



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento

**Ecologia do cuidado: Instituições de Longa Permanência para Idosos como Nicho de
Desenvolvimento**

Jeisiane Lima Brito

Belém/PA

2019



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento

**Ecologia do Cuidado: Instituições de Longa Permanência para Idosos como Nicho de
Desenvolvimento**

Jeisiane Lima Brito

Tese apresentada ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Hilma Tereza Tôrres Khoury

Belém/PA

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

B862e Brito, Jeisiane Lima, 1987-
Ecologia do cuidado: instituições de longa permanência para
idosos como nicho de desenvolvimento / Jeisiane Lima Brito. —
2019.
124f. il.

Orientador: Celina Maria Colino Magalhães
Co-orientador: Hilma Tereza Tórres Khoury
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará Núcleo de
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-
Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém,
2019.

1. Análise do comportamento. 2. Idoso - saúde e higiene. 3.
Cuidadores de idosos. 4. Cuidadores de idosos (Psicologia). 5.
Cuidadores de idosos: comportamento. 6. Ecoetologia
(comportamento humano). 7. Ecologia do desenvolvimento. I.
Título.

CDD - 23. ed. 155.67



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Jeisiane Lima Brito, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Contato: Jeisiane Lima Brito.

Mail: jeisiane_lima@hotmail.com



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento - PPGTPC
Mail: secretariappgtpcupa@gmail.com
Site: ppgtpc.propesp.ufpa.br/index.php/br/
Rua Augusto Corrêa nº 01
CEP: 66075-110, Guamá, Belém/PA
Fones: 32018542 / 32018478

Tese de Doutorado

“Ecologia do Cuidado: Instituições de Longa Permanência Para Idosos Como Nicho De Desenvolvimento”.

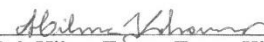
Aluna: Jeisiane Lima Brito.

Data da Defesa: 06 de Setembro de 2019.

Resultado: Aprovada.

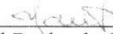
Banca examinadora:


Prof.ª Celina Maria Colino Magalhães (Orientadora - UFPA).


Prof.ª Dr.ª Hilma Tereza Torres Khoury (Co-Orientadora – UFPA).


Prof.ª Dr.ª Deusivania Vieira da Silva Falcão (Membro 1 – USP).


Prof.º Dr.º Ludgleydson Fernandes de Araújo (Membro 2 – UFPI, via Skype).


Prof.ª Dr.ª Maria Izabel Penha de Oliveira Santos (Membro 3 – UEPA).


Prof.º Dr.º Rodolfo Gomes do Nascimento (Membro 4 – UNAMA).

À Deus, aos meus pais (Jânio e Mariana) e a
minha filha Júlia (Jujuba).

AGRADECIMENTOS

À Deus e à toda a espiritualidade por sempre protegerem minha vida e guiarem meus passos no caminho de luz.

Aos meus pais (Jânio e Mariana), por serem minha base de persistência e coragem! E por me ensinarem que o caminho do estudo é o melhor. Ao meu irmão (Jeison), por me querer sempre bem e acreditar em mim.

À toda minha família (avós, tios, primos) pelo incentivo no seguimento de minha caminhada acadêmica e por sempre me cercarem de amor.

À minha filha, Júlia Lima Brito, por aumentar a minha força, coragem e vontade de vencer, por ela, por nós!

À minha eterna amiga e comadre Hildenora, por tudo que representa na minha vida, por ser a irmã que escolhi nessa passagem terrena. Obrigada por todo apoio!

À professora Celina Magalhães, por acreditar no meu potencial, investir em minha carreira acadêmica e por orientar este trabalho com tanto empenho, carinho e graciosidade. Muito obrigada!

À professora Hilma Khoury, por ter instigado em mim a vocação para a docência e o interesse pela gerontologia, além de co-orientar este trabalho com maestria. Muito obrigada!

À Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER), por autorizar a realização deste estudo.

Às Instituições Públicas de Longa Permanência para Idosos, na figura de suas diretoras, as quais me receberam tão bem e forneceram todo apoio necessário à coleta de dados.

Aos cuidadores de idosos, por toda paciência em responder minhas perguntas e por permitirem que eu observasse seu trabalho de perto. Muito obrigada!

Ao Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC), por permitir a realização deste marco na minha carreira acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por conceder bolsa de doutorado, no período em que eu estava sem atividade laborativa, imprescindível para a realização e conclusão deste trabalho.

À Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoal (PROGEP) da UFPA, na figura de Raimundo Almeida; à Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida (DSQV), na figura de Bárbara Troeira, por todo apoio e incentivo nas últimas etapas de conclusão desta tese.

À Márcia Milene Jacob Castelo Branco, coordenadora da CAPS (Coordenadoria de Apoio Psicossocial ao Trabalhador), por toda compreensão, reconhecimento e, principalmente, amizade, o meu muito obrigada! Nada é por acaso!

O meu investimento e o de todos vocês, jamais será em vão!

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente com a realização de mais este projeto de vida, deixo aqui o meu MUITO OBRIGADA!

“Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Se ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana”.

Leonardo Boff (1999, p. 13).

RESUMO

Brito, J. L. (2019). Ecologia do Cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Brasil. 126p.

O acelerado envelhecimento da população desperta apreensão sobre o futuro, principalmente ao se considerar o reduzido número de profissionais nas áreas de gerontologia e geriatria e as frágeis qualificações existentes nas escolas formativas de cuidadores. O objetivo deste estudo foi investigar a Ecologia do Cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) da cidade de Belém/PA, utilizando o conceito de Nicho de Desenvolvimento aplicado ao envelhecimento. A tese está organizada em quatro estudos, tendo como contexto as duas ILPI's públicas da cidade de Belém. Os objetivos específicos englobaram: estudo 1- traçar o perfil sociodemográfico e revelar a percepção sobre idoso, envelhecimento e cuidado; estudo 2- descrever a percepção sobre ambiente físico e social; estudo 3- descrever as crenças e conhecimentos sobre velhice, identificando relações com variáveis sociodemográficas e 4- comparar as práticas de cuidado entre as duas instituições. Participaram 32 cuidadores, sendo 13 da Instituição Pública 1 (IP1) e 19 da IP2. Foi utilizada a abordagem multimétodos, dada a complexidade do objeto de estudo. Foram realizados quatro estudos empíricos caracterizados como transversais, tendo sido empregados os métodos descritivo, observacional e correlacional, com análises quantitativas e qualitativas. Os principais resultados indicaram: 1- No perfil dos cuidadores há predominância de mulheres, jovens e com escolaridade média a alta, sendo que a maioria não possui cursos na área do envelhecimento humano e cuidado; 2- o ambiente físico foi percebido com algumas limitações que dificultam a realização de determinadas atividades; o ambiente social foi avaliado como positivo, principalmente nas interações entre cuidado-cuidador e cuidador-idoso; 3- as crenças sobre velhice indicaram uma compreensão neutra sobre o envelhecimento, isto é, nem positiva nem negativa, entendendo o processo como individual; 4- foram identificadas práticas de cuidado mais positivas do que negativas. Conclui-se que os subsistemas do Nicho de Desenvolvimento do idoso institucionalizado estão em constante interação e podem influenciar a qualidade do desenvolvimento na velhice ao focar no cuidado ao idoso. A compreensão da Ecologia do Cuidado em ILPI's e o reconhecimento do cuidador enquanto ser ativo no processo de desenvolvimento do idoso pode contribuir para a elaboração de planos de cuidado integrados que atendam as demandas atuais e as que estão por vir.

Palavras-chave: cuidadores; idoso; ILPI; Ecologia do desenvolvimento.

ABSTRACT

Brito, J. L. (2019). Ecology of Care in Long-Term Care Institutions for the Elderly. Doctoral thesis. Graduate Program in Behavior Theory and Research, Federal University of Pará, Brazil. 126p.

The accelerated process of population aging raises concern about the future, mainly considering the small number of professionals in the fields of gerontology and geriatrics and the fragile qualifications which exist in the training schools of caregivers. The objective of this study was to investigate the Ecology of Care in Long-Term Care Institutions for the Elderly (LTCIE) in the city of Belém/PA, using the concept of Developmental Niche applied to aging. The thesis is organized in five studies, whose context are the two public LTCIE from the city of Belém. The specific objectives were: study 1- to trace the social demographic profile and to reveal the perception about the elderly, aging and care; study 2- to describe the perception about physical and social environment; study 3- to describe beliefs and knowledge about old age, identifying relationships with socio demographic variables; 4- to compare care practices between the two institutions and 5- to analyze the Developmental Niche of the institutionalized elderly. About 32 caregivers participated, being 13 from Public Institution 1 (PI1) and 19 from PI2. The multimethod approach was used because of the complexity of the object of study. Thus, the following methods were used: descriptive, observational and correlational, being a cross-sectional study that used quantitative and qualitative analyzes. The main results indicate: 1- the profile of caregivers indicates the predominance of women, young people with medium to high education, and most do not have courses in the area of human aging and care; 2- the physical environment was perceived with some limitations that make it difficult to perform certain activities; the social environment was evaluated as positive, especially in the interactions between care-caregiver and caregiver-elderly; 3- the beliefs about old age indicated a heterogeneous understanding about aging, neither positive nor negative, understanding the process as individual; 4- more positive than negative care practices were identified. It is concluded that the development niche subsystems of the institutionalized elderly are in constant interaction and it can influence in the quality of development in old age by focusing on the care of the elderly. Understanding the Ecology of Care in LTCIE and recognizing the caregiver while being active in the development process of the elderly can contribute to the development of integrated care plans that meet current and future demands.

Keywords: caregivers; old person; LTCIE; Ecology of development.

SUMÁRIO

1 NORTEADORES TEÓRICOS E EMPÍRICOS	15
1.1 Envelhecimento: aspectos sociodemográficos e teórico-conceituais.	16
1.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos	21
1.3 O Cuidado ao Idoso	25
1.4 A Ecologia e o Nicho de Desenvolvimento Humano	30
1.5 Instituições de longa permanência como contexto de desenvolvimento	36
2 ABORDAGEM MULTIMÉTODOS	39
2.1 Objetivo geral	39
2.2 Abordagem Multimétodos	39
2.3 Etapas da Realização da Pesquisa.	40
2.4 Procedimentos Éticos	40
2.5 Treinamento para a Realização da Pesquisa.	41
2.6 Coleta dos Dados	41
2.7 Ambiente.	41
3 ESTUDO 1. CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PERCEPÇÃO SOBRE IDOSO, ENVELHECIMENTO E CUIDADO.	44
3.1 Introdução.	44
3.2 Método	46
3.2.1 Participantes	46
3.2.2 Instrumentos	46
3.2.3 Procedimentos para coleta de dados	47
3.2.4 Procedimentos para análise de dados	47
3.3 Resultados e discussão	47
3.3.1 Perfil sociodemográfico dos cuidadores formais de idosos	47
3.4 Considerações Finais	57
Referências	58
4 ESTUDO 2. PERCEPÇÃO DE CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS SOBRE O AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL DA ILPI	60
4.1 Introdução.	60
4.2 Método	61
4.2.1 Participantes	61

4.2.2 Instrumentos	61
4.2.3 Procedimentos para coleta de dados.....	62
4.2.4 Procedimentos para análise de dados	62
4.3 Resultados e discussão	62
4.3.1 Percepção do cuidador formal sobre o ambiente físico da Instituição	62
4.3.2 Percepção do cuidador formal sobre o ambiente social da Instituição	66
4.4 Considerações Finais	71
Referências	72
5 ESTUDO 3. CRENÇAS E CONHECIMENTOS SOBRE VELHICE E SUAS RELAÇÕES COM IDADE, ESCOLARIDADE E TEMPO DE SERVIÇO DO CUIDADOR FORMAL.	74
5.1 Introdução	74
5.2 Método	75
5.2.1 Participantes	75
5.2.2 Instrumentos e Materiais	75
5.2.2 Procedimentos para coleta de dados.....	77
5.2.3 Procedimentos para análise de dados	78
5.3 Resultados e Discussão	78
5.3.1 Crenças sobre velhice entre cuidadores formais de idosos	78
5.3.2 Nível de conhecimento sobre velhice entre cuidadores formais de idosos	79
5.3.3 Relação entre crenças e conhecimentos sobre velhice e variáveis sociodemográficas de cuidadores formais de idosos.....	79
5.4 Considerações Finais	81
Referências	82
6 ESTUDO 4. PRÁTICAS DE CUIDADO EM ILPI'S DA CIDADE DE BELÉM/PA . . .	84
6.1 Introdução	84
6.2 Método	86
6.2.1 Participantes	86
6.2.2 Instrumento	86
6.2.3 Procedimentos para coleta de dados.....	87
6.2.4 Procedimentos para análise de dados	87
6.3 Resultados e Discussão	87
6.3.1 Categorização dos tipos de prática de cuidado realizadas pelos cuidadores formais de idosos.....	87
6.4 Considerações Finais	90
Referências	91

7	DISCUSSÃO GERAL SOBRE OS ESTUDOS	93
7.1	Instituições de Longa Permanência para Idosos como Nicho de desenvolvimento...	93
7.3	Paradigma life span, teoria SOC e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento....	95
7.4	O Conceito de Nicho de Desenvolvimento e a Gerontologia ambiental	99
7.5	Considerações Finais	101
	REFERÊNCIAS	103

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de uma trajetória que iniciou em 2013 com o ingresso no Mestrado do Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC) da UFPA. O projeto original envolvia a investigação do Nicho de Desenvolvimento do Idoso nas quatro ILPI's da cidade de Belém/PA, a saber: uma filantrópica, uma particular e duas públicas. O projeto passou por uma avaliação criteriosa no Programa por ser considerado como proposta original e como possibilidades de ser investigado em uma tese. Após os tramites legais necessários, o projeto foi aprovado como sendo original, embasando mudança de nível para a autora (mestrado para doutorado). A defesa da dissertação de mestrado foi em 2014, com os dados provenientes da Instituição Filantrópica e oportunizou a publicação de dois artigos, um capítulo de livro e a elaboração de um manual para cuidadores. Esta tese de doutorado se apresenta como continuação da investigação sobre o Nicho de desenvolvimento do idoso institucionalizado e, principalmente, enquanto uma contribuição teórica para a área da Gerontologia e da Bioecologia do Desenvolvimento Humano, ao proporcionar a discussão sobre a aplicação do conceito de nicho para o campo de investigação do envelhecimento humano.

1 NORTEADORES TEÓRICOS E EMPÍRICOS

1.1 Envelhecimento: aspectos sociodemográficos e teórico-conceituais

O Brasil está passando por um acelerado envelhecimento populacional e a preparação para lidar com essa inversão na pirâmide etária não ocorre na mesma velocidade. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), em 2018 a população brasileira atingiu a marca de 208,4 milhões de habitantes, dos quais, mais de 27 milhões (13%) eram idosos. No Pará, em 2010, o índice de envelhecimento (relação existente entre o número de idosos e a população jovem numa certa região) foi de 14,78; em 2019 esse índice atingiu 22,52 e as projeções populacionais indicam que em 30 anos o mesmo será de 88,11 (IBGE, 2018).

Esse “*Boom Populacional*” continuará acontecendo em virtude da queda na taxa de fecundidade desde o final da década de 1970, período, em que o Brasil teve seu perfil demográfico alterado (Leone, Maia & Baltar, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) afirmou que um país é considerado envelhecido quando 14% da sua população possui mais de 65 anos. A velocidade em que esse processo ocorre varia entre países desenvolvidos e os considerados em desenvolvimento. Por exemplo, na França este processo levou 115 anos; na Suécia, 85; no Brasil levará pouco mais de 20 anos, sendo considerado um país velho em 2032, quando 32,5 milhões dos mais de 226 milhões de brasileiros terão 65 anos ou mais.

Nas últimas décadas, houve um decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade do país, o que tem proporcionado o crescimento da população que está acima dos 60 anos. Tais dados demonstram o aumento da expectativa de vida ao nascer e a necessidade de uma adaptação a essa nova realidade, a esse novo modelo populacional (Tier, Fontana & Soares, 2004), o que implica investimentos no conhecimento sobre a velhice e na estrutura para prover cuidados e bem-estar. Vejamos, a seguir, o que acontece no envelhecimento.

O envelhecimento perpassa por uma interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais que demarcam diferenças na alocação de recursos; a velhice compreenderia uma fase de maior ênfase na manutenção e regulação das perdas do que na multiplicação de ganhos (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1991; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2001; Neri, 2017). Isto não implica em ausência de ganhos/crescimento na velhice, mas a necessidade de atuação constante de mecanismos de seleção, otimização e compensação (SOC) para que o desenvolvimento ocorra com qualidade.

É fato, entretanto, que todas as mudanças pelas quais os idosos passam podem resultar em riscos ao bem-estar psicológico, vivência de sentimentos negativos, como sentimento de inutilidade, de falta de autonomia e de controle sobre o meio e sobre si mesmo (Khoury & Günther, 2006). A fase é marcada pela diminuição da plasticidade comportamental, isto é, da capacidade de mudar para adaptar-se ao meio. Todavia, isto pode ser compensado pela plasticidade individual influenciada pelos mecanismos de auto-regulação do self, tais como as crenças de auto-eficácia, crenças de controle, desenvolvimento e reestruturação de metas de vida, os quais se mantêm estáveis (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1991; Neri, 2006; 2017; Freire & Resende, 2008). Na velhice, então, esses recursos pessoais são conservados e podem funcionar como mecanismos de proteção para adaptação às novas condições de vida. Além disso, tais recursos ou reservas podem ser desenvolvidos por meio de processos de educação e interação social, portanto, dependendo de certas condições de ambiente social (Neri, 2017).

No mundo todo, mais de 250 milhões de idosos apresentam incapacitação moderada a grave (Fundo de População das Nações Unidas [Unfpa] & HelpAge International, 2012). Com a aproximação do envelhecimento deve-se avaliar a saúde de forma mais abrangente do que nas etapas anteriores do desenvolvimento, levando em consideração as áreas: psíquica, social e nutricional (Caldas, 2009). A autora destacou também que os mais importantes indicadores de saúde na velhice são a capacidade funcional e a cognitiva. Capacidade funcional (CF) seria a condição que um indivíduo tem para se adaptar aos problemas cotidianos, ou seja, àquelas atividades que lhe são requeridas pelo contexto em que vive (WHO, 2001; Brasil, 2006; Caldas, 2009; Veras, Caldas, Cordeiro, Motta & Lima, 2013). Já a capacidade cognitiva seria a habilidade de registrar, armazenar, usar e dar sentido aos dados da realidade (Caldas, 2009). A capacidade cognitiva não será enfatizada no presente trabalho.

Ainda segundo os autores (Caldas, 2009; Veras, 2009), tais indicadores interferem diretamente no grau de autonomia e independência. Autonomia diz respeito ao exercício do autogoverno. É ser responsável por si mesmo, ter a liberdade de tomar decisões e ter a sua privacidade respeitada. Já a independência é poder realizar o autocuidado e administrar o dia a dia sem ajuda.

Logo, a CF está relacionada à habilidade para agir de forma autônoma e independente. Agir de forma autônoma significa ter “poder de decisão”, o idoso escolhe o que quer comer, quando e onde, por exemplo, há uma gerência sobre a própria vida. O comportamento independente está relacionado à capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD's); ter autonomia e independência significaria, então, “eu decido e eu faço”, entretanto nem sempre estas duas habilidades estão presentes de forma concomitante.

Para Hass (2010) a capacidade funcional está relacionada à qualidade de vida, de modo que prejuízos ou limitações na primeira implicam déficits na segunda. Em 2001, a OMS e a Assembleia Mundial de Saúde publicaram a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2001). A CIF destacou que a incapacidade funcional é uma condição que depende de múltiplos fatores e não só de uma deficiência orgânica como, por exemplo, da interação entre a deficiência apresentada pelo indivíduo e a limitação de suas atividades, bem como a restrição da participação social, além de fatores ambientais e pessoais que interferem no desempenho em atividades da vida diária.

Para ilustrar, pode-se dizer que um idoso de 78 anos, diabético, com amputação dos dois membros inferiores, pode apresentar limitações na independência por conta da deficiência física, entretanto, pode ser autônomo para decisões do dia a dia e conseguir gerir a própria vida com apoio familiar e social. Seria, no mínimo, precipitado afirmar que o idoso em questão é incapaz funcionalmente.

O acelerado envelhecimento populacional traz grandes desafios, uma vez que se manifestam inúmeras demandas como aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e incapacidades funcionais, as quais exigem providências urgentes (Moraes, 2012), tanto no sentido de prover cuidados aos idosos frágeis, como no sentido de favorecer a capacidade funcional daqueles que apresentam algumas doenças ou limitações. Assim, deixar claro o conceito de saúde torna-se imprescindível para que tais providências sejam efetivas e eficazes.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) considera que o conceito de saúde está mais relacionado à condição de autonomia e independência do que à presença ou ausência de doenças (Brasil, 2006). A maioria dos idosos apresenta alguma doença ou disfunção orgânica e, nem sempre, apresentam limitações em suas atividades sociais, por exemplo. Para Moraes (2009), a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas AVD's sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha alguma patologia, sendo que o declínio funcional inicia-se a partir de tarefas mais complexas (banhar-se, por exemplo) e progride até chegar ao nível de dependência completa, quando o idoso necessita de ajuda para alimentar-se e transferir-se (Moraes, 2012). Logo, entende-se que envelhecimento saudável está relacionado a manutenção da capacidade funcional.

O Envelhecimento Saudável foi definido no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, sendo que tal definição permite um olhar mais ampliado. Envelhecimento Saudável seria o processo de desenvolvimento e manutenção da CF que permite o bem-estar em idade avançada, ou seja, não é definido por um nível específico de funcionalidade. Por exemplo,

um(a) idoso(a) com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se tiver acesso a cuidados de saúde que potencializem a CF e se viver em um ambiente de apoio (Beard, et al., 2016; OMS, 2015). O questionamento a ser lançado é: e quando estas condições não são satisfeitas? Se os cuidados de saúde forem precários e o contexto do qual o idoso faz parte for de pouco ou nenhum apoio, tais idosos não teriam um envelhecimento saudável? O que se pode ter a nível subjetivo para manter o desenvolvimento durante a velhice em tais situações?

Ainda com o foco na definição de saúde, o termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS (2005) no final dos anos 90 e possibilitou uma ampliação na concepção do que é envelhecer de forma saudável. O documento esclareceu que ser ativo significa participar das questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis de forma contínua. O idoso saudável não seria somente aquele fisicamente ativo ou aquele que faz parte da força de trabalho. A capacidade seria analisada de acordo com o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e que permitisse a participação na sociedade de acordo com as necessidades, interesses e capacidades do idoso. O apoio aos cuidadores informais e formais também é destacado nesta política, por meio do fornecimento de orientações para a facilitação do cuidado, bem como estimulando a criação de serviços em domicílio e hospital-dia, além de ressaltar a importância da formação aos cuidadores não especializados, com baixa posição social e profissional, com a promoção de condições adequadas de trabalho e de remuneração, e oferta de treinamento e educação na área do envelhecimento (OMS, 2005).

Com o objetivo de identificar a perspectiva de idosos sobre o envelhecimento saudável, Tavares, Jesus, Machado e Braga (2017) realizaram uma revisão integrativa nas bases de dados Scopus Info Site (SCOPUS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), EMBASE, WEB OF SCIENCE e no diretório de revistas Scientific Eletronic Library Online (SciELO), publicadas no período entre 2005 e 2016. Elegeram onze artigos os quais permitiram identificar que, para os idosos, o envelhecimento saudável está relacionado a diferentes dimensões de saúde: biológica (adoção de hábitos e comportamentos saudáveis como auto responsabilidade), psicológica (sentimentos de otimismo e felicidade), espiritual (fé e religiosidade) e social (reciprocidade no apoio social e capacidade de viver com autonomia e independência). O conhecimento da compreensão do próprio idoso poderia subsidiar ações que estimulem os aspectos psicossociais envolvidos no processo, ultrapassando uma visão que focalize exclusivamente na adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida.

A noção de envelhecimento bem-sucedido pode complementar esta questão. Diversos descritores são utilizados para fazer referência a este conceito na literatura, incluindo produtivo, saudável e robusto (Fried, Freedman, Endres & Wasik, 1997; Lupien & Wan, 2004; Phelan & Larson, 2002; Ramos, 2003; Rowe & Kahn, 1997, citados por Teixeira & Neri, 2008). De acordo com as autoras, estudos que investigaram a percepção dos idosos oferecem possibilidades de estabelecer o envelhecimento bem-sucedido como uma meta pessoal, continuamente modificada no curso de vida. A questão engloba o conceito de mortalidade psicológica (perdas da identidade, autonomia e senso de controle), uma vez que as intervenções que têm o envelhecimento bem-sucedido como foco compreendem tanto a redução da prevalência de fragilidade, quanto a ressignificação das perdas que acompanham a velhice, possibilitando novos olhares sobre a autonomia e o senso de controle nessa fase da vida (Teixeira & Neri, 2008).

Todas estas concepções só fazem sentido ao compreendermos o envelhecimento como um processo contínuo de desenvolvimento, o qual ocorre durante todo o curso da vida. Sobre este aspecto, tem-se o paradigma *life span* como o mais influente na psicologia do envelhecimento, o qual concebe o desenvolvimento como fenômeno que acontece ao longo de toda a vida, sendo produto da interação entre determinantes genético-biológicos e socioculturais (Neri, 2014).

Desta forma, a pluralidade de capacidades e necessidades de saúde dos idosos não é aleatória, e sim proveniente de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e que, frequentemente, podem ser modificados. Ressalta-se, assim, a importância de entender o envelhecimento como um processo heterogêneo, que ocorre ao longo de toda vida (*life span*) e que as pessoas idosas estão em constante processo de desenvolvimento, por meio das relações bidirecionais entre a pessoa e o ambiente social, cultural, familiar.

A meta de construir um mundo favorável aos idosos carece de modificação nos sistemas de saúde, substituindo os modelos curativos baseados na doença por ações mais integradas e centradas nas necessidades dos idosos (OMS, 2015), ao considerar a multidimensionalidade do envelhecimento. Ressalta-se, ainda, a importância de, além do sistema de saúde, levar em conta a integração deste com os demais sistemas: assistência social, educação, trabalho, renda, considerando a diversidade de necessidades dos diferentes estágios da velhice, as quais exigirão cuidados diferenciados, seja do Estado, da Família e do próprio idoso.

Muitos são os fatores que contribuem para o descompasso entre a certeza do crescimento populacional e a insegurança sobre a ocorrência de cuidados adequados nesta

fase do desenvolvimento humano. Camarano e Kanso (2010) destacam a redução da fecundidade, as mudanças na nupcialidade e a crescente participação da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho, pontuando que isto passa a requerer que o Estado e o setor privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado aos longevos.

Lamentavelmente, o aumento da população idosa ocorre desacompanhado de melhoria da qualidade de vida e de possibilidades para um contínuo desenvolvimento na velhice, no sentido de possibilitar certo equilíbrio entre os ganhos e as perdas existentes nessa fase da vida. Com o objetivo de investigar a prevalência de demanda e oferta de cuidados para a população brasileira com incapacidades funcionais em atividades da vida diária, Giacomina, Duarte, Camarano, Nunes e Fernandes (2018) identificaram a demanda expressiva por cuidados em virtude de incapacidades funcionais. Os autores destacaram que aproximadamente um quarto dos indivíduos avaliados (23,2%) tinham dificuldade em pelo menos uma atividade de vida diária. Idade, escolaridade e número de doenças crônicas foram significativamente associados à dificuldade nas atividades da vida diária. Entre os que relataram dificuldade, 35,1% receberam ajuda de outros e 11,8% não receberam (falta de cuidados). As atividades com maior descuido foram banho (13,3%) e transferência (11,7%) que, de acordo com os autores, revelou uma condição de sobrevivência indigna. Tais dados são provenientes do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI), uma rede internacional de pesquisas sobre o envelhecimento. Esses dados mostram a necessidade de cuidados adequados, tanto por parte de cuidadores, quanto por parte de instituições que abrigam idosos, aspectos que serão abordados a seguir.

1.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos

O envelhecimento ocorre de maneira simultânea a diversas mudanças sociais, culturais, econômicas e institucionais, no sistema de valores e na configuração das estruturas familiares, nos quais a mulher era a tradicional cuidadora e está cada vez mais inserida no mercado de trabalho (Camarano & Kanso, 2010).

A feminização da velhice é outro fenômeno que se explica, em grande parte, pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, assim como em virtude do maior cuidado em relação à saúde, comparado aos homens (Veras, 2004).

O surgimento de instituições para idosos é remoto, sendo o cristianismo pioneiro nesta modalidade de amparo. Define-se asilo (do grego ásylos, pelo latim asylu) como casa de assistência social, onde são abrigadas pessoas pobres e desamparadas, como mendigos,

crianças abandonadas, órfãos e velhos. A função do local relaciona-se com a ideia de guarita, abrigo, proteção (Araújo, Souza & Faro, 2010).

Segundo Alcântara (2004), ainda no Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice digna e, em 1794, no Rio de Janeiro, foi inaugurada a Casa dos Inválidos, como reconhecimento àqueles que prestaram serviço ao país.

