modo que Zuleide, cuidadora contratada em Caminha, mencionou os bolinhos de bacalhau e rissóis que levava, quase todas as noites, para a idosa que cuidava (trabalhava como “acompanhante”, às noites): “ela já não dormia sem aquilo”, me falou sorrindo, com visível satisfação. Quando acontecia de não levar os salgados, a idosa entristecia e se trancava no quarto e ela, Zuleide, se sentia culpada.

Conheci cuidadoras familiares de Caminha que voltaram às suas lembranças do passado em comum com as idosas que cuidavam, para me explicar o quanto se sentiam em dívida e emocionalmente envolvidas com elas. Mariana, que cuidava da irmã, Marta, (e já tinha institucionalizado em Lares de idosos duas outras irmãs), falou que sempre teve com todas boas relações. Mariana contou que Marta e uma de suas outras irmãs moravam juntas no apartamento vizinho e faziam uma série de pequenos serviços domésticos em sua casa, enquanto ela estava

na rua, trabalhando: “E de repente as coisas se inverteram”. Na ocasião em que conversamos, contou que estava sendo “muito doloroso assistir as irmãs decaírem, pois eram pessoas ativas, independentes”. Outra cuidadora familiar também de Caminha, Laura, cuidava, junto com o esposo, da sua sogra, e me falou que sempre teve uma boa relação com a idosa. Ela disse que, no passado, sempre contou com a sogra e, com a ajuda dela, não precisava faltar ao trabalho, pois ela cuidava das netas enquanto Laura estava no serviço. Por tudo que viveram juntas, ela me disse que sentia-se como “uma filha da sogra”.

Além dos vínculos afetivos (muitas vezes, somado a eles), o sentimento de empatia entre cuidadores e os idosos que cuidam emergiu nos relatos de algumas das minhas interlocutoras. Em Caminha, Helena, aconselhou a quem pretende trabalhar como cuidador de idosos “tratar bem essas pessoas, como você gostaria de ser tratada”. A ideia de colocar-se no lugar do outro, de imaginar seu sofrimento, suas angústias e pensar em soluções que ajudem a promover algum bem-estar pareceu-me uma habilidade de suma importância para executar a tarefa de cuidar com eficiência, ao mesmo tempo em que significava uma sobrecarga emocional ligada a expressões como “envolvimento” e “responsabilidade”. Tatiana, cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, ao tentar me explicar como o cuidar de idosos afetava sua vida, afirmou que o impacto era mais “físico e psicológico”. Ela me disse que considerava o desgaste físico como algo “normal”, pois se trabalhasse em outra ocupação também sentiria dores nas costas e nas pernas, mas o principal impacto era o desgaste psicológico, pois dependendo do que acontece no dia de trabalho, a cuidadora pode se sentir muito mal. Tatiana falou que gostaria de não se envolver tanto (como outras funcionárias eram capazes), mas não conseguia e tudo que lhe acontecia no dia a dia com os idosos e no Centro a afetavam profundamente:

Há imagens que não consegues esquecer. Eu meti-me demais nisso. Tomei muitas responsabilidades nesse trabalho e agora não volto atrás, não vou desistir, nem posso deixar pra trás, porque são pessoas. Mas se quiseres entrar e sair do teu serviço e esquecer tudo é perfeitamente possível. Não é o meu caso, mas vejo outras trabalhadoras que não se envolvem muito (Tatiana, cuidadora apoio domiciliário, Caminha).

Expressando-se de modo parecido com a cuidadora familiar, Helena, e indo um pouquinho além, Tatiana aconselhou a quem pretende trabalhar como cuidador de idoso: “temos que fazer como se fosse para nós próprios e eu nem digo para nós próprios, mas para a pessoa que mais amamos. Porque às vezes, conosco, ficamos em segundo plano, não é? A gente aguenta... mas para quem mais gostamos nos dedicamos mais”. Para ela, a ligação afetiva muito intensa que às vezes a cuidadora desenvolve com o idoso não é muito boa. É preciso ter equilíbrio, senão

não consegue ajudar as pessoas da maneira correta: “não podes entregar-se completamente, é preciso ter um bocadinho de reserva também e isso aprendes com o tempo”. Outra cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, Cristina, falou sobre essas dificuldades:

O mais difícil é isso mesmo, é lidar com eles e com todas essas doenças, é imaginar como vai ser conosco, e tentar apoiá-los porque um dia também vamos querer isso pra nós. São essas dificuldades, pronto. Ver a solidão deles, tentar ter sempre uma palavra de carinho... às vezes, temos tanto trabalho que, se calhar, acabamos por ser um bocadinho mais duros. Queria poder dar um bocadinho mais de atenção (Cristina, cuidadora apoio domiciliário, Caminha)

Quando conversei com Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, também perguntei que conselho daria a alguém que pretende trabalhar como cuidador de idoso e ela falou sobre a necessidade de ter disposição, não ser egoísta e sentir empatia pelos idosos e suas limitações: “Ter em mente que um dia você pode ser a pessoa que precisa de cuidados e carinhos, por isso é importante dar o seu melhor, imaginando que é você a pessoa que depende de cuidados”. Bernadete citou coisas simples do dia a dia, como servir-se de um copo com água, que se tornam impossíveis devido a certas enfermidades e ressaltou que o cuidador deve ter sempre em mente o quanto é importante dar atenção às necessidades dessas pessoas, nos mínimos detalhes.

Uma das alunas do curso, Olívia, já trabalhava como cuidadora de um idoso quando iniciou o curso. Quando a entrevistei, ela disse que a experiência no curso havia afetado sua relação com o idoso de um modo muito positivo, especialmente em relação ao carinho e a atenção que ela aprendeu a ter com ele. Olívia contou que, no princípio, eles não se davam muito bem e brigavam muito, mas, depois do curso, a relação melhorou bastante, tornando-se mais descontraída e íntima: “agora é mais amizade, aquele carinho que eu criei por ele”. Se no princípio foi muito difícil lidar com “um senhor em cima da cama, ter que limpar urina, fezes, tudo isso”, a experiência do curso ajudou muito na comunicação entre eles, permitindo que ela entendesse melhor a situação dele e como construir uma rotina de cuidados mais eficiente. Ela explicou que tinha uma relação pouco amistosa com os parentes do idoso, e que não se sentia apoiada por eles. Comentou que muitas vezes o idoso saía em sua defesa quando a família dele a criticava: “se dependesse da família, eu não estava mais lá. Mas ele é muito apegado a mim. Tem dia que ele diz que só come, só toma banho, se for comigo. Então eu acho que ainda tô lá porque a família tem medo que ele piore se eu for embora”. Embora considerasse o valor que recebia pelo trabalho de cuidadora muito injusto, ela declarou que se sentia satisfeita com o emprego, principalmente por causa da relação que mantinha com o idoso: “eu gosto muito dele.

Apesar dele ser muito ousado, eu me sinto feliz de ajudar ele. Eu gosto muito de estar lá, sinto muito carinho por ele”. Quando a questioneei sobre sua satisfação com o trabalho, apesar da baixa remuneração, Olívia explicou:

Eu acho que é o vínculo que a gente cria com o idoso. Uma coisa que não tinha, mas que cresce com o convívio. Eu tinha uma outra ideia sobre gente velha. Depois que comecei a cuidar dele, isso mudou muito. Agora eu vejo o idoso de um jeito diferente. Quando você passa a cuidar de um idoso, você enxerga outras coisas, você sente que seu trabalho é importante, que você tá fazendo uma coisa boa de verdade por outra pessoa que precisa de você. Com ele eu aprendi isso, a estender minha mão a quem precisa. Agora eu sinto mais saudade de minha avó, que já está bem velhinha e mora distante. Eu nunca me importei muito com ela, mas agora, vivendo todo dia com um idoso, eu lembro muito dela. Eu hoje digo a ele que mesmo se ele não tivesse dinheiro pra me pagar, dele eu cuidaria, porque ele já fez muito por mim e faz até hoje. E também faz pela minha mãe, pela minha irmã. Eu chamo ele de ‘meu velhinho’. Mesmo no dia de folga, eu ligo pra saber como ele está. E a mesma coisa é ele comigo, ele também liga pra saber como eu estou. É muito bom. Apesar de sentir que meu trabalho não é valorizado pela família, sei que posso contar com ele para o que precisar. Eu sinto que ele me ampara, sabe? Então eu tenho muita satisfação de ser cuidadora dele (Olívia, cuidadora contratada, Salvador)

Não obstante seja mais frequente os relatos mencionando o envolvimento afetivo e o sentimento de empatia como elementos resultantes da convivência entre idosos e seus cuidadores, também encontrei situações onde era perceptível a fragilidade do vínculo afetivo entre eles ou da empatia por parte do cuidador. Em Caminha, no caso de Fernando, que cuidava da esposa muito contrariado (ela não aceitava ser institucionalizada em um Lar), o cuidador familiar demonstrava não sentir empatia pela idosa e se queixou abertamente de ter que suportar o convívio com ela. Considerava pior ter que viver com a esposa que fazer as atividades domésticas, consideradas próprias de mulheres e que antes ela desempenhava. Ele disse que não se importava de fazer aquilo que cabia à mulher, “eu levo aquilo a brincar. Não me custa nada fazer essas coisas. Ainda saio, dou meu passeio e ela fica aí, porque ela é um bocado chata e eu vou embora, para não ter que aturá-la”<sup>141</sup>.

Nas aulas do curso de cuidador, a professora Eliana falou sobre a importância da construção de vínculos afetivos com os idosos, comentando sobre os pacientes mais resistentes

<sup>141</sup> Presenciei uma situação desconfortável entre Fernando e sua esposa no dia em que os visitei para gravar minha entrevista com ele. Fernando foi muito ríspido quando ela se intrometeu em nossa conversa e o corrigiu sobre o lugar onde ele afirmou ter nascido. Ele ficou furioso e disse que ia embora e, se eu quisesse, que o acompanhasse. Senão, que ficasse lá com “aquela mulher insuportável”. A idosa estava visivelmente constrangida e eu tive que me despedir dela às pressas, porque naquele momento eu precisava conversar com o bruto do seu marido. Quando saí da casa, encontrei Fernando em seu automóvel, com as portas abertas. Ele havia combinado com um camarada de fazer um desses passeios que mencionou – e que mais se parecia com uma fuga costumeira, a qual recorria quando o convívio com a esposa se tornava insuportável para ele.

a construção desse vínculo com o cuidador, aqueles que não aceitam o toque, não mantem contato visual e que não aceitam que precisam de cuidados. Apesar das dificuldades, ela disse ser possível quebrar algumas barreiras: “Basta ter paciência, não ser abusivo ou intrusivo”. A professora explicou que não se deveria forçar a interação e vendo que se trata de um paciente com esses problemas, “o cuidado é redobrado”, pois pouco a pouco é possível conquistá-lo e envolvê-lo.

Em relação ao sentimento de saudade de pessoas que cuidavam, as cuidadoras do apoio domiciliário em Caminha relataram diversas situações onde a morte de idosos que cuidavam as abalaram profundamente. Uma dessas cuidadoras, Raquel, me disse que em todos os casos de falecimento de idosos que cuidava, ao longo dos seus muitos anos de trabalho no Lar, sentiu-se muito mal. Em algumas situações, teve dificuldade de voltar ao quarto onde o idoso vivia logo após sua partida e que sentia muita saudade de algumas pessoas que cuidou. Ficou muito emocionada enquanto me dizia que “alguns deixam saudades”. Ela indicou essa como a situação mais difícil relacionada ao seu trabalho: “já tivemos situações de chegar à casa da pessoa e encontrar lá a agência funerária... e isso custa, já nem consigo entrar... pessoas que vemos todos os dias, que cuidamos... é muito difícil pra mim essas situações”. Diana, sua parceira na equipe de apoio domiciliário, me disse que em alguns casos de falecimento dos idosos se sentiu “aliviada”, por saber que o sofrimento deles tinha acabado, mas em outros se sentiu penalizada, por achar que era cedo demais. Também me disse que sentia saudades de algumas dessas pessoas que cuidou e que faleceram.

Cristina, cuidadora do apoio domiciliário de outra instituição, na ocasião em que conversamos me contou, com a voz embargada, que há duas semanas um dos utentes atendidos pelo apoio domiciliário do Centro havia sido encontrado morto dentro de casa. Ele recebia apenas as refeições, nenhum outro serviço do Centro. A equipe de apoio domiciliário chegou a casa, chamou por ele, mas ninguém atendeu. Um vizinho foi conversar com as cuidadoras e disse que percebeu que à noite ele não parecia muito bem, além do rádio ter ficado ligado a noite inteira. Ele também tocou a campainha e o idoso não atendeu. Chamaram a GNR para arrombar a porta e o encontraram morto:

[...] e há muitas situações dessas. À noite eu não conseguia dormir, já estava a sentir saudades, a pensar naquilo e no dia seguinte era Dia de Finados, eu fui à missa e o padre falava certas coisas... e vinham lágrimas aos olhos. Nós que trabalhamos com eles sentimos muito, tanto em caso de morte, quanto em casos de doença (Cristina, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha)

Cristina explicou que o envolvimento emocional não acontecia com todos os idosos que cuidava: “há aqueles que nos são indiferentes, estamos a fazer nosso trabalho, mas outros não, acaba por ganharmos muito carinho”. Era esse o caso da idosa que Cristina chamava carinhosamente de “Tia Maria”. Essa idosa vivia acamada, pois só tinha uma perna, e era uma dessas pessoas muito queridas, com quem Cristina disse que aprendeu muitas coisas. Ela sabia muitos provérbios, era muito brincalhona e faleceu um dia depois de Cristina tirar licença maternidade. Ela disse que sentiu muito não ter tido chance de se despedir dela. Cristina me falou que desabafa muito com seu marido sobre o trabalho e fala muito sobre os idosos que cuida em sua casa, “e meus filhos também já perguntam sobre eles”. Ela afirmou que essas pessoas fazem parte de sua vida.

Bernadete, também cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, falou emocionada sobre uma senhora que morreu em seus braços, a quem ela disse: “não quero que durmas para sempre, minha querida” e a idosa respondeu, antes de dar o último suspiro: “tenho que ir, meu anjo da guarda”. Bernadete disse que foi muito dolorido presenciar essa partida. Também contou que cuidou de um casal de idosos e assistiu à partida de ambos. Durante nossa conversa ela chorou muito ao falar do quanto sentia saudades dessas pessoas que morreram e das quais ela cuidou. Quando esse casal faleceu, Bernadete disse que sofreu muito e sentia saudade deles até hoje. Contou que, por vezes, pega as coisas que levava a casa deles e no caminho da ronda do apoio domiciliário recorda que já não estão mais vivos e acaba chorando. A cuidadora afirmou que se cobra muito e sente que às vezes podia ter feito algo a mais para aliviar o sofrimento dos idosos que cuida e isso a angustia e entristece: “eu digo, ‘lá vou com um macaco pendurado no pescoço, hoje não prestei pra nada’, não volto preenchida”.

Em Itaparica, a enfermeira da UBS me contou que desde que começou a trabalhar no posto, faleceram três idosos. Perguntei como se sentiu nessas situações e ela falou sobre um dos mortos, um senhor de 94 anos que era atendido em casa desde que levou um tombo. Alice soube de sua morte no caminho para o trabalho e ficou “meio abalada”. Uma senhora que faleceu “já era esperado, porque estava acamada”. E o terceiro morreu de queda. A enfermeira disse que sentia saudade desse senhor, porque ele frequentava a unidade e era muito brincalhão. A ACS, Antônia, falou sobre a morte do seu avô e sobre como ficou deprimida e foi diagnosticada com diabete emocional. Ela disse que comia doce o tempo inteiro, deitava na cama do avô e ficava olhando para a tv desligada. Antônia contou que gostava muito do avô, lia a Bíblia para ele, colocava os CDs evangélicos pra ele ouvir. O avô tinha medo de trovoada e sempre procurava ela na cama para abraça-lo. Ela afirmou sentir muitas saudades dele e me disse acreditar que,

se ele ainda estivesse vivo, muita coisa na vida dela seria diferente, porque ela gostava muito dele, o avô a estimulava a estudar e sempre apoiou muito ela.

#### **4.1.2. Intimidade e sexualidade**

O convívio diário e as práticas cotidianas de cuidado também estão relacionadas a situações onde a intimidade e a sexualidade dos idosos ganham destaque. Apresento a seguir algumas perspectivas de meus interlocutores sobre como eles encaram questões relacionadas a estes temas e as principais dificuldades encontradas para cuidar dos idosos quando a intimidade e a sexualidade dos mais velhos vem à tona.

Em Itaparica, conversando com Everaldo, cuidador familiar, ele me falou das dificuldades que encontrou para cuidar do pai quando ele foi internado no hospital: o idoso se recusava a comer, queria levantar da cama e tomar banho sozinho, por vergonha dos filhos. Essa “vergonha” era encarada por ele como algo natural e até mútuo. Achava ainda mais complicado tratar da mãe e quem a levava ao ginecologista e lidava com “esses temas” (envolvendo a intimidade do corpo da mãe) era a irmã, Elvira. A ACS Antônia, de Itaparica, contou um caso dramático envolvendo seu avô e a vergonha que ele sentia em compartilhar problemas relacionados a sua intimidade. Ela me disse que sempre foi muito cuidadosa e por estar sempre atenta ao avô, descobriu que ele estava com algum problema de saúde sério quando começou a observar pingos de sangue no chão da casa. O avô gostava muito de se banhar com ervas e acreditava que elas podiam lhe curar. Depois de muito investigar, Antônia descobriu que o avô havia se machucado com o zíper da calça e não contou a ninguém. O machucado no pênis inflamou por falta de cuidados básicos. Foi ela quem percebeu e falou com a tia que era preciso levar o idoso ao médico. Mas a tia não insistia nisso, porque ele se recusava: “quando foi pro médico, teve que cortar tudo. Aí ele caiu em depressão e surgiram mais problemas. Ele morreu de hipoglicemia, o açúcar dele baixou todo”.