Entretanto, a primeira instituição só para idosos no Brasil surgiu em 1890 no Rio de Janeiro, por obra de Visconde Ferreira de Almeida. Foi denominada de Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, e apesar de proporcionar uma maior visibilidade à velhice, consistia em um mundo à parte, pois ao adentrar no local ocorria o rompimento de laços com a família e a sociedade (Groisman, 1999a). O asilo assemelhava-se a uma espécie de limbo situado entre a vida e a morte, chamando a atenção para o desamparo social e a erosão dos corpos daqueles que lá se encontravam (Groisman, 1999b).

Desta forma, o modelo asilar brasileiro surgiu com muitas semelhanças com as instituições totais (Goffman, 2003) e, atualmente, ainda se encontram locais com tais características. De acordo com Goffman, “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de pessoas com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Logo, a instituição se torna um espaço de violação da individualidade, descontrole da própria vida, sem direito a pertences sociais e à privacidade (Goffman, 2003, p. 11).

No Estado do Pará, havia o asilo Dom Macedo Costa o qual funcionou do início do século XX (na administração Antônio Lemos) ao início do século XXI, tendo sido construído para retirar da visibilidade da sociedade aquelas pessoas ou grupos de indivíduos que não combinavam com a estética de uma cidade que estava se desenvolvendo com as riquezas advindas do Ciclo da Borracha (Souza, 2002). Logo, os residentes do local eram os pobres, independentemente da idade.

Em 1981, com objetivo de abrigar idosos independentes, com família e poder aquisitivo que garantisse de forma satisfatória suas necessidades de saúde, alimentação, vestuário e lazer, foi fundada a Unidade de Acolhimento da Pessoa Idosa (UAPI 1). Os idosos residentes e/ou suas famílias contribuía(m) financeiramente para usufruir dos serviços.

Em 2002, o abrigo Dom Macedo atravessou dificuldade de atendimento devido à estrutura física, sendo necessária a realização de sua reforma (Souza, 2002). Logo, na década de 90, o Estado criou a Secretaria Executiva de Trabalho e Promoção Social, a qual passou a gerenciar os serviços de proteção social direcionados à criança, ao adolescente e ao idoso,

visando promover um espaço à cidadania, além de ações destinadas à geração de renda e trabalho. Com esta mudança, a gestão da UAPI 1 alterou o enfoque de atendimento para idosos em situação de vulnerabilidade social e pessoal. Passou a atender dois tipos de vínculos: os “pensionistas”, que contribuem financeiramente para sua permanência na instituição e os “tutelados” pelo Estado.

Em 2004 o Estado cria a UAPI 2, sendo sua clientela constituída pelos idosos remanescentes do abrigo Dom Macedo Costa. A Unidade destinou-se a dar amparo e acolher idosos desabrigados, de ambos os sexos, sem vínculo familiar e em situação de risco pessoal, portadores de dependência parcial ou total.

No Brasil, o conceito de ILPI é adotado de forma muito heterogênea. Sua origem está ligada aos asilos, cuja função inicial era abrigar a população carente, sendo fruto da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Isso justifica que a carência financeira e a falta de moradia estejam entre os principais motivos para o acolhimento institucional e o fato de as políticas voltadas para essa demanda estarem localizadas na assistência social (Camarano & Kanso, 2010).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-SBGG sugeriu a adoção da denominação ILPI, a qual constitui-se como estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público-alvo são as pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em domicílio unicelular (Born & Boechat, 2017). Entretanto, segundo Camarano e Kanso (2010), na literatura e na legislação encontram-se referências indiscriminadas a ILPI's, tais como casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos, sendo que as próprias instituições não se autodenominam ILPI's.

Além disso, vale destacar que em 2005 a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 283 passa a vigorar, estabelecendo novas normas de funcionamento para esta modalidade de assistência e adota o termo: Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). De acordo com a RDC, ILPI's são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2005).

No que se refere às legislações, há carência de documentos e políticas específicas direcionadas à população idosa residente nas ILPI's (Silva & Almeida, 2013). As três principais políticas nacionais voltadas à população idosa: Política Nacional do Idoso-PNI (Brasil, 1994), Política Nacional de Saúde do Idoso-PNSI (Brasil, 1999) e a Política Nacional

de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Brasil, 2006) abordam as questões referentes à institucionalização de forma limitada, sendo que a última não cita esta modalidade de assistência. A definição mais antiga sobre o serviço de institucionalização é a da Portaria 810 (Brasil, 1989), a qual trata do caráter de internato. Já a definição mais recente, oriunda da Tipificação Nacional dos Serviços Sócio assistenciais (Brasil, 2009) utiliza o termo acolhimento de idosos, embora cite a ILPI como unidade de atendimento. Nota-se, desta forma, que embora o termo ILPI tenha sido proposto como único através da RDC 283, nos documentos posteriores, outros termos continuam sendo empregados, tais como abrigo, acolhimento institucional e clínicas para idosos (Silva & Almeida, 2013).

Ainda segundo Silva e Almeida (2013), os objetivos do atendimento pelas ILPI's são apresentados de modo amplo e vago na legislação e incluem acolhimento, proteção, moradia e atenção. Somente a Portaria 73 (Brasil, 2001) apresenta uma classificação das ILPI's em três modalidades de acordo com o nível de dependência/independência para as Atividades da Vida Diária (AVD's). A PNSPI (Brasil, 2006) especifica, de forma ampla, a necessidade de formação na área da saúde da pessoa idosa, além de destacar a educação permanente como instrumento de trabalho, assim como na RDC. Para Rodrigues e Rauth (2002), a atenção integral à pessoa idosa só será possível quando houver recursos humanos treinados especialmente para atender a população idosa. Adiciona-se a esta posição a inquietude sobre como tais treinamentos serão realizados e por quem.

Além disso, o crescente envelhecimento da população aliado à redução da capacidade física, cognitiva e mental requer que as instituições deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo, algo mais que assistencialismo (Camarano & Kanso, 2010).

Considerando a localização das ILPI's no Brasil, a maioria está concentrada na região Sudeste (dois terços), sendo que apenas o estado de São Paulo tem 34,3% do total. Em média, cada instituição gasta R\$ 717,91/mês por idoso, sendo que o gasto mínimo é de R\$ 92,62 (Alagoas) e o máximo de R\$ 9.230,77 (São Paulo). Destaca-se que o custo de uma instituição é muito afetado pela sua natureza jurídica e oferta de serviços. (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea], 2010).

Dados sobre a região Norte (Ipea, 2007) indicam que, há cerca de 12 anos, havia 16 ILPI's na região, a maioria concentrada na cidade de Belém/PA (cinco instituições). Menos de 1% da população de idosos residia em instituições (510 residentes) e a maioria dos funcionários eram cuidadores (31%), na proporção de quatro idosos para um cuidador.

Em 2011, com mais de 20 milhões de idosos, o Brasil tinha apenas 218 ILPI's públicas. As instituições públicas e privadas abrigavam 83 mil idosos, a maioria mulheres, sendo que 71% dos municípios não tem instituições para idosos. (Ipea, 2010). A partir de tais dados, a indagação é a seguinte: com o rápido envelhecimento da população, como estão e serão prestados os cuidados necessários ao desenvolvimento dos idosos?

A literatura evidencia que os idosos institucionalizados geralmente possuem características peculiares que merecem atenção específica e integral, como hábitos sedentários, diminuição da capacidade funcional e abandono familiar, questões que contribuem para o aumento da prevalência das morbidades e comorbidades relacionadas ao envelhecimento (Barros, Santos, Gonzaga, Lisboa & Brand, 2016; Riberto, Miyasaki, Jorge Filho, Sakamoto & Batistella, 2001; Souza, Benedetti, Borges, Mazo & Gonçalves, 2011).

Camarano (Ipea, 2010) apresentou algumas alternativas para que os idosos tenham um tratamento adequado, tais como: uma rede de cuidados provida pelo próprio Estado, apoio à família e ao cuidador e, inclusive, uma quebra no preconceito sobre as instituições, aliado ao aumento da fiscalização e interferência do Estado no dia-a-dia das ILPI's (Ipea, 2010).

O próprio contato com os idosos desde o ensino infantil básico/fundamental, através de trocas intergeracionais seria promotor de novos conhecimentos sobre o idoso e a possibilidade de elaboração de crenças que favorecessem o comportamento de cuidar em crianças, por exemplo.

Fragoso (2008) destaca que a organização do espaço e das dinâmicas de cuidado nas ILPI's deve pautar-se nos seguintes princípios: privacidade, escolha, controle e autonomia, orientação espacial, segurança, funcionalidade, estimulação, aspectos sensoriais, familiaridade, estética e aparência, personalização e adaptabilidade.

Do componente relacional das instituições, emerge como necessidade a prestação de cuidados e atenção, não só aos idosos e seus familiares, mas também aos funcionários e estrutura organizacional da instituição. Considerando este panorama, os cuidadores formais apresentam-se como atores imprescindíveis no palco da prestação de cuidados e atenção aos idosos e seus familiares (Fragoso, 2008).

1.3 O Cuidado ao Idoso

No contexto brasileiro, a família ainda é a fonte primária de suporte social. Em geral, um familiar assume a responsabilidade pelos cuidados ao idoso dependente (Torres, Sé & Queroz, 2004). Entretanto, as necessidades de cuidado, por vezes, ultrapassam as capacidades

e habilidades das famílias, demandando a necessidade de cuidadores formais, capacitados na área da gerontologia (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto & Filizola, 2005).

Cuidadores são pessoas que, com ou sem remuneração, realizam o cuidado do idoso dependente ou doente na realização de suas atividades diárias, excluindo-se os procedimentos ou técnicas legalmente regulamentados por outras profissões, em especial da área da enfermagem (Brasil, 1999). Eles podem ser membros ou não da família, que com ou sem remuneração cuidam da pessoa dependente (Brasil, 2006), sendo então definidos como cuidadores informais ou formais (Brasil, 1999). O cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio ou em uma instituição, segundo as necessidades específicas do idoso; o cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades específicas (Brasil, 1999).

Segundo Pavarini et al. (2005), surgiram diversos programas de orientação de cuidadores e, junto com esses, muitos questionamentos como, por exemplo, quais as atividades que podem ou não ser delegadas a estas pessoas; como e quem poderá adequadamente orientá-las. De acordo com os autores, essa temática começou a ser discutida pelo governo federal de 1998, sendo que em 1999 foi assinada a Portaria Interministerial nº 5153/99 que instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos pelos Ministérios da Saúde e, na época, Previdência e Assistência Social. O objetivo do programa era capacitar cuidadores domiciliares, familiares, não familiares e institucionais, dando ênfase à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção, pelo maior tempo possível, da capacidade funcional do idoso. Os participantes deveriam ser multiplicadores em seus locais de origem.

Considerando as legislações sobre o cuidado ao idoso, a Constituição de 1988 estabelece que o cuidado aos membros dependentes deve ser responsabilidade das famílias, bem como do Estado e da sociedade. Entretanto, devido às novas estruturas familiares, esse cuidado torna-se cada vez mais escasso. Logo, surge a demanda por um novo mercado, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). É crescente o número de ILPI's, conhecidas também em diversas literaturas como asilos, abrigos, lares, casas de repouso e clínicas geriátricas. Nestes ambientes, o cuidado é também de responsabilidade da figura do cuidador formal de idosos (Ferreira, Ribeiro, Riani, Marinho & Camargos, 2012).

Em 2002, o Código Brasileiro de Ocupações-CBO foi reeditado e, na nova versão, o “cuidador” passou a ser uma ocupação reconhecida (CBO 5162-10). A função primária do cuidador, segundo a CBO, é cuidar de idosos a partir de objetivos estabelecidos por

instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer do idoso (Duarte, 2006).

As questões emergentes após esta descrição são: como emitir tais comportamentos de cuidado? Quem e como irá capacitar os candidatos a se tornarem cuidadores? Como serão avaliadas as competências necessárias? Ressalta-se que o Projeto de Lei nº 11, de 2016 (nº 1.385/07 na Câmara dos Deputados), que “Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença rara e dá outras providências” foi vetado integralmente pelo Presidente da República na data de 08 de julho de 2019 (Diário Oficial da União - DOU, 2019).

De qualquer forma, compreende-se que o cuidado profissional deve assegurar a continuidade da vida dos sujeitos idosos, estudando e valorizando as informações que os mesmos transportam, atentando para a individualidade e necessidades da pessoa (Fragoso, 2008). Ou seja, pode-se inferir que o cuidado deve auxiliar na manutenção ou desenvolvimento da capacidade funcional do idoso e auxiliar para que o desenvolvimento e o envelhecimento caminhem juntos através de intervenções pautadas no paradigma *life span*, por exemplo. Entretanto, a pessoa que cuida também deve receber olhar atento, a fim de aumentar seu aparato de conhecimentos e diminuir a sobrecarga da tarefa. Assim, a continuidade da discussão sobre a regulamentação da profissão de cuidador não deve estagnar.

Segundo Fragoso (2008), estudos demonstraram os efeitos positivos da noção de lócus de controle na saúde de idosos institucionalizados, uma vez que aumentaram o sentido de responsabilidade e de controle de suas próprias vidas. A falta desse controle quase sempre é agravada pela institucionalização (Freire Júnior & Tavares, 2005). Logo, é imprescindível que, nas ILPI's, e fora delas, ocorra a estimulação da autonomia do idoso, favorecendo a capacidade de tomada de decisão.

Garbin, Sumida, Moimaz, Prado e Silva (2010) investigaram a percepção de 18 cuidadores de idosos que atuam em três instituições de amparo ao idoso na cidade de Araçatuba, São Paulo. Através de entrevistas, os autores investigaram questões sobre o envelhecimento, tais como as motivações pessoais dos cuidadores em buscar este tipo de trabalho, relacionamento com o idoso, dificuldades durante o trabalho e a satisfação encontrada junto ao idoso. Foram identificados: o envolvimento emocional do cuidador com seu trabalho; a sobrecarga física e emocional à qual está exposto; percepção das maiores dificuldades do envelhecimento como sendo as relacionadas aos aspectos físicos e psicológicos dos idosos; dificuldades encontradas durante o cuidado com o idoso; e

motivações para optar por este tipo de serviço tais como o interesse no emprego ou no salário, ocupar a vaga por acaso, ou por gostar.

Para Ferretti, Soccol, Albrecht e Ferraz (2014), além de atender as necessidades básicas de moradia, alimentação e acompanhamento médico, é imprescindível escutar os idosos quanto ao processo de viver a velhice em uma instituição. Esta prática pode funcionar como estratégia para dar visibilidade a realidade do idoso residente e fomentar o planejamento de ações para apoiar as instituições no cuidado oferecido e na melhoria da condição de vida dos seus moradores.

O termo fragilidade é bastante usado para descrever uma parcela dos idosos que reside em ILPI's, uma vez que engloba idosos com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. O conceito de fragilidade ainda é bastante discutido, entretanto, tem-se que o declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade, sendo a base para intervenções geriátricas e gerontológicas (Lacas & Rockwood, 2012).

Vale destacar, ainda, que o desconhecimento das especificidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções prejudiciais à saúde do idoso, conhecidas como iatrogenia. A iatrogenia consiste em práticas de cuidado mal elaboradas ou mal executadas por profissionais da área de saúde e pelo sistema de saúde, que causam malefícios à saúde do idoso (Moraes, 2012). Desta forma, os cuidadores formais devem ser preparados através de treinamentos e vivências que possam aumentar o nível de conhecimento sobre o envelhecer, sobre a velhice e sobre os idosos, além de sensibilizá-los para a adoção de práticas de cuidado mais humanas, considerando que somente o conhecimento teórico é insuficiente.

Segundo Moraes (2012), o cuidado deve ser integral e integrado, isto é, definir as demandas e todas as intervenções necessárias e coordenar a continuidade do cuidado prestado pela atenção primária, secundária e terciária.

Em uma ILPI, o plano de cuidados deveria ser a estratégia utilizada para organizar o cuidado, ao se definir quais são os problemas de saúde do idoso residente (o quê?), as intervenções apropriadas para a melhoria da sua saúde (como?), as justificativas para as mudanças (por quê?), quais profissionais (quem?) e equipamentos de saúde (onde?) serão necessários para a implementação das intervenções (Moraes, 2012). O cuidador formal de idosos deve ser inserido nestas discussões por estar em constante interação com os longevos.

Destaca-se que, considerando o idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de

forma interdisciplinar e de individualizar o cuidado (Bardes, 2012; Methodology Committee Of The Patient-Centered Outcomes Research Institute, 2012).

Ao individualizar o cuidado e torna-lo integrado, cria-se a possibilidade de diminuir a dependência aprendida, situação muito comum em ILPI's (Neri, 2017). A Teoria da Dependência Aprendida foi elaborada por Margreth Baltes (1996 citado por Neri, 2017). Diferentemente daquela dependência definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físico-funcionais ou cognitivas, ou a uma combinação dessas, a dependência aprendida envolve uma dependência criada na interação social do idoso com seu cuidador. Comportamentos dependentes são reforçados e comportamentos independentes são extinção ou punidos. Resulta desse padrão um aumento na frequência de comportamentos dependentes. Destaca-se que o conceito de dependência não está associado ao conceito de velhice, sendo que um não é condição para o outro. A dependência é uma condição com múltiplas faces, sendo determinada por múltiplas variáveis em interação e se apresenta em diferentes níveis em todas as fases da vida. A teoria foi desenvolvida com base em pesquisas observacionais e experimentais ao longo de 20 anos. Ressalta-se que, além de questões biológicas, a dependência na velhice reflete condições do sistema microssocial em que o idoso vive, as quais envolvem o sistema de crenças das pessoas e seus comportamentos. Logo, entende-se que a dependência na velhice também estaria relacionada aos processos proximais¹ que ocorrem nas ILPI's, a qual é considerada um microssistema, na visão ecológica de desenvolvimento humano.

Segundo Baltes (1996, como citado em Neri, 2017), na maioria dos microcontextos sociais (instituições, hospitais e residências familiares) predomina o reforçamento de comportamentos dependentes e extinção ou punição de comportamentos independentes, o que implica no aumento de comportamentos dependentes no repertório dos idosos.

Ainda segundo a autora, os comportamentos que pertencem a classe de dependência aprendida são instalados da seguinte forma:

- (1) Os comportamentos dependentes que causam consequências físicas e sociais tendem a se manter e a se aperfeiçoar, ao mesmo tempo que as tentativas de

¹ Os processos proximais constituem o estabelecimento de interações recíprocas, progressivamente mais complexas, entre a pessoa em desenvolvimento e as pessoas/objetos do seu ambiente imediato, em que ambas as partes são ativas e se estimulam de forma bidirecional. A reciprocidade é necessária para que a promoção do desenvolvimento ocorra (Bronfenbrenner, 1996; 2011).

independência provocam falta de atenção, negligência, admoestações ou restrições e, assim, tendem a diminuir de frequência. Ambientes superprotetores e de baixa exigência criam dependência aprendida, o que deve ser visto como indicação para que os cuidadores familiares e profissionais não pensem o cuidado como algo que implica fazer para o idoso, mas como algo que envolve dar-lhe a ajuda necessária para que se comporte na medida de suas possibilidades; (2) Os comportamentos dependentes se estabelecem e se mantêm porque asseguram a manutenção de contatos sociais e porque são uma forma de controlar aspectos específicos do ambiente social, como a obtenção de respostas indicativas de atenção, piedade e condescendência. Esses dois subprodutos da dependência têm relação com a promoção do bem-estar psicológico dos idosos (Baltes, 1996 como citado em Neri, 2017, p. 174).

Por tudo isto, compreende-se que o cuidado ao idoso residente em ILPI deve levar em conta a continuidade do desenvolvimento ao longo de toda vida e a interação entre as características da pessoa e do ambiente/contexto, que se faz presente tanto no aspecto físico (estrutura física do local) quanto no aspecto social/relacional que abrange a interação com o cuidador e outros profissionais da instituição.

A relevância do ambiente para a promoção do envelhecimento saudável já foi destacada pela OMS, sinalizando que ele pode ser um recurso ou uma barreira, um fator de proteção ou de risco para o desenvolvimento na velhice (OMS, 2015). Diante disto, como as ILPI's estão realizando ou coordenando a gestão de cuidados? Que tipo de ambiente e interações são estimulados e mantidos nesses ambientes para que os mesmos se tornem favoráveis ao desenvolvimento? Tais indagações são úteis para a elaboração de um plano de cuidados que considere a ecologia presente nos espaços e a relação bidirecional existente entre a figura do idoso e de seu cuidador, além, claro, dos outros agentes que integram o contexto institucional.

1.4 A Ecologia e o Nicho de Desenvolvimento Humano

O Desenvolvimento Humano, segundo a teoria ecológica, é um produto da interação entre o organismo desenvolvvente e seu meio ambiente. As características das pessoas e dos ambientes devem ser consideradas de forma integrada, sendo que o que importa para o comportamento e o desenvolvimento é o ambiente percebido e não a realidade apresentada objetivamente (Bronfenbrenner, 1996).

O modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner é utilizado para compreender o desenvolvimento humano e consiste em um estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um indivíduo ativo, em desenvolvimento, e as propriedades variáveis dos ambientes imediatos em que a pessoa vive, à medida que esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos, como a cultura, por exemplo (Bronfenbrenner, 1996).

O Modelo Bioecológico, então, possibilita a investigação e a análise do desenvolvimento humano por meio de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo (Modelo PPCT). Ele promove o conhecimento de como as pessoas vivenciam determinada experiência (processo), inseridas em diferentes contextos. Esses contextos (microsistema, mesossistema, macrosistema e exossistema) possuem aspectos físicos, sociais e valorativos, que os caracterizam e exercem influência nas pessoas, considerando o tempo e a cultura (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Bronfenbrenner, 2011). Há características das pessoas que favorecem ou não a ocorrência de processos proximais (formas duradouras de interação no ambiente imediato) necessários ao desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2011). Tais características pessoais podem ser generativas, quando favorecem o processo proximal - o idoso inicia e mantém esse comportamento, por exemplo – e inibidoras, quando implicam numa tendência geral de evitar a atividade, com apatia, falta de interesse no ambiente circundante entre outros. Esses padrões de comportamento podem já ter sido instalados e mantidos pela história de vida do idoso antes da institucionalização ou serem mantidos a partir das interações realizadas no contexto institucional, o que favorece a dependência aprendida.

Assim sendo, considerar as relações existentes entre a forma como o idoso institucionalizado é cuidado, as crenças dos cuidadores sobre o envelhecimento e a relação com o ambiente físico e social do microcontexto (ILPI) torna-se ímpar para compreender o desenvolvimento na velhice. Sobre este aspecto, tem-se o conceito de Nicho de Desenvolvimento como uma proposta ecológica para ampliar a compreensão sobre o cuidado e sobre o desenvolvimento ao longo de toda a vida.

Harkness e Super (1992, 1994) propuseram o conceito de Nicho de Desenvolvimento com o objetivo de conhecer as características relacionadas ao ambiente físico e social da criança, as crenças parentais (ou psicologia dos cuidadores) e as práticas de cuidado culturalmente estabelecidas, a fim de identificar os subsistemas que constituem o ambiente de desenvolvimento da criança.

Esta compreensão surge com o propósito de integrar aspectos da psicologia do desenvolvimento e da antropologia, unindo os objetos de estudo e enfatizando a relação pessoa-ambiente. Estudar o desenvolvimento da criança no contexto, através de um olhar cultural, que considera a mudança ao longo do tempo (Harkness & Super, 1992).

Apesar da criança (enquanto indivíduo) ser o eixo central do estudo, a aplicação dessa abordagem de análise engloba uma descrição generalizada de padrões geralmente encontrados na comunidade cultural em que a criança vive (Super & Harkness, 1999). Segundo os autores (Harkness & Super, 1992, 1994, 1996, 2005; Super & Harkness, 1999), o ambiente da criança é visto como um Nicho Desenvolvimental, o qual é constituído por três componentes: 1) o ambiente físico e social no qual a criança vive; 2) os costumes relacionados ao cuidado e criação, os quais são estabelecidos cultural e historicamente e 3) a psicologia dos cuidadores (crenças ou ethnoteorias parentais).

O primeiro componente do nicho de desenvolvimento corresponde às configurações físicas e sociais da vida. Como exemplos distintos desta configuração, pode-se citar o Quênia e a Holanda. No Quênia rural, por exemplo, as famílias são extensas, muitas vezes têm oito ou mais filhos. As atividades são realizadas principalmente em casa, logo, o bebê ou criança pequena pode ter vários cuidadores e/ou parceiros para interação (irmãos). Na parte sul da Holanda, muitas pessoas vivem em uma pequena área geográfica, as casas são compactas e a sala de estar também serve como parque infantil. Quando há um bebê ou criança em casa, é comum haver um cercadinho na sala, onde ele ou ela pode jogar de forma independente com brinquedos, enquanto outros membros da família ficam nas proximidades (Super & Harkness, 1994).

Este exemplo permite a percepção de que muitos aspectos dos ambientes infantis são organizados a partir de costumes e práticas. Assim, as práticas culturais são o segundo componente do nicho de desenvolvimento. Muitas vezes, os costumes são vistos como a única solução razoável para qualquer necessidade, sendo o caminho natural para fazer as coisas. Para entender essas práticas de cuidado para com a criança, é preciso considerar as tradições culturais relacionadas com a percepção e os conceitos da pessoa. São essas formas culturais de pensar e de sentir, adotadas pelos pais ou outros cuidadores, que se reconhece como o terceiro componente do nicho de desenvolvimento, a psicologia dos cuidadores. O sistema de crenças parentais e as emoções relacionadas aos costumes de educação infantil validam a organização das configurações físicas e sociais e, conseqüentemente, as práticas de cuidado adotadas (Super & Harkness, 1994).

Desta forma, a representação estrutural do modelo envolveria o indivíduo no centro do Nicho Desenvolvimental e os três componentes ao redor, exercendo influências bidirecionais entre si e com a pessoa, além de estar articulado no tempo, caracterizando um sistema dinâmico e em constante evolução (Corrêa, 2011).

No Brasil, foram realizados alguns estudos comparando práticas de cuidado em diferentes ambientes culturais, tais como urbano x rural, capital x interior e instituições de cuidado (Corrêa, 2011; Rabinovich, 1998; Ruela & Moura, 2007; Sachetti, 2007), como será abordado a seguir.

Rabinovich (1998) comparou as práticas de aleitamento entre famílias de um bairro paulistano e famílias de uma localidade rural piauiense e observou diferenças significativas quanto ao tempo de amamentação dos bebês. No Piauí, o tempo de aleitamento ultrapassava os seis meses. Já em São Paulo tendia a ser suspenso antes dos três meses. É importante mencionar que no Piauí as mães contavam com o apoio de familiares nos cuidados dirigidos ao bebê, ao contrário das mães paulistas que eram apontadas como as únicas responsáveis pelos cuidados com seus filhos. Isto indica que a rede social no Piauí favorece de alguma forma o maior tempo de aleitamento.

Ruela e Moura (2007) observaram 6 mães em interação com seus bebês, com o objetivo de investigar as ideias e práticas maternas e o ambiente físico e social que elas propiciavam a seus filhos, em uma comunidade rural do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados sugeriram uma interação entre os componentes do nicho. Explicitam, também, concepções de maternidade e desenvolvimento reveladas pelos membros dessa comunidade, e permitem considerações sobre o nicho de desenvolvimento das crianças estudadas.

Com a proposta de investigar semelhanças e diferenças em crenças de mães sobre cuidados com crianças na capital e interior do Estado de Santa Catarina, Sachetti (2007) realizou estudo com 50 mães de cada contexto e obteve que, de modo geral, as mães da capital foram criadas na zona urbana, apresentaram maior escolaridade e maior renda familiar, eram vinculadas à família, valorizaram cuidados de estimulação, estabeleceram mais metas de socialização autônomas e valorizaram práticas autônomas e relacionais; enquanto as mães do interior foram criadas na zona rural, apresentaram alto grau de apoio social, de proximidade familiar, de realização e valorização de cuidados primários, estabeleceram metas de socialização autônomas e relacionais e realizaram práticas autônomas.

Corrêa (2011) investigou o cuidado em uma Instituição de acolhimento infantil de Belém/Pa. A autora pesquisou sobre aspectos do ambiente físico e social, conhecimentos e concepções sobre desenvolvimento infantil, rotinas e práticas de cuidado presentes entre os

educadores da instituição. Os resultados mostraram que, no que concerne ao resultado da aplicação do instrumento sobre conhecimentos, os educadores apresentaram desempenho superior a 50% de acerto, entretanto, os melhores resultados foram obtidos em assertivas relacionadas às práticas de cuidado (80%) e princípios do desenvolvimento (68%). A autora observou também que, no que se refere à rotina institucional, o espaço conta com um conjunto de normas e regras que são seguidas pelos educadores e crianças, em horários e locais determinados, mas que os educadores alteram a rotina, modificam o ambiente físico e social e adaptam suas práticas de acordo com a demanda e estrutura da situação, visando promover o seu bem-estar, mas também o da criança, dando-lhe possibilidade de alterar o ambiente de acordo com seus interesses.

A análise destes estudos permite a compreensão de que os subsistemas que compõem o conceito de Nicho de Desenvolvimento estão em constante interação e podem interferir no modo como o cuidado é realizado, tendo algum efeito sobre o desenvolvimento do outro. Além de destacarem o quanto esta interação depende da cultura existente no contexto pesquisado.

É sabido, então, que o Nicho de Desenvolvimento Humano é um modelo internacionalmente utilizado para o estudo do desenvolvimento da criança e que considera os aspectos transculturais desse processo. É dada ênfase ao papel do cuidador como mediador do desenvolvimento, o qual pode ocorrer em diversos espaços, tanto em ambiente familiar quanto em ambiente institucional, uma vez que, por motivos diversos, o cuidado passou a ser exercido também em instituições assistenciais, como os abrigos. Outro fato que merece destaque é a ausência de estudos, na literatura internacional e nacional, sobre a utilização do conceito de Nicho na evolução do desenvolvimento, considerando também os adolescentes e os adultos.

O conceito de Nicho de Desenvolvimento sob uma perspectiva gerontológica foi analisado por Brito, Tavernard, Magalhães e Pontes (2015). Os autores realizaram uma revisão bibliográfica e analisaram a aplicabilidade do conceito para se compreender o cuidado na velhice. Segundo os autores, considerando a noção de desenvolvimento no contexto, a investigação dos nichos de desenvolvimento torna-se essencial para o conhecimento das variáveis associadas ao desenvolvimento saudável e bem-sucedido em qualquer etapa da vida.

Ao considerar que o desenvolvimento humano é um processo que perpassa todo o ciclo de vida, tem-se a constatação de que ele ocorre também na velhice. O paradigma *life-span*, elaborado por Paul Baltes e Margareth Baltes, (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1991; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2001) proporciona a visão de que envelhecimento e

desenvolvimento são processos simultâneos, ou seja, as mudanças que acontecem na vida sejam em termos de ganhos ou perdas ocorrem desde a infância até a velhice, porém com graus e intensidades diferentes em cada fase do desenvolvimento.

Segundo Neri (2017), no paradigma *life span*, o desenvolvimento e o envelhecimento são analisados como:

Uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades e, por isso, são chamadas de mudanças graduadas por idade; uma sequência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas e que, por isso, são chamadas de influências graduadas por história; e uma sequência não previsível de alterações devido à influência de agendas biológicas e sociais e que, por isso, são chamadas de influências não normativas. Concluindo, as três classes de influências – normativas graduadas por idade, normativas graduadas por história e não normativas – atuam de forma concorrente na construção de regularidades e de diferenças individuais nas trajetórias de vida. Essa construção é mediada pelas instituições, pelas redes de relações sociais e pela subjetividade. (Neri, 2017, p. 164).

As Instituições de Longa Permanência, então, funcionariam como um contexto mediador na construção do desenvolvimento na velhice, uma vez que podem atuar nas regularidades e diferenças individuais, maximizando ganhos e minimizando perdas nesse processo, sempre considerando a variabilidade intra e interindividual.

A biologia e a cultura apresentam-se em uma relação dinâmica nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida, considerando que: (1) a plasticidade biológica declina com a idade, pois há um predomínio de crescimento e ganhos nas fases pré-reprodutiva e reprodutiva; (2) há necessidade de avanços na evolução cultural e na disponibilidade de recursos culturais para que o desenvolvimento se prolongue até idades avançadas; (3) há limites à eficácia da cultura para promover desenvolvimento, uma vez que, os idosos são menos responsivos aos recursos culturais, pois sua plasticidade comportamental e sua resiliência biológica reduzem com a idade (Baltes, 1997).

O fato das ILPI's constituírem um ambiente de moradia e convívio para idosos, representando uma modalidade de cuidado de longa duração, possibilita a compreensão destas instituições como um contexto em que ocorrem mudanças e consequentemente desenvolvimento de pessoas como os idosos, cuidadores e demais funcionários que fazem parte deste ambiente.

Sendo assim, pode-se investigar a ecologia presente nos ambientes institucionais voltados ao cuidado de pessoas idosas, verificando a qualidade da interação pessoa x ambiente e o quanto esta relação tem contribuído para o desenvolvimento dos indivíduos residentes.

A ILPI pode ser analisada como um ambiente ecológico, pois é onde se encontra a pessoa em desenvolvimento e o local em que se desenrolam os processos desenvolvimentais, desde os mais imediatos até os mais remotos, sujeitos a influências recíprocas. Considerar a ILPI como um contexto de desenvolvimento significa compreender que os idosos que lá vivem são pessoas que estão nesse processo e que o desenvolvimento só ocorre de forma contextualizada. Portanto, a instituição será estudada como um ambiente ecológico, a partir do conceito de Nicho de Desenvolvimento.

Partindo deste pressuposto, Brito, Magalhães e Khoury (2018) realizaram um estudo com o objetivo de aplicar o conceito de Nicho ao estudo do desenvolvimento na velhice, enfocando o cuidado nas ILPI's. As autoras investigaram os subsistemas do nicho em uma ILPI filantrópica e identificaram cuidadoras com idade média de 48,2 anos; baixa escolaridade; práticas de cuidado inadequadas; baixo nível de conhecimento sobre velhice; visão negativa sobre autonomia e independência; ambiente precário, física e socialmente, com pouca interação entre as idosas e o banheiro como sendo o ambiente com pior avaliação. Segundo as autoras, tais resultados evidenciam a inter-relação entre os subsistemas, descrevendo um contexto com poucas condições para promover o desenvolvimento na velhice. Destacam, ainda, que os subsistemas do conceito de Nicho de Desenvolvimento podem ser utilizados para discutir as possibilidades desenvolvimentais na velhice e em contexto de ILPI.

1.5 Instituições de longa permanência como contexto de desenvolvimento

Com a rapidez do aumento do número de idosos no mundo, surgem preocupações sobre a capacidade das sociedades de lidar com os desafios associados a essa evolução demográfica. As políticas públicas e práticas de cuidado devem considerar que a geração mais velha não é um grupo homogêneo, para o qual bastam políticas generalistas. Têm necessidades e interesses específicos que precisam ser tratados como tal, por meio de programas e modelos de intervenção adequados a cada segmento, como postula o relatório sobre Envelhecimento no século XXI, apresentado na 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri, Espanha, em 2002:

para tratar dos desafios trazidos pelo rápido envelhecimento da população, adotou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, cujo enfoque foi o de promover a integração entre envelhecimento e desenvolvimento, promover a saúde e o bem estar nessa fase específica da vida e assegurar ambientes acolhedores, que estimulem a autonomia (Fundo de População das Nações Unidas-UNIFPA & Help Age International, 2012, p. 4).

Logo, a ILPI pode se constituir como um laboratório natural para intervenções que fortaleçam tal integração. Sendo compreendidas como um contexto em que ocorrem interações sociais, mudanças e consequentemente desenvolvimento das pessoas que a integram, pode-se investigar a ecologia presente no ambiente institucional voltada ao cuidado de pessoas idosas, verificando a qualidade da interação pessoa x ambiente e o quanto esta relação tem contribuído para o desenvolvimento dos indivíduos residentes.

A noção de Nicho de Desenvolvimento foi utilizada na presente pesquisa como meio de investigação sobre o desenvolvimento na velhice, através do levantamento de dados sobre o ambiente físico e social das instituições, as crenças dos cuidadores de idosos e as práticas de cuidado adotadas por eles. Ao ter este conceito (Nicho) como referência, um ambiente considerado promotor de desenvolvimento deveria investir no aprimoramento da estrutura física da Instituição, através de modificações ambientais que favoreçam a manutenção da capacidade funcional dos idosos; fortalecer as relações interpessoais na Instituição, proporcionando um ambiente social que esteja relacionado positivamente ao bem-estar subjetivo das pessoas que ali convivem; modificar crenças negativas sobre o envelhecimento, alternando-as para pensamentos que entendam o envelhecimento como processo individual e multidimensional, com perdas e ganhos e com possibilidade de mudanças, considerando a plasticidade individual; além de adotar práticas de cuidado que estimulem e mantenham comportamentos de independência e autonomia, levando em conta o plano de cuidados de cada idoso residente.

Alguns estudos (Bissoli & Cachioni, 2011; Litch & Prado, 2002; Santos, Tomazzoni, Lodovici & Medeiros, 2010) investigam os subsistemas do Nicho de Desenvolvimento de forma individual, isto é, ou pesquisam sobre o ambiente, ou sobre crenças, por exemplo, permitindo identificar o quanto cada subsistema pode afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento do idoso.

Sobre o ambiente físico e social, Santos, Tomazzoni, Lodovici e Medeiros (2010) destacaram que a relação entre o idoso e sua moradia representa a expressão de sua identidade, com suas marcas significativas e pessoais, para a construção de seu meio de

proteção e de bem-estar, um espaço próprio sob o seu domínio e controle. Litch e Prado (2002) ressaltaram que para muitos idosos o espaço social acaba sendo tudo o que possuem, sendo importante estimular os laços com os objetos, pessoas e o ambiente para a manutenção do equilíbrio e da própria identidade.

Sobre o conceito de crenças, tem-se que são aprendidas socialmente. Segundo Bissoli e Cachioni (2011), o processo educativo desempenha um papel central na mudança de crenças e atitudes em relação à velhice. Ainda segundo as autoras, as crenças se referem ao componente cognitivo das atitudes em relação à velhice e influenciam práticas e políticas sociais em relação aos idosos, existindo uma relação recíproca entre atitudes, preconceitos, estereótipos e o contexto social e científico onde aparecem.

O incentivo à informação, aumentando o conhecimento das pessoas sobre aspectos positivos e realísticos da velhice, pode contribuir com uma mudança de atitude sobre o processo de envelhecimento e as pessoas idosas, principalmente se essa promoção da educação ocorrer ao longo de toda a vida para todos os cidadãos (Bissoli & Cachioni, 2011).

Neri (2017) afirma que estão sendo exigidos cada vez mais investimentos em soluções sociais e na cura e prevenção de doenças atualmente incuráveis ou de difícil reabilitação. Esse processo deverá exigir cada vez mais novas providências socioculturais, pois à medida que aumentar a longevidade, novos problemas aparecerão.

As ponderações feitas até aqui permitem o entendimento de que a tese que será defendida neste estudo é a de que o conceito de Nicho de Desenvolvimento, proposto por Harkness e Super, pode ser utilizado para analisar a Ecologia do Cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos, ao identificar a interconexão entre ambiente físico e social das ILPI's, as crenças dos cuidadores sobre envelhecimento e as práticas de cuidado por eles executadas. Além de contribuir com as teorias já existentes sobre o desenvolvimento na velhice.

Os estudos descritos manifestam, de forma indireta, conexões entre algum componente do nicho e o desenvolvimento na velhice. O propósito deste trabalho, portanto, é investigar os três componentes do nicho de desenvolvimento em diversas instituições para idosos. Com isso, espera-se que a interação destes componentes (ambiente físico e social, crenças e práticas de cuidado) permita a análise da ecologia do cuidado nas ILPI's.

2 ABORDAGEM MULTIMÉTODOS

2.1 Objetivo geral:

Investigar a ecologia do cuidado em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da cidade de Belém/PA, por meio do conceito de nicho de desenvolvimento e seus componentes.

2.2 Abordagem Multimétodos:

Nesta pesquisa, foi utilizada uma abordagem multimétodos, considerando a complexidade do objeto de estudo, onde a combinação de métodos diferentes possibilitaria uma maior compreensão do fenômeno. A abordagem multimétodos (AMM) tem sido considerada o terceiro movimento metodológico, surgido como resultado das controvérsias entre os movimentos da pesquisa quantitativa e qualitativa (Tashakkori & Teddlie, 2003). Parte do princípio de que não existe um método específico que seja mais apropriado, mas que todos os métodos têm falhas e vantagens que podem ser compensadas e reunidas num mesmo programa de pesquisa (Sommer & Sommer, Webb, Campbell, Schwartz, Sechrest & Grove, como citados em Iglesias, 2007).

Para dar conta do objetivo proposto, foram realizados quatro estudos empíricos, todos de caráter transversal, tendo sido empregados os métodos descritivo e observacional, com combinação de abordagens quantitativa e qualitativa, além do método correlacional, a fim de verificar a interação entre variáveis.

A pesquisa foi realizada em um recorte de tempo compreendido entre outubro de 2015 e junho de 2018, caracterizando um delineamento transversal, realizado em duas ILPI's públicas da cidade de Belém/PA, as quais serão denominadas de IP1 e IP2.

2.3 Etapas da Realização da Pesquisa (Figura 1).

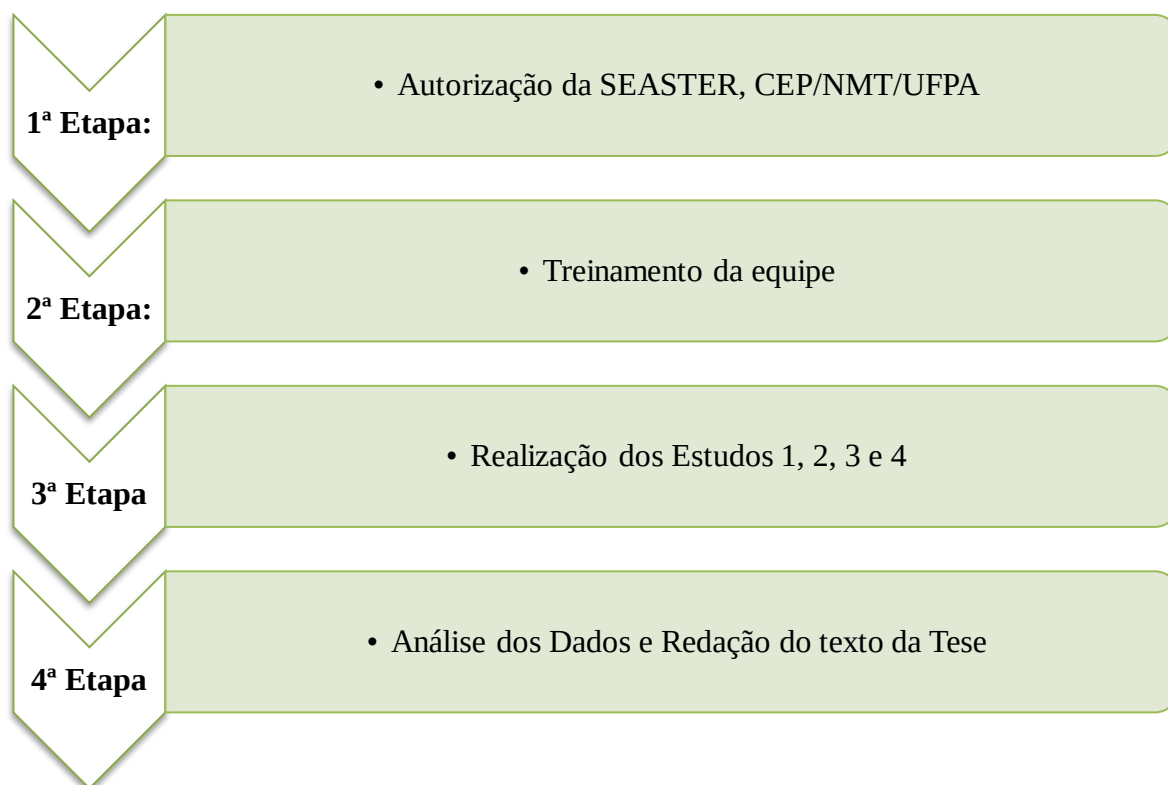


Figura 1. Esquema de coleta de dados.

2.4 Procedimentos Éticos

Entrou-se em contato com a Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda – SEASTER, a fim de obter o documento de autorização para realização da pesquisa nas Instituições Públicas. De posse das autorizações, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical (CEP/NMT) sendo aprovado sob nº de parecer 811.815, conforme resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após o parecer favorável deste Comitê. Destaca-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A) foi aplicado em todos os participantes, antes da coleta de dados, momento em que foram descritos os principais objetivos da pesquisa e esclarecidas as dúvidas sobre a mesma. Ressalta-se ainda que o uso de imagens e qualquer outro tipo de gravação foi desautorizado pela SEASTER.

2.5 Treinamento para a Realização da Pesquisa

Antes da coleta de dados, foi realizado o treinamento da equipe que auxiliou a pesquisadora. Foram realizados três encontros na sala do Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED) da UFPA para discussão da temática do Nicho de Desenvolvimento e treinamento para aplicação dos instrumentos. O protocolo de coleta de dados era lido pelas alunas e aplicado entre elas e a pesquisadora, a fim de sanar possíveis dúvidas. Foram realizados dois encontros para conhecerem as Instituições e os funcionários (técnicos e cuidadores) das mesmas e realizadas orientações sobre a técnica de observação. A equipe foi composta por duas estudantes do curso de Psicologia da UFPA e uma da Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ, do 5º ao 8º semestre.

2.6 Coleta dos Dados

O procedimento de coleta de dados foi dividido em duas fases. Na primeira, foi realizado contato com as Diretoras das Instituições a fim de combinar o período para início da coleta. Posteriormente, os cuidadores foram convidados, de forma individual, a participar da pesquisa. Nessa fase foram explicados os objetivos da pesquisa por meio do TCLE e as dúvidas existentes foram esclarecidas. Os critérios de inclusão foram trabalhar ativamente na Instituição há no mínimo seis meses e aceitar participar da pesquisa assinando o TCLE.

A fim de diminuir o compartilhamento de informações sobre as respostas foi aplicado um instrumento por semana. Desta forma, a ordem de aplicação semanal foi: 1ª semana – TCLE e Questionário de caracterização; 2ª semana – Questionário sobre a percepção ambiental; 3ª semana – Escala de crenças sobre velhice; 4ª semana – Questionário de conhecimentos sobre velhice. As descrições dos instrumentos podem ser visualizadas nos estudos em que foram utilizados.

2.7 Ambiente

A IP1 foi criada na década de 80 para abrigar idosos independentes (chamados de pensionistas), que possuíam vínculos familiares e poder aquisitivo para garantir suas necessidades de saúde, alimentação e vestuário. Entretanto, desde a criação da Secretaria Executiva de Trabalho e Promoção Social, em 1992, passou a abrigar idosos em situação de

vulnerabilidade. No ano 2000, após a desativação de uma instituição da cidade, os idosos que ali viviam (principalmente moradores de rua que eram proibidos de esmolar) foram transferidos para a IP1, modificando assim o perfil dos idosos que residiam na instituição para: pensionistas e tutelados pelo Estado. A IP1 é uma instituição pública mantida pelo governo do Estado, mas que conta com contribuições mensais dos internos e abriga idosos de ambos os sexos. Considerando a distinção de vínculos (pensionista ou tutelado), há idosos com algum vínculo familiar e grau de independência considerável e outro grupo de idosos com perda de vínculos familiares, encaminhados pelo Ministério Público ou outras entidades de Proteção Social.

O ambiente físico é estruturado em área residencial, sendo que na entrada social há uma guarita para o controle de entrada e saída, do lado direito um estacionamento para funcionários e visitantes e do lado esquerdo uma tenda coberta para a realização de atividades, além de uma ampla área verde. Os ambientes internos são divididos por alas, na primeira estão as salas de serviços de Fisioterapia e Nutrição, Secretaria, Assistência Social, Psicologia e Terapia Ocupacional. Na ala seguinte há uma área social com sala de estar e de leitura com televisão, sofá para os idosos e banheiro masculino e feminino. Há também um refeitório em que são servidas as refeições diárias e onde ocorrem comemorações e demais atividades, sendo o ambiente de maior socialização na instituição. Há, ainda, uma copa para o preparo da alimentação e uma capela para as práticas religiosas. Ao lado do refeitório, há corredores em direção as alas dos quartos. Todos os quartos têm camas, armários e banheiro adaptado para os idosos. A sala de enfermagem fica próxima aos quartos objetivando a assistência em regime de plantão. A unidade possui equipe multiprofissional (Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Cuidadores formais) para atendimento diário e possui 40 idosos residentes.

A IP2 também é mantida pelo governo do Estado, foi criada para receber os idosos remanescentes do abrigo desativado no ano 2000. Em geral, os idosos residentes nesta instituição são dependentes ou semi dependentes e com algum comprometimento cognitivo. É importante ressaltar que, no início da coleta de dados deste estudo, a Instituição mudou de sede e o novo espaço conta com uma estrutura física de maior qualidade quando comparado ao anterior. A coleta foi realizada no novo ambiente onde, na entrada social, há um corredor principal com acesso a uma sala de espera/descanso, à esquerda, com sofás e televisão, e um posto de enfermagem. O corredor também dá acesso aos quartos em que residem os idosos mais independentes e, à direita, pode-se acessar outro corredor que permite a entrada para as enfermarias masculina e feminina, salas dos técnicos e direção, refeitório, cozinha, lavanderia

e garagem. Há banheiros coletivos em cada enfermaria e, nos dormitórios (para dois idosos), o banheiro é dentro do quarto. O refeitório também é usado como salão para festas, onde são realizados os aniversários, jogos (damas, cartas, bingo), atividades distratoras como assistir televisão e escutar música. A equipe da Instituição é formada por um grupo multiprofissional (Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Cuidadores formais) e conta com 47 idosos residentes.

A seguir serão apresentados os cinco estudos que dão sustentação a essa tese.

3 ESTUDO 1. CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PERCEPÇÃO SOBRE IDOSO, ENVELHECIMENTO E CUIDADO.

3.1 Introdução

Descrever o perfil dos cuidadores formais de idosos é de suma relevância para o direcionamento de políticas públicas que visem atender a esta categoria profissional e aos idosos que recebem o cuidado. Estudos brasileiros que objetivam traçar esse perfil identificaram que a mulher ainda é a figura de cuidador de referência (Araújo et al., 2013; Araújo & Fernandes, 2015; Diniz et al., 2018; Lopes, Mitre, Coelho & Queiroz, 2012; Medeiros, 2014; Silva & Falcão, 2014; Silva, Machado, Ferreira & Rodrigues, 2015), indicando que a feminização da velhice acompanha a feminização do cuidado.

No estudo sobre perfil de cuidadores formais realizado por Lopes, Mitre, Coelho e Queiroz (2012) foram encontrados que mais de 50% dos cuidadores eram do sexo feminino, sedentários, casados e com ensino fundamental incompleto; 48% e 92% dos cuidadores apresentavam sintomas depressivos e de ansiedade, respectivamente. Houve correlação negativa entre sintomas depressivos e qualidade de vida.

Medeiros (2014), em sua tese de doutoramento, analisou o processo de cuidar em uma ILPI filantrópica de Campina Grande/PB e identificou que: a) Os cuidados relacionados com as AVDs eram realizados pelos cuidadores e auxiliados por trabalhadores de serviços gerais. Segundo a autora, o estímulo à autonomia do idoso era ausente e os idosos autônomos ficavam ociosos e sem atividades. Aos idosos com dependência funcional eram proporcionadas práticas de alimentação e higienização fazendo com que as atividades de vida diária fossem realizadas rotineiramente. b) Quase não há privacidade aos idosos e os quartos se apresentam com muitos leitos.

Tanto a caracterização sócio demográfica quanto a percepção que os cuidadores possuem sobre o idoso são informações importantes para auxiliar o cuidado prestado e a elaboração de políticas de cuidado. Silva e Falcão (2014) realizaram uma pesquisa com este objetivo, ao investigar a concepção de 40 cuidadoras profissionais, sendo a maioria casada e com idades variando entre 26 e 60 anos. As autoras obtiveram como resultado que as concepções favoráveis sobre o que é ser uma pessoa idosa foram mais frequentes. Segundo as autoras, tal resultado aponta para a importância do respeito aos idosos.

Silva, Machado, Ferreira e Rodrigues (2015) investigaram a formação profissional dos cuidadores de ILPI's de Natal/RN e identificaram que a maioria dos cuidadores possuía baixa condição socioeconômica e não apresentava curso específico para exercer a função de cuidador. Apesar disso, aqueles que realizaram cursos, afirmaram que os conteúdos abordados durante a formação deram segurança para a prática do cuidado, mas ressaltam que há necessidade de aperfeiçoamento. Para os autores, isto revela fragilidades na formação que estariam relacionadas à ausência de um currículo básico para orientar o ensino e a prática e, também, por conta da baixa escolaridade solicitada ao exercício dos profissionais.

A ausência de capacitação também foi observada por Gutierrez, Fernandes e Mascarenhas (2017), os quais objetivaram caracterizar cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre/RS quanto a capacitação para a profissão, seus sentimentos frente ao idoso, sobrecarga de trabalho, estado cognitivo e condição física. Os autores verificaram que as participantes (n=20) nunca fizeram capacitação e apresentaram perdas de saúde, quando questionados os motivos que as levaram a desempenhar a função de cuidador, 13% das entrevistadas relataram já ter trabalhado com crianças e que acreditam que essa função seja semelhante à de cuidar de idosos; 20% declararam gostar de idosos; 27% expuseram que ocuparam a função ao acaso; e 40% por necessidade financeira. A respeito do que mais as agradava em sua profissão, 13% afirmaram se sentir úteis auxiliando os idosos, 20% declararam gostar de realizar tarefas operacionais (dar banho, cuidar da alimentação e levar os idosos para caminhar), 27% referiram que aprendem coisas novas com os idosos e 40% expuseram que se sentem gratificadas pelo afeto que recebem como retorno. Quando foram questionadas sobre o que mais as desagradava na sua função, 33% relataram que é a interferência dos familiares na maneira de cuidar, 20% afirmaram que era a falta de conhecimento para ocupar essa função e 20% referiram ser a teimosia ou a demência do paciente. A maioria das entrevistadas (60%) relatou já ter se irritado com o idoso cuidado apenas uma vez, 11% de uma a cinco vezes, e o restante (18%) declarou nunca ter se irritado. A dificuldade no manejo de comportamentos do idoso está entre as causas mais frequentes de irritação (45%), seguida pelo desconhecimento das patologias que acometem os idosos (33%) e os desentendimentos com os familiares dos idosos (22%).

Destaca-se o estudo de Araújo et al. (2013) que, apesar de ter sido realizado com cuidadores informais, a coleta foi realizada no Estado do Pará, o que permite a identificação de dados da mesma região em que o presente estudo foi realizado. Os autores objetivaram descrever o perfil dos cuidadores informais de idosos da cidade de Ananindeua/PA, assim como sua importância e principais dificuldades no ato de cuidar do idoso. Foram

entrevistados 31 cuidadores, predominando sexo feminino, estado civil casado, ensino médio completo, renda entre dois e três salários mínimos, tempo de exercício da função maior que 12 meses, destacaram a paciência e a falta de conhecimento como as principais dificuldades do cuidador.

Diniz et al. (2018) realizaram estudo observacional, seccional, comparativo com coleta em São Carlos/SP, a fim de comparar cuidadores formais e informais. Identificaram que os formais são na maioria mulheres (86,7%), média de 36,7 anos, escolaridade de 13,7 anos, carga horária de 7,5 horas diárias de trabalho, 26,7% com desconforto emocional e com maior frequência sentiram-se “um pouco sobrecarregados” (40%). Os informais, na maioria mulheres (85,7%), 42,9% representados por filhos, média de 55,2 anos, escolaridade de 7,1 anos, tempo de cuidado de 6,5 anos, com 19,8 horas diárias no cuidado ao idoso, 17 (48,6%) apresentaram leve sobrecarga e 16 (45,7%) apresentaram desconforto emocional. Destacando importantes diferenças para o planejamento de intervenções direcionadas a cada tipo de cuidador.

A maior parte das pesquisas sobre cuidado destaca as tarefas exercidas pelo cuidador e não a subjetividade presente na realização da tarefa de cuidar (Falcão, 2006). Desta forma, o objetivo deste estudo foi categorizar os cuidadores quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais, tais como sexo, idade, escolaridade, composição familiar, formação profissional, formação quanto à área de saúde do idoso, situação funcional na instituição, experiência no cuidado ao idoso, tempo de exercício na função, bem como, descrever as percepções sobre idosos, envelhecimento e cuidado.

3.2 Método

O delineamento deste estudo é do tipo descritivo, com corte transversal, utilizando abordagens quantitativa e qualitativa.

3.2.1 Participantes

Participaram do estudo 32 cuidadores formais de idosos (todos aceitaram participar da pesquisa), sendo 13 da IP1 e 19 da IP2.

3.2.2 Instrumentos

Foi utilizado um Questionário, adaptado de Cavalcante (2008), para caracterização sociodemográfica, profissional e de percepção dos cuidadores sobre velhice e cuidado (Apêndice B). Os dados sociodemográficos e profissionais analisados foram: sexo, idade,

escolaridade, composição familiar, formação profissional, formação quanto à área de saúde do idoso, tempo de experiência, carga horária.

3.2.3 Procedimentos para coleta de dados

Os cuidadores foram abordados durante o horário de trabalho, de forma individual, momento em que era lido e assinado o TCLE. Em seguida, fazia-se a aplicação do Questionário de Caracterização, o qual foi preenchido pela pesquisadora.