No curso de cuidador, em Salvador, questões relacionadas à intimidade dos idosos eram recorrentes. Diversos comentários com teor semelhante indicavam que ser capaz de lidar com o nojo -- sem maus tratos ou demonstrações de repulsa ao lidar com situações escatológicas -- parecia se constituir uma competência do cuidador, uma habilidade que merecia ser reconhecida. Olívia falou que cuidava de “seu idoso” integralmente. Explicou que ele tinha problemas graves para evacuar e ela lidava diariamente com excrementos e secreções. Contou que no princípio tinha muito nojo mesmo, mas à medida que se apegou ao idoso, passou a não se importar e não sentia mais nojo algum. Quando ela falou sobre isso, fiquei com a impressão

de que a construção de vínculos afetivos podia promover, ao longo da convivência, uma ressignificação de práticas de cuidado. Essa impressão ficou ainda mais vívida quando a professora comentou, em uma das aulas, que o momento do banho era uma oportunidade do cuidador conferir a integridade do couro cabeludo, sinais de escara, edemas ou qualquer machucado no idoso. Eliana, ao explicar o procedimento, enfatizou ser indispensável fazer tudo com carinho e zelo. “Quem não gosta de um cafuné?”, ela sintetizou, acrescentando que o contato físico pode ser estimulante para o idoso e para o cuidador também, pois o nível de intimidade que a atividade exige é também a oportunidade de quem cuida expressar respeito e carinho pelo idoso. Por outro lado, Eliana adverte que, se mal executada, a tarefa pode ter efeitos desastrosos e se tornar um martírio para ambos. Quando uma aluna perguntou se era apropriado usar luvas, Eliana respondeu: “fica a seu critério. Porque tem gente que não gosta de contato. Eu gosto de contato, então quando não precisa, eu não uso. Também acho que quando pode dispensar a luva, é bom perguntar ao idoso o que ele prefere, porque ele pode não gostar de contato”. Sobre o banho, a professora ressaltou, ainda, a importância do cuidador informar sobre tudo o que pretende fazer:

Procure conversar, antecipar o que fará no corpo do idoso, porque afinal ele está sendo invadido em sua privacidade, sua intimidade... Também é bom conversar abobrinha, bobagens, pra distrair ele. Faça desse momento algo prazeroso e relaxante para vocês, idosos e cuidadores (Eliana, professora do curso, Salvador)

Tive a sensação de que o auxílio prestado pelo cuidador durante o banho, seja qual for o nível de dependência do idoso, era um momento crucial para estreitar ou esgarçar laços. Ao mencionar a última região a ser higienizada, as partes íntimas, a professora esclarece:

A polêmica das genitálias é a seguinte: antes de qualquer coisa a gente deve perguntar ao paciente o que ele prefere. Muitos preferem se limpar sozinhos. Então procure saber. Se o idoso quiser preservar sua autonomia, entregue a bucha ou toalha para que ele faça sozinho e ajude no que puder (Eliana, professora do curso, Salvador).

As orientações dadas pela professora do curso me remeteram aos comentários feitos por uma ex-diretora de Centro, em Caminha, Magda. Ela também falou sobre a relação com o corpo dos idosos, como muitas vezes os cuidadores familiares nunca tiveram acesso a esse corpo e precisavam agora cuidar. Ela me disse que “relações de pudor” dentro da família muitas vezes tornam mais fácil um cuidador externo realizar tarefas relacionadas ao corpo dos idosos. Magda

usou como exemplo a relação dela com o pai, que ela cuidava, e comentou como era difícil lidar com essa questão de tratar do corpo do pai em situações de intimidade:

Veja que quando estou a trabalhar, ajudo as outras cuidadoras a realizar essas atividades de higiene pessoal e na minha relação familiar acaba por não ser tão fácil. Os laços familiares deixam tudo mais complicado nesse sentido. Acaba por ser um dilema e depende muito de como as famílias se organizam para cuidar, porque às vezes há algum parente que tem uma relação de maior proximidade, mas não consegue fazer certas atividades, ou a relação ser de tamanha proximidade que implica fazê-lo. Vai depender da história de vida das famílias, dos padrões de comunicação, das barreiras que são os limites e fronteiras e da forma como se partilha a intimidade nas várias fases do ciclo de vida (Magda, ex-diretora de Centro, Caminha)

Foi interessante observar que, aparentemente, uma tênue linha separava questões relacionadas à intimidade e à sexualidade dos idosos nas perspectivas das interlocutoras. Zuleide, cuidadora contratada de Caminha, contou que há mais de 20 anos cuidou de um casal de vizinhos, proprietários de um café, e acabou saindo desse serviço porque não queria dar banho no homem. Nas primeiras tentativas, usava luva e o idoso dizia coisas como “esfregame bem por baixo”. Isso a deixava constrangida e ela falou com os filhos que agradeceriam se eles fossem dar banho no pai. Mas eles não quiseram e ela decidiu largar esse trabalho. A idosa, esposa do idoso “assanhado”, mostrou-se triste com sua partida. No curso de cuidador, as alunas falavam de situações parecidas e, em Salvador, chamavam esses comportamentos mais audazes dos homens idosos de “gaiatice”. Esse assunto foi abordado logo no primeiro encontro, pois muitas alunas queriam saber como proceder nos casos onde o idoso tratava a cuidadora com uma conotação sexual. A professora respondeu que havia situações em que medicamentos alteram a libido dos idosos (o que podia explicar alguns comportamentos) e que ereções durante o banho eram muito comuns e deviam ser tratadas com um misto de seriedade e indiferença, já que muitas vezes era algo involuntário.

Ainda sobre as discussões envolvendo a sexualidade dos idosos durante o curso de cuidador, destaco uma tarefa de pesquisa sobre “HIV em idosos”. Muitas alunas não contiveram a surpresa diante do tema e demonstraram um certo estranhamento que, suponho, resultava da premissa de que velhos não tinham vida sexual ativa e, portanto, não constituíam um “grupo de risco”. Digo isso porque, entre as expressões de surpresa (“como assim, HIV em idoso?”), uma aluna perguntou: “é por causa das transfusões de sangue, né pró?” A pergunta dela pareceu condensar as opiniões da turma sobre a AIDS não ser transmissível exclusivamente através da relação sexual, portanto idosos devem se contaminar de outras formas. A professora explicou que tem se tornado cada vez mais numerosos os casos de idosos soropositivos que foram

contaminados por seus parceiros sexuais devido ao uso de medicamentos voltados para tratar disfunção erétil. Quando as alunas entenderam que os homens idosos estavam “na ativa” graças ao Viagra, e que isso estava aumentando a incidência de casos de HIV entre eles (e suas esposas), o espanto (e horror) pareceu geral.

Olívia, cuidadora contratada e aluna do curso, narrou episódios onde o idoso que ela cuidava, de 63 anos, era retratado como alguém cuja sexualidade era exacerbada “para a idade”. Ela nos contou uma vez que ele tinha hábito de assistir a filmes pornô: “a neta acorda 4h da manhã e coloca filme pornô pra assistir com ele”. Pulularam interjeições de espanto e os comentários maliciosos entre as alunas. Umas delas, entretanto, perguntou: “o que é que tem ele assistir esses filmes?”, mas a maioria demonstrou reprovação: “e a família deixa?” ou “e se essa menina psicopata querer estuprar o velho?”. Olívia, que claramente condenava aquele hábito, nos contou:

A primeira vez que ele me pediu pra botar esses filmes, eu disse: ‘eu não boto. Se você quiser que outra pessoa bote pra você assistir, tudo bem, mas eu não boto’. E ele: ‘Ah, você agora é crente e não pode fazer isso, não pode fazer aquilo’. Eu disse: ‘Graças a Deus! Quando eu não era crente, eu já não gostava dessas porcarias, imagine agora! Vê se eu vou botar pro senhor ficar assistindo e ficar aí na cama, doido?’ Aí nunca mais ele me pediu. Mas a neta coloca e ainda assiste com ele (Olívia, cuidadora contratada, Salvador).

Olívia também contou que não era só a neta quem apoiava o idoso: o filho comprou um notebook para ele baixar filmes de “adultos” e ainda pagava tv por assinatura com o canal da Playboy. Uma das alunas comentou: “resumindo, ela não está indo pra lá pra cuidar dele, ela está indo pra se divertir, né?”. Olívia também falou que o idoso que cuidava era “vidrado” em figuras femininas e tinha uma numerosa coleção de filmes pornô e por tudo isso ela procurava se preservar: “eu antes só trabalhava de short, agora só uso vestido”. Ela disse que esse idoso demonstrava interesse sexual tanto nas cuidadoras cotidianas, como nas prestadoras de serviço, como a fisioterapeuta. Ele assediava essas mulheres e quanto maior o contato íntimo – por conta das práticas de cuidado –, maior a ousadia dele, que manifestava ereções com frequência, especialmente na hora do banho. Algumas funcionárias abandonaram o emprego por causa desse comportamento lascivo dele. Por fim a professora completou: “tem jeito não, os homens são assim, né?”

### 4.1.3. Maus tratos e violência doméstica

As relações de cuidado também podem ser marcadas por situações conflituosas a ponto de levarem cuidadores, familiares ou contratados, a cometerem maus tratos e violência contra idosos. Por outro lado, os cuidadores também estão sujeitos a sofrerem abusos por parte dos idosos. É importante ressaltar que a co-residência entre diferentes gerações no mesmo grupo doméstico não é sinal imediato de relações amistosas e equilibradas.

Em Caminha, a ex-diretora de um Centro, Magda, comentou como familiares muitas vezes se encontram, na vida adulta, na “posição” de cuidador de um idoso, quando já somam uma série de responsabilidades próprias dessa etapa da vida. Para ela, isso acabava por gerar uma sobrecarga e um estresse que é negativo para todos: “há nessas circunstâncias a possibilidade de se cair em situações de violência, de maus tratos. Então é importante encontrar um equilíbrio entre aquilo que é importante para o cuidador e aquilo que é importante para quem é cuidado”. Magda comparou a atuação de homens e mulheres cuidadores ao falar do período em que trabalhou no Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (serviço que será mencionado mais adiante). Ela disse ter observado que, em relação aos principais cuidadores, quando se trata de homens, a atitude é “exemplar”: “muitas vezes, a sociedade acaba por ser tão exigente com as mulheres, que são chamadas a tantas tarefas concomitantes, e elas nem sempre tem o perfil de personalidade para essa tarefa e acabam por, nem sempre, ser as melhores cuidadoras”. Magda falou que encontrou muitos casos de homens que eram cuidados pelas esposas ou pelas irmãs e sofriam maus tratos:

Dentro daquilo que era uma relação de poder, onde o homem tinha o poder de estar no mercado de trabalho, de ter dinheiro e até, do ponto de vista da relação, era mais agressivo, quando, por idade ou doença, perde esse poder, quem cuida passa a ter uma relação diferenciada, onde o poder é invertido. Tive muito mais [casos de] mulheres agressoras, física e psicologicamente, em torno de fenômenos de negligência e coisas terríveis, do tipo: deixar de limpar, deixar de trocar a fralda, não levar ao médico, dar comida fria, trancar em casa, levar no carro no banco de trás. Coisas terríveis, às vezes simbólicas, não deixar pegar em dinheiro, não deixar escolher a roupa, privá-los de momentos de convívio social por vergonha... encontrei muito mais situações desse tipo provocadas por mulheres que por homens (Magda, ex-diretora de Centro, Caminha).

Quanto aos homens cuidadores, mesmo os casados, a postura era, como ela disse, “exemplar”. Não encontrou muitos homens “maltratantes”. Mesmo aqueles que tinham um histórico de maus tratos com suas esposas ao longo da vida, quando elas perdiam a saúde, eles deixavam de maltratá-las. Magda disse que em muitos casos, tanto mulheres quanto homens

agressores, o comportamento pode ser explicado pela baixa formação ou pela superproteção. Ela destacou que esse problema não é restrito aos cuidadores informais, mas também aos cuidadores profissionais, que têm uma formação técnica:

Dentro do desgaste que é cuidar, muitas vezes quando as cuidadoras formais estão a tratar de um idoso que tem problemas de comunicação ou um quadro demencial, ao invés de tentar estimular a comunicação ou ficar em silêncio, estão a conversar com a colega que está a prestar cuidados, ignorando completamente o idoso. Isso sem perceber. O corpo técnico precisa se vigiar, ter consciência (Magda, ex-diretora de Centro, Caminha)

O Centro de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica onde Magda trabalhou presta um serviço de acompanhamento das vítimas de violência doméstica de qualquer gênero e grupo etário -- idosos, adultos e crianças. Embora sua sede funcione em uma das IPSS que acompanhei, em Caminha, o atendimento abrange outros 10 concelhos do distrito de Viana do Castelo. Inicialmente era um projeto com prazo de três anos, mas os numerosos casos encontrados justificaram sua permanência e por isso continuava funcionando na ocasião em que realizei o trabalho de campo. A assistente social com quem conversei, Noêmia, começou a participar do projeto em março de 2011. Ela me informou que a procura tinha aumentado significativamente ao longo dos anos e as situações envolvendo idosos eram mais frequentes, principalmente mulheres idosas, em comparação com outros segmentos populacionais. Semanalmente havia uma média de cinco sinalizações e o serviço oferecia apoio psicológico (tanto às vítimas quanto aos agressores), jurídico e social. Faziam intervenções durante crises – quando a vítima busca apoio na GNR ou no hospital – e a equipe era acionada para avaliar as necessidades da vítima: se quer regressar à casa, elaboravam um plano de segurança com medidas de precaução; também podiam direcioná-la à casa de algum outro familiar, caso ela não desejasse retornar à casa. Quando não havia “retaguarda familiar”, direcionavam a vítima para centros de acolhimento de urgência, uma pensão ou uma casa abrigo.

Noêmia explicou que os casos são encaminhados ao Ministério Público, responsável por averiguar as situações de violência doméstica e encaminhar as punições juridicamente. Em relação aos idosos, ocorriam casos em que a família não reconhecia como maus tratos abandonar o idoso com Alzheimer sozinho em casa por muito tempo durante o dia, por exemplo, e os profissionais do Centro de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica procuravam conscientizar esses familiares em relação às situações consideradas de negligência, recomendando que os idosos fossem encaminhados a um Lar. Quando se constatava que a

negligência era intencional, o Ministério Público era acionado para retirar o idoso desse domicílio e encaminhá-lo à instituição apta a fornecer os cuidados que ele necessitava.

Como esclareceu Noêmia, as denúncias de violência doméstica ocorrem tanto por telefone, de forma anônima, como por vizinhos que buscam o serviço e pedem o anonimato. Antes da equipe especializada abordar a família, a Seguridade Social é acionada para uma visita de avaliação para identificar se a denúncia procede. A assistente social informou que são situações complicadas, porque os denunciantes podem interpretar mal aquilo que observam, ou mesmo haver intrigas entre eles e a família denunciada, e antes de ser tomada alguma providência, é necessário confirmar se há fundamento na denúncia de violência doméstica. A equipe especializada só é acionada de fato quando há confirmação desse tipo de situação. O atendimento é mais rápido quando a própria vítima faz a denúncia.

Noêmia também afirmou que vem se constatando a necessidade de ampliar o raio de ação desse serviço por conta do crescente número de casos que estão sendo identificados. Quando o serviço funcionava ainda no formato de projeto, o atendimento era direcionado exclusivamente às vítimas, mas com a implementação por tempo indeterminado, observou-se a necessidade de atender também aos agressores, pois, em grande parte dos casos, as vítimas desejam manter a relação e viver no mesmo domicílio, apenas querem que os agressores modifiquem seus comportamentos violentos. Além disso, a maioria das vítimas não busca uma punição legal para os agressores, pelos laços afetivos que os envolvem, segundo me explicou a assistente social.

Como os casos de maus tratos envolvendo idosos estão se tornando a cada dia mais numerosos, ela acreditava que seria necessário fazer ajustes no formato do atendimento, levando em conta as especificidades desse segmento. A articulação com o Ministério Público precisava ser mais facilitadora, pois muitas vezes os idosos já não tinham condições de fazer escolhas ou tomar atitudes para se proteger das agressões. Conforme me disse Noêmia: “vítimas com Alzheimer, por exemplo, muitas vezes não são capazes de relatar em primeira pessoa os maus tratos que sofrem. Precisamos criar estratégias mais ágeis nesses casos”. Ela também destacou casos onde filhos e netos tem problemas de dependência de drogas e batem nos idosos – grande parte desses agressores dependem economicamente da renda desses familiares idosos. Também há situações de negligência, onde se observa que o idoso recebe uma aposentadoria com valor suficiente para lhe garantir boas condições de vida e que poderia ser cuidado por alguma instituição especializada, mas os familiares preferem ficar com esse rendimento e abandonam o idoso “à própria sorte”. Segundo a assistente social, estes são os casos mais frequentes, mas também são encontradas situações de maus tratos físicos e psicológicos.

Cristina, cuidadora do apoio domiciliário, me falou de uma família onde o pai sofria de alcoolismo e batia na esposa diante dos filhos. Segundo ela, é possível que esses filhos repitam situações de violência quando formarem suas famílias ou quando tiverem que cuidar dos pais idosos: “os filhos vão lembrar-se de tudo isso, dos maus tratos que sofreram e que assistiram”. Ela me disse que há muitos casos como esse em Caminha, e como não sabia minha opinião (afinal estava, de certo modo, dizendo que algumas pessoas são maltratadas na velhice porque maltrataram no passado seus atuais cuidadores), Cristina me perguntou: “não achas? Tudo se reflete na velhice. Colhemos na velhice o que plantamos na vida”. A cuidadora disse que muitos idosos se queixam dos filhos, que são ingratos, que são maus, mas ela tenta sempre ver o outro lado do problema, tenta analisar se, de repente, não é o idoso que provoca as situações de conflitos: “os filhos têm obrigação de tudo. É obrigação. Porque eles têm que fazer... e eu tento explicar que não pode ser assim, os filhos têm que trabalhar, têm os filhos deles pra criar e não podem largar tudo para tomar conta dos pais. É difícil”. Entretanto, quando perguntei diretamente se conhecia casos de idosos que frequentavam ou eram atendidos pelo apoio domiciliário e que sofriam maus tratos em seus domicílios, ela se esquivou dizendo que não sabia de nada do tipo.

Uma cuidadora contratada que conheci em Caminha e que não tinha vínculo empregatício com nenhuma instituição (como era o caso das cuidadoras do apoio domiciliário), Zuleide, estava vivendo uma situação complicada quando nos conhecemos, conforme mencionei em seu perfil, no Capítulo 2. Estava cuidando de uma idosa que ela descobriu sofrer de Alzheimer quando a levou ao médico, depois de uma queda na rua. O filho, que a contratou para o serviço de acompanhante da idosa às noites, não contou a Zuleide que a mãe tinha essa doença. Após a queda, o quadro de saúde da idosa piorou muito. Zuleide explicou que ela era muito geniosa e agora, demente, se machucava de propósito. A cuidadora contratada se preocupava com a reação do filho ao ver as marcas roxas nos braços e pernas da mãe, porque ele podia duvidar que ela estivesse se machucando sozinha.

Em Salvador, em uma das aulas do curso de cuidador, a professora abordou as dificuldades do cuidador contratado em lidar com a negligência da família em relação aos parentes mais velhos e dependentes, o que podia causar revolta e desejo de denúncia às autoridades por parte das cuidadoras. Aproveitei a oportunidade para perguntar a professora como ela achava que a cuidadora devia proceder ao constatar abandono e maus tratos por parte dos familiares do idoso que cuida. Eliana relatou o caso de uma vizinha sua que sofria maus tratos por parte do genro, que também batia na esposa. Antes da idosa sofrer uma queda, ela era muito ativa, alegre e gostava de beber. O genro reprovava seu comportamento e batia nela. Era

uma situação que toda a vizinhança parecia ter conhecimento. A professora foi chamada quando ela já estava vivendo acamada, após a queda, pois estava sofrendo com escaras. Na casa, todos estavam desempregados e a única fonte de renda era a aposentadoria dessa senhora que passou a sofrer de depressão profunda, deixando de se comunicar ou fazer qualquer coisa por conta própria. Eliana explicou que não denunciou essa situação pois o sujeito agressor andava armado e toda a família dela vivia a poucos metros dessa casa. Por medo de represálias ou piorar a situação de mãe e filha, que viviam sob a violência desse homem, ela decidiu não se envolver: “não fiz nada, mas acredito muito em Deus e que cedo ou tarde as pessoas acabam pagando pelo mal que fazem”<sup>142</sup>.