3.2.4 Procedimentos para análise de dados

Os dados sobre o perfil dos cuidadores foram analisados em um programa estatístico (IBM Statistics 20) por meio de estatísticas descritivas (medidas de tendência central e de dispersão). Os dados sobre percepção acerca do idoso, envelhecimento e cuidado foram ponderados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (1977/2009) seguindo os passos de: a) pré-análise, com leitura flutuante; b) exploração do material, obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade; c) interpretação, a fim de captar os significados do conteúdo e identificar categorias temáticas. A análise qualitativa permitiu a verificação de categorias e subcategorias de análises, as quais foram organizadas em frequências simples e a direção dos conteúdos foi classificada em visão positiva, negativa ou neutra (conteúdo imparcial ou indiferente, vago, imparcial, não expressando partido nem a favor nem contra).

3.3 Resultados e discussão

3.3.1 Perfil sociodemográfico dos cuidadores formais de idosos

Dentre os participantes, havia 14 homens e 18 mulheres. Nas tabelas 1 e 2, podem ser observados os dados sociodemográficos e profissionais.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos cuidadores formais de idosos

Variáveis/Medidas	Média(M)	Mediana (Md)	Desvio padrão (DP)	Mínimo/Máximo
Idade	37,4	34,5	±10,9	24/59
Escolaridade	13,7	13	2,5	7/17
Nº de filhos	1,2	1	0,9	0/4
Nº de coabitantes	2,7	2,5	1,2	1/6
Filhos	n		%	
Sim	24		75%	
Não	8		25%	
Status Conjugal				

Casado	16	50%
Solteiro	15	46,9%
Viúvo	1	3,1%
Divorciado	0	0

Tabela 2

Dados profissionais dos cuidadores formais de idosos

Variáveis/Medidas	Média(M)	Mediana (Md)	Desvio padrão (DP)	Mínimo/Máximo
Tempo de trabalho (em anos)	4	2	6,6	1/37
Carga horária (semanal)	33,8	36	9,1	12/60
	n		%	
Formação profissional				
Sim	23			71,9%
Não	9			28,1%
Tipo de Vínculo				
Efetivo	15			46,9%
Contratado	15			46,9%
Outro	2			6,3%
Exerce outra atividade				
Sim	13			40,6%
Não	19			59,4%
Cuidava de idosos antes				
Sim	12			37,5%
Não	20			62,5%
Teve dificuldade para se adaptar				
Sim	7			21,9%
Não	25			78,1%
Formação na área da gerontologia				
Sim	12			37,5%
Não	20			62,5%
Se considera informado sobre como cuidar				
Sim	25			78,1%
Não	7			21,9%

Observa-se predominância de cuidadores do sexo feminino, jovens e com escolaridade média elevada. Grande parte dos cuidadores tem o ensino médio completo (13 anos de escolaridade) e alguns tem nível superior. Com relação a composição familiar dos cuidadores, 75% tem em média um filho e metade são casados ou possuem união estável, dados que concordam com a literatura da área (Araújo et al., 2013; Silva & Falcão, 2014).

Levando em consideração o valor da mediana, os cuidadores tem pouco tempo de experiência na função (dois anos), havendo um equilíbrio entre a quantidade de funcionários contratados e concursados. Apesar de mais de 71% apresentarem formação profissional (cursos técnicos, pedagogos, cientistas sociais, assistentes sociais), 62,5% não tem formação na área da gerontologia, assim como no estudo de Silva, Machado, Ferreira e Rodrigues (2015), onde a maioria não apresentava curso específico. Tais dados diferem do estudo de Silva e Falcão (2014), onde 75% das participantes realizaram curso formal para exercer a profissão, sendo a média de tempo na função 9,65 anos. Apesar disso, os participantes do presente estudo relataram não ter tido dificuldade para se adaptar ao trabalho (mais de 78%) e se consideravam informados sobre como cuidar.

Todos os cuidadores afirmaram que não há divisão entre eles sobre quem irá cuidar de qual idoso; todos cuidam de todos. Como forma de organizar o cuidado, a direção das Instituições organiza os cuidadores em equipes de trabalho, a fim de atender ao esquema de escalas (trabalhar 12h e folgar 24h) e dividir os integrantes da equipe entre quem irá ficar na enfermaria, quartos e quem irá sair para hospitais e outros locais como acompanhante, de modo que os cuidadores se alternem entre tais funções nos dias de trabalho. A adaptação ao trabalho de cuidar pode, inicialmente, ser considerada positiva, pois mais de 70% dos cuidadores afirmaram não ter tido dificuldades. Entretanto, tal resultado será melhor discutido na seção seguinte, no item sobre percepção de cuidado ao serem consideradas as respostas qualitativas à questão.

3.3.2 Percepções dos cuidadores formais sobre idoso, envelhecimento e cuidado.

- Percepções sobre a pessoa idosa.

A partir da análise de conteúdo de Bardin (2009) foram identificadas diversas subcategorias organizadas em: crenças positivas, negativas e neutras. O quadro 1 apresenta as categorias, subcategorias e trechos das entrevistas. As respectivas frequências absolutas e relativas, das unidades de análise, podem ser visualizadas na Tabela 1.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias das crenças dos cuidadores sobre a pessoa idosa

CRENÇAS SOBRE A PESSOA IDOSA	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos, exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 1: crenças positivas (Código: CP). Definição: crenças benéficas sobre a pessoa idosa.	a) <i>Pessoas que necessitam de cuidado heterogêneo (PNCH).</i> Ex.: “São pessoas que necessitam de cuidados específicos de acordo com a idade e limitações de cada um”. b) <i>Pessoas com conhecimento e experiência</i>

	(PCE). Ex.: “De modo geral os idosos são pessoas que tem todo uma gama de conhecimentos adquiridos ao longo de suas vivências (...)”. c) <i>Pessoas autônomas</i> (PA). Ex.: “(...) que tem suas vontades próprias (...)”. d) <i>Com diferenças interindividuais</i>. Ex.: “Alguns são calmos, outros agitados. Uns colaboram, outros não” . e) <i>Pessoas boas</i> (PB). Ex.: “São pessoas boas”. f) <i>Bem cuidados</i> (BC). Ex.: “A qualidade de vida deles tá melhor, estão bem aparados, alimentação boa”.
Categoria 2: <i>crenças negativas</i> (Código: CN). Definição: crenças inadequadas.	a) <i>Iguais às crianças</i> (IC). Ex.: “Penso que nós devemos ser bastante cuidadosos por que eles se tornam crianças”. b) <i>Frágeis</i> (F). Ex.: “Uma pessoa frágil que precisa de cuidado e atenção”. c) <i>Dependente</i> (D)s. Ex.: “Que eles precisam, dependem da gente”. d) <i>Abandonados</i> (A). Ex.: “São pessoas que foram jogadas aqui e que precisam de carinho, atenção. Muitas vezes lembram pelo que passaram. São abandonados”. e) <i>De estado de risco</i> (ER). Ex.: “Aqui nesse abrigo são de estado de risco, do Ministério Público não dá pra comparar com aqueles que são independentes. Aqui tem estelionatário, matador, tens idosos e idosos, tem uns doces”. f) <i>Sofridos</i> (S). Ex.: “Tenho muita pena deles por que são pessoas sofridas e não falam, só quando tem afinidades, aí guarda só pra ele”. g) <i>Inativos</i> (I). Ex.: “O idoso aqui fica muito parado, fazem uma atividade mas as vezes não é sistemático”.
Categoria 3: <i>crenças neutras</i> (Código: CNT). Definição: crença nem positiva nem negativa.	a) <i>Nosso último estágio</i> (NUE). Ex.: “Já é nosso último estágio. É uma fase prolongada da vida”. b) <i>Visão do próprio envelhecimento</i> (VPE). Ex.: “Faço hoje por eles por que quero que façam pra mim no futuro”. c) <i>Ter pena</i> (TP). Ex.: “Uma chorou falando que morou nos EUA e o marido queria internar num hospital de louco, pra mim isso é muito triste, sinto pena”. d) <i>Deveriam ter mais apoio dos governantes</i> (DMAG). Ex.: “Acho que deveria ter um apoio maior dos nossos governantes. Essa

	casa já foi muito melhor”.
--	----------------------------

Tabela 1

Frequência das unidades de análise referentes às crenças sobre a pessoa idosa.

Crenças sobre a pessoas idosa	Frequência das unidades de análise	
	N	%
<i>Positivas</i>		
Pessoas que necessitam de cuidado heterogêneo	15	60
Pessoas com conhecimento e experiência	3	12
Pessoas autônomas	1	4
Com diferenças interindividuais	4	16
Pessoas boas	1	4
Bem cuidados	1	4
Total	25	100
<i>Negativas</i>		
Iguais às crianças	3	18,7
Frágeis	3	18,7
Dependentes	3	18,7
Abandonados	3	18,7
De estado de risco	1	6,2
Sofridos	1	6,2
Inativos	2	12,5
Total	16	100
<i>Neutras</i>		
Nosso último estágio	1	20
Visão do próprio envelhecimento	2	40
Ter pena	1	20
Deveriam ter mais apoio dos governantes	1	20
Total	5	100

Os dados demonstram predomínio das crenças positivas sobre a pessoa idosa, destacando visões que consideram a heterogeneidade da velhice e que o cuidado deve levar em consideração a individualidade dos idosos. Tais relatos indicam uma visão positiva, considerando a individualidade e diversidade do envelhecimento, o que é semelhante ao estudo de Silva e Falcão (2014) as quais notaram que a maioria das concepções das cuidadoras sobre o que é ser uma pessoa idosa foram favoráveis, apontando o respeito dirigido aos idosos e à história de vida dos mesmos, valorizando, portanto, a individualidade.

Também foram identificadas crenças negativas, como por exemplo comparar os idosos com as crianças. O cuidado infantilizado também foi observado nos estudos de Silva e Falcão (2014), Souza (2014) e Souza e Argimon (2013), ao entrevistarem cuidadores formais. Segundo Groisman (citado por Silva & Falcão, 2014), a institucionalização da velhice gera

efeitos como a produção de imagens pejorativas sobre os idosos, como as de invalidez e adoecimento.

- *Percepções sobre o envelhecimento.*

Os relatos sobre as percepções sobre envelhecimento também foram categorizados em positivos, negativos e neutros. As subcategorias, os trechos das falas dos cuidadores, assim como a frequência das unidades de análise podem ser visualizados no Quadro 2 e Tabela 2.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias das crenças dos cuidadores sobre o envelhecimento.

CRENÇAS SOBRE O ENVELHECIMENTO	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos, exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 1: <i>crenças positivas</i> (Código: CP). Definição: crenças benéficas sobre o envelhecimento.	a) <i>Privilégio</i> (P). Ex.: “Acho um privilégio chegar a terceira idade”. b) <i>Fase que demanda cuidado</i> (FDC). Ex.: “Fase delicada que necessita de que as pessoas que o cercam tenham mais cuidado e paciência”. c) <i>Fase natural</i> (FN). Ex.: “Envelhecer é uma fase natural da vida”. d) <i>Adquirir maturidade</i> (AM). Ex.: “Maturidade adquirida por todas as experiências da vida”. e) <i>Heterogêneo</i> . Ex.: “) O fim da vida, envolve várias peculiaridades que são próprias de cada um”. f) <i>Tranquilo</i> (T). Ex.: “Fase tranquila”.
Categoria 2: <i>crenças negativas</i> (Código: CN). Definição: crenças inadequadas.	a) <i>Fase delicada</i> (FD). Ex.: “fase delicada que necessita de que as pessoas que o cercam tenham mais cuidado e paciência”. b) <i>De solidão</i> (S). Ex.: “São os momentos mais difíceis porque vem a solidão”. c) <i>Perda da independência</i> (PI). Ex.: “Ficar mais inativo e mais doente. Locomoção para”. d) <i>Doenças</i> (D). Ex.: “A pessoa fica mais doente”. e) Semelhante à infância (SI). Ex.: “Voltam a ser criança”.
Categoria 3: <i>crenças neutras</i> (Código: CNT). Definição: crenças nem positivas nem negativas.	a) <i>Reflexo das fases anteriores do desenvolvimento</i> (RFAD). Ex.: “É também o reflexo de tudo que percorremos desde a infância até esta fase”. b) <i>Preocupação com o próprio envelhecimento</i> (PPE). Ex.: “Difícil, espero estar preparado para meu envelhecimento”.

	c) <i>Difícil responder</i> (DR). Ex.: “Difícil de responder”.
--	--

Tabela 2

Frequência das unidades de análise referentes às crenças sobre o envelhecimento.

Crenças sobre o envelhecimento	Frequência das unidades de análise	
	N	%
<i>Positivas</i>		
Privilégio	2	8,7
Fase que demanda cuidado	2	8,7
Fase natural	8	34,8
Adquirir maturidade	5	21,7
Heterogêneo	3	13
Tranquilo	3	13
Total	23	100
<i>Negativas</i>		
Fase delicada	2	22,2
De solidão	1	11,1
Perda da independência	4	44,4
Doenças	1	11,1
Semelhante à infância	1	11,1
Total	9	100
<i>Neutras</i>		
Reflexo das fases anteriores do desenvolvimento	1	25
Preocupação com o próprio envelhecimento	2	50
Difícil responder	1	25
Total	4	100

As falas dos cuidadores permitiram o entendimento de que o envelhecimento é compreendido como uma fase natural (8), madura (5), sendo um processo heterogêneo e multidimensional (3), o que está de acordo com a literatura (Baltes, 1987; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2001). Tal entendimento pode ser observado nas falas de alguns cuidadores, reconhecendo a individualidade na velhice, e a singularidade das trajetórias de vida e necessidades. O que pode favorecer um cuidado mais diretivo às pessoas idosas.

- *Percepções sobre o cuidado ao idoso.*

As subcategorias encontradas foram subdivididas em percepções positivas, negativas e neutras sobre cuidado ao idoso. Tais categorias, subcategorias e os trechos das entrevistas, assim como as frequências das unidades de análise, podem ser visualizados no Quadro 3 e Tabela 3.

Quadro 3 – Categorias e subcategorias das crenças dos cuidadores sobre o cuidado ao idoso.

CRENÇAS SOBRE O CUIDADO	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos, exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 1: <i>crenças positivas</i> (Código: CP). Definição: crenças benéficas sobre o cuidado ao idoso.	a) <i>Respeitar as características individuais</i> (RCI). Ex.: “Principalmente ter respeito pelo idoso e suas características que com a velhice se acentuam de forma que a pessoa que cuida saiba respeitá-lo se adaptando as suas limitações”. b) <i>Ser carinhoso</i> (SC). Ex.: “É dar carinho”. c) <i>Dar atenção/ doar tempo</i> (DAeT). Ex.: “É dedicar uma parte do seu tempo para estar ali”. d) <i>Ser paciente</i> (SP). Ex.: “Ter muita paciência”. e) <i>Saber escutar</i> (SE). Ex.: “Saber escutar e não só banhar, alimentar etc.”. f) <i>Ter amor pelo que faz</i> (TAPF). Ex.: “Cuidado é ter amor pelo que faz”. g) <i>Pensar primeiro no outro</i> (PPO). Ex.: “Cuidar do outro, é abdicar do seu “eu”, para de olhar para dentro de si e passar a olhar para o outro da maneira que você gostaria que olhassem para você”. h) <i>Dar valor</i> (DV). Ex.: “Quando você tem cuidado por algo ou alguém, você tá depositando valor, se é humano ou objeto”.
Categoria 2: <i>crenças negativas</i> (Código: CN). Definição: crenças inadequadas.	a) <i>Parecem criança</i> (PC). Ex.: “Me preocupo por que eles parecem crianças as vezes”. c) <i>Realizar as atividades básicas</i> (AAB). Ex.: “É não deixar cair, não deixar o idoso sujo. Ter cuidado com a higiene”.
Categoria 3: <i>crenças neutras</i> (Código: CNT). Definição: crenças nem positivas nem negativas.	a) <i>Necessitam de cuidado</i> (NC). Ex.: “Eles necessitam ter alguém pra cuidar”.

Tabela 3

Frequência das unidades de análise referentes às crenças sobre o cuidado ao idoso.

Crenças sobre o cuidado ao idoso	Frequência das unidades de análise	
	N	%
<i>Positivas</i>		
Respeitar as características individuais	6	15
Ser carinhoso	7	17,5

Dar atenção/ doar tempo	15	37,5
Ser paciente	5	12,5
Saber escutar	4	10
Ter amor pelo que faz	1	2,5
Pensar primeiro no outro	1	2,5
Dar valor	1	2,5
Total	40	100
<i>Negativas</i>		
Parecem criança	1	16,6
Realizar as atividades básicas	5	83,3
Total	6	100
<i>Neutras</i>		
Necessitam de cuidado	1	100
Total	1	100

Os dados demonstram uma prevalência de crenças positivas sobre o cuidado, destacando a necessidade de doar tempo e atenção para cuidar do idoso, ser carinhoso e respeitar as diferenças individuais. Dentre as crenças negativas, destaca-se a compreensão de que o cuidado é realizar atividades básicas da vida diária do idoso (banhar, alimentar etc.). Destaca-se, entretanto, que o cuidado é um ato que vai além do auxílio para realização das atividades de vida diária. Segundo Memoria, Carvalho e Rocha (2013), é importante que o cuidador desenvolva paciência, amor, compreensão, boa-vontade, responsabilidade e empatia para cuidar de uma pessoa idosa. De acordo com Silva e Falcão (2014), ser cuidador requer uma reflexão diária sobre a prática do cuidado e sobre o que ela representa em sua unicidade. Considerando a alta frequência dos relatos de crenças positivas sobre o cuidado, para os participantes ser cuidador seria unir habilidades emocionais, instrumentais e profissionais.

Com relação as dificuldades no ato de cuidar do idoso, apesar da maioria (mais de 70%) dos cuidadores afirmar ausência de dificuldade, as respostas à pergunta “Qual a sua maior dificuldade no cuidado ao idoso?”, do Questionário de Caracterização, foram analisadas conforme a análise de conteúdo de Bardin (2009) e permitiram a identificação de nove subcategorias conforme pode-se observar no Quadro 4.

Quadro 7 – Categorias e subcategorias das crenças dos cuidadores sobre o cuidado ao idoso.

Categoria: definição e código	Subcategorias: códigos, exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 1: dificuldade no cuidado ao idoso (Código: DCI).	a) <i>Falta de estrutura física</i> (FEF). Ex.: “O trabalho fica mais difícil pelo ambiente físico

Definição: situações difíceis, enfrentadas pelo cuidador, no trabalho com os idosos.	da instituição que não oferece boas condições de trabalho”. b) <i>Falta de materiais ou Equipamentos de Proteção Individual</i> (FMEPI). Ex.: “A falta de EPI pra manusear o idoso”. c) <i>Falta de cuidadores</i> (FC). Ex.: “São muitos idosos, precisamos de mais homens”. d) <i>Usar força física</i> (UFF). Ex.: “Uso de muita força física. Carregar sozinho um idoso”. e) <i>Acompanhar idosos ao hospital</i> (AIH). Ex.: “A coisa ruim é ficar no hospital 12h e não poder sair, é contaminação tuberculose por exemplo, não tem TV, deveria ser por 6h só e substitui”. f) <i>Lidar com o comportamento do idoso</i> (LCI). Ex.: “Quando eles entram em crise, o que fazer? São violentos”. g) <i>Falta de treinamento para cuidadores</i>. Ex.: “A falta de capacitação, de conhecimento pra algumas coisas”. h) <i>Falta de informações sobre o idoso</i>. Ex.: “Às vezes não sabemos nada sobre o idoso. Sobre o que ele come, bebe, se tem doença”. i) <i>Nenhuma</i>. Ex.: “Não vejo nenhuma”.
--	--

Tabela 4

Frequência das unidades de análise referentes às crenças sobre o cuidado ao idoso.

Dificuldade no cuidado ao idoso	Frequência das unidades de análise	
	n	%
Falta de estrutura física	6	15,8
Falta de materiais ou Equipamentos de Proteção Individual	2	5,7
Falta de cuidadores	1	2,6
Usar força física	3	7,9
Acompanhar idosos ao hospital	3	7,9
Lidar com o comportamento do idoso	11	28,9
Falta de treinamento para cuidadores	6	15,8
Falta de informações sobre o idoso	1	2,6
Nenhuma	5	13,1
Total	38	100

As dificuldades no cuidado ao idoso constituem um aspecto importante do perfil dos cuidadores e proporcionam informações chave para futuras capacitações aos profissionais. Como observado na Tabela 4, as dificuldades mais citadas pelos cuidadores envolvem o manejo de comportamentos emitidos pelos idosos, principalmente os agressivos; a falta de estrutura física e a falta de treinamento para os profissionais.

Estes achados estão de acordo com o que se encontra na literatura (Araújo et al., 2013; Diniz et al., 2018; Gutierrez, Fernandes & Mascarenhas, 2017; Lopes, Mitre, Coelho & Queiroz, 2012) que mostra que os cuidadores apresentam sintomas depressivos e ansiosos, além de desconforto emocional e que as maiores dificuldades estão relacionadas a falta de conhecimento sobre como lidar com o comportamento do idoso, além da falta de paciência, sendo que a maioria dos cuidadores já se irritou pelo menos uma vez com o comportamento do residente. Apesar dos cuidadores só citarem cansaço físico (ao carregar os idosos ou na rotina do hospital), percebeu-se que há desgaste emocional ao lidar com as demandas dos idosos. Talvez a ausência de relatos sobre estresse emocional esteja relacionada ao receio de serem interpretados de forma negativa, por entenderem que não seria socialmente aceitável ou talvez, pelo mesmo motivo, neguem para si próprios que tem desgaste emocional.

A dificuldade referente à falta de capacitação foi citada por alguns participantes, os quais relataram tanto a falta de trabalhos nesse sentido quanto a inadequação, uma vez que tais formações são feitas por meio de palestras, dando destaque ao repasse de informações teóricas (oferecidas pela SEASTER) ao invés de focar na realidade da prática do cuidado ao idoso. Tal fato reafirma a necessidade da formação destes profissionais englobar, não só o conhecimento técnico, mas fornecer modelos de cuidado baseados na formação de vínculos e de se utilizar vivências para ensaiar maneiras de lidar com o comportamento do idoso. Inclusive, os próprios cuidadores percebem a deficiência dos cursos, como se pode ver nos relatos.

3.4 Considerações Finais

O presente estudo apontou a necessidade de incluir, na formação de cuidadores de idosos, temas que envolvam os aspectos emocionais relacionados ao cuidar do outro e a necessidade de capacitação, assim como foi identificado em diversos outros estudos realizados no Brasil. O cuidado deve ser realizado com o objetivo de favorecer o desenvolvimento na velhice, considerando a plasticidade individual e não se restringir a um cuidado tecnicista. A prática do cuidador formal ainda é dirigida principalmente pela intuição do profissional, o qual se identifica com ato do cuidar. Acredita-se que uma melhoria na educação técnico-científica dos cuidadores poderá refletir na diminuição da distância que existe entre o saber e o fazer na realidade das instituições.

Referências

- Araújo, J.S., Vidal, G.M., Brito, F.N., Gonçalves, D.C.A., Leite, D.K.M., Dutra, C.D.T. & Pires, C.A.A. (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 16(1):149-158.
- Araújo, F.N.F.; Fernandes, M.J.P. (2015). Perfil de cuidadores de idosos no brasil. *Anais CIEH* (2015) – Vol. 2, N.1. ISSN 2318-0854.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-625.
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Bardin, L. (1977/2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Cavalcante, L. I. C. (2008). *Ecologia do cuidado: interações entre a criança, o ambiente, os adultos e seus pares em instituição de Abrigo*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. Belém, Pará.
- Diniz, M.A.A., Melo, B.R.S., Neri, K.H., Casemiro, F.G., Figueiredo, L.C., Gaioli, C.C.L.O. & Gratão, A.C.M. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3789-3798.
- Falcão, D.V.S. (2006). *Doença de Alzheimer: um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares*. Tese de doutorado. Brasília (DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Gutierrez, L. L. P., Fernandes, N. R. M. & Mascarenhas, M. (2017). Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *SAÚDE DEBATE* | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 114, P. 885-898, JUL-SET. DOI: 10.1590/0103-1104201711417.
- Lopes, R.A., Mitre, N.C.D., Coelho, M.A.G.M. & Queiroz, B.Z. (2012). Perfil dos cuidadores das instituições de longa permanência para idosos de Itaúna – MG. *ConScientiae Saúde*, 338 2012;11(2):338-344.
- Medeiros, F.A.L. (2014). *Processo de cuidar em Instituições de Longa Permanência de Idosos: (re)pensando a função dos cuidadores*. 2014. 162f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Memoria, L.V.F., Carvalho, M.J.N., & Rocha, F.C.V. (2013, jul-set.). A percepção do cuidador de idosos sobre o cuidado. *R. Interd*, 6(3), 15-25. Recuperado em 16 julho, 2019, de: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/89/pdf_37.
- Neri, A.L. (2001). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In: Neri, A.L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento*:

- perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas, 11-37. Campinas (SP): Papirus.
- Silva, I.L.S, Machado, F.C.A., Ferreira, M.A.F. & Rodrigues, M.P. (2015). Formação Profissional de Cuidador de Idosos Atuantes em Instituições de Longa Permanência. *HOLOS*, Ano 31, Vol. 8. DOI: 10.15628/holos.2015.3215.
- Silva, M.P. & Falcão, D.V. da S. (2014, setembro). Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), pp.111-131. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Souza, M.B.S. & Argimon, I.I.L. (2013). Cuidado infantilizado: percepção dos cuidadores no processo de cuidar de idosos institucionalizados. *Anais do CIEH*, 1(1). Recuperado em 16 julho, 2019, de: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_935_5693940a9c00f153547ee1b32d2809fe.pdf.
- Souza, M.B.S. (2014). Os significados construídos por cuidadores que trabalham em uma instituição de longa permanência a respeito do cuidado ao idoso. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

4 ESTUDO 2. PERCEPÇÃO DE CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS SOBRE O AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL DA ILPI

4.1 Introdução

A integração entre a psicologia ambiental e o desenvolvimento tem sido destacada como necessária, especialmente para uma compreensão ecológica do desenvolvimento humano, a qual considera a relação bidirecional e interdependente entre pessoa-ambiente (Carvalho, 2006).

Segundo a WHO (2008), a heterogeneidade na velhice não é aleatória e embora reflita, em parte, a herança genética, a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais em que se habita. Tais ambientes podem afetar diretamente a saúde ao impor barreiras ou por serem ambientes protetivos, incentivando oportunidades, decisões e comportamentos.

Para Diogo (citado por Bestetti, 2014) o homem é um ser social que está em constante interação com o ambiente físico e o meio social, sendo que estes podem ser favoráveis ou não à adaptação ao processo de envelhecimento.

Os espaços devem ser mais do que uma moradia, devem favorecer o comportamento do idoso e ultrapassar a atenção apenas às necessidades básicas (Okamoto, 2002). Os sentimentos e pensamentos do indivíduo acerca do espaço devem ser considerados; a percepção sobre o ambiente permite um melhor entendimento sobre a relação bidirecional com o ser humano (Sobral, Paiva, Porto & Villarouco, 2015). Sendo assim, entende-se o comportamento humano como função das dimensões espaciais e de suas relações com indivíduos, constituindo-se de suma importância identificar de que modo o sujeito percebe o seu ambiente (Paiva, Sobral & Villarouco, 2015).

A importância da percepção ambiental em seus aspectos físicos e sociais também pode ser observada no estudo de Khoury e Günther (2008), as quais analisaram o ambiente residencial do idoso. As autoras, com o objetivo de investigar a relação entre ambiente de moradia e a percepção de controle em idosos (controle primário e secundário), entrevistaram 315 idosos residentes em Brasília-DF e identificaram a existência de relação inversa entre controle primário e densidade social. Os idosos que residiam com um maior número de pessoas num determinado espaço físico apresentavam menor controle primário (menor esforço para adaptar o ambiente as suas necessidades). Além disso, aqueles que dispunham de quarto exclusivo tinham maior percepção de controle. As autoras também destacaram que os idosos com menor controle primário e maior densidade social tinham menos amigos e eram

menos ativos no sentido de participação em atividades fora da casa. Ao considerar o ambiente institucional, no qual a maioria de quartos é coletivo, há de se pensar que tal variável tenha algum efeito sobre o senso de controle dos idosos residentes e sobre as relações que estabelecem no contexto institucional.

Rinco e Bestetti (2015) realizaram um estudo com o objetivo de descrever e analisar as características dos microambientes de ILPIs, através das opiniões dos idosos, cuidadores e profissionais. As autoras identificaram que o ambiente pesquisado possuía diversas características importantes, como o conforto e o tipo de cuidado ofertado, para a moradia de idosos com a doença, os quais inclusive afirmavam que a instituição é o local em que se sentem bem e gostam de estar.

No estudo de Santos, Nascimento e Paulin (2014) foi realizada avaliação da capacidade funcional de idosos residentes em uma ILPI de Uberaba-MG e sua interação com o ambiente. Foi identificado que a instituição pesquisada não cumpre as exigências mínimas preconizadas pelas normas legais; que os idosos são mais dependentes nas AIVD's do que nas ABVD's e apresentam boa percepção sobre sua capacidade funcional em relação ao uso do ambiente. Ressalta, entretanto, que o ambiente funciona como barreira que contribui para que o idoso fique dependente do cuidador e para a perda da individualidade e privacidade.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi descrever a percepção dos cuidadores sobre o ambiente físico e social da Instituição na qual trabalham e levantar as possibilidades de mudança nos dois ambientes (físico e social), sugeridas pelos cuidadores.

4.2 Método

Este estudo caracteriza-se como descritivo, com corte transversal e abordagem quanti-qualitativa.

4.2.1 Participantes

Participaram do estudo 32 cuidadores formais de idosos, sendo 13 da IP1 e 19 da IP2.

4.2.2 Instrumentos

Foi utilizado um Questionário de avaliação da percepção ambiental (Apêndice C), elaborado pela autora (Brito, 2014), cujos itens referem-se à avaliação da percepção do cuidador sobre o ambiente físico e social da instituição. O cuidador avalia cada espaço do abrigo e menciona os aspectos positivos e negativos dos mesmos. O ambiente social é avaliado através de perguntas sobre relacionamento com idosos e colegas de trabalho.

4.2.3 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista, onde a pesquisadora aplicava o Questionário sobre percepção ambiental.

4.2.4 Procedimentos para análise de dados

Os dados sobre percepção do ambiente físico e social foram ponderados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (1977/2009) seguindo os passos de: a) pré-análise, com leitura flutuante; b) exploração do material, obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade; c) interpretação, a fim de captar os significados do conteúdo e identificar categorias temáticas. A análise qualitativa permitiu a verificação de categorias e subcategorias de análises, as quais foram organizadas em frequências simples.

4.3 Resultados e discussão

4.3.1 Percepção do cuidador formal sobre o ambiente físico da Instituição

O ambiente físico foi avaliado a partir dos relatos às perguntas: a) o que mais gostam na ILPI, b) ambientes que mais usam, c) ambientes que mais gostam, d) que menos gostam e e) aspectos positivos e negativos de cada ambiente.

As respostas foram analisadas conforme a análise de conteúdo de Bardin (1977/2009), a qual possibilitou a elaboração de categorias temáticas finais. A distribuição de tais categorias e a frequência de citação das unidades de análise podem ser observadas na Tabela 5.

Tabela 5

Preferências ambientais dos cuidadores

O que mais gostam na ILPI?		
Categorias temáticas	IP1 (n=13)	IP2 (n=19)
Idosos	7	3
Colegas de trabalho	4	2
Do trabalho de cuidar	4	5
Espaço físico	2	6
Atividades lúdicas externas	3	0
Conversar com os idosos	3	1
Comida	0	3
Quais os ambientes que você mais usa ILPI?		
Categorias temáticas	IP1 (n=13)	IP2 (n=19)
Salão do refeitório	8	6
Monitoria	5	Ausente na IP
Quarto do idoso	3	5
Banheiro	2	2

Lavanderia	1	0
Sala T.O.	1	0
Sala de descanso	Ausente na IP	2
Enfermaria	Ausente na IP	8
Todos	1	2
Quais os ambientes que você mais gosta ILPI?		
Categorias temáticas	IP1 (n=13)	IP2 (n=19)
Salão do refeitório	6	8
Monitoria	4	Ausente na IP
Quarto do idoso	0	1
Quintal	1	0
Capela	1	0
Sala de descanso	Ausente na IP	3
Enfermaria	Ausente na IP	5
Quais os ambientes que você menos gosta ILPI?		
Categorias temáticas	IP1 (n=13)	IP2 (n=19)
Salão do refeitório	1	0
Banheiros	2	1
Administração	4	2
Enfermagem	1	0
Estacionamento	0	1
Dormitórios	1	1
Capela/necrotério	0	3
Outros (estacionamento, monitoria, sala de estar, sair da Instituição)	2	2
Não tem	2	9

De acordo com a Tabela 5, apenas dois cuidadores da IP1 e seis cuidadores da IP2 citaram o ambiente físico como aquilo que mais gostam na Instituição. Tal diferença pode estar relacionada ao fato da IP2 estar em um ambiente novo (mudaram de endereço logo antes do início da coleta de dados) e a IP1 continua no mesmo espaço desde sua fundação. Em suas respostas, os cuidadores da IP1 relataram gostar mais da interação com o idoso, enquanto que os da IP2 preferem o espaço físico e o trabalho de cuidar, talvez por estarem em um novo espaço físico e com uma melhor estrutura para a realização das práticas de cuidado.

Com relação ao ambiente que mais utilizam, os cuidadores da IP1 destacaram o salão do refeitório, por possibilitar um momento de descanso e interação com outros cuidadores e idosos. E os da IP2 referiram ficar mais tempo na enfermaria, realizando cuidados. Tal fato pode ser explicado porque na IP2 residem idosos com maior grau de incapacidade funcional quando comparados aos idosos da IP1.

Sobre os ambientes preferidos e preteridos, a maioria preferiu o salão do refeitório, por ser local que possibilita interação e olhar ampliado para os idosos que estão nos arredores ou

no interior do salão. Quase a metade dos cuidadores da IP2 afirmou que não existe ambiente preterido e os da IP1 não destacaram aspecto físico, mas sim dificuldades ao lidar com a administração, o que envolveria o ambiente social da Instituição. A importância de se ter um lugar preferido está relacionada ao fato do mesmo induzir mudanças psicológicas ao proporcionar alterações positivas de humor, auxiliar na atenção e possibilitar maior observação dos próprios sentimentos (Macedo, Oliveira, Günther, Alves & Nóbrega, 2008). Como os cuidadores da IP2 estavam em um ambiente novo, bonito e bem equipado é justificável o fato de quase metade deles não citarem ambiente preterido.

Tabela 6
Aspectos positivos e negativos dos ambientes

Aspectos positivos, negativos e neutros do ambiente físico das ILPI's		
Refeitório	Frequência das unidades de análise	
	N	%
<i>Positivas</i>		
Ampla	17	47,2
Ventilação natural	7	19,4
Interação	3	8,3
Organizado	1	2,7
Refeição	3	8,3
Confortável	2	5,5
Acessível	1	2,7
Iluminado	2	5,5
Total	36	100
<i>Negativas</i>		
Móveis velhos/quebrados	7	26
Pouco ventilado	6	22,2
Presença de pombos	4	14,8
Muito aberto	1	3,7
Sujo	1	3,7
Mal iluminado	2	7,4
Piso quebrado	1	3,7
Chove no interior do salão	5	18,5
Total	27	100
<i>Neutras</i>		
Nada a declarar	1	33,3
Nada de negativo	1	33,3
É adequado para o número de idosos	1	33,3
Total	3	100
Quarto	Frequência das unidades de análise	
	N	%

<i>Positivas</i>		
Espaçoso	9	33,3
Cor	3	100
Limpeza	2	7,4
Confortável	5	18,5
Arejado	7	26
Acessível	1	3,7
Total	27	100

<i>Negativas</i>		
Pouca acessibilidade	10	31,2
Cor	1	3,1
Piso inadequado	6	18,7
Objetos inadequados ou quebrados (janelas, torneira)	6	18,7
Quentes	5	15,6
Pequenos	2	6,2
Odor	1	3,1
Distribuição dos móveis	1	3,1
Total	32	100

<i>Neutras</i>		
-	-	-
Total	-	-

Banheiro	Frequência das unidades de análise	
	N	%
<i>Positivas</i>		
Espaçoso	9	28,1
Cor	1	3,1
Limpeza	2	6,2
Confortável	2	6,2
Acessível	3	9,3
Piso	2	6,2
Iluminação	1	3,1
Total	20	100

<i>Negativas</i>		
Precário	3	9,4
Porta estreita	2	6,2
Iluminação insuficiente	2	6,2
Não é adaptado	5	15,6
Porta de vidro	1	3,1
Sem manutenção	6	18,7
Pequeno	2	6,2
Falta água	7	21,8
Piso escorregadio	4	12,5
Total	32	100

<i>Neutras</i>		
-	-	-

Total	-	-
--------------	---	---

A tabela 6 evidencia os aspectos positivos e negativos dos três ambientes mais citados pelos cuidadores (salão do refeitório, quarto e banheiro). Os cuidadores destacam mais características positivas para o refeitório, considerando-o como um espaço amplo, com ventilação natural e favorável para a interação entre cuidador-cuidador e cuidador-idoso. Os quartos e os banheiros foram destacados com mais características negativas. O quarto apresenta pouca acessibilidade e nos banheiros a falta de água é constante, além de receber manutenções esporádicas (torneiras quebradas) e não ser adaptado (sem rampas de acesso, piso escorregadio), segundo relato dos cuidadores. No estudo de Paiva e Santos (2012), os banheiros também foram ambientes com maior necessidade de modificação para promover bem-estar físico e segurança aos idosos favorecendo autonomia e independência.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (ANVISA, 2005) as instalações físicas da Instituição devem ter condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir acessibilidade aos integrantes daquele contexto. E, ao considerar os aspectos negativos, tem-se que ambientes pouco acessíveis, como na IP1 (pisos derrapantes, sem rampa de acesso e sem passagem para cadeira de rodas) podem ser considerados como inseguros e geradores de dependência, além de estarem relacionados ao isolamento e à depressão, por funcionarem como barreiras à interação social, por exemplo (WHO, 2001).

Situações como essas (piso escorregadio, ausência de barras de apoio) vão de encontro ao que Bestetti (2014) afirma sobre acessibilidade. “Acessibilidade refere-se à possibilidade de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações e equipamentos. Chama-se barreira arquitetônica qualquer elemento natural, instalado ou edificado que impeça a aproximação, transferência ou circulação no espaço ou equipamento” (Bestetti, 2014, p. 607).

4.3.2 Percepção do cuidador formal sobre o ambiente social da Instituição

O ambiente social foi avaliado a partir dos relatos às perguntas: a) o que mais gostam na ILPI, b) você tem amigos aqui, c) como é o seu relacionamento com o idoso e d) realizam atividades juntos, as quais foram identificadas como categorias de análise. As subcategorias, juntamente com os trechos das entrevistas podem ser visualizadas no Quadro 5 e as frequências das unidades de análise na Tabela 7.

Quadro 5 – Categorias, subcategorias e trechos das falas dos cuidadores sobre o ambiente social das ILPI's.

AMBIENTE SOCIAL DAS ILPI's 1 e 2	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos, exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 1: <i>o que mais gostam na ILPI</i> (Código: MG). Definição: aspectos preferidos do ambiente da ILPI para os cuidadores de idosos.	a) <i>Idosos</i> (I). Ex.: “Os próprios idosos”. b) <i>Colegas de trabalho</i> (CT). Ex.: “Dos companheiros de trabalho”. c) <i>Espaço físico</i> (EF). Ex.: “Gosto do ambiente físico pois trata-se de um lugar amplo, cheio de árvores, bem ventilado”. d) <i>Atividades externas</i> (AE). Ex.: “Quando tem passeio com os idosos”. e) <i>O trabalho de cuidar</i> (TC). Ex.: “Gosto de trabalhar com os idosos, acho legal cuidar”. f) <i>Jogar dominó</i> (JD). Ex.: “jogar dominó”. g) <i>Espaço do descanso</i> (ED). Ex.: “Nós termos onde descansar”. h) <i>Refeições</i> (R). Ex.: “principalmente a refeição”. i) <i>Direção</i> (D). Ex.: “a direção do abrigo”. j) <i>Localização da Instituição</i> (LI). Ex.: “A localização”. l) <i>Tudo</i> (T). Ex.: “Gosto de tudo”.
Categoria 2: <i>ter amigos</i> (Código: TA). Definição: se os cuidadores da ILPI consideram que tem amigos no local de trabalho.	a) <i>Sim</i> (S). Ex.: “Sim, muitos. Tanto os colegas de trabalho, quanto os idosos”. b) <i>Não</i> (N). Ex.: “No trabalho não se tem amigos, mas companheiros”. c) <i>Poucos</i> (P). Ex.: “Tenho, mas são pouquíssimos. A maioria é apenas colegas de trabalho”.
Categoria 3: <i>como é o relacionamento entre cuidador e idoso</i> (Código: RCI). Definição: aspectos da interação entre cuidador e idosos, na visão do cuidador.	a) <i>Bom</i> (B). Ex.: “Bom, todos gostam de mim”. b) <i>Profissional</i> (P). Ex.: “procuro ser profissional”. c) <i>Ótimo</i> (O). Ex.: “O meu relacionamento eu considero ótimo, atendendo com dedicação procurando ser paciente, compreensiva ajudando da melhor forma possível”. d) <i>Afetivo</i> (A). Ex.: “Afetivo, de brincadeiras, preocupação, cuidados”. e) <i>Tranquilo</i> (T). Ex.: “Tranquilo, na medida do possível”. f) <i>Respeitoso</i> (R). Ex.: “uma relação de respeito”. g) <i>Comunicativo com todos</i> (CT). Ex.: “Mantenho-me comunicativa com todos, porém alguns que eu passo mais tempo conversando”.

	h) <i>Depende do comportamento do idosos</i> (DCI). Ex.: “Depende. Quando é psiquiátrico não dá pra ter, com os outros é amizade, pergunto como está”. i) <i>Sem envolver afeto</i> (SEA). Ex.: “Bem, não deixo meu lado afetivo falar mais alto”.
Categoria 4: <i>realizam atividades juntos</i> (Código: AJ). Definição: se os cuidadores realizam atividades com os idosos, além dos cuidados básicos (higiene, alimentação).	a) Sim (S). Ex.: “Sim, conversar, bater papo, é mais o T.O. que faz entretenimento”. b) Não (N). Ex.: “Não, as vezes que tem alguns passeios”. c) Às vezes (AV). Ex.: “Às vezes ajudando na terapia ocupacional, por que gosto das atividades realizadas”. d) Com alguns (CA). Ex.: “Não com todos eles, mas com alguns que são abertos ao diálogo, tratamos de alguns assuntos, mas não de vida pessoal”.

Tabela 7

Frequência das unidades de análise sobre percepções relacionadas ao ambiente social das ILPI's.

Ambiente social das ILPI's	Frequência das unidades de análise	
	N	%
<i>O que mais gostam na ILPI</i>		
Idosos	12	21,4
Colegas de trabalho	10	17,8
Espaço físico	7	12,5
Atividades externas	3	5,3
O trabalho de cuidar	11	19,6
Jogar dominó	1	1,8
Espaço do descanso	1	1,8
Refeições	3	5,3
Direção	1	1,8
Localização da Instituição	1	1,8
Tudo	6	10,7
Total	56	100
<i>Ter amigos</i>		
Sim	26	81,25
Não	3	9,4
Poucos	3	9,4
Total	32	100
<i>Como é o relacionamento com os idosos</i>		
Bom	16	41
Profissional	1	2,6
Ótimo	4	10,2
Afetivo	11	28,2

Tranquilo	1	2,6
Respeitoso	1	2,6
Comunicativo com todos	1	2,6
Depende do comportamento do idosos	3	7,7
Sem envolver afeto	1	2,6
Total	39	100

<i>Realizam atividades juntos</i>		
Sim	25	80,6
Não	2	6,4
Às vezes	3	9,7
Com alguns	1	3,2
Total	31	100

De acordo com os dados obtidos, os cuidadores destacam gostar dos idosos residentes, do trabalho de cuidar e de interagir com os colegas de profissão. Referem ter amigos no local e ter um bom relacionamento com os idosos, referindo inclusive um cuidado afetivo. Com relação às atividades que realizam junto com os idosos, em geral, ocorre com os idosos lúcidos, com uma frequência pequena e principalmente através da atividade com o terapeuta ocupacional (TO). Dentre as atividades citadas tem-se: conversar sobre as experiências deles, passeios externos, jogos (dominó), somente o trabalho de cuidar, estética (manicure, pedicure, cortar cabelo, fazer barba).

Apesar do profissional TO ser o responsável pelo trabalho com as ocupações relacionadas a necessidades singulares dos idosos (Graff et al., 2007), a participação do cuidador se faz necessária, pois é o agente que convive por longos períodos com o idoso e, além de ser fonte de informação sobre a rotina deste, pode estimulá-lo diariamente para a realização de atividades propostas pelo técnico T.O.

4.3.3 Percepção do cuidador formal sobre as possibilidades de mudança no ambiente físico e social da Instituição.

Esta variável foi investigada a partir da análise das respostas à pergunta: O que você gostaria de mudar aqui? Foram destacadas quatro categorias temáticas finais: a) A gerência/administração, b) Modificar o espaço físico, c) Valorização dos cuidadores (aumentar salário, contratar mais, fazer capacitações), d) Incluir novas atividades para interação entre os idosos. Três cuidadores da IP2 afirmaram que não mudariam nada, talvez pelo fato de estarem em um ambiente recém construído e planejado para ser ILPI. A seguir os relatos que justificam as categorias de análise.

Tabela 8

Frequência das unidades de análise sobre as mudanças sugeridas pelos cuidadores.

Mudanças sugeridas pelos cuidadores	Frequência das unidades de análise	
	N	%
No espaço físico da Instituição	13	31
A forma como a Instituição é gerenciada	4	9,5
Os serviços ofertados pela ILPI	1	2,4
Melhorar o acesso aos serviços externos	1	2,4
Criar política de valorização do cuidador	14	33,3
O comportamento das pessoas que trabalham na ILPI	2	4,7
Aumentar o número de atividades a serem realizadas pelos idosos	2	4,7
Melhorar o apoio dado pela equipe multiprofissional	2	4,7
Nada	3	7,1
Total	42	100

Muitos cuidadores destacaram a necessidade de alteração do espaço físico, tanto a reforma (portas, piso) quanto a construção de novos espaços (piscina). Quando se trata de idosos, faz-se importante destacar o papel da acessibilidade, pois muitos apresentam déficits de mobilidade e visão, além do cognitivo. A norma NBR 9050 (ABNT, 2015) é referência para adequação de espaços de uso coletivo. Logo, para garantir a independência necessária para uma vida digna deve-se ofertar espaços acessíveis, considerando a minimização de barreiras físicas e a facilidade de orientação nos percursos adotados (Bestetti, 2012).

A falta de atividades extras também foi ponto de discussão, pois os cuidadores relatam que os idosos ficam muito ociosos, o que também foi observado por Pascotini e Fedosse (2018) e no estudo do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social-IPARDES (2008). A ocupação baseada em avaliação individual e integral poderia possibilitar a estimulação ou manutenção da autonomia e independência dos idosos. Além disso, a ILPI deve prover integração do idoso nas atividades da comunidade, com outras gerações, atividades que estimulem a autonomia e promover condições de lazer (ANVISA, 2005). O planejamento multidisciplinar seria de suma importância para a modificação deste padrão de inatividades (IPARDES, 2008).

Os cuidadores também destacaram a dificuldade no relacionamento com a gestão, sendo que a subcategorias mais frequente foi sobre a criação de uma política de valorização do cuidador, esta subcategoria está relacionada aos seguintes aspectos: aumentar salários, contratar mais cuidadores, adequar as atividades que são de responsabilidade dos cuidadores, melhorar condições de trabalho e investir na formação dos profissionais. Sobre isso, colocam-se os seguintes questionamentos para reflexão: se é importante que o cuidador desenvolva

paciência, amor, compreensão, boa-vontade, responsabilidade e empatia para cuidar de uma pessoa idosa (Memoria, Carvalho & Rocha, 2013); se ser cuidador requer uma reflexão diária sobre a prática do cuidado e sobre o que ela representa em sua unicidade (Silva & Falcão, 2014), como este profissional irá adquirir ou aperfeiçoar tais habilidade se há constante desvalorização da categoria? O cuidador deve ser mais ouvido na ILPI, pois está em contato direto com o idoso e apresenta percepções riquíssimas sobre o ambiente institucional e sobre a rotina de cuidados e desempenho dos idosos nas atividades de vida diária.

Tem-se então que os aspectos físico e social são decisivos para o desenvolvimento na velhice ao influenciarem a manutenção de um estilo de vida adequado, que promova a satisfação com a vida e a preservação da capacidade funcional (Cupertino, 1996).

4.4 Considerações Finais

Por fim, este estudo possibilitou a descoberta de que o ambiente físico preferido pelos cuidadores é o salão do refeitório. Destaca-se que a preferência se dá por questões de ordem social, pois é o ambiente que possibilita trocas entre os integrantes daquele contexto. De modo que tais processos de interação no local superam até as características físicas negativas do ambiente (cadeiras e mesas quebradas, alagar quando chove). Há relatos sobre formação de vínculo (cuidador-idoso/ cuidador-cuidador) e consideram, de modo geral, o relacionamento como bom. Entretanto, apresentam insatisfações sobre os dois ambientes (físico e social) e sugerem possíveis mudanças nas estruturas físicas, maior valorização do cuidador e aumento da frequência de atividades prazerosas para os idosos.

Assim sendo, elaborar ambientes humanizados e agradáveis não depende somente de estrutura física, mas também da atitude que as pessoas assumem e demonstram por meio do seu comportamento. Tornando o ambiente mais atraente, transforma-se o bem-estar das pessoas que ali residem e melhora a relação entre os sujeitos que participam desse processo. (Bestetti, 2014).

Os objetivos deste estudo, de levantar percepções dos cuidadores sobre o ambiente físico e social e as mudanças sugeridas, ressaltam a importância de estudos que investiguem o ambiente percebido ao invés do estático, além de contribuir com a literatura da Psicologia Ambiental aliada à Psicologia do Desenvolvimento, dando destaque para a relação bidirecional envolvendo organismo e ambiente, isto é, o idoso e a instituição contendo todos as suas característica (físicas/sociais) e agentes (gestor, cuidador, técnico, cozinheiro entre outros).

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2005). Resolução da Diretoria Colegiada no 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Bardin, L. (1977/2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Bestetti, M. L. T. (2012). Ambientes planejados como fator de segurança e conforto para idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores. In *Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional*. São Paulo.
- Bestetti, M.L.T. (2014). Ambiência: espaço físico e comportamento. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(3):601-610, <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>.
- Brito, J. L. (2014). Nicho de desenvolvimento do idoso institucionalizado: ambiente, crenças e práticas de cuidadores formais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA: Universidade Federal do Pará, 106 páginas.
- Carvalho, M.C. (2006). Psicologia ambiental e do desenvolvimento: o espaço em instituições infantis. In: *Psicologia Ambiental: Entendendo as relações do homem com seu ambiente*. Hartmut Günther, José Q. Pinheiro, Raquel Souza Lobo Guzzo, org. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Cupertino, A. P. F. B. (1996) Avaliação pós-ocupação de instituições para idosos no Distrito Federal. 1996. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Graff, M. J. L. et al. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *Gerontological Society of America*, Washington, v. 62, n. 9, pp. 1002-1009.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social-IPARDES. (2008). Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento / Curitiba: IPARDES.109 p.
- Khoury, H. T. T. & Günther, I. A. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. In D. V. S. Falcão & C.M.S.B Dias (Eds.). *Maturidade e Velhice: Pesquisas e intervenção psicológicas* (v. II, pp. 297-314). São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Macedo, D., Oliveira, C.V., Günther, I.A., Alves, S.M. & Nóbrega, T.S. (2008, out.- dez.). O Lugar do Afeto, o Afeto pelo Lugar: O que dizem os Idosos? *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 441-449. Brasília (DF).

- Memoria, L.V.F., Carvalho, M.J.N., & Rocha, F.C.V. (2013, jul-set.). A percepção do cuidador de idosos sobre o cuidado. *R. Interd*, 6(3), 15-25. Recuperado em 16 julho, 2019, de: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/89/pdf_37
- Okamoto, J. (2002). *Percepção Ambiental e Comportamento*. São Paulo: Mackenzie.
- Paiva, M.M.B & Santos, V.M.V. (2012). Ergonomia no ambiente construído em moradia coletiva para idosos: estudo de caso em Portugal. *Revista Brasileira de Ergonomia*. volume 7, número 3.
- Paiva, M., Sobral, E. R. & Villarouco, V. (2015). The elderly and environmental perception in collective housing. In: Proceeding AHFE 2015: 6th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics and the Affiliated Conferences.
- Pascotini, F. S. & Fedosse, E. (2018). Percepção de estagiários da área da saúde e trabalhadores de Instituições de Longa Permanência de Idosos sobre a institucionalização. *ABCS Health Sci.*; 43(2):104-109
- Rinco, M. & Bestetti, M.L.T. (2015, julho-setembro). A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(3), pp. 397-415. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Santos, Nascimento, J. & Paulin, G. S. T. (2014). Relação entre o contexto ambiental e a capacidade funcional de idosos institucionalizados. *REFACS* (online) 2014; 2(2):161-169.
- Silva, M.P. & Falcão, D.V.da S. (2014, setembro). Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), pp.111-131. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Sobral, E.R.F.A, Paiva, M.M.B., Porto, N.R.S. & Villarouco, V. (2015). Discussão acerca da Percepção Ambiental, suas Ferramentas e Cognição. *Estudos em Design | Revista* (online). Rio de Janeiro: v. 23 | n. 3 [2015], p. 181 – 198 | ISSN 1983-196X.
- WHO-World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.
- World Health Organization-WHO. (2008). Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 16 July 2019).

5 ESTUDO 3. CRENÇAS E CONHECIMENTOS SOBRE VELHICE E SUAS RELAÇÕES COM IDADE, ESCOLARIDADE E TEMPO DE SERVIÇO DO CUIDADOR FORMAL.

5.1 Introdução

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) afirma que são necessárias novas perspectivas sobre o envelhecimento da população, uma vez que muitas percepções são baseadas em estereótipos ultrapassados, o que limita a operacionalização dos problemas, as perguntas que devem ser feitas e a capacidade de aproveitar as oportunidades de desenvolvimento (Butler, 1980 citado por OMS, 2015).

Segundo Bissoli e Cachioni (2011), o processo educativo desempenha um papel central na mudança de crenças e atitudes em relação à velhice. Ainda segundo as autoras, as crenças se referem ao componente cognitivo das atitudes em relação à velhice. Influenciam práticas e políticas sociais em relação aos idosos, existindo uma relação recíproca entre atitudes, preconceitos e estereótipos e o contexto social e científico onde aparecem.

Atitude consiste no que as pessoas pensam, sentem e como elas gostariam de se comportar em relação a um objeto; é uma tendência a se comportar. Três elementos são considerados como componentes das atitudes: o cognitivo, que seria as crenças e cognições em geral; o afetivo (sentimento pró ou contra um objeto social definido) e o comportamental (predisposição à ação). Os componentes da atitude tendem a ser coerentes, favorecendo certa regularidade em relação ao contexto do sujeito. Assim, as atitudes são consideradas preditoras de comportamento, embora nem sempre os comportamentos estejam de acordo com as atitudes, pois dependem de outros fatores, tais como as normas sociais (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2015). Logo, o estudo das atitudes ou seus componentes é elementar para a compreensão dos comportamentos.

O incentivo à informação, aumentando o conhecimento das pessoas sobre aspectos positivos e realísticos da velhice, pode contribuir para uma mudança de atitude sobre o processo de envelhecimento e sobre as pessoas idosas, principalmente se essa promoção da educação ocorrer ao longo de toda a vida, para todos os cidadãos (Bissoli & Cachioni, 2011).

Lopes e Cachioni (2012), com o objetivo de identificar modelos de intervenção psicoeducacionais e seus efeitos em cuidadores de idosos com demência, realizaram uma revisão sistemática de estudos publicados entre janeiro de 2000 e abril de 2012 nas bases de dados PubMed, Web of Knowledge, Lilacs e SciELO. As autoras encontraram 27 artigos com

relatos acerca do impacto de intervenções psicoeducacionais em cuidadores de idosos com demência. Os resultados mais prevalentes desses estudos são: melhoria do bem-estar dos cuidadores (37% dos estudos); aumento do uso de estratégias de enfrentamento (30%); diminuição de pensamentos disfuncionais (30%); aumento do conhecimento sobre os serviços disponíveis (19%); melhora da autoeficácia (15%); e aumento de habilidades para o cuidado (11%). A abordagem psicoeducacional descrita nos estudos é do âmbito informativo, cognitivo-comportamental, com técnicas de gerenciamento de estresse e de emoções; técnicas de resolução de problemas e apoio emocional.

Vieira e Lima (2015) investigaram os estereótipos sobre velhice entre um grupo de 393 estudantes universitários da cidade de Aracaju. Os autores buscaram compreender como se organizam as crenças pessoais e as que os participantes atribuem à sociedade acerca dos idosos. Os resultados obtidos evidenciaram uma dicotomia entre as crenças dos estudantes (positivas) e às atribuídas a sociedade (negativas). A dicotomia estaria presente no fato de que os participantes compõem a sociedade, logo as crenças coletivas também refletem os estereótipos formados pelos indivíduos sobre os idosos.

O conhecimento sobre a diversidade no modo de se pensar o grupo de idosos serve para inferir sobre como eles são tratados no dia a dia, mas a verificação das práticas de cuidado se faz necessária para garantir que concepções aparentemente positivas não estejam mascarando tratamentos que menosprezam as capacidades do idoso (estimulando dependência) e também que crenças negativas não sejam ignoradas (Vieira & Lima, 2015).

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever as crenças e o nível de conhecimentos sobre a velhice na perspectiva de cuidadores de idosos de duas Instituições Públicas de Belém/PA, verificando as relações possivelmente existentes entre tais variáveis e as variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e tempo de serviço dos cuidadores.