A professora afirmou que é muito complicado se envolver nessas situações pois apesar da boa intenção, pode haver repercussões dramáticas quando alguém resolve denunciar esses casos. Muitas alunas manifestaram opiniões de que deveria ser feita a denúncia, mas a professora demonstrou não ser uma grande entusiasta desse tipo de coisa, especialmente por causa das repercussões na vida da cuidadora, que pode se tornar alvo de violência também e perder o emprego. Ela nos falou sobre a necessidade de profissionais da área de saúde aprenderem a gerenciar conflitos e evitar enfrentamento<sup>143</sup>. Eliana prosseguiu, em sua própria defesa, explicando que o agressor já maltratava a esposa há mais de 20 anos, “e se ela não tomou uma atitude, não sou eu quem vai tomar. Era a mãe dela”. Disse que deu conselhos à filha da idosa sobre largar o marido, sair de casa e coisas do tipo. Também apelou para justiça divina ou karma: “o genro batia nela porque ela saía de casa. Agora a idosa não quer, não pode e a filha é que não pode sair e precisou largar o emprego pra ficar com ela o dia inteiro. A dinâmica da vida vai dando as respostas”.

---

<sup>142</sup> No caso dessa senhora que vivia acamada e alheia a tudo, fechada em seu mundo, Eliana nos contou que ela vivia em uma pequena cidade no interior da Bahia, em uma casa grande e confortável, e a filha a trouxe para Salvador com a desculpa de que levaria a mãe ao hospital para fazer exames. A idosa passou a morar numa casa muito pequena com a filha, o genro e os netos, em um bairro periférico da capital, e acabou se tornando arrimo de família, pois sua aposentadoria passou a ser o único rendimento garantido do grupo doméstico. Logo surgiram problemas com o genro que não admitia que a sogra saísse para beber – e gastar seu dinheiro – e passou a bater nela. Eliana disse que o que podia fazer era conseguir uma vaga para a idosa em um asilo, mas a filha logo perguntou se o cartão com o qual faz as retiradas da aposentadoria ia junto, deixando claro o motivo de ainda mantê-la em casa.

<sup>143</sup> Tive a impressão de que aquele foi um momento bem delicado para a professora. Sem querer, coloquei ela em uma sinuca de bico. E ela foi muito sincera, hesitando muito ao longo da narrativa. Procurou um modo de justificar sua atitude de não denunciar um caso de maus tratos e violência sofrida por uma senhora, sua vizinha, e recomendou que as cuidadoras de idosos sejam cautelosas nessas delicadas situações pois não há como saber quais as consequências ao interferir na vida alheia. Fiquei um pouco penalizada por fazê-la admitir aquilo, porque tratava-se de algo que não era muito coerente com sua conduta nos casos que contou – lembro que ela disse que o cuidador não pode ser omissor. Revelava algo que, pareceu-me, ela gostaria de manter nas sombras, procurando formar cuidadoras engajadas. Mas, ao mesmo tempo, admitia não ter denunciado o crime que estava sendo cometido numa casa próxima à sua. De certo modo, Eliana estava cuidando da sua própria família, tratando ela como prioridade numa situação onde avaliava perdas e danos.

Eliana contou que a idosa que era alegre, divertida e adorava uma farra, agora vivia acamada, precisando de cuidados o tempo inteiro. Não falava (por vontade própria), tinha uma escara que nunca cicatrizava: “essa senhora que cantava e descia até o chão... Essa pessoa ativa se tornou uma marionete, dependente completamente da filha que tirou ela de sua casa, no interior”. O genro agressor mudou de comportamento depois que a idosa ficou acamada: “Hoje não precisa mais bater nela”. O tom com que a professora relatava o desencadeamento dos acontecimentos deixava clara sua interpretação de que as pessoas, todas, estavam sendo punidas de alguma forma por terem feito mal àquela senhora (talvez até a idosa também fosse encarada como alguém que expurgava seus pecados de uma vida meio devassa para alguém daquela idade, não sei). A professora concluiu seu relato destacando que é um castigo assistir alguém que você ama definhando na cama, dia após dia, extremamente magra, frágil e dependente. Os conflitos anteriores à queda já não aconteciam, mas a idosa, morrendo aos poucos diante de seus algozes, dependentes de sua aposentadoria, era sofrimento considerável, um tipo de pagamento pelos erros cometidos.

As situações de maus tratos e violência relatadas por meus interlocutores, entretanto, não se referiam exclusivamente aos idosos. No ambiente doméstico, as cuidadoras também eram vítimas de maus tratos e violências cometidas por idosos que sofriam com doenças mentais. Algumas alunas mencionaram idosos que maltratavam cuidadores, batendo, xingando, beliscando, humilhando as cuidadoras contratadas. A professora mencionou o caso da idosa que ela cuidava, Aleluia, que sofria de Alzheimer e batia, cuspiam e xingava os cuidadores. Eliana disse que muitos já desistiram do emprego, mas que a idosa nunca fez nada disso com ela. Uma das alunas contou que o idoso que ela cuidava era muito hostil. Ele sofria de Alzheimer e Parkinson e costumava agredir as cuidadoras com mordidas e cuspidelas durante o banho: “Ontem ele me deu dois tapas na cara. Hoje ele puxou meus cabelos”. A professora, então, comentou: “Tá vendo, gente? Tem que ter muita paciência”. Em todas as aulas tornava-se mais e mais evidente que paciência e resignação eram habilidades indispensáveis ao ofício de cuidador de idosos.

## 4.2. Perspectivas sobre o sujeito do cuidado

Neste tópico abordo as perspectivas dos cuidadores, familiares e contratados, sobre o cuidado de homens e mulheres e de crianças e idosos. Em muitas conversas, essas comparações surgiram espontaneamente, em outras, foi preciso provocar a reflexão perguntando diretamente o que consideravam mais “difícil”, cuidar de homens ou mulheres, crianças ou idosos.

Quando perguntei a Olívia, cuidadora contratada, aluna do curso de cuidador em Salvador, se achava mais difícil cuidar de homem ou de mulher, ela explicou que só tinha experiência com um idoso, por isso não sabia comparar. Mas fez questão de contar que, quando começou a cuidar desse senhor, encontrou dificuldades por ele ser muito “assanhado”: “Outra pessoa não tinha ficado. Mas eu fui levando. Então eu não vejo dificuldade em cuidar de homem. Com mulher é capaz de ser mais fácil, dá pra ter mais intimidade. O importante mesmo é encontrar alguém que combine com o jeito da gente”. Em Itaparica, tanto a enfermeira quanto a ACS concordavam que cuidar de homem era mais complicado. Alice, a enfermeira, reclamou que eles nunca vão a UBS, enquanto que as mulheres idosas vão à unidade com mais frequência, procurando ajuda. Antônia, a ACS, disse que cuidar de homem era mais difícil por causa da “questão sexual, da vergonha ou da ousadia. Tem idoso que tenta passar a mão, fica sem cueca pra receber a equipe de saúde”. Raquel, cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, disse que se sentia mais à vontade com as mulheres e, embora estivesse habituada a lidar com homens, havia sempre algum constrangimento em certos momentos. Odete, cuidadora contratada e aluna do curso, em Salvador, disse que preferia cuidar de mulher, mas não recusaria cuidar de um homem idoso: “o que vier está bom”.

Outras cuidadoras afirmaram ter mais dificuldade em lidar com as mulheres idosas. Tatiana, cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, me disse que as mulheres são mais competitivas e mais “mandonas”. Já os homens normalmente têm mais vergonha, “mas depois é muito mais fácil no tratar. E nos dizem que gostam de ser tratados pelas meninas. Nunca tive problema nenhum com os homens”. Em Salvador, a professora Eliana, também considerou as mulheres idosas mais complicadas de cuidar: “Os homens são mais tranquilos, apesar da gaiatice, da ousadia. É mais a fantasia dele. As mulheres são um poço de emoções. E eu também sou mulher, também tenho minha bagagem emocional”. Os irmãos cuidadores que residiam em Itaparica e cuidavam dos pais concordavam que cuidar da mãe era mais difícil. No caso do cuidador homem, Everaldo, como já mencionei, ele não queria lidar com questões muito

íntimas, relacionadas à mãe, como acompanha-la ao ginecologista, tarefa que cabia a sua irmã, Elvira. Ela, por sua vez, achava que cuidar da mãe era mais complicado porque ela era muito teimosa, costumava questionar o médico, se recusava a tomar medicação e essas situações sempre exigiam muita negociação com a idosa.

Também encontrei cuidadores que se diziam indiferentes ao sexo do idoso. Olga, cuidadora familiar de Itaparica, disse não ver diferença entre cuidar de homem ou mulher, contando que tanto o pai quanto a mãe se mostraram envergonhados quando começaram a precisar de ajuda para a higiene pessoal, mas que, pouco a pouco, se habituaram. Diana, cuidadora do apoio domiciliar em Caminha, também afirmou que “tanto faz, homem ou mulher”. Laerte, um cuidador familiar que conheci também em Caminha e que cuidava da mãe, me disse que a questão é o “feito” da pessoa, pois o pai dele foi muito mais complicado de cuidar que a mãe. Sua esposa, que o ajudava cuidando da sogra, disse que o fato do sogro ter ficado senil, pois tinha Alzheimer, foi o principal agravante e diferencial em relação a situação da idosa. Para sua esposa, ser homem ou mulher não interferia nas relações de cuidado.

A comparação entre cuidar de idosos e cuidar de crianças surgiu nos relatos com maior frequência e espontaneidade. Embora os cuidados exigidos por uma criança sejam diferentes daqueles que necessitam um idoso, além de serem também muito diferentes as expectativas e necessidades em relação aos mais jovens e aos mais velhos, a dependência e vulnerabilidade parecerem torná-los comparáveis. Cuidadores, familiares e contratados, expuseram suas opiniões sobre o assunto, alguns declarando ser mais difícil cuidar de crianças, outros disseram não haver diferença entre os cuidados que ambos exigem. No entanto, a maioria afirmou que é mais difícil cuidar de idosos.

Quando perguntei à coordenadora pedagógica do curso de cuidador, Úrsula<sup>144</sup>, sobre a relevância da profissionalização na área de cuidador de idosos, ela destacou a necessidade de “saber cuidar desse velhinho” e pouco a pouco foi expondo sua perspectiva sobre os mais velhos. Enquanto ela me dizia ser indispensável uma formação específica que garanta a qualidade do serviço prestado, especialmente com o aumento considerável da população idosa, Úrsula também expressava uma percepção recorrente entre muitas pessoas, sejam elas cuidadoras ou não de idosos:

---

<sup>144</sup> Conheci a coordenadora quando decidi me matricular no curso, pois precisava informar à direção meus propósitos de realizar uma investigação antropológica durante o curso e conseguir autorização para realiza-lo. Úrsula tem 22 anos. Começou a trabalhar na empresa como professora – ela é farmacêutica bioquímica – nos cursos de atendente de farmácia e drogaria e auxiliar de laboratório de análises clínicas, trabalhando com oito turmas por oito meses. Assumiu a coordenação há um ano.

Quando a gente envelhece, volta a ser criança, então fica teimoso, pirracento, malcriado... então tudo que uma criança é, o idoso volta a ser. A pessoa precisa se capacitar pra saber lidar com essas exigências que o idoso passa a ter. Não é qualquer um que tem o entendimento, a maturidade pra compreender que o idoso não age daquela forma porque quer. É porque naquele momento da vida dele, passa a ter atitudes que podem ser explicadas por enfermidades que acometem a terceira idade. Apenas uma pessoa cuidadora que estudou e entende sobre isso está habilitada pra trabalhar nessa profissão (Úrsula, coordenadora pedagógica do curso, Salvador).

Ela também afirmou que considera essa uma profissão maravilhosa que está no auge, mas que não é qualquer um que pode desempenhar essa função: “você precisa ter o espírito de cuidar. É que nem cuidar de criança, não é qualquer um que pode ser babá”. O uso da expressão “velhinho”, na fala da coordenadora do curso, em certa medida remetia a uma infantilização da pessoa. Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário em Caminha, me disse que gostava de chamar os idosos de “crianças mais velhinhas”. Em Itaparica, uma cuidadora familiar, Olga, e a enfermeira da UBS também compararam idosos a crianças. Olga me explicou que, dependendo da condição física do idoso (se estiver completamente dependente e “paralisado”), “é parecido com uma criancinha recém-nascida. A criança também, quando não fala, não anda, você faz tudo que quer, que precisa fazer”. Se o idoso é capaz de falar, “é o mesmo que uma criança que está crescendo e tudo reclama”. Para ela, é melhor cuidar de alguém que consegue comunicar o que sente e precisa do que um idoso acamado, “vegetando, que não pode dizer nada”. A enfermeira Alice, por sua vez, ao comentar sobre o que considerava o maior desafio do cuidador de idoso, me disse: “tem que ter bastante paciência. O idoso é como uma criança, mas uma criança que já tem sua personalidade, sabe aquilo que quer, que entende que já teve uma vida independente. Então tem que ter bastante paciência, procurar entender e escutar primeiro. É complicado”.

Entre minhas interlocutoras, encontrei cuidadoras que consideravam mais fácil cuidar de idosos do que de crianças. Olívia, cuidadora contratada e aluna do curso em Salvador, tem um filho de 3 anos e me explicou que ele é muito danado, “dá mais trabalho que [o idoso]. [O idoso] fica ali na cama, quietinho. Meu filho é muito ativo, muito danado. O velhinho não, tá lá deitadinho na cama”. Odete, cuidadora contratada que também conheci através do curso, disse que não gostava de cuidar de criança: “Tenho 5 filhos, cuidei de todos e ainda tem os netos. Já cuidei demais de criança”. A professora Eliana, que tem 3 filhos, falou como encara essa diferença: “com os mais velhos eu sinto que estou reeducando eles, de algum jeito eles aprendem comigo. Eu tenho mais facilidade de lidar com eles que com crianças”. Em Caminha,

Tatiana, cuidadora contratada do apoio domiciliário, solteira e sem filhos, me disse que preferia cuidar de idosos que de crianças:

Eu, com crianças, não tenho muita paciência. Eu tolero tudo aos velhotes, porque eles têm essa autoridade em mim e eu sou incapaz de levantar a voz... não sei, é estranho, não sei se é porque fui criada com os avós, mas como são pessoas mais velhas, há sempre muito respeito. Com os miúdos, eu não tolero tão bem (Tatiana, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

Para os cuidadores que afirmaram preferir cuidar de crianças que de idosos, a queixa sobre esses últimos é que não reconhecem a autoridade de seus cuidadores, como as crianças são levadas (ou obrigadas) a respeitar. Assim, Everaldo, cuidador familiar de Itaparica, a dificuldade de cuidar do idoso é que ele “contesta”. Diana, cuidadora do apoio domiciliar em Caminha, acreditava que o problema dos idosos estava na teimosia: “a criança é mais fácil de lidar, prometendo uma coisa a ela, é mais fácil dela ceder. O idoso é mais teimoso”. Helena e Fernando, ambos cuidadores familiares de Caminha (a primeira cuidava da mãe, o segundo da esposa) queixaram-se de não poder recorrer às punições como castigos e “palmadas” como se costuma fazer com as crianças. Já para outra moradora de Caminha, Mariana, cuidadora da irmã, a comparação entre cuidar de crianças e idosos assumiu contornos mais melancólicos, mas também enfatizou como o cuidador, em diferentes circunstâncias, experimenta graus de autoridade distintos: “É preciso ter vocação pra cuidar de um idoso, porque um velho não tem graça nenhuma. Uma criança tem graça, mas um velho não tem graça nenhuma”. Para ela, é muito mais difícil cuidar de idoso do que de criança, porque

a criança é muito engraçada, é um ser amoroso... quer dizer, um velho também pode ser, mas a criança tem outro tipo de relacionamento. Faz uma tolice, tu podes repreender, ‘não faça!’ A um velho é muito mais complicado estar a dizer isso. Há uma relação que acho que é muito diferente (Mariana, cuidadora familiar, Caminha).

Laerte, também residente de Caminha, cuidador familiar da mãe, me disse que a grande dificuldade está nos horizontes de um e outro: as crianças estão se desenvolvendo e ficando independentes, ao passo que os velhos estão perdendo a independência e o discernimento.

### 4.3. As expectativas

Durante todo o trabalho de campo, algo que me intrigava era o que pensavam meus interlocutores sobre sua própria velhice e se contavam com alguém para cuidar deles quando envelhecessem. Neste item, exponho as expectativas dos cuidadores, familiares e contratados, e os profissionais de saúde sobre seu futuro. Minha intenção é expor como essas pessoas, envolvidas em dinâmicas de cuidado tão diversas, esperam vivenciar a própria velhice e se vislumbravam ou não quem seriam seus possíveis cuidadores caso viessem, algum dia, a “precisar” deles.

#### 4.3.1. De cuidadores familiares

Os cuidadores familiares residentes em Itaparica, ao falarem sobre suas expectativas em relação à própria velhice e seus possíveis cuidadores mencionaram a ideia de “retribuição”. Tanto Olga (que é evangélica) quanto Everaldo (que é candomblecista), a expectativa estava na justiça divina que permeia essas trocas. Olga, que só tem um filho, me disse que esperava que ele ou a nora, “se Deus quiser!”, cuidem dela quando ela precisar: “a gente planta pra colher, né? Se eu tô fazendo isso com minha mãe é porque espero que alguém faça por mim no futuro. Eu confio que não vou ficar desamparada na velhice, Deus não permitirá”. Falou com arrependimento sobre suas escolhas passadas, por não ter encontrado outro companheiro e na idade em que estava, achava pouco provável conseguir um novo parceiro, com quem poderia viver na velhice. Ela planejava viajar e voltar a trabalhar: “eu digo que vou fazer isso quando ela melhorar. Então meu futuro pertence a Deus e ele sabe que quero um futuro melhor. Não quero viver a vida toda dentro de casa, não”. Everaldo também confiava na providência divina:

A vida retribui mesmo. Deus cuida da gente, eu acredito muito nisso. A gente vê tantos casos na televisão de doença, violência, miséria e graças a Deus não tem isso na nossa família. Eu acredito que Deus retribui mesmo e é porque a gente se cuida muito na família que não tem nenhum caso de droga. A gente não tem nada disso. Então eu acho que a recompensa é essa, por ser um bom filho, um bom pai, um bom irmão (Everaldo, cuidador familiar, Itaparica)

Everaldo também se preocupava em não “dar trabalho” às duas filhas, e por isso afirmou que costuma dizer-lhes que, se for preciso, deixassem ele num asilo. Mas, como ele me disse, com visível orgulho, suas filhas recusam essa alternativa com veemência. De todo modo, ele

espera que, ao envelhecer, as filhas sigam suas orientações: “espero que elas sigam minhas orientações, que sigam as orientações que os meus pais me deram e que façam o mesmo com os filhos delas”. Sua irmã, Elvira, que também tem filhas, afirmou, sem hesitação, que espera contar com elas na velhice, da mesma forma que ela cuidava dos seus pais: “espero ter a sorte de meus pais”.

Em Caminha, os cuidadores familiares demonstraram expectativas diferentes dos cuidadores brasileiros que conheci. Fernando, idoso que tem dois filhos e cuidava da esposa, me disse que não sabia se teria alguém para cuidar dele e que, caso precisasse de ajuda, não tinha planos para seu futuro. Ele ainda se queixou, já meio aborrecido com desconfortos provocados pelo meu “interrogatório”: “a menina só sabe fazer perguntas complicadas?”. Mariana, mãe de duas mulheres e também idosa, disse que seu futuro devia ser “curto” e por isso não esperava nada de especial. Ela sintetizou suas expectativas na seguinte declaração:

Confesso que não espero muito. Não faço planos nesse sentido. Cada uma tem sua vida, as coisas são muito complicadas agora. A única coisa que eu espero mesmo é ter umas visitas, uns telefonemas, não ser esquecida. Receber algum carinho de algum modo, nem que seja pelo telefone (Mariana, cuidadora familiar, Caminha).