5.2 Método

Este estudo se caracteriza como correlacional, a partir de levantamento com corte transversal.

5.2.1 Participantes

Participaram do estudo 32 cuidadores formais de idosos (sem perda amostral), sendo 13 da IP1 e 19 da IP2.

5.2.2 Instrumentos e Materiais

Foram utilizados dois instrumentos e um material para coleta de dados, a saber:

5.2.2.1 Escala de Atitudes em Relação à Velhice (Anexo A): construída e validada por Neri (1991), utilizada para mensurar as crenças sobre a velhice, pelo fato de ser o componente cognitivo das atitudes. A escala contém 30 itens pertencentes a quatro domínios fatoriais (cognição, agência, relacionamento pessoal e persona). Trata-se de uma escala diferencial semântica em que cada item é ancorado por dois adjetivos opostos. A intensidade das respostas é indicada por um gradiente de cinco pontos e sua direção positiva ou negativa pela posição relativa dos adjetivos positivos ou negativos em cada par. O domínio Cognição possui 10 itens e se refere à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social; o domínio agência diz respeito à autonomia e instrumentalidade para a realização (6 itens); o domínio relacionamento pessoal possui 7 itens e cobre aspectos afetivo-motivacionais, refletidos na interação social dos idosos; o domínio persona se refere à imagem social, por se acreditar que refletem os rótulos sociais comumente usados para designar e discriminar pessoas idosas (7 itens). O quadro 6 apresenta os itens da escala e os fatores aos quais pertencem:

Quadro 6 - Domínios fatoriais e itens da escala para avaliação de crenças em relação ao idoso

Cognição	Agência	Relacionamento Social	Persona
1. Sábio-tolo		2. Construtivo-destrutivo*	4. Aceito-rejeitado*
21. Claro-confuso*	6. Entusiasmado-deprimido*	3. Bem-mal-humorado	7. Integrado-isolado*
23. Preciso-impreciso*	11. Saudável-doentio*	5. Confiante-desconfiado*	8. Atualizado-ultrapassado*
25. Concentrado-distraído	13. Ativo-passivo	12. Cordial-hostil	9. Valorizado-desvalorizado
26. Rápido-lento*	16. Esperançoso-desesperado	15. Interessado-desinteressado pelas pessoas*	10. Agradável-desagradável
27. Flexível-rígido	18. Independente-dependente*	17. Generoso-mesquinho*	20. Progressista-retrógrado
28. Criativo-convencional	19. Produtivo-improdutivo	22. Condescendente-crítico	14. Sociável-introvertido
29. Persistente-inconstante			
30. Alerta-embotado*			
24. Seguro-inseguro*			

Nota. Fonte: retirado de Cachioni (2002). (*) Os numerais à esquerda dos itens indicam a ordem em que aparecem no instrumento. Os asteriscos indicam que o item foi invertido para aplicação.

5.2.2.2 Lista para treino de vocabulário (Apêndice D): Elaborada pela pesquisadora, apresenta as definições dos adjetivos da escala de atitudes em relação à velhice, com o objetivo de padronizar e favorecer a compreensão da escala. As definições dos adjetivos

foram retiradas do Dicionário on line Priberam (Priberam Informática, 2013), porém, foram adicionadas explicações do senso comum para as definições consideradas mais complexas, a fim de auxiliar o aplicador da escala, caso o participante não entendesse a definição retirada do dicionário. Em cada item da escala de atitudes, o participante recebia a definição das palavras e em seguida era interrogado sobre sua percepção, respondendo em uma escala do tipo likert. Como exemplo da instrução tem-se: “Considerando que sábio é uma pessoa que sabe muito, que tem conhecimentos profundos e tolo é uma pessoa com pouco conhecimento, que age sem juízo, que age sem pensar, para você, o idoso de modo geral é sábio ou tolo? Responda levando em conta uma escala de 1 (totalmente sábio) a 5 (totalmente tolo)”.

5.2.2.3 Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre Velhice (Anexo B): Traduzido e adaptado por Cachioni (2002) a partir da forma produzida por Harris, Changas e Palmore (1996 como citado em Cachioni, 2002) que modificaram a versão original do *Palmore Aging Quis*. O questionário contém 25 questões de múltipla escolha que abordam conhecimentos gerais sobre o idoso e o processo de envelhecimento. Assim como no instrumento original de Palmore, as questões abarcam os domínios físico (9), cognitivo (3), psicológico (9) e social (9), sendo que algumas questões compreendem mais de um domínio e a pontuação é dada para cada um deles. Desta forma, a pontuação máxima do questionário é de 30 pontos. As questões, divididas por domínio, podem ser visualizadas no Quadro 7.

Quadro 7 - Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre Velhice.

QUESTÕES	DOMÍNIOS
1. 9. 12.	Cognitivo
2. 3. 4. 6. 8. 9. 10. 14. 18.	Físico
3. 5. 10. 11. 13. 15. 16. 23. 24.	Psicológico
7. 10. 15. 17. 19. 20. 21. 22. 25.	Social

Nota. Fonte: adaptado de Cachioni (2002).

5.2.2 Procedimentos para coleta de dados

Os cuidadores foram abordados de forma individual durante o período de trabalho, momento em que lhes foram apresentados os objetivos da pesquisa através do TCLE. Após assinatura deste, foi aplicada a escala de crenças; a pesquisadora deu início à aplicação lendo os adjetivos opostos e apresentando seu significado em seguida (da lista de vocabulário). Por exemplo: "Para você o idoso de um modo geral é sábio ou tolo, considerando que sábio é aquele que tem conhecimentos profundos e tolo é aquele com pouco conhecimento, que age sem juízo, que age sem pensar" e assim sucessivamente. Quanto ao questionário de

conhecimentos, a pesquisadora informou que o objetivo seria verificar o que o cuidador conhecia sobre a velhice e que deveria escolher somente uma das alternativas. Os cuidadores foram informados de que poderiam interromper a tarefa de responder aos instrumentos, caso tivessem que realizar alguma tarefa imediata; assim que estivessem disponíveis poderiam continuar.

5.2.3 Procedimentos para análise de dados

Os dados sobre crenças e conhecimentos foram analisados em um programa estatístico (IBM Statistics 20) por meio de estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão). Para a verificação da existência de relações entre as variáveis: crenças, conhecimentos e dados sociodemográficos foi realizado o teste de correlação de Spearman, com nível de significância de 5%.

5.3 Resultados e Discussão

5.3.1 Crenças sobre velhice entre cuidadores formais de idosos

De modo geral, os participantes apresentaram crenças neutras sobre o envelhecimento, como pode ser observado na Tabela 9.

Tabela 9

Medidas de tendência central sobre as crenças dos cuidadores sobre velhice

Domínios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Cognição	3,4	3,3	0,6	2,1	4,8
Agência	3,3	3,2	0,6	2,1	4,8
Relacionamento Social	3,1	3	0,7	1,4	4,5
Persona	3,1	3,1	0,6	1,5	4,4
Total da Escala	3,2	3,1	0,5	2,4	4,4

Todas as médias ficaram em torno do escore 3, o qual representa o ponto neutro da escala. Cachione e Aguilar (2008) também encontraram resultados com médias neutras e explicaram o dado pelo fato de a amostra ser composta por pessoas com conhecimentos em gerontologia (professores pós-graduados) que, portanto, conheceriam melhor a heterogeneidade da velhice. Na presente pesquisa, a maioria dos participantes não participou de cursos específicos sobre saúde do idoso, portanto têm pouco conhecimento técnico sobre gerontologia. Contudo, destaca-se o tempo de exercício na função (em média quatro anos) e o fato de cuidarem de vários idosos como prováveis facilitadores do conhecimento de que o envelhecimento é um processo heterogêneo. Outro fator provavelmente interveniente é a

expectativa dos participantes quanto a quais seriam as respostas mais adequadas aos itens, o que pode ter influenciado respostas ao centro da escala (neutras), demonstrando que os cuidadores talvez não quisessem se comprometer ao escolher os extremos.

5.3.2 Nível de conhecimento sobre velhice entre cuidadores formais de idosos

No que se refere aos conhecimentos básicos sobre velhice, a pontuação máxima do questionário era de 30 pontos, sendo que em três domínios o escore máximo era de nove pontos cada (físico, psicológico e social) e o quarto (cognitivo), três pontos. A média de acertos totais do questionário foi menor que a metade ($M=12,4/DP\pm 3,4$). Ao considerar a pontuação por domínio, tem-se que os domínios psicológico e social foram os que apresentaram medianas mais distantes da pontuação total do fator, como pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 10

Medidas de tendência central sobre os escore de conhecimentos sobre velhice

Domínios/Total de questões	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Cognitivo/3	1,9	2	0,7	0	3
Físico/9	5,4	5,5	1,8	1	8
Social/9	2,6	3	1,2	0	5
Psicológico/9	4,2	4	1,7	1	7
Total do Questionário	12,4	12	3,4	4	20

O nível de conhecimentos básicos sobre velhice, encontrado no presente estudo, é inferior ao encontrado por Ferreira e Ruiz (2012). Tal fato possibilita reflexões sobre a qualificação de profissionais que a cada dia têm que lidar com idosos mais dependentes e que necessitam de cuidados específicos e integrados. Assim, considerando a literatura apresentada, pode-se dizer que o escasso conhecimento sobre a área pode influenciar o modo como o profissional desempenha suas atividades; como cuida; e como trata o idoso enquanto ser humano.

5.3.3 Relação entre crenças e conhecimentos sobre velhice e variáveis sociodemográficas de cuidadores formais de idosos

Os cuidadores que participaram desta pesquisa têm em média 37,4 anos de idade, apresentam 13,7 anos de escolaridade e trabalham no local como cuidador há quatro anos, em média. Foi realizado o teste de correlação de Spearman, a fim de verificar possíveis relações entre as variáveis: idade, escolaridade, tempo de trabalho, crenças e conhecimentos sobre velhice. Os resultados obtidos podem ser visualizados na Tabela 11.

Tabela 11

Correlações entre as variáveis crenças e conhecimentos e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	Crenças sobre velhice			Conhecimentos básicos			
	Cognição	Agência	Relac. Social	Físico	Cognitivo	Psicológico	Social
Idade							
coeficiente de correlação (cc)	-	-	-0,3	-	-0,6	-	-
<i>p</i> *			0,05		0,0001		
Escolaridade							
cc	-	-	-	-	0,5	0,4	0,4
<i>p</i> *					0,05	0,018	0,01
Tempo de trabalho							
cc	-0,3	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4	-	-
<i>p</i> *	0,04	0,01	0,04	0,03	0,02		

* $P < 0,05$

As correlações moderadas indicam que o tempo de trabalho se correlacionou negativamente com as crenças no domínio agência, quanto maior o tempo de trabalho na função de cuidador menor o escore nesse domínio (crença mais positiva). Infere-se que quando o cuidador inicia na função tende a perceber o idoso como mais dependente no quesito autonomia e instrumentalidade para a realização e com o passar do tempo, aliado à experiência na função e a possíveis cursos formativos, ocorre modificação nesta crença.

O domínio agência diz respeito à capacidade de decisão, isto é, autonomia. No estudo de Silva, Farias, Oliveira e Rabelo (2012), o domínio “Autonomia” apresentou uma média inferior em relação aos demais domínios. Segundo os autores, a autonomia existe mesmo quando há necessidade de auxílio para realizar alguma atividade. A perda da autonomia tem efeitos importantes no convívio social e pode levar a sentimentos de incapacidade e invalidez (Silva, Farias, Oliveira e Rabelo, 2012) que podem estar sendo reforçados pelos cuidadores quando realizam tarefas pelo idoso ou decidem pelo mesmo quando este ainda é capaz.

Com relação aos conhecimentos sobre velhice, quanto maior a idade dos participantes, menor o nível de acertos no domínio cognitivo do questionário de conhecimentos. Esta categoria avaliava a proporção de pessoas idosas com problemas cognitivos, a eficiência para o trabalho entre idosos e a capacidade de aprender, ambas em comparação com pessoas jovens. O fato dos cuidadores com mais idade serem aqueles com menor escolaridade pode ter influenciado tal resultado, pois são perguntas que demandam conhecimentos específicos e que geralmente são vistos em cursos próprios da área. Ao levar em consideração que a variável

escolaridade se correlacionou positivamente com os acertos nos domínios cognitivo, psicológico e social esta hipótese fica mais clara.

O baixo nível de acertos no questionário de conhecimentos corrobora os resultados do estudo de Brito, Magalhães e Khoury (2018) realizado em uma Instituição Filantrópica da cidade de Belém/Pa, fato que realça a necessidade de investir na formação desta categoria profissional.

As crenças dos cuidadores e o conhecimento sobre velhice são primordiais para a condução de práticas de cuidado mais adequadas à estimulação do desenvolvimento na velhice, como, por exemplo, maximização dos ganhos e compensação das perdas.

A ação do cuidador, na interação com o idoso, pode desenvolver neste um domínio e manejo maior do seu ambiente, maior senso de controle, maior realização e desenvolvimento de suas aptidões e um bom senso de significado diante da vida (Silva, Farias, Oliveira e Rabelo, 2012).

A formação com inclusão de conteúdos gerontológicos, possibilitando uma educação transformadora pode favorecer o estabelecimento de crenças condizentes com o envelhecimento e desenvolvimento dos idosos (Santos, 2004). Além disso, ações de educação e suporte aos cuidadores são eficazes na redução da sobrecarga e no bem-estar pessoal dos cuidadores, assim como na vida dos idosos (Thinnes & Padilla, 2011).

5.4 Considerações Finais

Os dados obtidos demonstraram que os cuidadores das ILPI's públicas de Belém/PA apresentam crenças neutras sobre o idoso. Acredita-se que o receio de se comprometer, escolhendo os extremos da escala, assim como o tempo de exercício da função e o fato de cuidarem de vários idosos possa ter influenciado as respostas. O nível de conhecimento abaixo da metade do questionário, principalmente nos aspectos psicológicos e sociais, demonstra a fragilidade na formação dos cuidadores das Instituições Públicas da cidade de Belém/PA e possibilita um olhar mais dedicado a quais temas seriam focais em uma capacitação, uma vez que, o déficit de acertos envolveu principalmente os temas psicossociais.

Considerando que a literatura afirma que a atenção integral à pessoa idosa só será possível quando houver recursos humanos treinados especialmente para atender a população idosa e que a fragilidade educacional se faz presente principalmente nos quesitos

psicológicos e sociais, deve-se investir em políticas públicas que valorizem o papel do cuidador e solidifiquem o conhecimento sobre os aspectos psicossociais da velhice, fornecendo modelos de cuidado baseados na formação de vínculos que possibilitem o desenvolvimento nesta fase da vida, de forma que os ganhos dessa relação (cuidador-idoso) sejam bidirecionais.

Referências

- Bissoli, P. G. M. & Cachioni, M. (2011). Educação Gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência dia e seus impactos nos profissionais. *Revista Kairós. Gerontologia*, 14(4). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, setembro: 143-164.
- Brito, J. L., Magalhães, C. M. C. & Khoury, H. T. T. (2018). Nicho de desenvolvimento: ambiente, crenças e práticas de cuidadores formais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 54-68. Recuperado em 10 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672018000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Cachioni, M. (2002). Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidades da terceira idade. Tese (Doutorado em Gerontologia). Campinas, Faculdade de Educação, Unicamp.
- Cachioni, M. & Aguilar, L. E. (2008). Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. *Kairós*, São Paulo, 2(11), pp. 95-119.
- Ferreira, V. M. & Ruiz, T. (2012). Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Revista Saúde Pública*, 46(5); pp. 843-849.
- Lopes, L. O. & Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 61(4):252-61.
- Neri, A. L. (1991). Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas, Unicamp.
- Neri, A. L. & Jorge, M. D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em Educação e em Saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, 23(2), abr./jun.
- Organização Mundial de Saúde-OMS. (2015). Resumo sobre o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Traduzido e organizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Geneva: OMS; [acesso em 16 jun. 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=14.
- Priberam Informática (2013). <http://www.priberam.pt/DLPO/>. Acessado em 15 de março de 2014.

- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2015). *Psicologia Social*. Editora Vozes. 32ª edição.
- Rodrigues, N. C. & Rauth, J. (2002). Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: Freitas, Elizabete Viana de et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, p. 189-192.
- Santos, S. S. C. S. (2004). A gerontologia à luz da complexidade de Edgar Morin. *Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient.* ISSN 1517-1256, Volume especial, outubro.
- Santos, B. F., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L. & Cachioni, M. (2011). Identificação das crenças em relação à velhice e ganhos percebidos de professores do CIEJA. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(2), ISSN 2176-901X, São Paulo, junho: pp. 119-141.
- Silva, L.C.C.S, Farias, L.M.B., Oliveira, T.S. & Rabelo, D.F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3). Online ISSN 2176-901X - Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil, 2012, jun.: 119-140.
- Thinnes, A. & Padilla, R. (2011). Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *The American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 65, n. 5, p. 541-549, 2011.
- Vieira, R.S.S. & Lima, M.E.O. (2015). Estereótipos sobre os Idosos: Dissociação entre Crenças Pessoais e Coletivas. *Temas em Psicologia* – 2015, Vol. 23, nº 4, 947-958. DOI: 10.9788/TP2015.4-11.

6 ESTUDO 4. PRÁTICAS DE CUIDADO EM ILPI'S DA CIDADE DE BELÉM/PA

6.1 Introdução

Em sua maioria, o cuidado ao idoso é prestado pela família, particularmente por uma figura feminina (esposa, filha). Entretanto, algumas mudanças na estrutura familiar como a saída da mulher para o mercado de trabalho, as situações de baixa renda da família, as separações, a viuvez e a diminuição do número de filhos muitas vezes impossibilitam a família de exercer o cuidado. Deste modo, há um aumento na procura por Instituições de cuidado prolongado. As ILPI's são estabelecimentos que objetivam acolher pessoas de 60 anos ou mais, dependentes ou não, que indis põem de condições para permanecer com a família e/ou no seu domicílio. A intenção é prestar um cuidado integral, por meio de atividades realizadas por um cuidador (SBGG, 2007).

Vieira, Fialho, Freitas e Jorge (2011) analisaram a produção científica da Enfermagem a respeito das práticas do cuidador informal do idoso. Realizaram revisão bibliográfica (do período de 1979 a 2007) e identificaram quatro categorias temáticas referentes à prática do cuidador: atividades realizadas pelo cuidador, dificuldades no cotidiano do cuidar, sentimentos vivenciados pelo cuidador e conhecimentos e experiências do cuidador. Sobre as atividades realizadas pelo cuidador, a maioria envolvia apoio às atividades básicas de vida diária tais como higiene corporal, alimentação, acompanhamento e vigilância, escovação dos dentes, cuidado aos cabelos, cuidado com as roupas e comunicação, mas, também ocorreram estímulo a exercícios físicos, estímulo a atividades de lazer e acompanhamento de consultas médicas. Os autores destacaram que o cuidado deve ser fundamental, tanto técnico, quanto sensível (necessidade de diálogo, de atenção, demonstração de zelo e afeto, entre outros) (Saraiva, 2011; Vieira, Fialho, Freitas & Jorge, 2011).

A sobrecarga relacionada ao ato de cuidar pode influenciar a prática deste. Colomé et al. (2011), objetivando conhecer as características e o trabalho de cuidadores de idosos institucionalizados para identificar as dificuldades enfrentadas, investigaram onze cuidadores que atuavam em uma ILPI filantrópica. Descobriram duas categorias a partir dos discursos dos cuidadores: “sobrecarga de trabalho e exigência física” e “necessidade de conhecimento para cuidar dos idosos”. A comunicação e o bom humor são as estratégias utilizadas por alguns cuidadores, a fim de lidar com a sobrecarga física, mental e a desvalorização do próprio trabalho (Almeida et al. 2017).

Ao se esgotar as possibilidades da família realizar um cuidado humanizado, faz-se necessária a figura do cuidador profissional. Entretanto, cabe refletir se esse cuidador está realmente preparado para exercer suas funções básicas, com a humanização necessária, realizando um cuidado para além das práticas mecanicistas, mas um fazer com oportunidades de melhoria afetiva e física para o idoso (Oliveira & Nogueira, 2015).

Pavarini e Neri (2000) desenvolveram uma pesquisa com base na teoria de dependência aprendida, envolvendo idosos institucionalizados e seus cuidadores. Os objetivos foram conhecer os padrões de interação e identificar as crenças sobre dependência, velhice, competência e cuidado apresentadas pelos cuidadores, as quais são consideradas como mediadoras das interações. As autoras identificaram quatro padrões de interação em situações de cuidados básicos: (1) padrão Aa (manutenção da autonomia) – o idoso emite comportamento de autonomia e a cuidadora reforça; (2) padrão Da (estímulo à autonomia) – o idoso emite comportamento de dependência; a cuidadora bloqueia essa atividade e solicita/instiga comportamento de autonomia; (3) padrão Ad (estímulo à dependência) – o idoso emite comportamento de autonomia; a cuidadora bloqueia esse comportamento e reforça o comportamento dependente; (4) padrão Dd (manutenção da dependência) – o idoso emite comportamento de dependência e a cuidadora o reforça.

Dentre os 3.249 episódios registrados no estudo de Pavarini e Neri (2000), 84,3% foram de manutenção da dependência e 1,9% de estímulo à dependência; 10,9% foram de estímulo à autonomia e 2,9% de manutenção da autonomia. Medicação foi a situação mais evocadora de estímulo à dependência (97%), seguida por alimentação (95%) e banho (76,3%). Deve-se ressaltar o fato da manutenção da dependência ter sido o padrão mais frequente, uma vez que, nesta classe de respostas, o comportamento do idoso já é dependente, o que remete ao perfil de um idoso institucionalizado com as alterações/perdas advindas do envelhecimento (como diminuição da resiliência e da plasticidade comportamental), porém, de modo acentuado ao se considerar a restrição de atividades ou rigidez existentes em inúmeras Instituições de cuidado prolongado. O papel do cuidador, aliado ao serviço prestado por outros profissionais do ambiente institucional, é o de auxiliar na modificação desse padrão, considerando os limites da plasticidade individual do idoso.

As autoras interpretaram esses resultados utilizando diversos fatores do contexto institucional. Faz-se relevante destaca-lo a seguir:

- (1) fazer em lugar do idoso pode ser mais fácil ou mais prático para as cuidadoras com sobrecarga de tarefas e talvez exija menos investimento em tempo, paciência e persuasão;
- (2) a velocidade no cumprimento das tarefas é um importante elemento na

avaliação que os administradores fazem do desempenho das cuidadoras; (3) falta treino para que elas desempenhem suas funções de modo a otimizar as competências dos idosos; (4) baixos salários e pouco reconhecimento competem com a motivação para a tarefa e para o treinamento; (5) boa parte das expectativas de desempenho que recaem sobre as cuidadoras correspondem a normas e rotinas da instituição, que prescrevem a diminuição de riscos, cuidados à saúde dos idosos e higiene e ordem nos ambientes; (6) as crenças e atitudes em relação à velhice são importantes determinantes dos comportamentos de cuidado; (7) não existe relação linear entre o que as cuidadoras dizem sobre velhice, dependência e cuidado e seus comportamentos, ou seja, há diferenças entre o dizer e o fazer, que são fundamentais na determinação dos padrões de independência e autonomia exibidos pelos idosos (Pavarini & Neri, 2000, p.51).

Com tais constatações a respeito do cuidado realizado em ILPI's e os desafios enfrentados pelos profissionais e pelos idosos institucionalizados, faz-se premente a iniciativa do poder público e da sociedade civil para tomar medidas que possibilitem que o ambiente institucional se torne um contexto que possibilite o desenvolvimento na velhice. Isso inclui a capacitação dos cuidadores no sentido de adotar práticas de cuidado que favoreçam a capacidade funcional dos idosos. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi descrever as práticas de cuidado positivas, negativas e neutras, além de comparar os cuidadores das duas ILPI's de Belém/PA quanto as práticas de cuidado emitidas por eles.

6.2 Método

Neste estudo foi utilizado delineamento descritivo, com observação direta, não participante e assistemática.

6.2.1 Participantes

Participaram do estudo 9 cuidadores formais de idosos. Houve perda amostral de 23 cuidadores, pois quando o estudo 4 foi realizado haviam sido distratados.

6.2.2 Instrumento

6.2.2.1 Protocolo de observação (Apêndice E), adaptado de Pavarini (1996), utilizado para o registro cursivo das interações entre o cuidador e o idoso. Registram-se: o nome do observador e do sujeito observado, data e hora, situação observada, instituição, descrição do ambiente físico e social e registro cursivo da observação (não sistemática).

6.2.3 Procedimentos para coleta de dados

Após assinatura do TCLE, os cuidadores foram observados por meio da técnica do sujeito focal (Altmann, 1993). Nesta técnica se observa apenas um indivíduo por vez, por um período específico de tempo e anotam-se todos os comportamentos desejados. A pesquisadora acompanhou o cuidador por todos os lugares que ele se deslocava durante o período de observação, a fim de explorar todos os comportamentos emitidos pelos participantes nos intervalos de tempo determinados. Posteriormente, os comportamentos de interesse foram classificados. As sessões foram registradas de forma cursiva no protocolo de observação, pois o registro de imagens através de filmadoras não foi autorizado. Os cuidadores foram observados em um arranjo de janela rotacional, a fim de controlar o efeito de ordem, isto é, a observação se deu em momentos diferentes de sua rotina.

6.2.4 Procedimentos para análise de dados

Os dados provenientes das observações das práticas de cuidado foram ponderados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2009), seguindo os passos de: a) pré-análise, com leitura flutuante, exaustiva e elaboração de indicadores; b) exploração do material, a fim de identificar categorias temáticas e c) interpretação, a fim de captar os significados do conteúdo.

6.3 Resultados e Discussão

6.3.1 Categorização dos tipos de prática de cuidado realizadas pelos cuidadores formais de idosos

Foram observados quatro cuidadores da IP1 (12 horas de observação) e cinco da IP2 (15 horas de observação), totalizando 27 horas de registros não sistemáticos do comportamento de cuidar. As observações foram realizadas no período vespertino por conveniência dos pesquisadores. A fim de garantir a uma classificação cuidadosa quanto aos padrões de cuidado positivos, negativos e neutros, a descrição das práticas de cuidado foi categorizada pela pesquisadora (Avaliador I - AI) e por uma psicóloga experiente no atendimento ao idoso (Avaliadora II - AII), a qual não estava envolvida com a pesquisa.

Foram consideradas como práticas negativas qualquer ação de violência contra a pessoa idosa (física, psicológica, negligência, abandono) demonstradas em gestos ou palavras. Como práticas positivas, as ações que estimulavam a independência e a autonomia (estimular a comer sozinha, perguntar que roupa gostaria de vestir etc.), assim como manifestações de carinho, verbal ou não. As práticas neutras seriam aquelas que não envolveram interação direta ou relacionada com o idoso. A tabela 12 apresenta o quantitativo dessas práticas e as

médias obtidas. O quadro 8 apresenta as subcategorias agrupadas a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2009).

Tabela 12

Emissão de práticas de cuidado positivas, neutras e negativas (frequência absoluta e valores médios), segundo os avaliadores I e II.

Instituição	Práticas								
	Positiva		Média	Neutra		Média	Negativa		Média
	A I	A II		A I	A II		A I	A II	
IP1	24	36	30	6	13	9,5	4	21	12,5
IP2	32	43	37,5	12	18	15	10	23	16,5
Total	56	79	67,5	18	31	24,5	14	44	29

Observa-se a predominância de práticas de cuidado positivas (67,5) nas duas instituições, quando comparadas às práticas neutras (24,5) e negativas (29). Analisando as frequências relativas, as diferenças entre as duas Instituições parece pequena. Apesar da leve tendência de se observar mais práticas de cuidado positivas na IP2 (diferença de 7,5) que poderia ser explicada por conta da presença de melhores apoios quanto à estrutura física e de equipamentos para o cuidado, uma vez que as instalações da Instituição estavam recém construídas e recebeu todo um aparato estrutural para a inauguração e início dos trabalhos.

Quadro 8 – Categorias, subcategorias e trechos dos relatos dos cuidadores sobre as práticas de cuidado.

PRÁTICAS DE CUIDADO	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos, exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 1: práticas positivas (Código: PP). Definição: ações de cuidado benéficas dirigidas a pessoa idosa.	a) <i>Cuidado afetuoso e divertido</i> (CAD). Ex.: “São pessoas que necessitam de cuidados específicos de acordo com a idade e limitações de cada um”. b) <i>Respeito à individualidade/ privacidade</i> (RIP). Ex.: Cuidador solicita que a pesquisadora aguarde fora do quarto, pois aquele idoso não gosta de ser visto de fralda (momento do banho). c) <i>Estímulo e/ou Manutenção da autonomia e independência</i> (EMAI). Ex.: “Qual é a roupa que tu quer?”
Categoria 2: práticas negativas (Código: PN). Definição: práticas inadequadas.	a) <i>Estímulo e/ou manutenção da dependência</i> (EMD). Ex.: “Não é pra pegar cachorro nenhum, é pra ficar sentado em frente à televisão”. b) <i>Comportamento sarcástico ou</i>

	<i>desrespeitoso</i> (CSD). Ex.: “E aí? Botou pra funcionar é? O banheiro é do outro lado”. c) <i>Infantilizar o idoso</i> (Ii)s. Ex.: “O que foi minha filha? Tá cansada?”. d) <i>Tempo ocioso</i> (TOc). Ex.: Cuidadores mexendo no celular, conversando, estudando ou dormindo.
--	--

Tabela 13

Médias das frequências das avaliadoras I e II sobre as práticas de cuidado positivas e negativas dos cuidadores das Instituições 1 e 2.

Práticas de cuidado ao idoso	Médias das emissões de práticas de cuidado	
	IP1	IP2
<i>Positivas</i>		
Cuidado afetuoso e divertido	10	13,5
Respeito à individualidade/privacidade	1	1
Estímulo e/ou manutenção da autonomia e independência	10	11
Total	21	25,5
<i>Negativas</i>		
Estímulo e/ou manutenção da dependência	1	7
Comportamento sarcástico ou desrespeitoso	5	7
Infantilizar o idoso	1	1
Tempo Ocioso	10,5	5
Total	17,5	20

Segundo os dados da Tabela 13, com relação às subcategorias de análise, os valores das médias não diferiram tanto entre as Instituições. Somente houve diferença considerável nas subcategorias estimular e/ou manter dependência (IP1=1 e IP2=7) e tempo ocioso (IP1=10,5 e IP2=5). Sobre isto vale ressaltar as particularidades de cada Instituição, na IP1 predominam idosos com um pouco mais de independência, talvez por isso os cuidadores fiquem desocupados por longos períodos de tempo. Na IP2, grande parte é totalmente dependente, exigindo maiores demandas dos cuidadores, os quais apresentam uma ligeira tendência a estimular e manter a dependência. No estudo de Colomé et al. (2011), a prática de cuidado adequada foi comprometida pela sobrecarga de trabalho, principalmente nos casos em que o idoso apresentava alguma patologia, por necessitar de uma atenção maior e assistência diferenciada.

Tal resultado também pode ser entendido à luz da Teoria da Dependência Aprendida, a qual é um fenômeno que existe em todo o curso de vida e tende a ocorrer em ambientes superprotetores, com baixa exigência de comportamentos independentes e autônomos. A instalação e manutenção do padrão ocorre por reforçamento positivo, isto é, comportamentos

dependentes aumentam de frequência ao serem consequenciados por atenção, por exemplo; enquanto que comportamentos de independência são seguidos por negligência ou restrições o que os faz reduzir de frequência (Neri, 2017). Um ambiente com muitos idosos com capacidade funcional reduzida, como é o caso da IP2, pode estimular a dependência aprendida, sendo mais fácil fazer pelo idoso do que o estimular.

Nesse caso, é importante esclarecer aos profissionais que o cuidado envolve fornecer somente a ajuda necessária para que o idoso se comporte na medida de suas possibilidades. Destaca-se ainda que a falta de capacitação para que os cuidadores aprendam a otimizar as competências do idoso e o insuficiente reconhecimento do trabalho pela gestão, além de outras variáveis (Pavarini & Neri, 2000) influenciam a emissão de comportamentos que instalam a dependência aprendida.

Todavia, de um modo geral, no presente estudo houve predomínio de práticas positivas voltadas ao cuidado afetuoso, demonstrando a vinculação entre cuidador e idoso, tão importante para um cuidado humanizado, além de estímulo e/ou manutenção da autonomia e independência (capacidade funcional), importantes para a velhice saudável, de acordo com a PNSPI. No estudo de Almeida et al. (2017), os cuidadores também foram destacados pelo cuidado humanizado, proporcionando uma convivência mais agradável, afetuosa e condizente com a proposta de cuidar. Para Oliveira e Nogueira (2015), o cuidador exerce enorme importância no cotidiano do idoso, sendo a figura que pode auxiliar na construção de uma melhor qualidade de vida.

6.4 Considerações Finais

O presente estudo identificou maior frequência de práticas de cuidado positivas e poucas diferenças entre as Instituições ao comparar a frequência absoluta da emissão de comportamentos. Estimulo/manutenção da dependência foi a única subcategoria com maior diferença entre as Instituições, sendo a IP2 a que mais apresentou tal padrão. Como dito anteriormente, na IP2 os idosos são mais frágeis e dependentes, o que pode explicar esse resultado.

A frequência de práticas de cuidado positivas, que estimulam a autonomia, a independência e valorizam o cuidado afetuoso é animadora. Entretanto, não se pode deixar de insistir e investir no melhor preparo dos profissionais que cuidam, uma vez que, em ambientes com maioria de idosos com dependência grau III há grandes chances da manutenção de um padrão de dependência aprendida.

Destaca-se assim a necessidade de realização de estudos de observação que identifiquem o modo como o cuidado em ILPI's é realizado. Tal observação seria útil para verificar a ocorrência de dependência aprendida, os eventos que a mantém e possíveis estratégias para modificar este padrão que é muitas vezes contrário ao desenvolvimento na velhice. A observação possibilitaria também a realização de um programa de treinamento que focasse nas habilidades a serem aprendidas ou fortalecidas no repertório comportamental do cuidador, aumentando a frequência de comportamentos de cuidado voltados a manutenção da autonomia e independência do idoso.

Referências

- Almeida et al (2017). A visão de cuidadores no cuidado de idosos dependentes institucionalizados. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 145-161, 2017.
- Altmann, J. (1993). Observational study of behavior sampling methods. *Behaviour*, 49, pp. 227-267.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2005). Resolução da Diretoria Colegiada no 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Bardin, L. (1977/2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Colomé, ICS, Marqui, ABT, Jahn, AC, Resta, DG, Carli, R., Winck MT et al. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):306-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>.
- Neri, A.L. (2017). Teorias psicológicas do envelhecimento: Percurso histórico e teorias atuais. Capítulo 3. In: Freitas, E.V. & Py, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. – 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Oliveira, R.L.T. & Nogueira, M.I.S. (2015). A humanização no cuidado com o idoso: o exercício da prática do carinho no dia a dia do cuidador. *Anais CIEH* (2015) – Vol. 2, N.1 ISSN 2318-0854.
- Pavarini, S. C. I. (1996). Dependência Comportamental na Velhice: Uma Análise do Cuidado Prestado ao Idoso Institucionalizado. Campinas, SP. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP – SP.
- Pavarini, S. C.L. & Neri, A. L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJDE (orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo:

Atheneu, 2000. p. 49-70.

Saraiva, D. M. F. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. 2011. 135f. Dissertação (Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, 2011.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção São Paulo. (2007). Carta aberta sobre ILPIs. São Paulo: SBPGG-SP; 2007.

Vieira, C. P., Fialho, A.V., Freitas, C. H. A. & Jorge, M. S. B. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 570-579. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300023>

7 DISCUSSÃO GERAL SOBRE OS ESTUDOS

O objetivo geral deste programa de estudos foi analisar a interconexão entre o ambiente físico e social, a psicologia dos cuidadores (crenças) e as práticas de cuidado ao idoso, oportunizando a utilização do conceito de Nicho de Desenvolvimento para analisar o cuidado ao idoso institucionalizado. Nesta perspectiva, compreende-se cada um dos subsistemas do Nicho como um sistema integrado e inter-relacionado, influenciando-se mutuamente. Assim, nesta seção serão articulados os resultados dos quatro estudos empíricos, o modelo bioecológico de desenvolvimento e o conceito de nicho de desenvolvimento com as teorias sobre o envelhecimento bem-sucedido, tais como o paradigma *life span* e a teoria de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), bem como com a Gerontologia ambiental.

7.1 Instituições de Longa Permanência para Idosos como Nicho de desenvolvimento

De modo geral, os resultados obtidos nos quatro estudos possibilitaram a detecção de aspectos percebidos como bons e outros que necessitam ser aprimorados. O ambiente físico que necessita de melhorias no que diz respeito à segurança do idoso, além de outras coisas. Quanto ao ambiente social, o relacionamento cuidador-direção-técnicos também precisa ser aprimorado. Mas, o relacionamento entre cuidadores e entre cuidadores e idosos foi percebido como bom. As crenças sobre os idosos foram neutras, em sua maioria, focalizando a compreensão de um envelhecimento diversificado e dependente da história de vida do sujeito idoso. As práticas de cuidado foram em geral positivas, valorizando as necessidades individuais e estimulando a independência e autonomia. Tais resultados indicam uma interconexão entre os subsistemas do Nicho de Desenvolvimento do Idoso, considerando que as demandas existentes nos ambientes físico e social são discutidas e requisitadas pelos cuidadores, considerando suas atitudes sobre envelhecimento e a prática diária com os idosos. Entretanto, como as trocas são sempre bidirecionais, há necessidade da Gestão a nível Estadual e a Gestão imediata das Instituições fornecerem suas contrapartidas (aperfeiçoar estrutura física e realizar plano de cuidado com todos os profissionais da unidade).

Este resultado se opõe ao encontrado por Brito, Magalhaes e Khoury (2018), que investigaram uma ILPI filantrópica e identificaram uma interconexão entre os subsistemas do Nicho, porém, de forma desfavorável, com um ambiente físico e social empobrecido, crenças negativas sobre os idosos e práticas de cuidado danosas. Acredita-se que a diferença entre as Instituições envolva o perfil do cuidador. Nas públicas, a maioria possui escolaridade

média/alta e fizeram cursos para auxiliar no cuidado, enquanto que na filantrópica, as mulheres cuidadoras foram contratadas devido a vínculos familiares com os idosos, possuíam baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e não fizeram cursos para cuidadores de idosos.

Desta forma, entende-se que há uma interconexão entre os subsistemas do Nicho de Desenvolvimento e que tal modelo pode ser utilizado para compreender o cuidado prestado ao idoso institucionalizado, possibilitando uma visão ecológica do cuidado ao considerar a relação de bidirecionalidade entre as pessoas e seus contextos influenciando o desenvolvimento na velhice. A Figura 2 exemplifica tal interconexão entre os subsistemas do nicho de desenvolvimento e fornece o olhar da ecologia:

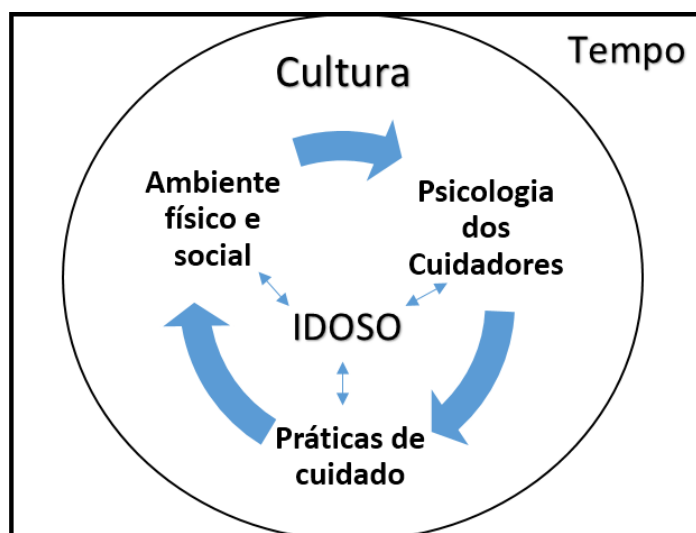


Figura 2. Diagrama que exemplifica o Nicho de Desenvolvimento do Idoso.

Nota. Fonte: elaborado pela autora.

Na imagem pode-se identificar o idoso, no centro do modelo, influenciando e sendo influenciado pelo ambiente físico e social, a psicologia dos cuidadores e as práticas de cuidado culturalmente estabelecidas. Todo este circuito sofre influência da cultura em que as pessoas estão inseridas e do fator tempo. Algumas teorias da área gerontológica compartilham de visões semelhantes e podem ser usadas para complementar a análise do cuidado em instituições como possibilidade de contextos para o desenvolvimento.

7.3 Paradigma life span, teoria SOC e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento

A teoria da Seleção Otimização e Compensação (Modelo SOC) foi proposto por Paul e Margret Baltes (Baltes & Baltes, 1991) e hoje é considerada como uma teoria psicológica geral do desenvolvimento.

Seleção significa especificação e diminuição da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual. Ela é tanto um requisito para os avanços quanto uma necessidade quando recursos como tempo, energia e capacidade são limitados. Pode ser eletiva ou orientada à recuperação das perdas. Nesse caso, ela se dirige à reorganização da hierarquia e ao número de metas, ao ajustamento do nível de aspiração ou ao desenvolvimento de novas metas que sejam compatíveis com os recursos disponíveis. Otimização quer dizer aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis mais altos de funcionamento. Pode ser realizada mediante a educação, a prática e o suporte social dirigidos a cognição, saúde, capacidade atlética e habilidades artísticas e sociais. Compensação envolve a adoção de alternativas para manter o funcionamento. São exemplos o uso de aparelhos auditivos e de cadeira de rodas, a utilização de pistas visuais para compensar problemas de orientação espacial e a utilização de deixas para auxiliar a memória verbal. Os três mecanismos são assumidos como universais e sujeitos à ação consciente ou inconsciente, operados pela pessoa ou por outrem, por indivíduos ou por instituições, entre outras possibilidades (Neri, 2017, p. 168).

Tais funções (seleção, otimização e compensação) poderiam ser exemplificadas ao se pensar em um idoso institucionalizado que apresenta dificuldades de locomoção. Dependendo da dificuldade, tal idoso talvez precise apenas reorganizar sua rotina e não necessariamente se privar de realizá-la ou se isolar. Inicialmente, ele pode selecionar (sozinho ou com o auxílio do cuidador ou técnico, por exemplo) quais atividades continuará frequentando; deverá otimizar os recursos necessários para se manter nas atividades selecionadas (formas pessoais de enfrentamento); e poderá utilizar mecanismos compensatórios para manter os níveis de funcionamento, no caso em questão poderiam ser utilizadas muletas, onde o treino para sua utilização também representaria uma função de otimização. Este é apenas um exemplo das muitas possibilidades de aplicação da teoria.

O conceito de plasticidade comportamental, já discutindo nesta tese, é essencial para a compreensão da teoria SOC, uma vez que implica a possibilidade de ajustamentos na alocação e realocação de recursos internos e externos entre essas três funções e como simultaneamente maximizam ganhos e minimizam perdas ao longo do tempo.

A teoria SOC pode ser incorporada por diferentes perspectivas teóricas e por tal motivo é apontada como metamodelo do desenvolvimento (Neri, 2017). Ela integra o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*), o qual considera a atuação concorrente dos determinantes genético-biológicos e socioculturais no desenvolvimento. O paradigma *life span* preconiza a que a interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais muda ao longo de toda a vida. Logo, nesse processo, ocorrem diferentes formas de alocação de recursos, que passam da ênfase no crescimento (na infância) à ênfase na manutenção e na regulação das perdas (na velhice). Para a ocorrência destas diferentes formas de alocação de recursos se faz uso de mecanismos de seleção, otimização e compensação na produção do desenvolvimento e do envelhecimento bem-sucedidos ou adaptativos (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2014; Neri, 2017; Teixeira & Neri, 2008).

Destaca-se ainda que no paradigma *life span* o desenvolvimento e o envelhecimento são analisados como uma sequência de mudanças chamadas de: graduadas por idade (mudanças previsíveis de natureza genético biológica), graduadas por história (mudanças previsíveis a nível psicossocial determinadas pelos processos de socialização) e influências não-normativas (mudanças não previsíveis tanto a nível genético-biológico como social) (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2014; Neri, 2017; Teixeira & Neri, 2008).

As mudanças físicas advindas com o envelhecimento e principalmente observadas na fase da velhice como o aparecimento de rugas, lentificação do pensamento e movimentos, e alteração na marcha podem ser entendidas como mudanças graduadas por idade. Um exemplo de mudanças graduadas por história é o processo de aposentadoria, o qual é esperado socialmente em faixas de idade específicas. A morte precoce de um ente querido ou a institucionalização compulsória, podem ser exemplos de mudanças não-normativas, pois são eventos imprevisíveis.

Tem-se assim uma ampla discussão na literatura sobre o desenvolvimento na velhice, considerando que este processo é dinâmico, interacional e contextualizado (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2014; Neri, 2017; Teixeira & Neri, 2008). Tal concepção se assemelha muito a compreensão de desenvolvimento adotada pelas Teorias Ecológicas do Desenvolvimento, as quais consideram o desenvolvimento como produto da interação entre o organismo e o seu meio ambiente, em um espaço cultural e de tempo que os influencia.

Como exemplo dessas teorias, tem-se o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento de Bronfenbrenner e o conceito de Nicho de desenvolvimento de Super e Harckness.

Na compreensão do Modelo Bioecológico, o desenvolvimento é um processo que envolve estabilidades e mudanças nas características biopsicológicas dos indivíduos durante o

curso de vida e também através das gerações (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 2006; Bronfenbrenner, 2011). Tal definição pode ser relacionada a noção de mudanças progressivas, por idade, históricas e não-normativas do paradigma *life span*, pois consideram o envelhecimento e o desenvolvimento como processos dinâmicos.

O modelo Bioecológico considera ainda o desenvolvimento dependente de quatro dimensões que interagem entre si, denominadas de “Modelo PPCT” – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (Bronfenbrenner, 1996). O processo proximal recebe destaque como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento. Envolve interações recíprocas estabelecidas no contexto entre pessoas, objetos e símbolos que estimulem a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação; tais interações devem ocorrer com certa regularidade, por períodos de tempo prolongados, em níveis progressivamente mais complexos e com reciprocidade nas relações interpessoais (Bronfenbrenner, 1996).

Ao pensar no contexto institucional, tem-se a díade cuidador-idoso como uma das possibilidades de interação e de ocorrência de desenvolvimento a partir de processos proximais, são relações que se estabelecem em um contexto específico, com regularidade, por período prolongado de tempo e que podem envolver reciprocidade. A característica sobre engajamento em níveis de atividade cada vez mais complexos que, quando analisada à luz da gerontologia, deve levar em consideração a plasticidade comportamental e individual, pois a alocação de recursos na velhice é diferenciada da alocação existente na infância e adolescência.

A pessoa também é levada em consideração à medida que desempenha um papel ativo nos processos proximais ao interagir com os parceiros sociais, selecionar os nichos do ambiente que prefere estar e moldando o ambiente para a interação. As disposições, os recursos e as demandas são características das pessoas que influenciam os processos proximais (Bronfenbrenner, 1996).

As disposições podem ser gerativas ou inibidoras; as gerativas são as habilidades de iniciar e manter processos proximais através de responsividade seletiva aos aspectos do ambiente físico e social, tendência para se engajar em atividades mais complexas e capacidade para elaborar crenças de controle sobre si mesmo e sobre o ambiente; as inibidoras obstruem, retardam ou impedem processos proximais como por exemplo uma auto-regulação pobre e uma tendência geral para evitar a atividade. Os recursos são as características necessárias para que o indivíduo se engaje nos processos proximais que vão desde recursos cognitivos à sociais, emocionais. As características de demanda influenciam a disposição do outro em relação à pessoa, por exemplo, a curiosidade e capacidade de resposta (interagir ou

não) tendo em vista fatores tais como idade, cor da pele, aparência, física, etc. (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Bronfenbrenner, 2011)

As características das pessoas também são consideradas no paradigma de envelhecimento ao longo da vida e na Teoria SOC, na medida em que compreendem o processo de desenvolvimento como dinâmico e proveniente da interação da pessoa, com todos os seus recursos internos e externos, e o ambiente. As características das pessoas também estariam relacionadas a como seriam feitas as alocações de recursos na velhice, uma vez que, se deve considerar a plasticidade individual.

Pensando no ambiente da ILPI, tem-se inúmeros agentes com potencial para o desenvolvimento no contexto. E, quando se fala de interação deve-se considerar as características de todos os envolvidos. Na díade cuidador-idoso por exemplo, devem ser consideradas as disposições, recursos e demandas de ambos. Os estudos 1, 2, 3 e 4 tiveram como foco a figura do cuidador, onde pode ser identificado alguns aspectos sobre estas características, uma vez que, a maioria dos cuidadores demonstrou disposições gerativas, demandas adequadas para o envolvimento no processo e recursos disponíveis. É claro que aperfeiçoamentos seriam necessários para o melhor estabelecimento dos processos proximais, como a formação em gerontologia que possibilitaria aumento nos recursos e planejamento de trabalho realizado de forma multiprofissional e interdisciplinar que possibilitaria o aumento de disposições gerativas.

O contexto, no modelo Bioecológico, é tido como qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado pela pessoa em desenvolvimento. Bronfenbrenner o classifica em quatro subsistemas: Microssistema (ambientes imediatos nos quais os papéis, as atividades e as interações face a face acontecem), Mesossistema (inclui as interrelações e influências recíprocas entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente), Exossistema (inclui contextos que não envolvem a pessoa como um participante ativo, mas nos quais ocorrem eventos que afetam aquilo que acontece em um dos microssistemas) e Macrossistema (composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas) (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

A ILPI seria o microssistema onde ocorreriam as relações face a face necessárias ao desenvolvimento do idoso e dos outros envolvidos na interação; as relações familiares do cuidador ou as relações estabelecidas com a gestão da ILPI e a Secretaria de Assistência, podem de certa forma afetar o desenvolvimento do idoso, representando o exossistema. A caracterização do mesossistema nos ambientes institucionais pesquisados torna-se difícil, pois

de acordo com o que foi observado e através dos relatos dos cuidadores há poucas interações em ambientes fora da Instituição, com raras exceções em datas comemorativas. Talvez o ambiente externo que os idosos mais frequentem e que os cuidadores também mais tenham interação seja o hospital, por conta das urgências e emergências e consultas agendadas. Os valores, crenças, cultura compreenderiam o macrossistema, o qual tem influência sobre as práticas de cuidado que são adotadas na Instituição.

A noção sobre o efeito do tempo sobre esses sistemas está totalmente ligada a noção de envelhecimento ao longo da vida, uma vez que, consideram o grau de estabilidade e mudanças na vida dos indivíduos em função das transições que ocorrem ao longo da existência.

Todas as concepções tratadas neste tópico relacionam-se com outro conceito da teoria ecológica denominado de Nicho do Desenvolvimento, tal conceito foi utilizado como base para a coleta de dados dessa pesquisa e proporciona a compreensão de que o desenvolvimento é fruto das interações entre o ambiente físico e social, as crenças dos cuidadores e as práticas de cuidado utilizadas, as quais são culturalmente estabelecidas. Conhecer como se dá a relação entre esses subsistemas em um determinado ambiente pode gerar pistas para se identificar possibilidades ou não de desenvolvimento.

7.4 O Conceito de Nicho de Desenvolvimento e a Gerontologia ambiental

Muito já se foi discutido sobre o conceito de Nicho e o modo como foi compreendido a partir dos dados dos quatro estudos. Neste ponto, é importante a integração do conceito com um outro campo da gerontologia que discute a interação do comportamento do idoso com o seu ambiente, a Gerontologia Ambiental.

A Gerontologia Ambiental consiste no campo dedicado a descrição, explicação, modificação ou otimização da relação entre as pessoas idosas e seu entorno socioespacial, e, permite a contribuição de diversas ciências (Kendig, 2003; Wahl & Weisman, 2003). Segundo Lawton (1983), as condições do ambiente estão entre as dimensões mais relevantes para o envelhecer com qualidade de vida.

O presente estudo se ocupou das descrições dos ambientes físico e social e foram discutidos o quanto a qualidade destes pode influenciar nas concepções dos cuidadores e nas práticas ou disposição para o cuidado integral. Tomasini (2005) cita o modelo ecológico como uma teoria para explicar relação do idoso com o ambiente e afirma que na idade avançada o ambiente deve servir como facilitador, amortecedor e atenuador das dificuldades encontradas,

propiciando as adaptações necessárias para a continuidade de uma vida independente e satisfatória.

A relação do ambiente com as práticas de cuidado também é observada na literatura, quando se destaca que o ambiente deve ser estruturado para atender as demandas do idosos, mas não deve fazer tudo por ele, pois isto pressupõe dependência e pode ser prejudicial. O ambiente deve ser estimulante, incentivando a manutenção da capacidade funcional (Lawton, 1990 citado por Cupertino, 1996).

Batistoni (2014) realiza um panorama das contribuições da gerontologia ambiental e, de certa forma, compreende-se que ela ressalta a relação entre o conceito e o modelo Bioecológico, apesar de não citar Urie Bronfenbrenner. A autora mencionou que:

Assim, o espectro de temáticas com as quais a Gerontologia Ambiental está fortemente comprometida atravessa um continuum de análise envolvendo desde o microambiente, representado pelo ambiente doméstico e privado, os arranjos de moradia e a satisfação residencial, passando pelos mesoambientes, tais como os contextos institucionais, até os macroambientes que estruturam a experiência do envelhecimento, tais como o estudo das transações com os contextos urbanos/rurais, questões de vizinhança, segurança, acessibilidade e políticas públicas (p.2).

A autora claramente citou alguns aspectos do contexto da teoria de Bronfenbrenner (Micro, Meso e Macrosistemas) e destacou a importância de considerá-los na análise da gerontologia ambiental. Citou ainda que a relação com o ambiente interfere no bem-estar subjetivo e regulação dos estados afetivos dos idosos (Batistoni, 2014). Aqui poderia ser acrescentado o impacto do ambiente também na figura do cuidador, como agente de extrema relevância na promoção do desenvolvimento do idoso. Inclui-se a figura do cuidador também quando a autora destaca a importância de se considerar a opinião do idoso (mesmo os mais frágeis) nas decisões, potencializando assim o senso de autonomia.

À medida que os conceitos da gerontologia e da bioecologia vão sendo discutidos, percebe-se que esta interconexão é possível e que pensar em ambiente físico e social aliado às percepções dos cuidadores e às suas práticas permite uma compreensão singular sobre desenvolvimento de idosos institucionalizados. Como destacado por Batistoni (2014) a análise ficaria ainda mais completa ao se considerar a compreensão do idoso sobre o processo e outras variáveis necessárias (nível de capacidade funcional, senso de controle, por exemplo) para ampliação da análise ao se considerar a díade. Destaca-se que a gerontologia também contribui com as teorias ecológicas de desenvolvimento ao acrescentar que o desenvolvimento é possível mesmo quando não há garantia de atender todos os critérios da definição de

processos proximais, por exemplo, devido a “não possibilidade” ou deficiência na habilidade de se envolver em tarefas progressivamente mais complexas.

7.5 Considerações Finais

Os resultados dos estudos aqui apresentados constataram a presença de um ambiente físico e social a ser aprimorado nos quesitos segurança dos idosos e relacionamento cuidador-técnicos-direção. As crenças identificadas foram, em sua maioria, neutras e as práticas de cuidado ao idoso foram positivas. Tal Nicho de Desenvolvimento apresenta fatores de risco e proteção ao se pensar na necessidade de compreender e estimular o desenvolvimento ao longo de toda a vida.

Os fatores de proteção incluem o fato das adequações na estrutura física dos espaços e na presença de materiais adequados ao cuidado, principalmente na IP2, o que facilita a tarefa do cuidador; as relações positivas entre cuidadores e entre cuidador-idoso, o que favorece as trocas intergeracionais e os processos proximais necessários ao desenvolvimento das díades; as crenças neutras que permitem um olhar diversificado sobre os idosos residentes e contribui para que o cuidado seja individualizado; e as práticas positivas identificadas, as quais destacam que um ambiente bem estruturado aliado à compreensão do envelhecimento como um processo heterogêneo tem implicações favoráveis ao modo de cuidar. Os fatores de risco dizem respeito à estrutura física da IP1 e às dificuldades nas relações entre cuidadores, técnicos de nível superior e a gestão, encontradas nas duas Instituições; tais entraves podem gerar impactos negativos à médio ou longo prazo nas práticas de cuidado, uma vez que, a gerontologia social e ambiental, bem como as teorias ecológicas do desenvolvimento, destacam a importância destas variáveis (ambiente físico e as relações entre as díades) para o desenvolvimento do idoso. Assim, o Nicho de Desenvolvimento encontrado caracterizou-se como adequado, porém com necessidades de adaptações.

Considera-se que um Nicho favorável ao desenvolvimento na velhice contemplaria um ambiente físico adaptado; ambiente social estimulante com valorização do vínculo positivo e equilibrado; psicologia dos cuidadores com crenças sobre a variabilidade intra e interindividual na velhice e práticas de cuidado positivas, pautadas no respeito à autonomia e independência do idoso, seguindo sempre as demandas individuais.

Para que uma ILPI possa ser considerada como um contexto promotor de desenvolvimento na velhice, deve-se considerar o equilíbrio entre as necessidades e as

exigências mínimas dos idosos, administrando seletivamente os próprios recursos e os interesses da sociedade. Através de uma avaliação multidimensional pode-se traçar um perfil individual e um plano de cuidados para o idoso, destacando a necessidade de auxílio que cada um apresenta. Tal ação embasaria as práticas de cuidado e incitaria a necessidade de mudança de atitudes, crenças, estereótipos sobre a velhice, além de estimular reivindicações de melhoria dos aspectos físicos e sociais das Instituições. Portanto, o Nicho de desenvolvimento do idoso institucionalizado compreende subsistemas que estão em constante interação e podem favorecer o desenvolvimento na velhice.