O casal, Laerte e Laura, que eram cuidadores familiares da mãe do Laerte, afirmaram que não esperavam que as filhas cuidassem deles quando estivessem velhos. Curiosamente, também não mencionaram um ao outro como possíveis cuidadores. Laerte disse, sobre as filhas: “elas não vão ficar aqui em Caminha pra cuidar de mim. Acho pouco provável”. Deseja apenas que as filhas sejam felizes, aproveitem a vida. Não espera que elas “fiquem a cuidar dele”. Laura, por sua vez, disse que fala sempre que quer ir para um Lar: “primeiro acho que minhas filhas não vão conseguir. Era preciso ter uma disponibilidade como a que nós temos. Cuidar de alguém de dia e de noite... se a pessoa estiver alterada... é preferível ser institucionalizada. Se eu não puder cuidar de mim sozinha, prefiro ser colocada no Lar”. Sobre as filhas, espera que elas lhe deem alguma atenção quando estiver mais velha:

No fundo, eu só quero que sejam felizes e que se realizem como eu acho que me realizo. Não desejo a minhas filhas que sejam obrigadas a cuidar de mim. Não quero que a vida delas se altere por minha causa. É uma preocupação que tenho. Preferia morrer que ficar sem alguma capacidade importante, sendo um fardo para minhas filhas (Laura, cuidadora familiar, Caminha)

Helena, uma idosa cuidadora da mãe e do filho (que tem problemas psiquiátricos), disse que não conta com ninguém para cuidar dela caso venha a precisar. Inclusive acreditava que

seria necessário internar o filho caso ela morresse antes dele. Quando perguntei sobre seus planos para o futuro, me respondeu que gostaria de ficar em casa, sendo cuidada por alguém diariamente, mas não sabe se poderá contar com esse serviço, porque sairia muito caro. Preocupava-se muito com seu futuro:

A gente muitas vezes nem pensa que vai ser velho, velhinho, que não vai poder fazer as coisas. Com a lida da vida, a gente nem pensa, mas é o que vens depressa, e se apresenta. É isso. Porque quem não morre novo, de velho não escapa. Mas não tenho medo da morte. Tive uma vida decente. Fiz as coisas sempre direitinhas (Helena, cuidadora familiar, Caminha)

Sônia, solteira e sem filhos, cuidadora familiar dos pais, me disse que não esperava que alguém da família cuidasse dela no futuro: “sem dúvida alguma eu termino sozinha ou vou parar em um Lar”. Quando perguntei sobre seus planos para o futuro, falou que não tinha grandes planos e mostrou preocupação em imaginar sua vida sem os pais, seus companheiros por toda a vida:

Por muito trabalho que tenha com eles, também não queria que eles me faltassem, porque não estou a viver sozinha em casa. Gosto de aproveitar um tempo sozinha também, mas saber que os tenho é pra mim muito importante. Não estou a imaginar-me sem eles, acima de tudo sem a minha mãe. Adoro meu pai, mas a minha mãe pra mim... sou muito mais apegada a minha mãe (Sônia, cuidadora familiar, Caminha)

#### **4.3.2. De cuidadoras contratadas**

Em relação às expectativas das cuidadoras contratadas, a maior parte delas espera contar com familiares para cuidar delas quando estiverem mais velhas. Em Salvador, as alunas do curso apostavam nos filhos. Olívia, que esperava seu segundo filho quando conversamos, disse que contava com eles na velhice. Odete, com 5 filhos, espera que eles cuidem dela no futuro: “claro, alguém tem que cuidar de mim e deve ser meus filhos...” Quanto aos planos para o futuro, seu maior desejo é conseguir uma casa própria para se livrar de vez do aluguel: “É o meu sonho esse aí. Antes meu sonho era os meus filhos. Eu tive 4. Também casei, descasei, já sei o que é homem. Hoje meu sonho é ter minha casa”.

Em Caminha, as cuidadoras do apoio domiciliário se dividiram entre as que confiavam que os filhos seriam seus cuidadores e aquelas que não sabiam ou preferiam ser institucionalizadas. Raquel acreditava que seu trabalho como cuidadora lhe trazia recompensas: “estamos a fazer um bem e sentimo-nos bem. Cuidar de uma pessoa faz eu me sentir bem por dentro. Sou católica, então sinto que Deus me recompensa em muitos momentos por esse

trabalho que faço. Não sei bem explicar, mas sinto que fazendo o bem, ele retorna pra mim”. Por isso ela disse que, em sua velhice, esperava que seus filhos estivessem bem e pudessem ampará-la: “que me ajudem como tenho tentado ajudar aos outros”. Sobre o futuro desejava muita saúde e que nada lhe faltasse: “principalmente a saúde, porque sem saúde não há nada, não há ricos, nem pobres. Tendo saúde, temos tudo. Dinheiro hoje não temos, amanhã já temos, é isso que penso”. Outra cuidadora do apoio domiciliário, Bernadete, falou-me algo parecido sobre o que esperava de sua velhice:

Eu sou católica e acredito muito em Deus. Eu acho que estou a ser muito bem paga. Ganho muito menos do que mereço, mas é muito gratificante porque Deus está a me pagar de maneiras muito bonitas. Todos que não estão mais aqui estão a me dar força. Eu gosto muito daquilo que faço. Eu não sei o que será da minha velhice, se vou estar numa cama, e desejo ter todo amor e carinho que dou a essas pessoas, conhecidos e desconhecidos (Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha)

Quando perguntei diretamente se Bernadete esperava que alguém cuidasse dela no futuro, ela me respondeu:

Sim, mas não vou estragar a vida de ninguém. Se houver um Lar, que me façam o mesmo que faço, que eu espero um dia que Deus me recompense por isso. Eu já sou muito feliz nisso. Mas não estou à espera de estragar a vida de minhas filhas nem de ninguém, porque hoje em dia se tem que trabalhar e estas instituições são também um lugar bom de se viver (Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

Isso não significava dizer que não esperava das filhas muito amor e que elas conseguissem fazer o que ela sempre conseguiu fazer: “que elas não esqueçam os valores que lhes ensinei”. Sobre seu futuro afirmou que desejava envelhecer trabalhando como cuidadora no Centro: “Já tive propostas de trabalho até para ganhar mais. Foi aqui que eu me realizei e é aqui que quero ficar. Amar e ser amada é a melhor coisa da vida”.

Duas cuidadoras do apoio domiciliário, entretanto, mostraram-se mais pessimistas sobre a própria velhice. Tatiana, solteira e sem filhos, disse que não esperava nada de ninguém na sua velhice, “nem penso nisso”, e falou que não tinha planos para o futuro: “tudo que eu peço é que não me arrependa de nada ao olhar pra trás. Já me arrependi de coisas que fiz na vida e esse sentimento não quero ter mais”. Cristina, por seu turno, afirmou que procurar um Lar para institucionalizar o idoso é sempre um último recurso, mas ela achava que não devia ser visto assim, como abandono: “eu, se calhar, não me importava de ir pra um Lar. Eu preferia estar lá

e passar o sábado e o domingo com meus filhos do que saber que estou a prejudica-los, a dar-lhes trabalho”.

#### **4.3.3. De profissionais de saúde**

Eliana, a professora que também é enfermeira, falou com muita franqueza sobre suas expectativas sobre seus possíveis cuidadores. Ela explicou que já pensou diferente, já esperou que os filhos cuidassem dela na velhice. Contudo, sua experiência como cuidadora de idosos alterou seu modo de encarar essa questão:

Nessa minha trajetória como cuidadora de idosos, eu percebi que foi esse tipo de pensamento que levou muitos idosos a sofrerem e muito. Eles não se prepararam e a espera maltrata a gente. Quando você chega nessa fase que precisa que alguém cuide de você, que você se vê incapaz e dependente do outro, você só quer ser assistido na sua situação. Você não está com a cabeça aberta pra pensar nas necessidades do outro. Nessa situação de dependência, você se torna a pessoa mais egoísta do mundo e eu não quero isso pra meus filhos. Já me preocupei muito com isso, mas hoje em dia não. Por tudo que tenho visto nas famílias. Por mais que eu queira que na minha família seja diferente, eu não posso criar meus filhos nessa expectativa, nessa eterna cobrança. Eu não sei o futuro deles, não posso fazer exigências. Não quero que eles se sintam mal se não tiverem condições de me ajudar. Porque é isso que tenho visto nas famílias, aquela eterna cobrança. Quando não são os pais que cobram, são os filhos que esfregam na cara dos pais os sacrifícios que tem que fazer pra cuidar deles. Não quero ser um fardo pra meus filhos, nem quero que eles se sintam culpados por não poderem ou não quererem cuidar de mim. Então não espero nada do futuro (Eliana, professora do curso, Salvador)

Em Itaparica, as profissionais de saúde da UBS que acompanhei, a enfermeira e a ACS, esperam que os filhos cuidem delas quando envelhecerem. Alice é solteira e não tem filhos, mas espera tê-los e que eles cuidem dela, que lhe deem atenção quando ficar velha. Planejava fazer outro curso superior, estudar outras áreas, porque embora gostasse da área de saúde, sentia-se pressionada pela responsabilidade de estar lidando com vidas. Talvez se especializar em outro campo na área da saúde, menos estressante que a atenção, foi o que ela me disse. Antônia, ACS, é mãe de uma menina de dois anos e como disse que não pretende ter mais filhos, afirmou que a filha é quem irá cuidar dela na velhice. Ela explicou, ainda, que não temia a velhice, mas o desamparo. Os avós foram bem cuidados, mas ela não sabia como seria com ela.

## CAPÍTULO 5 – Profissionalização de cuidadores de idosos

Neste último capítulo abordo a questão da profissionalização de cuidadores de idosos, além de apresentar mais detidamente minha experiência como aluna no curso profissionalizante que frequentei entre setembro de 2012 e janeiro de 2013, em Salvador<sup>145</sup>.

Inicialmente, apresento alguns dados gerais relacionados à regulamentação da profissão, tanto em Portugal como no Brasil, destacando algumas questões problematizadas pela coordenadora pedagógica e a professora (do curso que participei) em relação às exigências e direitos trabalhistas do ofício de cuidador de idosos no contexto brasileiro. Em seguida, examino a perspectiva do cuidado como vocação, compartilhada por todos os interlocutores da pesquisa. Cuidadores brasileiros e portugueses, familiares e contratados, profissionais de saúde, enfim, todos os interlocutores afirmaram, em algum momento de nossos encontros e conversas, que consideravam indispensável ter “carinho”, “paciência”, “amor” para trabalhar como cuidador de idosos, relacionando essas qualidades a uma ideia de “vocação”. Por outro lado, também apresento na conceituação de “vocação” sua relação com a ideia de “satisfação pessoal” em relação ao trabalho e a questão da “justa remuneração”.

Por fim, apresento informações detalhadas sobre o curso de cuidador de idosos: a empresa que fornecia o curso, o espaço físico em que as aulas eram realizadas, o conteúdo programático adotado e o “clima” que permeava as aulas. Meu interesse inicial em frequentar um curso profissionalizante foi identificar o perfil de profissionais que, progressivamente, estão sendo recrutados para fornecer serviços no espaço domiciliar, bem como o alcance do discurso biomédico oficial sobre as práticas de cuidado no conteúdo deste tipo de curso. Nesse sentido, atrevo-me a apresentar algumas de minhas impressões sobre o curso de cuidador de idosos a partir de minha condição de aprendiz inexperiente, na esperança de trazer fragmentos de uma perspectiva leiga em processo de capacitação para atuar profissionalmente como cuidadora de

---

<sup>145</sup> Vale destacar que esta foi a primeira etapa do trabalho de campo e isto me permitiu ter contato com pessoas diretamente interessadas na formação profissional do cuidador de idosos, antes mesmo de conhecer cuidadores familiares ou contratados. Ao participar das aulas, conheci mulheres que trabalhavam ou desejavam trabalhar como cuidadoras de idosos no ambiente domiciliar e a professora que ministrava o curso, uma enfermeira experiente e muito dedicada à missão de formar profissionais capacitados para lidar com as mais variadas situações que esse tipo de atividade pode exigir. Minha experiência como “aprendiz de cuidadora”, o convívio com a turma e a professora foram extremamente proveitosos para a elaboração de meus instrumentos de coletas de dados durante todo o estudo. O curso, que durou quatro meses, teve um impacto significativo no desenvolvimento da pesquisa, pois foi meu primeiro contato como etnógrafa com especialistas no tema que desejava investigar e, participando dele, pude acompanhar muitos debates acerca de dilemas cotidianos vivenciados por essas pessoas, o que contribuiu intensamente para a percepção de questões sobre as quais jamais pensei.

idosos, além das avaliações feitas por outras alunas sobre a experiência que compartilhamos durante o curso.

### **5.1. Aspectos da regulamentação da profissão**

Em Portugal, observei que a expressão “cuidador de idoso” era comumente complementada pelo termo “informal” e associada aos responsáveis legais pelo idoso na família. Assim, não encontrei informações sobre a profissionalização de “cuidador de idosos”, mas sim um Catálogo Nacional de Qualificações que serve de guia para as instituições formadoras de profissionais das mais variadas áreas. O Catálogo tem por objetivo integrar e articular as qualificações obtidas no âmbito dos diferentes subsistemas de educação e formação (educação, formação profissional, ensino superior) num quadro único e especifica a formação necessária para desempenhar determinadas profissões. Em relação aos profissionais que cuidam de idosos, encontrei duas áreas de educação e formação: “agente em geriatria” e “técnico em geriatria”. As duas áreas têm definições de perfil profissional idênticas: “prestar cuidados de apoio direto a idosos, no domicílio e em contexto institucional”. As diferenças estão nas exigências sobre formação escolar e técnica – do agente em geriatria exige-se a formação básica e cursos profissionalizantes (chamados de “formação modular”), ao passo que do técnico em geriatria exige-se ensino secundário e dupla certificação, i.e., a formação modular e técnica. Quanto aos direitos trabalhistas destes profissionais, são definidos pelo Código do Trabalho que regulamenta as relações entre trabalhadores e empregadores de maneira geral no país. O regime do tempo de trabalho é de 40hs, o “trabalho suplementar” (horas extras) deve ser remunerado e tem limite diário de duas horas.

No Brasil, em 2012, enquanto frequentava o curso de cuidador de idosos, o Senado aprovou o Projeto de Lei 284/2011 que regulamenta a profissão de cuidador de pessoa idosa, definindo-o como o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa. Poderão exercer a ocupação pessoas com mais de 18 anos que tenham concluído o ensino fundamental e curso de qualificação específico, conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. Aqueles que, à época de entrada em vigor da nova lei, trabalhavam na função há pelo menos 2 anos ficam dispensados da exigência de conclusão do curso de qualificação. O profissional pode atuar no domicílio do idoso, em instituições de longa

permanência, hospitais ou em eventos culturais e sociais. Quando as atividades são realizadas na residência, o contrato de trabalho segue regras válidas para o empregado doméstico: a jornada de trabalho não pode ultrapassar 8 horas diárias, nem 44 semanais, e deve haver, no mínimo, um dia de repouso por semana. Além da garantia do adicional típico de 50% para horas extras, há um adicional de 20% sobre o valor da hora de trabalho para o trabalho doméstico noturno.

Conversando com Úrsula, a coordenadora pedagógica do curso de cuidador de idosos em Salvador, ela criticou os requisitos para a profissão de cuidador de idoso em relação à escolaridade – exige-se apenas o ensino fundamental. Para ela, isso acaba atrapalhando o desempenho das alunas no curso, pois muitas estudantes não tem “um desenvolvimento educacional adequado pra cursar”, como ela afirmou. A coordenadora explicou-me, ainda, que o nível de escolaridade entre as alunas varia bastante, não podendo evitar que pessoas com baixa escolaridade se matriculem no curso. Isso porque, embora todas comprovem a escolaridade mínima exigida, grande parte não tem um bom rendimento em sala de aula por deficiências na formação escolar. Enfim, segundo a coordenadora, essa é a maior dificuldade no curso de cuidador de idosos.

A professora do curso, Eliana, também mencionou essa dificuldade em relação ao nível de escolaridade das alunas que frequentam o curso, e, em relação à regulamentação da profissão de cuidador de idosos, destacou a necessidade de a profissão ser amparada por direitos trabalhistas regulamentados, criticando a insuficiência dos instrumentos legais disponíveis, em muitos casos, para viabilizar a formalização da atividade desempenhada por cuidadores de idosos informais<sup>146</sup>. Na opinião dela, houve muita demora na mudança da lei e as medidas estão muito aquém da realidade brasileira: “O problema na nova legislação é que o empregador familiar acaba tendo o mesmo tipo de ônus que uma empresa e a realidade da maior parte das famílias brasileiras com idosos não condiz com isso”. No caso dos cuidadores contratados diretamente pelos familiares, Eliana acredita que a nova regulamentação pode diminuir a exploração do trabalhador, porque regulamenta as horas de trabalho, ainda que os valores pagos por horas trabalhadas sejam injustos:

Você vê que até hoje há casos de cuidadores que entram no serviço na segunda-feira e só conseguem sair na sexta. O paciente totalmente debilitado, agressivo... Tanto tempo cuidando de alguém devia ser considerado insalubre, é prejudicial pra saúde mental do cuidador. O desgaste físico e emocional é muito grande (Eliana, professora do curso, Salvador).

---

<sup>146</sup> Ela me contou que, com a regulamentação do trabalho de cuidador de idoso, foi preciso fazer um novo contrato e uma atualização da remuneração das cuidadoras que ela supervisiona. Mas, na prática, não houve mudanças na carga horária: são quatro cuidadoras, cada uma com carga de 44hs semanais, conforme diz a lei, mas na forma de prestação de serviço, por meio de contrato e não com carteira assinada.

Além disso, Eliana não vê com bons olhos o surgimento de empresas que intermediam o serviço de cuidadores de idosos. Ela explicou-me ser mais vantajoso o cuidador de idoso trabalhar como autônomo, recolhendo os impostos da previdência social do que terceirizar sua mão de obra. Um dos problemas é que, trabalhando para uma empresa que fornece mão de obra capacitada, o transporte é por conta do cuidador e não da empresa. Para a professora, a única vantagem de se trabalhar nessas empresas é a rotatividade, o que gera plantões com carga horária variadas em famílias diferentes. O maior problema, entretanto, é a relação de exploração que essas empresas estabelecem:

Tem empresa em Salvador que paga por 6hs de trabalho apenas R\$ 40,00, 12hs de trabalho vale R\$ 60,00 e 24hs paga R\$ 80,00 pro cuidador, mas cobra um absurdo da família. É uma dupla exploração: do cuidador e da família. Vejo mais vantagem no cuidador trabalhar de modo informal, por conta própria, porque o dinheiro que recebe pelo plantão é todo dele (Eliana, professora do curso, Salvador)

## **5.2. Cuidado como vocação**

Perguntei aos meus interlocutores que conselhos dariam a alguém que pretendesse trabalhar como cuidador de idosos e obtive dezenas de respostas muito parecidas, exaltando a necessidade do amor, do afeto, do carinho e, principalmente, da paciência no trato com os idosos. Entretanto, essas qualidades as quais muitos se referiram como “vocação”, nem sempre eram vivenciadas por eles no contexto de seu trabalho como cuidadores de idosos. Não raras vezes os cuidadores afirmavam estar cansados, desgastados por todas as exigências trazidas pelas demandas dos mais velhos, sendo que muitos deles também me relataram “perder” a paciência ou “não gostar” de alguns idosos que cuidavam.

De modo geral, levando em consideração as entrevistas com meus interlocutores, minhas observações ao longo do trabalho de campo, em Itaparica e em Caminha, e algumas orientações obtidas no curso de formação de cuidadores de idosos, pareceu-me que o cuidador de idoso pode, formalmente, estar apto a cuidar de qualquer idoso, mas na prática é preciso encontrar “a pessoa certa”, o idoso com quem sinta que é capaz de conviver e lidar. Essa dimensão, que extrapolava os aspectos técnicos da profissão era evidenciada, por exemplo, nas recomendações da professora do curso, para que recusássemos ofertas de trabalho quando percebêssemos que não havia condições de desempenhar bem a função.

Assim, em diversas aulas a professora reforçava ser muito importante avaliar o que era oferecido ao cuidador, levando em consideração sua própria personalidade e disposição de espírito. Ela nos disse que valia a pena investigar bem a situação de saúde do idoso, porque os parentes podiam dopá-lo para parecerem calmos e só muito tardiamente o cuidador descobriria que não consegue trabalhar com um idoso em determinadas condições de saúde. As conversas durante o curso também versavam sobre os baixos valores das remunerações recebidas, apesar do que consta na lei que regulamenta a profissão de cuidador de idosos. Percebi que muitas alunas trabalhavam como empregadas domésticas e cuidadoras de idosos, e embora algumas tivessem a carteira assinada, nenhuma estava registrada como cuidadora de idosos. Como não esperam ser remuneradas adequadamente e os patrões continuam se recusando a arcar com os custos reais de um cuidador de idoso, era importante avaliar as ofertas de trabalho para não se meter em “enrascadas”, segundo a professora, e assumir responsabilidades que não estavam dispostas a levar adiante.

A professora afirmou diversas vezes que para ser um bom cuidador de idosos era preciso admitir seus limites, mas, sobretudo, ter inclinação para tratar com pessoas de gerações mais velhas e um profundo respeito pelo ser humano: “porque o serviço em si é duro. É preciso encontrar uma satisfação extra em prestar cuidados ao idoso, já que a remuneração está sempre aquém das exigências cotidianas e do esforço empreendido”<sup>147</sup>. Essa perspectiva era partilhada, de um modo ou de outro, por todos os cuidadores que conversei. Por exemplo, Olívia, uma cuidadora contratada e aluna do curso, me disse:

O mais importante é criar um vínculo de amor com a pessoa que a gente cuida. Isso ajuda muito no trabalho. Sem o vínculo, fica difícil lidar com o idoso, você acaba não se importando de verdade com os problemas dele e só pensa em se livrar, não tem paciência de verdade pra cuidar. Aí você fica de mau humor e pode até ser agressivo com o idoso e ele vai sentir isso (Olívia, aluna do curso, Salvador).

Ela me contou, ainda, que logo quando a outra cuidadora chegou na casa onde ela trabalhava, tinha muito nojo para lidar com as fezes do idoso. Olívia achava que ele percebia isso:

[...] pra trabalhar com essas coisas, tem que ter espírito, tem que ter amor, senão você fica com nojo e não faz o serviço direito. Se não tiver amor, vai fazer tudo de qualquer jeito, com pressa pra terminar logo. Se você sente carinho pelo idoso, não se importa com o mal cheiro, só quer que ele se sinta

---

<sup>147</sup> Eliana nos disse, em tom de desabafo, numa das aulas: “se você for colocar seu foco em ser compensada financeiramente, você fica louca, indignada e frustrada. Vai acabar maltratando outras pessoas que não têm nada a ver com isso. É complicado. Mas quem decidiu seguir na área de saúde fui eu, então eu tenho que enfrentar esses perrengues sem deixar que isso contamine meu trabalho”.

bem, que fique limpo e cheiroso. Pra ser cuidador tem que ter humanidade (Olívia, aluna do curso, Salvador).

“Se não gostar [de cuidar de idoso], não tem dinheiro que pague”, disse-me outra cuidadora contratada, aluna do curso, Odete: “tem que saber cuidar, tratar com carinho, com amor. Precisa gostar daquilo que tá fazendo”, ela completou. A professora, logo na primeira aula do curso, declarou que se alguém estava ali com perspectivas de grandes ganhos financeiros, era melhor procurar outra formação como depiladora ou massagista, por exemplo. Ela anunciou que aquele curso era voltado para pessoas que desejavam aprender a cuidar de idosos, proporcionar-lhes melhores condições de vida, oferecendo um serviço profissional, baseado em estudos da área de saúde. Ela alertou diversas vezes que não devíamos esperar uma recompensa financeira justa, porque as condições experimentadas pelos trabalhadores domésticos ainda são precárias sob muitos aspectos. Por tudo isso, a professora considerava fundamental refletirmos se tínhamos realmente afinidade com esse tipo de serviço que, como ela definia, implicava nas seguintes qualidades: “se sente algum prazer em cuidar de um idoso e se tem paciência pra lidar com as dificuldades, porque são muitas”.

Essa afinidade pode ser despertada por experiências como cuidar de um idoso na própria família. Em diferentes aulas, escutei alunas relatando como descobriram que gostavam de cuidar de idosos depois de viver essa experiência em suas casas, com parentes próximos, como pais, sogros e tios enfermos. A enfermeira da UBS, em Itaparica, por sua vez, me disse que não gostava muito da “área de idoso” em seus tempos de estudante, mas começou a se interessar depois de um estágio no PSF de Simões Filho. Ela explicou-me que lá os idosos eram mais participantes e isso a estimulou bastante. Ela destacou, ainda, que gostava muito de lidar com os mais velhos e quando conseguia mobilizá-los, ficava satisfeita. A enfermeira, assim como outros interlocutores, considerava a tríade “amor, carinho e paciência” os pilares em que se baseia o ofício de cuidar: “Precisa ter amor, carinho, paciência, porque além de tudo o idoso precisa muito desabafar. Eles precisam de um contato mais íntimo com alguém que só escute, entenda o que eles estão passando”.

Lembro que a professora acabou fazendo, em uma das aulas, um desabafo sobre sua formação na área da enfermagem e como quase desistiu de trabalhar nessa área, porque antes se preocupava muito com a ascensão profissional e em ganhar dinheiro. Só passou a se dedicar de verdade quando desistiu dessas metas materiais e conseguiu encontrar satisfação e “retorno espiritual” no trabalho, mesmo que mal remunerado:

Foi quando eu percebi que eu queria estar junto de quem mais precisa e quem mais precisa não tem dinheiro. Gente, o cuidador bom de verdade não pode ser motivado pelo dinheiro. Tem que encontrar a motivação no sentimento, no prazer em fazer o bem pelo outro, em dar conforto, aliviar a dor, ajudar a pessoa a ter uma vida melhor. Se você quer ser cuidador pra ganhar dinheiro, procure outro trabalho, porque nunca vai receber a remuneração justa, condizente com sua dedicação e trabalho. O que não vem como retorno financeiro, vem como retorno espiritual, como satisfação por aliviar o sofrimento, amparar quem precisa de amparo. E o que é mais importante pro cuidador, o que ele mais quer, é ser reconhecido. E pra ser bom mesmo, não pode esquecer de ser gente e que está cuidando de gente (Eliana, professora do curso, Salvador)

Em Caminha, a perspectiva do cuidado como vocação também é intensamente partilhada, da mesma forma em que observei no curso de cuidadores e entre meus interlocutores em Itaparica. As cuidadoras portuguesas, especialmente do apoio domiciliário, também concordavam com a necessidade de se ter vocação para esse serviço. Raquel disse-me que “para lidar com essas pessoas idosas tem que se gostar muito deste trabalho, porque não se consegue ultrapassar os problemas sem desenvolver o afeto, que é indispensável para realizar bem o serviço”. Diana, parceira de Raquel na equipe do apoio domiciliário, comentou sobre o perfil de quem pretende desempenhar essa função: “não pode ser uma pessoa nervosa. Pra esse tipo de trabalho tem que se uma pessoa paciente e que saiba lidar com muitas situações e tem que ter calma. Não pode ser apressada. E que saiba ouvir também. E tem que tentar resolver as situações e não virar as costas”. Bernadete, cuidadora do apoio domiciliário em outra instituição de Caminha, concordou com a professora do curso, em Salvador, quando me disse que quem não gosta desse trabalho não deve procurar esse serviço, pois “quem não tem amor pra dar é melhor procurar outro trabalho”. Ela frisou que já trabalhou com pessoas que não tinham “vocação” e só se importavam com a questão financeira e não cuidavam direito dos idosos. Para Bernadete, essas pessoas que não têm vocação para trabalhar com idosos dependentes deviam admitir que não conseguem fazer o trabalho, que têm nojo de tocar nas pessoas mais velhas, na pele enrugada, nos excrementos, nas feridas.

Embora amor, carinho e paciência sejam fundamentais, grande parte dos interlocutores também mencionou a importância da profissionalização para quem pretende trabalhar como cuidador de idosos. A profissionalização do cuidador é importante para torná-lo apto a lidar com diferentes situações, já que há diferentes tipos de pacientes e a formação permite que o cuidador enfrente as dificuldades com mais segurança. Em Caminha, Tatiana, cuidadora do apoio domiciliário, afirmou ser indispensável se profissionalizar:

Não é um trabalho que podes fazer porque fechou uma fábrica e vem a procura disto. No tempo em que comecei a trabalhar, eu não queria este trabalho... esse trabalho era uma coisa que só fazia quem não... Jesus! Ninguém queria! Agora a necessidade obrigou que toda a gente procure qualquer coisa pra ganhar dinheiro e isto corre mal (Tatiana, cuidadora do apoio domiciliário, Caminha).

### 5.3. Minha experiência como aprendiz de cuidadora de idosos

Exponho a seguir algumas de minhas impressões sobre o curso de cuidador de idosos a partir de minha condição de aprendiz (e inexperiente enquanto cuidadora familiar), informações mais detalhadas sobre o curso de cuidador de idosos e algumas falas das alunas sobre suas avaliações sobre a experiência proporcionada pela formação profissionalizante na área de cuidador de idosos.

Para tratar da minha experiência como etnógrafa e aprendiz de cuidadora de idosos, destaco um dos trechos iniciais do meu Diário de Campo, onde relato as circunstâncias em que me apresentei a turma e falei sobre meus objetivos no curso de cuidador de idosos:

Havia apresentado minhas intenções de pesquisa para a coordenadora pedagógica do curso antes de me matricular e repeti a dose nesta aula, pois, como é de praxe, há sempre uma rodada de apresentações no primeiro encontro. Eu estava ansiosa para conhecer a professora e as demais estudantes e ensaiei meu discurso com alguma antecedência, escolhendo palavras e expressões que ajudassem a descrever a complicada tarefa a que me dispus realizar. No primeiro encontro, cheguei pontualmente às 14:20, horário combinado para o início da sessão, e encontrei na sala um pequeno grupo formado exclusivamente por mulheres. [...] ouvi as apresentações das alunas e quando chegou minha vez, tentei ser simpática ao falar da minha pesquisa e do trabalho do antropólogo e, mesmo reconhecendo nas expressões aqueles já conhecidos sinais de dúvida e incompreensão, prossegui corajosamente até explicar que precisaria do apoio delas para realizar meu estudo e que pretendia entrevistá-las no futuro<sup>148</sup>. A professora disse que eu poderia contar com ela para o que fosse necessário e que estava muito feliz por meu interesse na questão. Naquela ocasião, pedi autorização a ela e às alunas para gravar nossas aulas a partir do nosso próximo encontro, ao que todas concordaram, e, apesar de duvidar da eficácia da minha fala (especialmente sobre “o que faz um antropólogo”), voltei a ocupar meu assento com uma suave sensação de dever cumprido, afinal era só o início da minha jornada (Nota do Diário de Campo, 29.09.2012).

---

<sup>148</sup> Certamente falar em “entrevista” em alguns contextos é algo complicado e prejudicial, mas logo percebi que entre minhas colegas a palavra teve o efeito de um convite lisonjeiro, de manifestado interesse sobre suas experiências e opiniões, e muitas manifestaram-se positivamente sobre essa possibilidade.

### 5.3.1. Informações sobre o curso

O curso de cuidador de idosos que frequentei em Salvador é oferecido por uma rede de franquias. A sede franqueadora está localizada em São José do Rio Preto, em São Paulo, e começou a funcionar em 1998 com o intuito de profissionalizar pessoas que já estavam inseridas no mercado de trabalho. A coordenadora pedagógica com quem conversei me disse que existem franquias em todos os estados, em alguns casos mais de uma na mesma região, totalizando 66 escolas. Em Salvador, há apenas uma franquia em funcionamento há três anos, dedicada a profissionalizar pessoas “na área da saúde, beleza e bem estar”<sup>149</sup>.

Oferecido desde a inauguração da franquia, o curso de cuidador de idosos é, na visão da coordenadora, uma resposta às demandas do envelhecimento da população que tem gerado uma crescente necessidade de profissionais capacitados para cuidar dos idosos. Por conta desse cenário, ela explicou que o curso de cuidador de idosos tem tido uma grande demanda: “as pessoas estão vendo que há um mercado bem promissor” e todo mês é formada uma nova turma para este curso. Essa foi a propaganda que a coordenadora pedagógica fez sobre o curso, explicando porque ele era “diferenciado”:

Existem por aí oferta de cursos gratuitos de um mês, enquanto que no caso do curso da [franquia] a formatação é diferente: duração de 4 meses distribuído em 40h. Nele você vai aprender tudo que é necessário para cuidar de idosos, desde informações sobre saúde mental, sexualidade, doenças da terceira idade e as limitações do cuidador (que não é um técnico de enfermagem) (Úrsula, coordenadora pedagógica do curso, Salvador).

Perguntei-lhe se a empresa planejava intermediar a contratação de cuidadores de idosos formados no curso por empregadores interessados nesses profissionais e ela confirmou que planejavam começar um “serviço de orientação educacional” (SOE), onde os profissionais formados serão orientados desde a formulação do currículo até o encaminhamento para o mercado de trabalho. Explicou-me que seria criado um cadastro com esses profissionais formados nos cursos da empresa que serão orientados através de palestras sobre marketing

---

<sup>149</sup> A empresa também oferecia cursos de massoterapia, depilação e design de sobrancelhas, babá e baby-sitter, estética facial e corporal, auxiliar em saúde bucal, manicure e pedicure profissional, atendente de farmácia e drogarias, auxiliar de laboratório de análises clínicas, banho e tosa e auxiliar de veterinário e pet shops. Recordo de uma aula interrompida pela coordenadora, para passar uma lista do “programa de indicação”: “você podem indicar o nome e o telefone de pessoas conhecidas que possam vir a ter interesse nos cursos da [empresa] e, se alguém se matricular, vocês ganham um desconto de 20 reais na mensalidade para cada pessoa indicada que ingressar em algum curso. Além disso vocês estarão colaborando para a pontuação da sua professora. Atualmente a professora Eliana tem uma pontuação de 4 estrelas e pode se tornar uma professora 5 estrelas dependendo da procura pelo curso dela, que é o que a gente quer que aconteça com todos os professores da casa”. E uma aluna interrompeu: “Mas quem tá dizendo que ela é 4 é você, né, porque pra gente ela é 5 estrelas”.

peçoal e encaminhados para empresas de RH ou diretamente para vagas de trabalho. Segundo a coordenadora, a dificuldade de encontrar trabalho após a formação não é decorrente de problemas de capacitação do curso de cuidador de idosos. Muitos profissionais formados lá não sabem como se promover, onde anunciar suas habilidades ou buscar vagas de emprego e ficam perdidos. No caso dos cuidadores de idosos, há algumas dificuldades adicionais porque são profissionais destinados a trabalhar em domicílios, “quer dizer, a gente está fornecendo pessoal pra trabalhar dentro da casa das famílias. É diferente de oferecer mão de obra para um salão de beleza, por exemplo. A nossa responsabilidade é maior com os empregadores”. Ela falou que recebe ligações de pessoas interessadas em profissionais capacitados e já existe um encaminhamento informal. O que ela pretende é organizar um banco de dados com os estudantes formados na empresa. Lembro que quando conversei com a professora Eliana, ela comentou que já havia conversado com a coordenação do curso sobre a possibilidade de uma parceria com algumas instituições voltadas ao cuidado dos idosos para fornecer mão-de-obra formada pelo curso.

No ato da matrícula, fui informada que haveria aulas teóricas e práticas. Ao longo do curso, constatei que se resumia a aulas teóricas e alguns exercícios improvisados simulando algumas práticas de cuidado. Essa falta de correspondência entre o que foi prometido no momento da matrícula e o que de fato a empresa ofereceu provocou uma grande polêmica ao longo do curso. Com o passar do tempo, as alunas começaram a questionar a professora sobre a ausência de aulas práticas e Eliana tentou elucidar essa e algumas outras dúvidas. Algumas alunas falaram, por exemplo, que foram informadas (por pessoas que fazem a divulgação do curso na porta da empresa) que haveria lições para aplicar injeção intramuscular. A professora disse que era uma propaganda enganosa, pois cuidador de idosos não tem autorização para tal procedimento, restrito ao técnico em enfermagem e enfermeiro. Outra queixa das alunas é que, segundo foram informadas, o curso ofereceria estágio, informação que foi corrigida pela professora, afirmando que estava previsto uma “visita técnica”, geralmente no final do curso. Ela explicou que essa visita correspondia à seguinte situação: se alguém tiver interesse em colaborar voluntariamente em uma instituição voltada para o cuidado de idosos, a professora se dispõe a encaminhar essa aluna a um local adequado, onde aspectos práticos mencionados nas aulas podem ser exercitados<sup>150</sup>.

---

<sup>150</sup> As alunas reclamaram sobre a expectativa de aulas práticas e teóricas ao longo do curso e algumas afirmam que assim foram informadas quando abordadas pela equipe de divulgação do curso. Em alguns casos, até foram citados os nomes das instituições onde ocorreriam as aulas práticas. Essa expectativa era generalizada. Todas ficamos frustradas. Ainda sobre visita técnica, a professora disse que a informação que ela tinha era de que esta deveria ser marcada por ela quando 80% do curso já tivesse sido ministrado. Apenas os alunos adimplentes com a

Em uma das aulas, os ânimos estavam mais exaltados que de costume, era um período próximo às festas de fim de ano e as mulheres pareciam mais agitadas, e o clima ficou tenso quando a turma começou a fazer cobranças sobre outras “promessas” indicadas na propaganda do curso que eu desconhecia. O que ficou evidente é que não havia uniformidade na transmissão das informações sobre o curso e, aparentemente, cada aluna pagou por um produto com diferentes expectativas sobre ele. Foi preciso chamar a coordenadora pedagógica para prestar esclarecimentos e ouvir as queixas das alunas que esperavam desenvolver alguma experiência prática com o curso<sup>151</sup>.

Quando a turma percebeu que não havia jeito a não ser lamentar, algumas alunas ficaram hostis e começaram a questionar a legalidade da instituição, ou melhor, elas queriam saber como era possível ter certeza de que o certificado recebido será válido. A coordenadora argumentou que aquela era uma empresa séria, em funcionamento há muitos anos, atuando em diferentes regiões do país e só a franquia de Salvador contava com 800 alunos: “se houvesse alguma irregularidade, você acha que nós ainda estaríamos funcionando?”, ela interrogou. Outra aluna perguntou: “se a família do idoso questionar meu certificado?”. A coordenadora disse que ela deveria dar o contato da coordenação do curso para a família obter maiores informações. Ela ressaltou que não é uma prática comum, mas se alguém se encontrar nessa situação ela poderia abrir uma exceção e fornecer maiores informações aos contratantes que demonstrarem suspeitas em relação ao certificado emitido pelo curso. A coordenadora se despediu, pedindo desculpas sobre os problemas de comunicação da equipe da empresa<sup>152</sup>.

---

administração do curso teriam direito à visita. Como a professora tem muitos conhecidos em Lares de idosos, não teria dificuldades de combinar um dia de prestação de serviços voluntários e encaminhar as alunas para instituições desse gênero, independente das regras do curso. De todo modo, a visita não aconteceu durante todo o curso.

<sup>151</sup> Quando a coordenadora chegou à sala para ouvir as queixas das alunas sobre informações fornecidas antes da matrícula no curso e que não correspondiam às expectativas, as pessoas que se sentiram prejudicadas mencionaram promessas feitas no ato da matrícula sobre estágio, aulas práticas, havendo também promessas de curso “três em um”: cuidador de idoso, técnica em enfermagem e primeiros socorros. A coordenadora procurou saber quem passou essas informações e disse que era o primeiro caso em que havia esse desencontro de informações. Afirmou, ainda, que o problema seria corrigido e os funcionários, punidos. Ela explicou que o curso de cuidador não inclui estágio, pois isso exigiria a modificação de caracterização do curso, de profissionalizante para técnico, com carga horária e conteúdo programático diferente. Cursos técnicos são regulamentados por outras instituições. Segundo ela, no caso do curso de cuidador de idosos, quem regulamenta é o Ministério do Trabalho e Emprego e Secretaria de Educação. A aplicação de injeção, por exemplo, não faz parte da formação de cuidador. Há visitas técnicas programadas, mas nenhum curso da empresa oferece estágio.

<sup>152</sup> Ao conversar com ela, três meses após a conclusão do curso, a coordenadora reconheceu que, no caso da “visita técnica”, prometida e confirmada por ela, não foi realizada no caso da nossa turma e de outras naquele período. Mas esse problema estava em vias de ser solucionado porque ela tinha conseguido “fidelizar um abrigo” recentemente e que dali em diante seriam realizadas as tais visitas técnicas “para as alunas realizarem atividades com os idosos. A teoria é tão importante quanto o convívio com os idosos e por isso os alunos precisam ir pro ‘campo’”. Ela me falou que outras tentativas foram feitas anteriormente, mas os próprios estudantes apresentavam justificativas de impedimento como trabalho e outras ocupações. Reconheceu que não poderá atender a todos, mas ao menos aqueles que tiverem interesse real, terão à disposição esse Lar de idosos com o qual ela firmou uma

Nessa ocasião havia apenas uma professora ministrando aulas, Eliana, formada em enfermagem e com especialização em geriatria. Os critérios para seleção de professores para esse curso, segundo me informou a coordenadora, são formação acadêmica em enfermagem, experiência profissional “porque sem experiência prática a pessoa não consegue passar o conteúdo do curso como deve pra formar um profissional em cuidados de idosos”, especialização na área da geriatria e saúde do idoso. Além dos critérios curriculares, são exigidas habilidades para o ensino, e o candidato à vaga de professor apresenta uma aula teste. Segundo ela, antes da professora Eliana, houve outros professores, mas nessa época ainda não era coordenadora. Quando assumiu esse posto na empresa, convidou a professora Eliana para lá trabalhar, a partir da sétima turma. No período em que fiz o curso, havia duas turmas sendo formadas, simultaneamente, aos sábados (nos dois turnos) e a previsão de uma nova turma que ocuparia um turno intermediário, das 11h20 às 14h20. Perguntei à coordenadora quando a professora almoçaria, assumindo 3 turmas no mesmo dia e a coordenadora riu: “ela vai almoçar em algum intervalozinho desse aí”.

Eliana me contou que começou a trabalhar há um ano como professora na formação de cuidadores de idosos na empresa. Contou que já havia observado muitas melhorias no curso, mas ainda faltavam muitas coisas. Ela explicou que as alunas que já tem experiência são mais complicadas, porque não tem paciência para estudar a teoria, que já sabem tudo, “que cuidar, todo mundo sabe”. A professora achava que era preciso melhorar a estrutura do curso em termos de equipamentos e aulas práticas. Disse que a experiência de formar cuidadores de idosos é gratificante, mas também ficava muito preocupada se o curso e treinamento eram suficientes para tirar as dúvidas que surgem na prática. Para a professora, o tempo do curso é muito curto para trabalhar as diversas questões que envolvem o cuidado de idosos:

Procuro ficar à disposição para que as alunas sempre me procurem quando se deparam com situações que não sabem como lidar. Além disso, tem uma amizade que nasce com essas pessoas que são formadas pra trabalhar como cuidadora de idosos. Eu me sinto responsável pelo trabalho delas e pelo bem-estar delas também (Eliana, professora do curso, Salvador).

---

parceria e que fica localizado na mesma região onde funciona o curso. Quanto à infraestrutura do curso, especialmente em relação aos equipamentos utilizados para ministrar aulas do curso, a coordenadora me disse que apenas muito recentemente foram adquiridos diversos materiais destinados às aulas práticas: “agora o curso vai melhorar 100%”. Cadeira de rodas (para aprender a movimentar idosos cadeirantes), lençóis, bonecos, fraldas, baldes, bacias, talheres, “coisas simples, que antes não tínhamos”. A lista de materiais necessários foi formulada junto com a professora Eliana, que dali em diante poderá ensinar como manipular esses instrumentos na prática, “agora ela tem tudo de material para o curso de cuidador. Não falta mais nada”.

Quando nos conhecemos, Eliana já havia formado 5 turmas de cuidadoras. Três meses após a conclusão do curso, na ocasião em que a entrevistei, ela trabalhava com 2 turmas, mas em breve anunciou que haveria uma 3ª turma: “não sei como vai ser, porque serão todas no mesmo dia, no sábado. Entro na sala 8hs e só vou sair às 17h20”. Afirmou que vem aprendendo muito com essas turmas e que valorizava aulas participativas: “você aprende quando dá abertura às pessoas para elas contarem seus casos, tirarem suas dúvidas. É claro que muitas se excedem, mas eu prefiro assim que ficar na frente falando sozinha”. Confessou que nas primeiras turmas esperava que os cuidadores que estavam sendo formados fossem pessoas interessadas exclusivamente na remuneração ou no certificado e descobriu, nas aulas, que não era esse o perfil. Ela contou que descobriu história incríveis em todas as turmas, pessoas motivadas, envolvidas, preocupadas de verdade com a qualidade do serviço prestado e essa era uma grande satisfação para ela.

Também no ato da matrícula foi recomendado a todas as alunas que adquirissem o material didático produzido pela editora que pertence à empresa que fornece o curso. O módulo custava 110 reais e a coordenadora pedagógica explicou que o conteúdo foi preparado por enfermeiros especializados na área do cuidado de idosos e que todas as franquias utilizam o mesmo material didático – módulo e *slides*<sup>153</sup>. Durante o curso, entretanto, a professora não fez uso do módulo, explicando que não o acompanhava pois considerava o material cheio de problemas, “inclusive com cópias de material da internet”<sup>154</sup>. Apesar dessa declaração, constatei que o material utilizado pela professora – os *slides* que ela apresentava na pequena tela de tv – não passavam de uma síntese dos capítulos do módulo, especialmente os trechos esquemáticos, onde eram apresentadas informações em tabelas, gráficos ou listas. Ela afirmou que não recomendava nem proibia o uso do módulo e que a aquisição dele ficaria a critério de

---

<sup>153</sup> A coordenadora explicou que, no início, o curso era mais básico. Há nove meses o material que era utilizado foi reformulado, “veio bem melhor, mudou o perfil todo”. Ela conta que quando assumiu a coordenação era um módulo bem “fininho”. O módulo foi ampliado e passou a abordar assuntos que não poderiam ficar de fora. Cada unidade franquizada contribuiu com sugestões para a melhoria do módulo, conforme o desenvolvimento do curso. Quando acumulam um número significativo de sugestões é lançada uma nova edição. Mencionei a falta de referências bibliográficas no módulo e ela admitiu que esta é uma queixa geral: “quem está acostumado na faculdade com tudo referenciado, sente falta mesmo, porque senão é plágio”. Prometeu que na próxima edição isso seria corrigido.

<sup>154</sup> Eliana se referia a constatação de plágio de textos acadêmicos produzidos por especialistas da área da saúde. Quando analisei o módulo, encontrei páginas e páginas copiadas integralmente de artigos disponíveis na internet. Ironicamente, a coordenadora pedagógica alertava, com regularidade, sobre a proibição de fotocopiarmos o módulo e que tal atitude seria tratada como crime.

cada aluna<sup>155</sup>. Comentei que a meu ver o problema mais grave do módulo era a ausência das referências bibliográficas, o que nos impedia de pesquisar as fontes das informações apresentadas. A professora concordou e anunciou que possuía livros sobre os temas que iam ser tratados nas aulas e que eles estavam à disposição da turma.

Em relação ao perfil dos estudantes do curso de cuidador de idosos, a coordenadora esclareceu que as turmas são formadas majoritariamente por mulheres, entre 35 a 45 anos de idade, ou mais<sup>156</sup>. Até a ocasião em que conversamos, 13 turmas foram formadas desde que o curso foi criado, com 16 a 20 pessoas cada uma. Ela explicou que não há tantas pessoas jovens buscando o curso e isso decorre, segundo ela, da falta de paciência e maturidade para lidar com os idosos “em situação delicada”. Também não há muitos homens procurando o curso, embora haja uma procura muito grande por homens cuidadores de idosos: “O homem, querendo ou não, é machista. Quando ele envelhece, muitas vezes não aceita ser cuidado por uma mulher. Tem idosos que só aceitam receber cuidados de outro homem, por ser do mesmo sexo, por entender melhor as questões masculinas”. Para ela, em contrapartida, os homens não costumam procurar profissionalização na área da saúde, “as mulheres dominam a área da saúde”, mas no caso do curso de cuidador, a coordenadora explicou que nem é por preconceito que não há muitos homens buscando o curso, mas sim por eles ainda não terem se dado conta de que esta é uma área promissora para eles, “não despertaram ainda pra isso”.

---

<sup>155</sup> Lembro que uma aluna perguntou se não havia uma apostila mais simples para distribuir pra turma. Outras alunas comentaram que o módulo era muito caro e não teriam condições de comprá-lo mesmo em prestações a perder de vista.

<sup>156</sup> Na segunda aula do curso, entrou na sala um rapaz de, no máximo, 25 anos, anunciado pela coordenadora pedagógica, que estava em sua companhia: “Chegou o único homem do curso, pessoal, pra botar moral na profissão de vocês”. A reação da turma foi de grande alvoroço e ele ficou visivelmente constrangido com a atenção que despertou. De certo modo, o fato de sermos um grupo ruidoso e tagarela, excessivamente à vontade umas entre as outras, e exclusivamente feminino, parecia levar o rapaz a sentir sua presença na sala como algo impróprio, do tipo: “não tenho nenhum companheiro aqui. Talvez isso seja coisa de mulher”, ou coisa que o valha. E como que confirmando minhas suspeitas, ele declarou: “é que eu começo a entender que essa é uma profissão mais feminina, uma coisa mais...”. Logo foi interrompido por uma colega: “tem nada a ver”. A professora completou: “você sabia que homem cuidador é mais remunerado que a cuidadora? Sabe por que? Geralmente o paciente do homem cuidador é outro homem, pode sofrer de obesidade e estar totalmente acamado, o que exige certa força física que uma mulher, muitas vezes, não tem”. Como evidência de sua existência, algumas colegas murmuram: “tem sim”, “existe”, “eu já vi cuidador homem”. Uma delas disse que conhece uma senhora que só quer cuidador homem e a professora afirmou que conhecia também alguns casos assim. Para o rapaz aspirante a cuidador, ela voltou a reforçar: “ganha mais e está mais escasso no mercado”. Com toda a comoção que provocou, o rapaz finalmente encontrou uma brecha para continuar sua apresentação: “eu também conheço... conheço dois, mas todos dois meio...” e fez um gesto que sugeria alguém desmunhecando, o que nitidamente fazia referência à possível homossexualidade dos cuidadores que ele conhecia. Prosseguiu: “aí eu fico até com medo de começar a...” e desmunhecou de novo, arrancando risos da plateia feminina. Uma aluna disse que “cuidador homem era como cabeleireiro, nem todos são...” (ninguém tinha coragem de dizer “gay”, ainda que fosse esse o assunto). O rapaz explicou que era funcionário da empresa, aluno do curso de Gestão Hospitalar em uma faculdade particular e podia escolher um curso da empresa para participar gratuitamente. Escolheu o curso de cuidador de idosos porque sonhava em ser nefrologista. Após 40 minutos de aula, ele conseguiu fugir e nunca mais apareceu.

Na primeira aula do curso, as alunas da minha turma, ao se apresentarem, expuseram suas motivações. No caso de duas alunas que ainda não tinham experiência como cuidadora de idosos, ambas foram convencidas por outras pessoas a fazerem o curso. Uma delas, Andréa, explicou que trabalhou como empregada doméstica por dois anos e percebeu que essa atividade não lhe rendia muito dinheiro e custava muito sofrimento. Ela resolveu fazer o curso de cuidador de idoso pouco antes de ser demitida do último emprego. Contou que planejava fazer o curso de massoterapia, mas a cunhada insistiu muito para que ela tentasse algo na área de saúde: “eu comecei sem interesse nenhum em ser cuidadora de idoso”. A outra, Amanda, me disse ter sido convencida por alguns promotores de venda que a abordaram na entrada do prédio onde funciona a empresa. Na abordagem, lhe disseram que poderia prestar serviços na empresa em troca do curso e ela aceitou a proposta, trabalhando como promotora de vendas para poder pagar a formação. Amanda achava importante se profissionalizar para cuidar de maneira adequada de uma pessoa idosa, pois “o idoso não precisa só de conversa, precisa saber como pegar nele pra ele não sentir dor, tem que aprender a lidar com as doenças da idade, como dar os remédios e tudo isso a gente só aprende com um curso”. Amanda também fez um curso de auxiliar de laboratório na mesma época em que fez o curso para cuidador de idoso e me disse que planejava fazer um curso técnico de enfermagem.

Olívia, uma das cuidadoras contratadas, disse que decidiu fazer o curso para poder ajudar mais o idoso que ela cuida: “depois de um ano trabalhando com ele, senti necessidade de aprender um pouco mais”. No seu caso, a primeira parcela do curso foi paga pelo idoso e o restante por ela. Odete, outra aluna que já trabalhava como empregada doméstica e cuidadora de uma idosa me disse que considerava importante se profissionalizar pra trabalhar nessa área para aprender mais coisas: “eu aprendi a tirar pressão, a dar banho no leito, coisas que eu não sabia”. Explicou que se interessou pelo curso quando começou a se perguntar o que fazer para trabalhar exclusivamente como cuidadora de idosos e percebeu que poderia encontrar uma oportunidade de trabalho melhor, mas que envolvesse um idoso com problemas mais sérios que o da idosa que ela cuidava há 4 anos. Tive a impressão de que ela estava procurando ampliar suas chances de atuação profissional para aumentar sua remuneração e acreditava que o curso lhe tornaria mais apta a cuidar de idosos com dependências mais graves.

Também me recordo de dois relatos que escutei durante algumas aulas. Uma aluna falou sobre as dificuldades que enfrentou para cuidar de um idoso violento e abusivo que sofria de diversos transtornos psiquiátricos. Ela contou que decidiu fazer o curso depois que pediu demissão: “eu vou fazer o curso de cuidador de idoso porque a partir do momento que eu suportei ele por 3 anos, eu estou apta a cuidar de qualquer idoso. Estou”. Outra aluna, em outro

momento, expôs seus motivos: não tinha experiência como cuidadora, queria saber se seria capaz de trabalhar nessa área e considerou que matricular-se no curso seria uma oportunidade de aprender mais sobre a profissão. Mesmo que depois constatasse que não tinha perfil para o serviço, ela achava vantajoso fazer o curso para se preparar para a própria velhice. Além disso, teve notícias de que em breve surgiria uma vaga em uma casa para cuidar de uma idosa e avaliou que o certificado seria um elemento importante para seu currículo, já que não tem experiência como cuidadora de idosos contratada.

De modo geral, as razões variaram entre a busca por uma oportunidade de trabalho -- que poderia ser conquistada com um certificado de cuidador de idoso profissional -- e a busca por mais experiência para cuidar de alguém que já está sob sua responsabilidade, ou uma combinação desses motivos sintetizada na ideia de que, com o curso, poderiam obter ou aumentar suas rendas derivadas do trabalho de cuidadora de idosos.

### **5.3.2. O cotidiano das aulas**

As aulas aconteciam numa sala retangular, com pouco mais de 12m<sup>2</sup>, com ar-condicionado e cercada por paredes brancas e finas. Os equipamentos imediatamente visíveis correspondiam a uma TV de tela plana e um DVD. As cadeiras enfileiradas estavam dispostas muito próximas umas das outras, sendo difícil atravessar o ambiente sem esbarrar nelas ou incomodar alguém. Havia cerca de 20 pessoas inscritas no curso e o espaço parecia terrivelmente apertado. Como o prédio onde funcionava a empresa que fornecia o curso estava localizado em uma região de Salvador muito movimentada e barulhenta, próxima à Estação da Lapa, em muitas aulas essa agitação da rua invadia a sala e complicava o andamento das aulas. Não era incomum assistir a professora, que parecia sempre muito cansada, fazendo um esforço extra para sobrepor o som da sua voz ao som do “arrocha”, tocado por um vendedor de café que circulava com seu carrinho pelas imediações.

A turma me recebeu de modo carinhoso e as alunas foram muito receptivas aos meus questionamentos. Sabiam que eu não tinha qualquer experiência na área, não pretendia disputar uma vaga como cuidadora de idosos e meu objetivo ali era realizar um estudo, aceitando com muita cordialidade minhas perguntas que soavam óbvias, minha ignorância sobre o dia a dia do trabalho de cuidador de idosos e eram muito condescendentes com minhas dúvidas e provocações durante as aulas. Impossível saber como seria essa experiência sem as particularidades que explicavam minha presença no curso. O que sei é que muitas vezes a turma parecia agir como se eu estivesse fazendo um grupo focal, sem que estivesse em meus planos

usar essa técnica. Minhas perguntas suscitavam longos debates: minha interferência nas aulas e a disposição das alunas e da professora em me ajudar na realização da pesquisa permitiram longas e enriquecedoras discussões sobre temas que eu pretendia problematizar e sobre outros que eu sequer havia me dado conta de que existiam.

O encontro de todas aquelas mulheres com a professora Eliana, extremamente amável e atenciosa, foi festejado por todas do início ao fim. Tive a impressão de que, para muitas alunas, as aulas eram também uma oportunidade de desabafar, trocar experiências, queixar-se das coisas que viam e vivenciavam, os dilemas que permeavam seus cotidianos. Isso ficava ainda mais evidente quando alguém começava a chorar e todas buscavam fornecer algum consolo. Às vezes, tinha a impressão de que estávamos fazendo uma terapia em grupo. Esse clima era tão envolvente nas aulas que eu também paguei minha cota de lágrimas em um encontro que ocorreu no período em que minha avó estava internada após um AVC que a deixou em coma irreversível<sup>157</sup>. Os momentos de transbordamento emocional, em que relatos eram feitos entre lágrimas, eram muito comuns e parecia ser importante para as alunas partilhar o sofrimento da lida diária cuidando de idosos nas “casas dos outros”, enquanto a professora, sempre disposta, consolava e ajudava as pessoas a encontrar soluções para seus problemas. De certo modo, as dores, quando partilhadas, promoviam uma sensação de união e proximidade com as outras alunas e com a professora, uma conexão valiosa para profissionais que muitas vezes não encontram o devido reconhecimento de seu trabalho aos olhos de empregadores.

Por outro lado, algumas coisas me incomodavam muito no curso, como, por exemplo, o “clima” informal das aulas: todas pareciam se sentir tão à vontade ali que, frequentemente, a

---

<sup>157</sup> Fui criada por minha mãe com o apoio de minha avó, que foi morar conosco logo que eu nasci. A eminência de sua morte, uma pessoa tão amada e que cuidou de mim por tantos anos, me abalou profundamente e, apesar de estar muito deprimida naquele sábado (creio que três dias antes de seu falecimento), fui à aula do curso. Até consegui “manter a pose” por um tempo, mas a professora naquela tarde resolver passar na televisão um *clip* com um poema do Olavo Bilac, com um fundo musical triste (aquela canção famosa do filme *Ghost* tocada no piano). O poema, “Velhas Árvores”, com a canção e as imagens em preto e branco de idosos, tudo combinado, me levou a chorar. Foi um desabafo e se o confesso aqui é só para ilustrar o quanto as aulas, a postura da turma e da professora, proporcionavam situações de transbordamento emocional que, de certo modo, conectavam as alunas entre si e com a professora. A postura da professora, sempre muito acolhedora, acabou servindo de incentivo para um desabafo e eu, que tento ser parcimoniosa na exposição dos meus sentimentos publicamente, deixei-me levar por uma torrente de emoções dolorosas e falei sobre minha avó e sua partida esperada. Mesmo envergonhada por promover mais um momento “terapia em grupo”, acabei contando minha situação dolorosa daquele momento. Escutar o trecho inicial dessa aula, já na fase de sistematização dos dados coletados, foi muito difícil para mim. Como que procurando dar sentido ao meu sofrimento, a professora explicou que eu estava vivendo a fase do luto chamada de “luto antecipado” e que era importante falar sobre o assunto para encontrar algum alívio: “eu gosto muito de trabalhar com o emocional das pessoas, porque nós, seres humanos, somos seres holísticos”, ela enfatizava. E me perguntou se eu já havia lido o livro de Elisabeth Kübler-Ross, “A roda da vida – memórias do viver e do morrer”. Respondi que não e ela prosseguiu: “sobre a morte e o morrer? Eu vou mandar uma cópia pra você. A questão é assim, todo mundo morre? Morre. Mas você sabia que uma questão dessa, familiar, você vai remoendo aquele luto... Tem gente que passa anos a fio sem seguir a vida. Nós precisamos matar nossos mortos pra continuar vivendo”.

professora era interrompida por não conseguir falar mais alto ou conseguir a atenção da turma, que se dividia em dezenas de conversas paralelas entre as alunas sobre os mais variados assuntos. Além do barulho gerado pela localização do prédio onde ocorriam as aulas, na sala às vezes parecia que estávamos na feira, ou algo do gênero. Eliana era muito tolerante, paciente e disposta, especialmente diante da euforia de algumas colegas que não conseguiam, por algum motivo, ficar em silêncio.

Não tivemos aulas práticas, embora fosse uma promessa do curso (o que gerou muita polêmica com a coordenação, conforme já mencionei). Todas as aulas foram expositivas, quase sempre com o auxílio de *slides* e vídeos do *Youtube*. A professora encomendou alguns exercícios para serem feitos em casa e tivemos algumas avaliações escritas. Um dos exercícios era sobre envelhecimento na atualidade, outro sobre doenças típicas do envelhecimento (definições, fatores de risco, sintomas e tratamentos). Houve também uma tarefa proposta sobre a formulação de uma rotina de cuidados para um idoso com um quadro de saúde hipotético. Esse trabalho consistia em duas etapas: primeiro a cuidadora avaliava tudo que precisava ser feito diante do quadro clínico do idoso, planejando a rotina, e em seguida registrava o que aconteceu no cotidiano, na tentativa de colocar em prática a rotina planejada.

### **5.3.3. Avaliando o curso**

Minhas interlocutoras na pesquisa, ao avaliarem essa experiência de formação profissional em conversas comigo, destacaram a atuação da professora Eliana, exaltando suas qualidades e seu profissionalismo. Já quanto ao curso propriamente dito, a infraestrutura oferecida pela empresa, o clima das aulas e outros detalhes, as opiniões foram variadas, apontando críticas à estrutura pedagógica, às condições materiais e ao comportamento das estudantes.

Odete me disse que depois do curso se sentia mais segura para lidar com casos mais graves, em razão do seu aprendizado no curso. Ela pagou o curso sozinha e afirmou que este correspondeu as suas expectativas: “eu aprendi as coisas que não sabia com uma professora muito paciente, excelente. Claro que não deu pra aprender tudo, mas o que ela passou pra gente já valeu a pena. Eu achei o tempo muito curto pra tanta coisa que a gente precisa saber”. De qualquer forma, disse que não sentiu dificuldades ao longo do curso, achou tudo positivo e indicaria esse curso a outras pessoas. Odete acreditava que aquilo que não aprendeu no curso, iria aprender quando houvesse necessidade: “pelo que a professora disse, quando o idoso precisa de cuidados muito especiais, vai vir uma enfermeira e ensinar o que a gente precisa saber né?”.

Olívia, por sua vez, mostrou-se menos entusiasmada, argumentando que esperava que o curso não fosse tão básico: “pensei que aprenderia um pouco mais. Tem outros cursos que ensinam mais coisas”. Apesar da crítica, afirmou ter aprendido muito, principalmente com a professora Eliana, que ela achava muito boa, muito paciente e experiente. Achei interessante quando ela falou sobre o impacto do curso na sua relação com o idoso que cuidava na época. Em certa medida, as aulas, as discussões e as orientações dadas pela professora a sensibilizaram, acrescentando uma renovada empatia pelo idoso, confessando-me que mudou o tratamento que dava a ele antes da experiência do curso:

Eu acho que o principal que eu aprendi com o curso foi entender ele melhor, aprendi a lidar com ele. Quando eu entrei no curso, eu ainda era muito estressada com ele. Quando eu me aborrecia com ele, saía batendo o pé e deixava ele falando sozinho. Com o curso, eu aprendi a ter mais paciência com ele. Quando ele me trata mal, assim, fala mais grosso comigo, eu saio, dou uma voltinha na casa e volto como se nada tivesse acontecido. Não fico mais chateada com o mau humor dele, com as zangas. Agora eu relevo tudo. Acho que aprendi a entender melhor a situação dele (Olívia, cuidadora contratada, Salvador).

Olívia também não teve nenhuma dificuldade no curso, mas sentiu falta de aulas práticas, de um estágio, segundo ela, “pra ter mais experiência. Falar é uma coisa, fazer é outra”. De todo modo, para ela, o mais importante foi ter conseguido o certificado: “foi a recompensa, porque agora eu posso provar que fiz o curso nessa área”. Como muitas promessas feitas não foram cumpridas, disse que não recomendaria o curso para outras pessoas: “eu recomendaria que a pessoa fizesse um curso de cuidador, mas não lá onde a gente fez”.

Andréa afirmou que o curso de cuidador de idosos foi muito útil, embora muitas aulas tenham sido prejudicadas pela confusão criada pelas alunas. Achava importante se profissionalizar para trabalhar nessa função, adquirindo conhecimentos sobre o corpo humano, doenças e sobre como administrar as relações com o idoso e sua família. Andréa pagou o curso sozinha e não tinha muitas expectativas sobre ele, nem achava que ia mesmo trabalhar na área. Mas, segundo ela, a professora foi uma grande incentivadora e agora quer se dedicar a isso. Sua maior dificuldade no curso foi conseguir se concentrar porque havia muitas intervenções por parte das alunas, o que fazia a professora mudar de assunto muitas vezes e isso atrapalhava a compreensão. Avaliou a atuação da professora como excelente, mas o lado negativo era a turma que dificultava o andamento das aulas. Ela disse que indicaria o curso apenas por causa da professora.

Amanda foi uma das avaliadoras mais severas do curso. Ela me disse que o curso não atendeu às suas expectativas, pois esperava muito mais conhecimentos técnicos. Comentou que se surgisse uma oportunidade de trabalhar como cuidadora de idosos ainda precisaria de treinamento, pois não se sentia plenamente apta a trabalhar na função: “foi muito teórico, teve pouca prática... eu queria ter dado banho em um idoso, trocar fralda, só dá pra aprender fazendo”. Ela também achou o curso muito curto: “acho que só quem já tinha experiência saiu dali pronto pra trabalhar nisso. Mesmo assim, eu acho que poucas pessoas aprenderam mais coisas sobre cuidar de um idoso”. Apesar das queixas, achava que a experiência do curso foi válida, pois podia “escutar as colegas que já trabalham na área, ajudando a trazer a gente pra realidade do que é a profissão... porque tem muita fantasia também, coisas que a gente nem imagina que tá envolvido com cuidar de um idoso”. Segundo Amanda, a professora foi maravilhosa, sendo um grande exemplo de alguém que sabe cuidar com amor, fazendo todas perceberem “que pra cuidar tem que ter amor”. Contou que depois do curso passou a ler a bula dos remédios e achou importante a ideia de ter um caderno de registro do trabalho do cuidador. Mas os elogios cessaram aí. Logo voltou a reclamar dizendo que a turma fazia muito barulho e nem sempre a aula transcorria com a tranquilidade necessária para aprender o que a professora se esforçava em ensinar. Também sugeriu que o mau comportamento da turma era resultado do grande número de cuidadoras experientes que só queriam o certificado e não viam grande acréscimo de conhecimento nas aulas: “quem fez o curso sem nunca ter trabalhado na área podia ter aprendido mais se não fosse tanta bagunça. Quem já tinha experiência não deu chance de quem não sabia aprender. Às vezes parecia que elas é que queriam dar a aula”<sup>158</sup>. Amanda chegou a pensar em desistir do curso por causa da turma muito agitada, mas a irmã disse que ela devia continuar e hoje ela não se arrepende de ter persistido. Apesar das críticas, diz que indicaria o curso a outras pessoas.

A avaliação da professora sobre o curso foi feita sob outra perspectiva. Quando entrevistei a professora, três meses após a finalização da minha turma, ela comentou sobre a maior dificuldade que identificou em todas as turmas que lecionou: alunas que não foram corretamente alfabetizadas e, apesar de terem certificado de conclusão do ensino fundamental, não sabiam ler e escrever adequadamente e por isso tinham muita dificuldade em acompanhar o curso de cuidador de idosos. Por outro lado, segundo a professora, nem sempre o problema

---

<sup>158</sup> Seu comentário me fez recordar de uma aula em que uma aluna me falou que não contrataria como cuidadora de idoso grande parte das alunas daquela turma. Ela achava que a maioria ia “sair tão despreparada quanto entrou simplesmente por não ter perfil, é só observar bem que você percebe quanta gente sem noção se matriculou aqui. Elas não prestam atenção, acham que já sabem de tudo e só querem o certificado. É cada comentário que foge completamente da aula. Esse curso não é barato e a gente perde muito tempo com essas conversas bestas”.

estava na precariedade da educação formal. A solução por ela encontrada, nesses casos, foi conseguir estágio não remunerado para essas estudantes, porque o importante mesmo era saber se elas eram capazes de colocar em prática o conhecimento aprendido: “em alguns casos, eu descobri que independente de não saber ler e escrever, algumas alunas não tinham mesmo perfil de cuidador”.

Quanto ao curso, a professora avaliou como “bom” e “diferenciado”:

O formato é diferente e agora eles estão reprogramando o curso, inclusive inserindo algo que eu já vinha falando, que é o curso de primeiros socorros. Vocês não tiveram isso, mas podem voltar e fazer. Eu chamo minhas ex-alunas pra participar de qualquer coisa nova que surja e estou sempre disponível para tirar dúvidas (Eliana, professora do curso, Salvador).

Também me disse aprovar o módulo modificado proposto no curso. Falando de modo animado, parecia convicta de que as alterações foram positivas. No entanto, apesar do entusiasmo, ponderou:

O que ainda tem que melhorar são as aulas práticas dentro da sala de aula. A gente precisaria de um laboratório, como se fosse o quarto de um paciente acamado. Com um boneco apropriado, com o leito, uma cadeira de banho outra de rodas... mas [a coordenadora] disse que o boneco é muito caro e vai demorar um pouco ainda<sup>159</sup> (Eliana, professora do curso, Salvador).

---

<sup>159</sup> Ela comentou também que apesar das novas aquisições, os equipamentos mais caros ainda não haviam sido comprados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser idoso ou idosa, oficialmente, depende de um marco cronológico. Contudo, o uso da idade cronológica para estabelecimento oficial da transição para a etapa conhecida como “velhice” constitui uma arbitrariedade que acaba por reunir, sob uma mesma denominação (“idosos”), um grupo que cresce a cada dia, marcado por heterogeneidades internas relacionadas à diversidade de contextos em que estão situados e pelas distintas condições de existência às quais estão submetidos homens e mulheres. Além disso, a condição de dependência do idoso não deve ser generalizada, pois em muitos casos vêm-se observando que a renda “garantida” dos idosos tem proporcionado maior capacidade de suporte familiar, indicando a reciprocidade geracional presente nas trocas estabelecidas nesse contexto.

Considerando os contextos português e brasileiro, a participação do governo de Portugal nas dinâmicas do cuidado em torno dos idosos -- inclusive reconhecendo a necessidade de amparar aqueles que não contam com suporte familiar, através do apoio domiciliário --, é muito mais ativa e intensa que a participação do Brasil, disponibilizando recursos humanos, materiais e afetivos no ambiente doméstico e familiar para cuidar dos idosos, diferentemente da Estratégia Saúde da Família, modelo brasileiro, em que não se verifica uma atenção específica ao idoso. De todo modo, as legislações dos dois países apontam para a família como o principal grupo responsável por prover cuidados aos idosos e o domicílio como o lugar recomendado para o idoso viver, salvo nos casos em que as condições de saúde exigem a institucionalização.

Durante a realização do estudo, a relação entre o asilo e o abandono, de se “estar entregue” a pessoas desconhecidas soava “chocante” e inadmissível para a maioria dos interlocutores da pesquisa. Receber cuidados de desconhecidos e fora de casa parecia contrapor-se a uma certa percepção de que cuidar é algo íntimo e, por isso mesmo, deve ser realizado por pessoas muito próximas de quem é objeto do cuidado. Entretanto, como este trabalho buscou evidenciar, esse modo de encarar o cuidado parece provocar inúmeros transtornos para as relações familiares, pois quando não é possível que assim seja -- quando é preciso contar com o apoio de uma equipe médica, a ajuda extra de uma pessoa “estranha” ou lidar com o uso de equipamentos e regras --, muitas conturbações podem surgir na vida do idoso e de seus familiares.

Algumas histórias que foram apresentadas colocam em xeque o pressuposto de que o abandono do idoso ocorre quando ele é institucionalizado. É possível estar sozinho e sem

amparo, trancado em sua casa, à espera do retorno do cuidador, assim como é possível ser tratado como um “fardo” sobre o qual os outros familiares decidem quem é o “carregador” responsável. Geralmente, a responsabilidade de cuidar recai sobre as figuras femininas da família, especialmente filhas viúvas ou solteiras. Mas assumir a responsabilidade de cuidar de um parente idoso pode ser encarado como uma obrigação, um ajuste de contas público, onde, aos olhares externos, um filho ou uma filha estão fazendo o seu “papel” cuidando dos pais idosos, mas que pode conviver com modalidades precárias do cuidado, como tarefas cotidianas realizadas de forma “mecânica”, sem envolvimento afetivo. De forma geral, cuidadores apontaram para a história familiar como a base onde se fundamentam as relações que serão vivenciadas quando os mais velhos precisarem da ajuda das gerações mais jovens da família. E se o abandono e as mágoas da infância e juventude podem se converter numa distância emocional entre filhos cuidadores e pais idosos, uma história familiar repleta de boas recordações, gratidão e carinho pode se converter em situações onde assumir a responsabilidade de cuidar do parente idoso seja uma grande alegria e satisfação para o cuidador, que encara as condições de dependência de seu familiar idoso como uma oportunidade de retribuir todo afeto e cuidado que recebeu ao longo de uma trajetória de vida em comum.

Um dos objetivos deste estudo foi identificar redes de cuidadores e, para tanto, investiguei como as famílias se organizam para fornecer a ajuda demandada pelos idosos. Nesse sentido, procurei analisar os circuitos de trocas intergeracionais, os fluxos de reciprocidade e os limites e possibilidades das redes de cuidado no contexto domiciliar. Como trabalhei em dois contextos distintos – Itaparica e Caminha – observei como a existência (ou ausência) de instituições, públicas ou privadas, à disposição dos idosos e suas famílias, seja para internamento ou apoio domiciliário, constitui um importante elemento nesta rede de cuidadores. Em Itaparica, por exemplo, não há instituições do gênero e a ênfase da minha pesquisa recaiu sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Já em Caminha, há Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) com diferentes atuações: “Lares” (residências dos idosos institucionalizados); os “Centros de Dia” (acolhem, ao longo do dia, os idosos, pensionistas ou pessoas em alguma situação de dependência, sendo que à noite essas pessoas regressam às suas casas, onde vivem sós ou em companhia de seus familiares); os “Centros de Convívio” (funcionam à tarde e são voltados a pessoas de qualquer idade) e os “Centros Sociais” são instituições maiores que oferecem os três tipos de serviço

A partir de tudo que vi e escutei ao longo dessa investigação, foi necessário problematizar a ideia de que contratar um cuidador para atender a um familiar idoso, assumir sozinho essa responsabilidade ou mesmo institucionalizá-lo sejam “escolhas”, propriamente

ditas. Nas decisões em torno dessas questões está sempre presente uma “mistura” desses fatores produzindo agenciamentos variados, o que torna os casos muitos distintos uns dos outros. É aqui que me valho especialmente das inspirações de Latour, onde o conceito de agenciamento remete justamente à ideia de que os processos não são consequência ou resultam apenas de decisões subjetivas e/ou intersubjetivas, mas configuram um constante desenrolar de situações em que intervém muitos outros mediadores além (ou apesar de) das intencionalidades dos sujeitos envolvidos. Assim, a maneira como as famílias hoje se organizam para lidar com as demandas e carências de seus parentes idosos dependerá muito do número de pessoas disponíveis para se dedicar à tarefa e da possibilidade ou não de compartilhar responsabilidades com outras pessoas, sejam elas parentes ou trabalhadores contratados. Mas também dependerá do quanto as pessoas envolvidas nas relações de cuidado são afetadas pela situação dos idosos, do quanto estão envolvidas emocionalmente e de quanta empatia sentem por eles. Os laços que unem cuidadores e idosos não são exclusivamente de parentesco e, contrariando algumas expectativas comuns, nem sempre as relações familiares são harmônicas e pacíficas. A qualidade do cuidado recebido também dependerá dos laços afetivos entre os idosos e seus cuidadores, sejam eles familiares ou contratados.

Ao investigar as relações de cuidado dos idosos no ambiente domiciliar esperava compreender como são executadas as diversas tarefas envolvidas nas dinâmicas do cuidado em um contexto que, à princípio, não foi planejado ou organizado para tal fim. Apesar de muitos interlocutores da pesquisa exaltarem os benefícios de se cuidar do idoso no domicílio -- ambiente que lhe é familiar, ao qual (supõe-se) está adaptado e onde (espera-se) que esteja rodeado por pessoas que lhe querem bem, dispostas a lhe proporcionar o maior conforto possível --, identifiquei diversas dificuldades para levar a cabo a empreitada de cuidar de uma pessoa mais velha em uma residência. Parte dessas dificuldades foram percebidas nas conversas que tive com cuidadores familiares e contratados, profissionais de saúde e diretoras de instituições particulares voltadas para o cuidado dos idosos, nos dois contextos investigados.

Além das diferenças físicas e materiais entre ambientes institucional e domiciliar, nota-se como as variações no modo de padronizar os procedimentos também interferem nas dinâmicas do cuidado. Se no ambiente domiciliar os cuidadores podem encontrar dificuldades para decidir o que é melhor ou conseguir executar com eficácia as atividades planejadas (ainda que, em certos casos, possam consultar os desejos do idoso); nos ambientes institucionais, há modelos de conduta para os profissionais de saúde e cuidadores que devem ser aplicados em todos os casos, com pouquíssima flexibilidade em relação aos desejos dos idosos.

Cuidar do idoso no domicílio envolve, portanto, muitas questões delicadas, sejam elas práticas, materiais ou afetivas. Muitos interlocutores se referiram ao ambiente doméstico como ideal para cuidar dos mais velhos, mas é preciso levar em consideração que o convívio familiar e a co-residência podem ser um fator agravante da condição de saúde do idoso. Quando falta afeto, companhia, atenção nas relações entre cuidadores familiares e os idosos, compartilhar o cotidiano no domicílio pode ser fonte de sofrimento para todos. Ao longo da pesquisa percebi que a presença ou ausência de recursos humanos (mediadores-humanos como cuidadores familiares e contratados, profissionais de saúde, cuidadores espirituais e etc.), recursos afetivos (relacionamentos entre idosos e cuidadores e sentimentos envolvidos nas motivações e no modo de cuidar) e recursos materiais (condições de existência dos idosos e seus cuidadores e as possibilidades de acesso aos mediadores não-humanos, como medicamentos e equipamentos) entrelaçam-se nas relações de cuidado que se estabelecem em torno dos idosos no contexto domiciliar.

Somando-se aos recursos humanos e afetivos, grande parte das decisões sobre a infraestrutura disponibilizada para cuidar dos idosos dependerá tanto das condições materiais do grupo doméstico, quanto do idoso e da família estendida. Nesse sentido, políticas públicas e programas sociais do governo também podem ser encarados como recursos materiais, pois podem viabilizar melhorias nas condições de vida dos idosos e suas famílias. Enfim, os profissionais consultados, o próprio espaço físico da casa em que o idoso reside ou o tipo de instituição particular onde pode arcar com os custos de um serviço de cuidado 24hs, todas essas decisões não podem ser tratadas exatamente como “escolhas” subjetivas.

Todos estes elementos que destaco – recursos materiais, afetivos, humanos e a condição de saúde dos idosos – se combinam em cada casa, em cada domicílio, promovendo situações e dinâmicas de cuidado muito variadas. Se por um lado é possível reunir casos em que há escassez de recursos, também tive notícias de contextos domiciliares propícios onde, de certo modo, é possível identificar a abundância de alguns recursos, mesmo em casos de transtornos mentais. Ao longo do trabalho de campo, encontrei idosos com variados graus de dependência, conforme suas condições de saúde. Quanto às carências, muitas estavam relacionadas à necessidade de melhores condições materiais para executar tarefas que podem proporcionar bem-estar aos idosos. Contudo, a carência que mais se destacou foi a de companhia.

Outro objetivo deste trabalho foi apresentar um “perfil” dos cuidadores, identificar as pessoas que assumem responsabilidades quanto aos cuidados de idosos, analisando o processo de transformar-se em cuidador, suas experiências e trajetórias individuais, identificando possíveis convergências e divergências entre elas. Procurei construir a noção de redes de

cuidadores, observando como o “cuidador” pode ser melhor compreendido como uma forma de relação do que um papel ou função intrínseco a pessoas que lidam com os idosos. Apresentei “perfis de relação” a partir dos mediadores humanos, considerando os diferentes “tipos” de cuidadores (familiares e contratados) e profissionais de saúde. Ainda como “tipos” de cuidadores, mencionei como algumas lideranças espirituais (pais e mães de santo, pastores e outros religiosos) se constituem como “cuidadores espirituais”, participando ativamente das dinâmicas de cuidado. Embora não os tenha incorporado ao universo da pesquisa como interlocutores diretos, essas figuras também se apresentam como mediadores do cuidado.

Além disso, apresentei mediadores não-humanos que consegui identificar ao longo da investigação. Os dados encontrados levaram-me a segmentar a discussão sobre as relações de cuidado intermediadas por não-humanos em três grupos distintos: medicamentos e equipamentos, entidades/artefatos e animais. Em relação ao uso de medicação e aparelhos voltados para o cuidado de idosos, apresentei alguns debates que surgiram no curso de cuidador de idosos sobre os efeitos colaterais das medicações, as interações medicamentosas e a tácita proibição do cuidador interferir na dosagem da medicação ou em qualquer aspecto do tratamento medicamentoso. Também procurei expor como saber utilizar equipamentos para “medir” a condição de saúde dos idosos – para aferir pressão ou taxa de glicemia, por exemplo – eram preocupações das alunas do curso de cuidador. Quanto ao apelo à entidades e artefatos, detive-me na busca da cura através da religiosidade e espiritualidade, pois tanto em Itaparica e Salvador, quanto em Caminha, cuidadores, profissionais de saúde e idosos relataram situações onde religião e cuidado pareciam se entrecruzar. Também pude observar como animais domésticos eram mediadores não-humanos que podiam atuar como companheiros, estimuladores de sociabilidade e cuidadores ativos, capazes de alertar a vizinhança quando o idoso se sente mal, por exemplo.

Também tive por objetivo nesta investigação analisar as dinâmicas de cuidado, examinando as práticas que se estabelecem no âmbito da família tendo em vista as diferentes demandas geracionais, comparando-as às práticas prescritas pelo setor profissional de cuidados em saúde destinadas aos idosos. Nesse sentido, ao longo da investigação, observei em diversas situações a falta de correspondência entre o “cuidado ideal” – práticas e condutas recomendadas pelos especialistas no tema – e as possibilidades reais de atendimento das demandas dos idosos no ambiente domiciliar. As evidências etnográficas indicam que são extremamente variáveis os recursos materiais, humanos e afetivos disponíveis aos idosos e seus cuidadores, de modo que não seria incorreto afirmar que cada casa é um caso. Assim, não obstante haja cartilhas e manuais sobre como cuidar adequadamente dos idosos, na prática cotidiana as orientações

“teóricas” do curso são agenciadas pelos cuidadores, implicando, portanto, considerar a combinação entre recursos materiais, humanos e afetivos no âmbito do domicílio, podendo afetar mais ou menos intensamente a saúde e o bem-estar dos idosos.

Também procurei estar atenta às responsabilidades e limites atribuídos à profissão de cuidador de idosos, contratado para prestar serviços no ambiente doméstico. Interessava-me não só tentar identificar quais as tarefas reconhecidas como próprias do cuidador, como também -- tendo em vista as especificidades desse contexto, onde intimidade e privacidade são elementos com os quais o cuidador contratado terá que lidar -- perceber quais os limites impostos a estas trabalhadoras no ambiente doméstico e em suas relações com os idosos e seus familiares. Em relação às responsabilidades identificadas como aquelas atribuídas a cuidadora de idosos, destaquei a aparente combinação entre o trabalho doméstico e o trabalho de cuidar de idosos. Em mais de um caso encontrei mulheres que começaram trabalhando como empregadas domésticas e, quando um membro idoso do grupo doméstico precisou de cuidados, se viram, “de repente”, responsáveis por cuidar dessa pessoa – quase sempre acumulando atribuições sem aumentos salariais.

Por outro lado, tanto entre cuidadores familiares quanto entre contratados, os agenciamentos do cuidado parecem atravessados pela presença de uma tênue linha entre uma atitude respeitosa e uma atitude impositiva nas relações dos cuidadores com os idosos. Desde o início da pesquisa percebi que, frequentemente, o argumento de “querer o melhor” se materializa em situações em que os cuidadores impõem a sua perspectiva de “melhor”, sem que os idosos sejam sequer consultados. Ao acompanhar tantas famílias de diferentes perfis socioeconômicos e configurações de grupo doméstico e familiar, notei que as escolhas e decisões de muitos idosos eram tratadas de maneiras muito distintas em cada caso. As variações, entretanto, não podem ser reduzidas a “determinantes sociais” como, por exemplo, a escolaridade e as condições financeiras. Nos processos de agenciamento essas circunstâncias se entrelaçam com as experiências dos mediadores envolvidos. Por esse motivo, é fundamental entender como agem as pessoas envolvidas numa relação de cuidado, não as considerando de forma isolada. As relações entre cuidador e idoso nunca estão isoladas das relações familiares, que costumam estar repletas de segredos e lacunas para um observador externo. Mas, mesmo considerando os “segredos”, parece-me que não se pode compreender as dinâmicas do cuidado como uma consequência direta da situação econômica da família, da configuração do grupo doméstico, religião ou qualquer outro dado sócio demográfico, como idade, sexo ou escolaridade dos cuidadores e idosos.

Considerando que o contato constante pode gerar situações problemáticas envolvendo o convívio e a intimidade entre as cuidadoras contratadas, idosos e cuidadores familiares, apresentei perspectivas das pessoas envolvidas nas dinâmicas do cuidado, nos casos acompanhados durante o trabalho de campo, sobre a convivência entre os membros do grupo doméstico, os “de dentro”, e as cuidadoras contratadas, as “de fora” da casa. Nos casos abordados, as cuidadoras contratadas eram mais frequentemente vistas como pessoas “de fora” do domicílio, com as quais as pessoas “de dentro” eram obrigadas a conviver, por causa das necessidades dos idosos. E as cuidadoras contratadas pareciam concordar com essa separação, sendo que elas se viam como quem precisava suportar o convívio com os outros moradores do domicílio.

Por fim, também considerei relevante analisar as repercussões da atuação de cuidador, buscando compreender em que medida cuidar de idosos afetava suas vidas, em diferentes dimensões, e quais os significados atribuídos por eles à experiência de cuidado. Nesse sentido, a perspectiva do cuidado como vocação foi compartilhada por todos os interlocutores da pesquisa. Cuidadores brasileiros e portugueses, familiares e contratados, profissionais de saúde, enfim, todos os interlocutores afirmaram, em algum momento de nossos encontros e conversas, que consideravam indispensável ter “carinho”, “paciência”, “amor” para trabalhar como cuidador de idosos, relacionando essas qualidades a uma ideia de “vocação”.

Perguntei aos meus interlocutores que conselhos dariam a alguém que pretendesse trabalhar como cuidador de idosos e obtive muitas respostas parecidas, exaltando a necessidade do amor, do afeto, do carinho e, principalmente, da paciência no trato com os idosos. Entretanto, essas qualidades as quais muitos se referiram como “vocação”, nem sempre eram vivenciadas por eles no contexto de seu trabalho. Não raras vezes os cuidadores afirmavam estar cansados, desgastados por todas as exigências trazidas pelas demandas dos mais velhos, sendo que muitos deles também me relataram “perder” a paciência ou “não gostar” de alguns idosos que cuidavam.

Assim, embora a “vocação” seja um atributo necessário para exercício competente da profissão (o cuidador pode, formalmente, estar apto a cuidar de qualquer idoso), na prática é preciso encontrar “a pessoa certa”, o idoso com quem sinta que é capaz de conviver e lidar. Essa dimensão, que extrapolava os aspectos técnicos da profissão era evidenciada, por exemplo, nas recomendações da professora do curso, para que recusássemos ofertas de trabalho quando percebêssemos que não havia condições de “desempenhar” bem a função. Em diversas aulas a professora reforçava ser muito importante avaliar o que era oferecido ao cuidador, levando em consideração sua própria personalidade e disposição de espírito. Como não esperam ser

remuneradas adequadamente e os patrões continuam se recusando a arcar com os custos reais de um cuidador de idoso, era importante avaliar as ofertas de trabalho para não se meter em “enrascadas”, segundo a professora, e assumir responsabilidades que não estavam dispostas a levar adiante. A professora afirmou diversas vezes que para ser um bom cuidador de idosos era preciso admitir seus limites, mas, sobretudo, ter inclinação para tratar com pessoas de gerações mais velhas e um profundo respeito pelo ser humano. Essa afinidade pode ser despertada por experiências como cuidar de um idoso na família. Em diferentes aulas, escutei alunas relatando como descobriram que gostavam de cuidar de idosos depois de viver essa experiência em suas casas, com parentes próximos, como pais, sogros e tios enfermos.

A importância de compreender as relações de cuidado como processos que transformam subjetividades e corpos, fazendo desse profissional (sua “competência”) um “sujeito em relação”, emergiu nos relatos dos interlocutores da pesquisa com grande intensidade. Seja em Portugal ou no Brasil, quase todos os cuidadores, familiares ou contratados, com quem conversei fizeram menção ao envolvimento emocional, à criação de laços afetivos entre eles e os idosos, como elemento determinante para a boa convivência e satisfação de todos os envolvidos nas dinâmicas do cuidado. No caso das profissionais contratadas, o sentimento de empatia pelos mais velhos foi expressado com frequência como algo importante para ser uma boa cuidadora. Por outro lado, os afetos são diferentes quando se trata de cuidadores familiares e de contratados. No caso dos cuidadores familiares, como eles não são profissionais, tudo potencialmente se mistura. Isso é mais fácil de entender, diríamos que é até compreensível. Mas no caso dos contratados, também não é possível separar as competências profissionais, ou seja, temos fronteiras “borradas”. Faço este destaque porque falar de “cuidadores de idosos” é falar de uma “profissão” em que se entremeiam agenciamentos de cuidado profissional (o profissional, claro, também envolve sentimentos e emoções), familiar e de amizade, com suas diferentes competências e afecções.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO E ENSINO PROFISSIONAL. **Catálogo Nacional de Qualificações**, Portugal. Disponível em: <<http://www.catalogo.anqep.gov.pt/>>. Acesso em: março 2016.

ATTIAS-DONFUT, C. Solidarités et entraides entre générations. In: SINGLY, F. de. (Dir.). **La famille en questions: état de la recherche**. Paris: Syros, 1996.

\_\_\_\_\_. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, C. E. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BONET, O.; TAVARES, F. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

\_\_\_\_\_; TAVARES, F. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p. 2007.

\_\_\_\_\_; TAVARES, F; CAMPOS, Estela Márcia; TEIXEIRA, M. T. B.; RODRIGUES, M. G. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Recife; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; Editora UFPE; ABRASCO, 2009.

BOTT, E. Fatores que afetam as redes sociais. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria N° 2.528. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-Pessoa-Idosa.pdf>>. Acesso em: março 2016.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei do Senado N° 284/2011.** Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=91154&tp=1>>. Acesso em: março 2016.

BRITTO DA MOTTA, A. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S., COIMBRA JUNIOR, C.E.A. (Orgs.) **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

\_\_\_\_\_. Visão antropológica do envelhecimento. In: PY, Lígia; FREITAS, E. V. et al (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

\_\_\_\_\_. **Violência contra as mulheres idosas: questão feminista ou questão de gênero?** Trabalho apresentado no Congresso de 2009 da LASA, Rio de Janeiro, 2009.

CARDOSO A. F. C. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano13, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>>. Acesso em: março 2016.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo.** São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

DA MATTA, R. O Ofício de Etnólogo, ou como ter Anthropological Blues. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.) **A Aventura Sociológica: Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L. e DEBERT, G.G. [org.] **Velhice e sociedade.** Campinas, SP: Papyrus, 1999.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, Ana Amélia. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

GOVERNO DE PORTUGAL. **Programa de Ação 2012 para Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações,** 2012. Disponível em: <<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>>. Acesso em: março 2016.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. **Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário.** Trabalho apresentado no Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder, Florianópolis, 2008.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: março 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DE PORTUGAL - INE. **Resultados Provisórios do Censo 2011**, Lisboa, 2011.

LATOURE, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: \_\_\_\_\_. **Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Afrontamento, 2007.

\_\_\_\_\_. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: Edufba, 2012.

LOPES, A. Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In: NERI, a.l. [et al.]. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.

MANTOVANI, E. P. O processo de envelhecimento e sua relação com a nutrição e a atividade física. In: BOCCALETTO, E. M. A.; VILARTA, R. (Orgs.) **Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física em Escolas Municipais de Vinhedo**. Campinas: Ipês Editorial, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Princípios das Nações Unidas para o Idoso**, 1991. Disponível em: <[http://www.fbb.pt/sos/wp-content/uploads/sites/10/2014/05/principios\\_das\\_nacoes\\_unidas\\_para\\_o\\_idoso.pdf](http://www.fbb.pt/sos/wp-content/uploads/sites/10/2014/05/principios_das_nacoes_unidas_para_o_idoso.pdf)>. Acesso em: março 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS; **Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: março 2016.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: LINS DE BARROS, M.M. **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: FGV, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: \_\_\_\_\_.; MATTOS, R.A.de. (Orgs.) **Razões**

**públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS / UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**, Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

PORDATA. **Base de Dados Portugal Contemporâneo.** Disponível em: <<http://www.pordata.pt/Portugal>>. Acesso em: março 2013.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa.** Sétima Revisão. Assembleia da República. Omprinta: Lisboa, 2007.

SANTANA, C. **O cuidado na família: sentidos e motivações do cuidado na perspectiva de idosos e cuidadores.** Trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Antropologia). Salvador, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2001.

SANTOS, S. M. A. dos; RIFIOTIS, T. Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: SIMSON, Olga R. M. V. [et al.]. **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** Campinas, SP, Editora Alínea, 2006.

TAVARES, F.; CAMURÇA, M. Juventudes e religião no Brasil: uma revisão bibliográfica. In PEREZ, L. et al (Coord.). **Ser jovem em Minas Gerais: religião, cultura e política.** Belo Horizonte: Argumentum Editora, 2009.

\_\_\_\_\_; CAROSO, Carlos. Camdoblé (s) and public space in the island of Itaparica, Brazil. **Religião & Sociedade**, v. 35, n. 2, 2015.

\_\_\_\_\_; CAROSO, C.; SANTANA, C. Mediações do cuidado no âmbito do Programa Saúde da Família. **Etnográfica**, 19 (3), 2015.

\_\_\_\_\_; F. BASSI, F. Refazendo “naturezas”: corpo e saúde numa agenda para discussão. In MCCALUM, C.; ROHDEN, F. **Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções.** Salvador, EDUFBA/ABA, 2015.