As limitações do presente estudo concentram-se na falta de sistematização das observações e na impossibilidade de registros (filmagens e gravações de áudios) que poderiam tornar as análises mais robustas. A perda de participantes no decorrer dos estudos também foi um limitador, pois na segunda etapa da coleta muitos haviam sido distratados.

Acredita-se que este trabalho contribui de forma empírica e teórica com a literatura sobre Desenvolvimento Humano, especificamente o desenvolvimento de idosos residentes em instituições de longa permanência. Os ganhos podem ser atrelados tanto ao arsenal científico/acadêmicos, quanto às questões sociais no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas a formação adequada dos cuidadores e à promoção de desenvolvimento com qualidade na velhice. Entende-se que a tese aqui proposta foi atendida, entretanto são necessários mais estudos que fundamentem as noções aqui apresentadas e que comparem ambientes a fim de verificar as influências culturais no ato de cuidar, proporcionando ajustes caso sejam necessários ao bem-estar dos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, A. O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas: Alínea; 149 p.
- Altmann, J. (1993). Observational study of behavior sampling methods. *Behaviour*, 49, pp. 227-267.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2005). Resolução da Diretoria Colegiada no 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Araújo, C. L. O., Souza, L. A. & Faro, A. C. M. (2010). Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *Hist. enferm. Rev. eletrônica*; 1(2): [250-262], Jul-Dez.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-625.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*. 52(4):366-80.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em: P. B. Baltes e M. M. Baltes (eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Bardes, C. L. (2012). Defining “Patient-Centered Medicine”. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 366, p.782-783.
- Barros, T.V.P.; Santos, A.D.B; Gonzaga, J.M; Lisboa, M.G.C & Brand, C. (2016). Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa/ Functional capacity of institutionalized elderly people: an integrative review. *ABCS Health Sci*. 2016; 41(3):176-180. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v41i3.908>.
- Batistoni, S.S.T. (2014). Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 17(3):647-657.
- Beard, J.R., Officer, A., De Carvalho, I.A., Sadana, R., Pot, A.M., Michel, J.P. et al. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* [Internet]. [acesso em 16 jun. 2019];387(10033):2145-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/pdf/nihms-737759.pdf>
- Born, T. & Boechat, N.S. (2017). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A., & Gorzoni M.L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. (4ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1131-1141.

- Bissoli, P. G. M. & Cachioni, M. (2011). Educação Gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência dia e seus impactos nos profissionais. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, setembro: 143-164.
- Brasil (1999). Ministério da Saúde. Portaria nº 395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política de Saúde do idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (2001). Ministério da previdência e assistência social. Portaria no 73, de 10 de maio de 2001. Aprova as Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil (2009). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Conselho nacional de Assistência Social. Resolução no 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brito, J. L., Tavernard, E. P. de M., Magalhães, C. M. C. & Pontes, F. A. R. (2015). O conceito de nicho de desenvolvimento sob uma perspectiva gerontológica. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(3), pp. 213-226. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP).
- Brito, J. L., Magalhães, C. M. C. & Khoury, H. T. T. (2018). Nicho de desenvolvimento: ambiente, crenças e práticas de cuidadores formais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 54-68. Recuperado em 10 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672018000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. Em Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.). *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (993-1028). New York: John Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (2011). Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed.
- Caldas, C. P. (2009). Conceitos básicos em Gerontologia. 44 slides. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/agemais/conceitos-bsicos-2134776>. Acesso em: 4 set. 2013.
- Camarano, A.A. & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun.
- Corrêa, L. S. (2011). Concepções de desenvolvimento e práticas de cuidado à criança em ambiente de abrigo na perspectiva do Nicho Desenvolvimental. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-Pa: Universidade Federal do Pará, 172 páginas.
- Cupertino, A. P. F. B. (1996) Avaliação pós-ocupação de instituições para idosos no Distrito Federal. 1996. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia,

Universidade de Brasília, Brasília.

- Diário Oficial da União-DOU. (2019). Despachos do Presidente da República. Nº 289, de 8 de julho de 2019. Seção 1. Nº 130. ISSN 1677-7042.
- Duarte, Y. A. O. (2006). O cuidador no cenário assistencial. *O mundo da Saúde*. São Paulo; jan/mar 30 (1): 37-44.
- Ferreira, F.P.M., Ribeiro, A.M., Riani, J.L.R., Marinho, K.R.L. & Camargos, M.C.S. (2012). População e políticas públicas: tendências e cenários para Minas Gerais. *Cad BDMG*. (21):1-85.
- Ferretti, Soccol, Albrecht & Ferraz. (2014). Viver a velhice em ambiente institucionalizado. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 423-437.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, v. 5, nº 8, p.51-61. Disponível em <http://www.igt.psc.br>. ISSN: 1807-2526.
- Freire Júnior, R. C. & Tavares, M. de F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147-158. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100012>.
- Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA e Help Age International (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Nova York e Londres. Tradução: Eleny Corina Heller.
- Garbin, Sumida, Moimaz, Prado & Silva. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6): 2941-2948.
- Giacomina, K.C., Duarte, Y.A.O., Camarano, A.A., Nunes, D.P. & Fernandes, D. (2018). Cuidados e incapacidades funcionais nas atividades cotidianas - ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 52 Suplemento 2 (Supl 2): 9s. doi: 10.11606 / S1518-8787.2018052000650.
- Goffman, E. (2003). *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução: Dante Moreira Leite; Revisão: Antenor Celestino de Souza. São Paulo: Perspectiva.
- Groisman, D. (1999a). *Asilos de velhos: passado e presente. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*; 2: 67-87.
- Groisman, D. (1999b). Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos Pagu* (13): pp.161-190.
- Harkness, S. & Super, C.M. (1992). Parental ethnoteories in action. In: Sigel, I.E., McGillicuddy-DeLisi, A.V., Goodnow, J.J. (Orgs.). *Parental belief systems: The psychological consequences for children*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 373-391.
- Harkness, S. & Super, C.M. (1994). The developmental niche: a theoretical framework for analyzing the household production of health. *Soc Sci Med*, 38(2), 217-226.
- Harkness, S. & Super, C.M. (1996). *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences: Introduction*. New York, US: The Guilford Press, 1-23.

- Harkness, S., & Super, C.M. (2005). Themes and variations: Parental ethnotheories in Western cultures. In: Rubin, K.H., & Chung, O.B. Parental beliefs, parenting, and child development in cross-cultural perspective. New York: Psychology Press, 61-79.
- Hass, J. S. (2010). Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos da alta da UTI. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 88 páginas.
- Iglesias, F. (2007). Comportamentos em filas de espera: Uma Abordagem Multimétodos. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Brasília-DF: Universidade de Brasília - UnB, 148 páginas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2018). *Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 58 p. - (Relatórios metodológicos, ISSN 0101-2843; n. 40).
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). (2007). Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte/ coordenação geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República. 222 p. v. 1.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). (2010). Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sudeste/Coordenação geral: Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República. 242 p.
- Kendig, H. (2003) Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *Gerontologist*. 43(5):611-15.
- Khoury, H. T. T. & Günther, I. A. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. In D. V. S. Falcão & C.M.S.B Dias (Eds.). Maturidade e Velhice: Pesquisas e intervenção psicológicas (v. II, pp. 297-314). São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Lacas, A. & Rockwood, K. (2012). Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.*, Londres, v. 10, n. 4, 11 Jan.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*. 23(4):349-57.
- Leone, E.T., Maia, A.G. & Baltar, P.E. (2010). Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Econ Soc*;19(1):59-77.
- Licht, F. B. & Prado, A. R. A. (2002). Idosos, cidade e moradia: acolhimento ou confinamento? *Revista Kairós Gerontologia*, 5(2): 67-80. São Paulo.
- Methodology Committee Of The Patient-Centered Outcomes Research Institute. (2012). Methodological Standards and Patient-Centeredness in Comparative Effectiveness Research. *JAMA*, Chicago, v. 307, p. 1636-1640.
- Moraes, E. N. (2009). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Folium.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 1ª edição. 98 p.

- Neri, A.L. (2001). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In: Neri, A.L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*, 11-37. Campinas (SP): Papirus.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*. v.14, n. 1, pp. 17-34.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em Gerontologia*. 4. ed. Campinas: Alínea.
- Neri, A.L. (2017). Teorias psicológicas do envelhecimento: Percurso histórico e teorias atuais. Capítulo 3. In: Freitas, E.V. & Py, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. – 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organização Mundial de Saúde-OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organizations*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde-OMS. (2015). *Resumo sobre o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* [Internet]. Traduzido e organizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Geneva: OMS; [acesso em 16 jun. 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=14.
- Pavarini, S. C.L. & Neri, A. L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJDE (orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 49-70.
- Pavarini, S. C. I., Mendiondo, M. S. Z., Barham, E. J., Varoto, V. A. G. & Filizola, C. L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enferm.* Jul-Set; 14(3): 398-402.
- Rabinovich, E. P. (1998). Modos de morar no Brasil e contexto de desenvolvimento. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Orgs.). *Anais da XXVIII Reunião Anual de Psicologia*. Ribeirão Preto: SBP; pp. 74-80.
- Riberto, M., Miyasaki, M.H., Jorge Filho, D., Sakamoto, H. & Batistella, L.R. (2001). Reprodutibilidade de versão brasileira de medida de independência funcional. *Acta Fisiatr.* 8(1):45-52.
- Rodrigues, N. C. & Rauth, J. (2002). Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: Freitas, Elizabete Viana de et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, p. 189-192.
- Ruela, S.F & Moura, M.L.S. (2007). Um estudo do nicho de desenvolvimento de um grupo de crianças em uma comunidade rural. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 315-324, maio/ago.
- Sachetti, V. A. R. (2007). Um estudo das crenças maternas sobre cuidados com crianças em dois contextos culturais do Estado de Santa Catarina. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Santos, D. F., Tomazzoni, A. M. R., Lodovici, F. M. M. & Medeiros, S. A. R. (2010). A arte de

- morar só e ser feliz na velhice. *Caderno Temático Kairós Gerontologia*. ISSN 2176-901X, São Paulo, novembro: 109-123.
- Silva, J. A. C. & Almeida, M. H. M. (2013). Orientações Políticas e Prática Profissional em Instituições de Longa Permanência Para Idosos. *Estud. interdiscipl. envelhec.* Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 119 – 135.
- Souza, J. L. C. S. (2002). Vida de velho: do exílio da sociedade à sociedade do asilo. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Sociologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém. Orientadora: Kátia Mendonça.
- Souza, P.D., Benedetti, T.R.B., Borges, L.J. Mazo, G.Z. & Gonçalves, L.H.T. (2011). Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):7-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100002>.
- Super, C. M. & Harkness, S. (1994). The devepmental niche. In W. J. Lonner & R. Malpass (Eds.), *Psychology and culture* (pp. 95-99). Boston: Allyn & Bacon.
- Super, C. M. & Harkness, S. (1999). The environment as culture in developmental research. In S. L. Friedman & T. D. Wachs. *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. Washington, DC, US: American Psychological Association; pp. 279-323.
- Tavares, E.T. Jesus, M.C.P. Machado, D.R. & Braga, V.A.S. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 20(6): 889-900. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.) (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teixeira, I.N.D.O. & Neri, A.L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso de vida. *Psicol. USP*, São Paulo, jan./mar. 2008, 19(1), 81-94.
- Tier, C. G., Fontana, R. T. & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF), maio/jun;57(3):332-5.
- Tomasini, S. L. V. (2005). Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 76-88 - jan./jun.
- Torres, S. V. S., Sé, E. V. G. & Queroz, N. C. (2004). Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M, organizadores. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea; p. 87-106.
- Veras, R. (2004). A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência; p. 3-10.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*;43(3):548-54.
- Veras, R.P., Caldas, C.P, Cordeiro, H.A., Motta, L.B, Lima, K.C. (2013). Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade

- funcional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 16(2):385-392.
- Wahl, H.W. & Weisman, G.D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*;43(5):612-27.
- WHO-World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa denominado "Ecologia do Cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos" que tem como objetivo investigar o perfil dos cuidadores, o que eles pensam e conhecem sobre a velhice, como o cuidado ao idoso é realizado e em qual ambiente físico e social.

Sua participação é voluntária e se dará por meio do preenchimento de questionários que serão aplicados individualmente pela pesquisadora Jeisiane Lima Brito. O preenchimento dos questionários terá duração média de 30 a 40 minutos por dia durante quatro dias no mínimo e será gravado em áudio. Também serão realizados registros de observações do seu contato com o idoso, contemplando uma diária de trabalho.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão mínimos. Caso ocorra algum incômodo você receberá escuta e apoio da pesquisadora e serão adotadas as medidas que forem necessárias ao seu bem-estar. O horário para realização das entrevistas levará em conta sua disponibilidade devido a sua rotina. Os materiais provenientes dos registros de observação e das gravações das entrevistas serão vistos e analisados somente pela pesquisadora responsável, sua orientadora e co-orientadora. Caso aceite participar estará contribuindo para a obtenção de dados que facilitarão a elaboração de práticas que melhorem as condições de trabalho da categoria de cuidadores e consequentemente beneficiem os próprios idosos.

Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não receberá nenhum benefício financeiro por participar e também não terá nenhuma despesa. Os resultados da pesquisa serão analisados e divulgados no meio científico e também nas instituições que participarão da pesquisa, mas sua identidade não será divulgada. Para qualquer outra informação você poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Rua Augusto Corrêa, nº 1- Guamá / Prédio do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), pelo telefone (91) 3272-8727 ou 98144-7258.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado(a) sobre o objetivo deste estudo e qual a minha colaboração. Por ter entendido a explicação, concordo em participar do projeto, sabendo que não serei remunerado e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice B - Questionário de Caracterização dos Cuidadores



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Instituição: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Hora Início: _____

1. DADOS PESSOAIS:

1.1. Nome: _____

1.2. Data de Nascimento: _____ Idade: _____

1.3. Naturalidade: _____

1.4. Escolaridade: _____ (1) Completo (2) Incompleto / Em anos: _____

1.5. Formação profissional: _____

1.5. Status conjugal: _____

1.6. Possui filhos: (1) Sim (2) Não / Número: _____

1.7. Telefone: _____

1.8. Bairro: _____

1.9. Município: _____

1.10. Composição familiar:

Por favor, preencha no quadro abaixo algumas informações sobre cada pessoa que mora na sua casa:

Primeiro Nome	Parentesco	Idade	Sexo	Escolaridade	Atividade Profissional

2. DADOS PROFISSIONAIS:

2.1. Qual é a sua situação funcional?

(1) Funcionária efetiva (2) Funcionária temporária (3) Outra _____

2.2. Em que ano começou a trabalhar no Abrigo? Que tipo de atividade realizava?

2.3. Hoje, qual é a sua principal atividade profissional? _____

2.4. No momento, você exerce outra atividade profissional?

Qual? _____

2.5. Antes de trabalhar nesta instituição, já desenvolveu atividades profissionais similares? (indicar atividades profissionais que exigiam o cuidado ao idoso).

(1) Não, é o meu primeiro trabalho.

(2) Sim. Especificar: _____

2.6. Por quanto tempo desenvolveu esse tipo de atividade?

2.7. Qual o motivo que lhe levou a trabalhar como cuidador(a) neste abrigo?

2.8. Depois de contratado(a), teve dificuldade para adaptar-se ao ambiente de trabalho?

(1) Sim (2) Não.

Em caso positivo, qual? _____

2.9. Você tem alguma formação quanto à área de Saúde do Idoso? () sim () não.

Qual? _____

2.10. Qual sua carga horária semanal e seu horário de serviço? _____

2.11. Você é responsável por quantos idosos? _____

2.12. Você tem contato frequente com outros idosos fora do abrigo? Se sim, em quais situações? _____

2.13. Você se considera informado em relação a como cuidar de idosos?

() Sim () Não

2.14. Quais temas relacionados ao idoso você sente maior dificuldade em lidar?

2.15. Qual a faixa etária do idoso que você cuida?

() 60 - 69 anos

() 70 - 79 anos

() 80 - 89 anos

() 90 anos ou mais

Hora final: _____

3. DADOS SOBRE PERCEPÇÕES

3.1 O que você pensa sobre os idosos de um modo geral?

3.2 Qual o significado do envelhecimento para você?

3.3 O que para você significa cuidado?

Apêndice C - Questionário de avaliação da percepção ambiental.



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Nome: _____

Hora início: _____

1)	O que você mais gosta daqui?	_____
2)	Você tem amigos aqui?	_____
3)	Como é o seu relacionamento com os idosos?	_____
4)	Vocês realizam atividades juntos além das práticas de cuidado?	_____
5)	Quais os ambientes que você mais usa? Por quê?	_____
6)	De qual ambiente você mais gosta? Por quê?	_____
7)	Quais os ambientes de que você menos gosta? Por quê?	_____
8)	O que você gostaria de mudar?	_____

- Avaliação dos ambientes da instituição

▪ Refeitório

Itens a avaliar	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
-----------------	------------------	------------	----------------	--------------	--------------------

			Nem Insatisfeito		
Cor					
Iluminação					
Acústica					
Ventilação					
Tamanho					
Distribuição de móveis					
Piso					
Conforto					
Acessibilidade					

Quais os aspectos positivos e negativos deste ambiente?

▪ Dormitório dos idosos

Itens a avaliar	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Cor					
Iluminação					
Acústica					
Ventilação					
Tamanho					
Distribuição de móveis					
Piso					
Conforto					
Acessibilidade					

Quais os aspectos positivos e negativos deste ambiente?

▪ Pátio, Cozinha, Capela etc.

Hora final: _____

Anexo A - Escala de Atitudes em Relação à Velhice



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Nome: _____

Hora início: _____

Instrução para ser lida atentamente antes de começar a responder: Você encontrará a seguir 30 pares de adjetivos ou características que se aplicam a pessoas. Para cada par de atributos opostos, leia primeiro com atenção, pense bem e conclua qual deles mais se aplica aos idosos de um modo geral. O resultado de sua avaliação deverá ser assinalado na escala de cinco pontos que fica entre cada par de adjetivos. O 1 representa o valor mais baixo e o 5 o mais alto. Imagine que estivéssemos avaliando o que as pessoas pensam sobre o carnaval. Poderíamos apresentar dois pares de adjetivos. Assim:

O Carnaval é:

Alegre	1---2---3---4---5	Melancólico
Pecaminoso	1---2---3---4---5	Inocente

Ao avaliarmos o primeiro par, isto é, se o Carnaval é alegre, consideraremos o número 1 como o que mais reflete a qualidade de ser alegre e o 5 o que melhor expressa a noção de que o Carnaval é melancólico. Vale o mesmo raciocínio em relação ao segundo par de atributos - pecaminoso / inocente; em que 1 representa o maior grau de pecado e 5 o maior grau de inocência, na avaliação do evento carnaval. É pensando em termos de graduação ao longo de um contínuo que você responderá aos 30 pares de atributos que aparecem a seguir. Procure trabalhar com atenção e cuidado, sem pular nenhum par. Depois que escolher o ponto que corresponde à sua opinião, **faça um x em cima do número correspondente**. Não marque mais de um número em nenhum dos pares.

O IDOSO É:

1.	Sábio	1---2---3---4---5	Tolo
2.	Destrutivo	1---2---3---4---5	Construtivo
3.	Bem-humorado	1---2---3---4---5	Mal-humorado
4.	Rejeitado	1---2---3---4---5	Aceito

5.	Desconfiado	1---2---3---4---5	Confiante
6.	Deprimido	1---2---3---4---5	Entusiasmado
7.	Isolado	1---2---3---4---5	Integrado
8.	Ultrapassado	1---2---3---4---5	Atualizado
9.	Valorizado	1---2---3---4---5	Desvalorizado
10.	Agradável	1---2---3---4---5	Desagradável
11.	Doentio	1---2---3---4---5	Saudável
12.	Cordial	1---2---3---4---5	Hostil
13.	Ativo	1---2---3---4---5	Inativo
14.	Sociável	1---2---3---4---5	Introvertido
15.	Desinteressado	1---2---3---4---5	Interessado pelas pessoas
16.	Esperançoso	1---2---3---4---5	Desesperado
17.	Mesquinho	1---2---3---4---5	Generoso
18.	Dependente	1---2---3---4---5	Independente
19.	Produtivo	1---2---3---4---5	Improdutivo
20.	Progressista	1---2---3---4---5	Retrógrado
21.	Confuso	1---2---3---4---5	Claro
22.	Condescendente	1---2---3---4---5	Crítico
23.	Impreciso	1---2---3---4---5	Preciso
24.	Inseguro	1---2---3---4---5	Seguro
25.	Concentrado	1---2---3---4---5	Distraído
26.	Lento	1---2---3---4---5	Rápido
27.	Flexível	1---2---3---4---5	Rígido
28.	Criativo	1---2---3---4---5	Convencional
29.	Persistente	1---2---3---4---5	Inconstante
30.	Embotado	1---2---3---4---5	Alerta

Hora final: _____

Apêndice D: Lista para treino de vocabulário



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Treino de Vocabulário

1. Sábio - Tolo

Sábio: pessoa que sabe muito, que tem conhecimentos profundos.

Tolo: pessoa com pouco conhecimento, que age sem juízo, que age sem pensar.

2. Destrutivo - Construtivo

Destrutivo: pessoa que tem o poder de destruir, que age com maldade.

Construtivo: pessoa que tem um espírito criador, pessoa positiva.

3. Bem-humorado - Mal-humorado

Bem-humorado: quem está de bom humor.

Mal-humorado: que expressa ou tende a estar com mau humor, irritado.

4. Rejeitado - Aceito

Rejeitado: aquele que sofre rejeição, que é posto de lado.

Aceito: pessoa que é acolhida, aceita.

5. Desconfiado - Confiante

Desconfiado: aquele que suspeita que pode ser enganado. Exemplo: O policial olha desconfiado para os adolescentes.

Confiante: aquele que confia. Exemplo: A população está confiante que terá seus pedidos atendidos.

6. Entusiasmado - Deprimido

Entusiasmado: pessoa muito empolgada, animada.

Deprimido: pessoa que sofre de depressão, tristeza grave.

7. Isolado - Integrado

Isolado: pessoa solitária, separada dos outros.

Integrado: pessoa que se ajustou aquele lugar, que está “entrosado” naquele lugar.

8. Ultrapassado - Atualizado

Ultrapassado: pessoa antiga, que está fora de moda, antiquada.

Atualizado: pessoa que entende os acontecimentos atuais.

9. Valorizado - Desvalorizado

Valorizado: pessoa que é reconhecida pelos outros.

Desvalorizado: que perdeu o valor ou que teve seu valor diminuído.

10. Agradável - Desagradável

Agradável: pessoa amável, simpática.

Desagradável: pessoa antipática, que deixa uma péssima impressão.

11. Doentio - Saudável

Doentio: pessoa fraca, que tem facilidade para ficar doente.

Saudável: aquele que tem saúde.

12. Cordial - Hostil

Cordial: pessoa amorosa, amigável.

Hostil: pessoa desagradável, ameaçadora.

13. Ativo - Inativo

Ativo: pessoa esperta, que participa, que tem energia.

Inativo: pessoa mais parada, que não tem atividade, que está estagnada.

14. Introverso - Sociável

Introverso: pessoa calada, mais tímida.

Sociável: pessoa comunicativa, que gosta de interagir com os outros.

15. Desinteressado - Interessado pelas pessoas

Desinteressado: que não tem interesse pelo contato com os outros.

Interessado pelas pessoas: que demonstra interesse em interagir com as pessoas.

16. Esperançoso - Desesperado

Esperançoso: pessoa otimista, confiante.

Desesperado: que não tem mais esperança.

17. Mesquinho - Generoso

Mesquinho: pão-duro, que não é caridoso, que guarda para si.

Generoso: pessoa bondosa, que dá as coisas, tem caráter nobre.

18. Dependente - Independente

Dependente: pessoa que está subordinada a outras, precisa da ajuda do outro.

Independente: que é capaz de realizar algo para si.

19. Produtivo - Improdutivo

Produtivo: que produz ou pode produzir, que cria.

Improdutivo: que não gera as coisas, que não proporciona resultado, que não se desenvolve.

20. Progressista - Retrógrado

Progressista: pessoa que está adiantada para seu tempo, moderna.

Retrógrado: o que é antigo, atrasado.

21. Confuso - Claro

Confuso: pessoa desorientada, atrapalhada, que não é clara.

Claro: fala de modo compreensível, de fácil entendimento.

22. Condescendente - Crítico

Condescendente: que é tolerante, que aceita novos acontecimentos facilmente.

Crítico: pessoa que fala mal de tudo.

23. Preciso - Impreciso

Preciso: consegue se expressar de maneira clara e objetiva, sem excessos.

Impreciso: não tem clareza, se expressa de modo confuso.

24. Seguro - Inseguro

Seguro: confiante, cauteloso, seguro de si.

Inseguro: falta de confiança em si próprio.

25. Concentrado - Distraído

Concentrado: que é atento, centralizado.

Distraído: pessoa descuidada, "pateta".

26. Rápido - Lento

Rápido: que é ligeiro, veloz.

Lento: que faz as coisas devagar.

27. Flexível - Rígido

Flexível: que se ajusta facilmente aos acontecimentos, que se acostuma.

Rígido: pessoa intolerante, inflexível, não muda suas opiniões facilmente.

28. Criativo - Convencional

Criativo: tem ideias novas.

Convencional: que segue os padrões tradicionais.

29. Persistente - Inconstante

Persistente: que insiste com uma ideia ou opinião.

Inconstante: que muda de opinião ou de gosto com frequência.

30. Alerta - Embotado

Alerta: que é atenta, cuidadosa.

Embotado: que é abatido, cansado, desatento.

**Anexo B - Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos
Básicos sobre Velhice.**



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

QUESTIONÁRIO

- Assinale uma alternativa em cada questão.

1. A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é:
 - a) uma em 100
 - b) uma em 10
 - c) uma em duas
 - d) a maioria
2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são:
 - a) a visão e a audição
 - b) o paladar e o olfato
 - c) a visão, a audição e o tacto
 - d) todos os sentidos
3. A maioria dos casais acima de 65 anos:
 - a) perdem o interesse por sexo
 - b) não são capazes de ter relações sexuais
 - c) continuam a praticar sexo regularmente
 - d) tem alta frequência de atividade sexual
4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:
 - a) tende a declinar
 - b) tende a manter-se
 - c) tende a melhorar
 - d) não tem relação com idade
5. A satisfação com a vida entre idosos:
 - a) não existe
 - b) é maior do que entre os jovens
 - c) é menor do que entre os jovens
 - d) não tem relação com a idade
6. A força física em idosos saudáveis:
 - a) tende a declinar com a idade
 - b) tende a permanecer a mesma
 - c) tende a aumentar
 - d) não tem relação com idade
7. A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso é de:
 - a) 1 para 100
 - b) 10 para 100
 - c) 25 para 100
 - d) 50 para 100
8. O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é:
 - a) maior
 - b) a mesma

c) menor

d) desconhecida

9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

a) maior eficiência

b) a mesma eficiência

c) menor eficiência

d) depende do tipo de trabalho

10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

a) pequena

b) média

c) grande

d) não tem relação com a idade

11. A flexibilidade para adaptar-se à mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:

a) pequena

b) média

c) grande

d) não tem relação com a idade

12. Em comparação com os jovens a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:

a) menor

b) igual

c) maior

d) não depende da idade

13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:

a) maior

b) menor

c) igual

d) não depende de idade

14. Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:

a) menor

b) igual

c) maior

d) não depende da idade

15. Em comparação com os jovens os velhos:

a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas

b) buscam mais fazer novos amigos

c) tem pouco interesse em amizades

d) não depende de idade

16. Em comparação com os jovens, os velhos são:

a) mais emotivos

b) menos emotivos

c) igualmente emotivos

d) não depende de idade

17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é:

a) pequena

b) média

c) grande

d) não tem relação com a idade

18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:

a) maior

b) igual

c) menor

d) depende do tipo de tarefa

19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é:

- a) 8,2%
- b) 4,5%
- c) 13%
- d) 23%

20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade:

- a) menor
- b) igual
- c) maior
- d) não tem relação com a idade

21. A maioria dos idosos brasileiros têm rendimento mensal de:

- a) até 1 salário mínimo
- b) 1 a 3 salários mínimos
- c) 3 a 5 salários mínimos
- d) 5 a 10 salários mínimos

22. A maioria dos idosos são:

- a) economicamente ativos
- b) socialmente produtivos, mas economicamente inativos
- c) improdutivos
- d) aposentados

23. A religiosidade tende a:

- a) crescer com a idade
- b) diminuir com a idade
- c) manter-se com a idade
- d) não tem relação com a idade

24. Com a idade a maioria dos idosos:

- a) tornam-se mais emotivos
- b) tornam-se menos emotivos

c) tornam-se emocionalmente mais seletivos

d) não mudam

25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão:

- a) mais educados
- b) menos educados
- c) tão educados quanto
- d) não é possível prever

Apêndice E: Protocolo de observação.

Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Nome do Observador: _____

Data da observação: _____

Horário da observação: _____

Situação observada: _____

Sujeito observado: _____

Instituição: _____

Descrição do ambiente físico e social:

Registro cursivo da observação:
