

A importância da capacitação e formação de pessoas que trabalham com idosos em Centros-Dia

The importance of capacity building and training for those working with older people in Centers-Day

Sônia Azevedo Menezes Prata Silva Fuentes

Daniela Figueiredo

Elisabeth Frohlich Mercadante

Flamínia Manzano Moreira Lodovici

Ceneide Maria de Oliveira Cervený

RESUMO: Estas reflexões surgem a partir da experiência de investigação em um Centro-Dia para Idosos, na cidade de São Paulo (SP), Brasil, durante o período de um ano e quatro meses, de setembro de 2011 a fevereiro de 2013, no desenvolvimento de projeto de doutorado intitulado “Geras Vitalis”, que teve como foco a criação de Oficinas adaptadas para a população idosa dessa instituição, com o objetivo não só de viabilizar espaços de expressão e de escuta de idosos, mas especialmente proporcionar-lhes uma melhor interação sociocultural que lhes pudesse trazer melhoria em seu bem-estar, em sua qualidade de vida. Foram diagnosticados problemas como o de lacunas de serviços e de incipiência quanto ao conhecimento gerontológico, por parte de funcionários atuando como cuidadores diretos, e de dirigentes — duas instâncias fundamentais para a gestão de uma Instituição como a que está em foco neste estudo. Tais insuficiências, a nosso ver, podem exacerbar comportamentos inadequados em tal ambiente, contribuindo para uma baixa qualidade de vida dos utentes, assim como daqueles que com eles lidam no cotidiano. Assim é que, como desdobramento deste estudo, sugere-se a implementação de projetos de capacitação, caracterizados por intervenções gerontológicas orientadas por

componentes como o Aconselhamento, a Escuta Psicológica e Educacional e, se necessária, a utilização da estratégia denominada Gestão de Caso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Espaço de escuta e de expressão; Tempo livre; Idoso; Capacitação.

ABSTRACT: *Reflections discussed here originated from workshops developed to provide a space for elders to express themselves and to be heard as well to provide better socio-cultural interactions and improvement in their wellbeing and quality of life. These workshops were conducted at a Center Day for Elderly in São Paulo, Brazil, from September 2011 to February 2013, as part of a PhD project entitled “Geras Vitalis”. Service gaps and lack of gerontological knowledge by care-takers and directors from the institution where the work was undertaken were observed during the workshops. These shortcomings, in our view, can exacerbate inappropriate behavior, contributing to a lower quality of life of the older people, as well as those who deal with them in everyday life. As a result of this study, we suggest training programs, where gerontological interventions are oriented by components such as counseling, psychological and educational listening and, if necessary, the use of “Case Management”.*

Keywords: *Aging; Listening space and expression; Free time; Elderly; Training.*

Introdução

A capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado geronto-geriátrico é, ainda, incipiente em nosso meio, provavelmente porque a velhice é um fato social relativamente novo entre nós. Mas, se não houver recursos humanos treinados especialmente para atender as pessoas idosas, não haverá uma atenção integral, integrada, digna e eficaz. Enfatiza-se, então, que, para a consolidação das políticas de saúde, a capacitação é requisito primordial, pois “novos saberes provocam novos fazeres.” (Martins *et al.*, 2007).

A reflexão em epígrafe fundamentou nossa experiência investigativa em um Centro-Dia para pessoas idosas, na cidade de São Paulo, durante o período de um ano e quatro meses - de setembro de 2011 a fevereiro de 2013 -, desenvolvendo o projeto de doutorado intitulado “Geras Vitalis”, no seu movimento de criação de Oficinas

adaptadas para a população de idosos, a fim de proporcionar-lhes uma melhor interação sociocultural, no sentido de levá-los a um maior bem-estar. Foram verificadas lacunas de serviços e conhecimentos gerontológicos, na Instituição estudada, por parte de funcionários - como cuidadores diretos - e de dirigentes. Como desdobramento deste estudo, sugeriu-se a implementação de um projeto que capacitasse os funcionários, familiares, cuidadores e dirigentes da Instituição, para que pudessem agir com mais adequação e proficiência nos cuidados dispensados às pessoas idosas. Cabe ressaltar que cuidadores diretos também foram capacitados. Acredita-se que este investimento em formação possa estender-se de maneira mais produtiva, beneficiando, além dos idosos institucionalizados, os próprios cuidadores.

A Instituição aqui focada é composta por uma população formada 90% por pessoas de alguma forma em processo demencial; por conta disso, o local se torna viável à implementação de um projeto de duplo caráter: informativo e de suporte a funcionários, cuidadores e familiares de residentes. O objetivo é propiciar reflexões críticas e lúcidas acerca de questões como envelhecimento, velhice, a compreensão das doenças (a doença de Alzheimer como predominante, no caso desta Instituição), e de suporte ou apoio a cuidadores formais e informais e a familiares, muitas vezes acometidos por estresse e *burnout*¹. Os sintomas comportamentais da demência sobrecarregam de tal forma os familiares, que acabam sendo um dos fatores responsáveis pela institucionalização da pessoa idosa, como afirmam Brodaty, Draper e Low (2003); Dupuis, Epp e Smale (2004); Hope, Keene, Gedling, Fairburn e Jacoby (1998), estes últimos citados em Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa (2012).

Ressalte-se que algumas Instituições – pela dificuldade de escapar dos padrões socialmente instituídos, por falta mesmo de conhecimento e serviços especializados, pela ausência dos equipamentos sociais desejáveis - podem provocar, e de forma exacerbada nos idosos, sintomáticos comportamentos de demência (Beer et al., 2010; Zuidema, Derkensen, Verhey & Koopmans, 2007, citados em Figueiredo, et al., 2012).

¹ Síndrome de *Burnout* é um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, definido por Herbert J. Freudenbergger como "(...) um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional". Trabalhadores da área de saúde são frequentemente propensos ao *burnout*, pois trabalham direta e intensamente com pessoas em sofrimento. Os enfermeiros, por exemplo, pelas características do seu atuação, estão muito predispostos a desenvolver *burnout*, e particularmente profissionais de áreas como oncologia, psiquiatria e medicina que, muitas vezes se sentem esgotados pelo fato de continuamente darem muito de si próprios aos seus doentes e, em troca, pelas características do quadro, receberem de retorno muito pouco. Recuperado em 01 agosto, 2014, de: http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_burnout

A consequência maior de um quadro, como o acima apresentado, é a propensão ao estresse e ao *burnout* de cuidadores e funcionários envolvidos no trabalho cotidiano (Cassidy, & Sheikh, 2002; Kuske, *et al.*, 2009), podendo levar ao abuso de medidas restritivas, farmacológicas e físicas (Figueiredo, *et al.*, 2012).

As problemáticas identificadas permitem-nos considerar importante a elaboração de um projeto de intervenção de cunho psicoeducativo, que discuta a forma de como gerir a vida, no processo de envelhecer. É destinado a capacitar pessoas que trabalhem com idosos em Centros-Dia (CD) ou Centros de Convivência de Idosos (CCI) ou Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)², cuja expectativa diante daqueles que vivem mais anos é a de se ter mais satisfação no trabalho, um maior bem-estar, e melhores condições de vida, tanto a idoso, quanto a familiares, e aos próprios cuidadores. Sugerimos que o aqui colocado não só possa ser desenvolvido no Centro-dia, lócus da formação, mas que seja extensível a todas as instituições que apresentem similar condição problemática quanto a aspectos de gestão.

Registre-se que o primeiro passo nesse processo seria conhecer a população da Instituição em estudo: quem são seus idosos, como chegaram lá, quais suas histórias de vida, dificuldades e competências. Na população-alvo do Centro-Dia deste trabalho, um grande número de idosos apresenta graus variados de dependência. É preciso levar em conta que é muito grande a incidência de idosos institucionalizados com no mínimo uma doença crônica. E, segundo a WHO-World Health Organization (2007), as doenças crônicas são, hoje em dia, a principal causa de morte no mundo (60%).

Também se observa que o número de medidas para controle dessas doenças vem melhorando, tendo em vista o desenvolvimento de tecnologias médicas, prolongando cada vez mais a vida dos idosos. A autogestão da saúde vem mostrando sua eficácia ao evidenciar, para o idoso, o quanto ele aumenta sua independência, ao cumprir e gerenciar a própria medicação.

Estudos apontam para uma estimativa mundial de 6% de pessoas que apresentam cinco ou mais doenças crônicas, sendo que, para lidar com tal situação, está sendo proposto – e nesse sentido é exemplar um projeto desenvolvido em Portugal -, que um profissional seja contratado para atuar na qualidade de Gestor de

² Sobre a diferença entre ILPI, CD e CCI, ver: Lima-Silva *et al.* (2012, pp.518-519).

Saúde. De acordo com os pesquisadores, a população idosa com mais de cinco doenças crônicas é a que mais consome recursos públicos. Acredita-se que, com o acompanhamento de um Gestor de Saúde pessoal, em um mais longo prazo, tais ações-conjuntas poderão ajudar a “controlar o desperdício de recursos”.³ Na verdade, as funções deste “Gestor de Doentes”, ou “Gestor de Saúde”, são bem amplas, e compreendem: orientar o idoso, referenciar e definir plano de cuidado pessoal, promover a educação para o autocuidado, apoiar a família para o cuidado de suporte, e fornecer apoio administrativo personalizado. Funções estas de caráter social que ultrapassam o meramente clínico.

Estudos experimentais norte-americanos demonstram que grupos de idosos com o perfil de mais de cinco doenças crônicas, acompanhados por Gestores, passam em média 36% do tempo em hospitais, e 48% a menos buscam serviços de urgência. A expectativa é a de que se faça diminuir o número de internações desnecessárias, e se reduza o tempo de internação de um paciente idoso. O privilégio trazido pelo paradigma proposto é a mudança de um sistema “centrado no tratamento da doença”, para um outro, orientado no sentido da “manutenção do bem-estar geral da população”.

Parece ser este um grande avanço no campo da saúde, e sinal de novos tempos. Entretanto, o que ainda vemos hoje é que, a partir do momento em que uma pessoa idosa mais precisa ser monitorada e assessorada para garantir a ela mesma os cuidados básicos, o que se tem, via de regra, é sua institucionalização em uma ILPI. Cuidar de um idoso dependente não é tarefa simples e, na maior parte das vezes, não possível a uma família. Dar e receber apoio emocional e também instrumental na realização das AVD são dos desafios mais estressantes durante esta etapa complicada do ciclo de vida.

Segundo alguns estudos, os cuidados prestados a um familiar, no caso de demência, ocorrem conjuntamente em níveis elevados de depressão, ansiedade, irritação, e ao conseqüente consumo elevado de fármacos psicotrópicos pelos cuidadores familiares (Dura, Kiecolt-Glaser & Stukenberg, 1991; Baumgarten *et al.*, 1994; Schulz *et al.*, 1995, citados em Figueiredo, & Sousa, 2008). Esses resultados relativos à saúde mental vão ao encontro de estudos anteriores, como os de Ory, *et al.*, 1999). Neste último estudo, os autores verificaram que os cuidadores familiares de

³ Cf. referido no jornal “Público”, *online* de Portugal, em 17/04/2014.

um idoso demenciado apresentam mais problemas de saúde mental do que aqueles que cuidam de um idoso sem demência. Mas sabemos que o bem-estar está para além da assistência e dos cuidados médicos. O ideal seria um cuidado multifacetado, e geral, tal qual aponta Fragoso (2008), ao sugerir uma abordagem holística, sistêmica, de todos os aspectos envolvidos no cuidar desse idoso. Esta abordagem inclui o trabalho interativo entre idoso, família, cuidadores formais e informais, técnicos, dirigentes de uma instituição, e levando sempre em conta a estrutura organizacional e o contexto comunitário no qual estão todos inseridos.

Cabe aqui, porém, uma questão: como gerenciar todos esses cuidados? No desenvolvimento de uma Intervenção Gerontológica é interessante investir em múltiplas ações, tais como: o Aconselhamento, a Psicoeducação e, se necessária, a Gestão de Caso, que são detalhadas a seguir.

Aconselhamento

Quando pensamos no Aconselhamento, estamos falando em uma maior valorização da pessoa idosa, implicando atributos como a afetividade, a compaixão, a autenticidade nas relações. Para Carl Rogers (1983), o núcleo básico da personalidade humana tende à saúde e ao bem-estar. Este teórico acredita que, dentro do processo terapêutico, insere-se um trabalho de cooperação entre terapeuta e paciente, cujo objetivo é a liberação de um núcleo da personalidade de ambos, em que se promove a descoberta/redescoberta da autoestima, da autoconfiança e do amadurecimento emocional. Esta premissa não tem sua validade apenas na relação terapêutica: Rogers ampliava a aplicação de suas descobertas, e as incentivava em todos os setores que envolvessem uma relação pessoal.

Santos (2004), em seu estudo sobre Rogers (1983), revela que, mesmo em momentos difíceis e condições adversas, o homem ainda é capaz de se autopreservar e continuar desenvolvendo sua autoestima, ao manter a convicção de que, apesar das adversidades encontradas em seu percurso, pode ainda ser um agente transformador e criativo na relação com o outro, e não se limitar somente a reagir aos acontecimentos.

A Intervenção Psicoeducativa, por seu duplo caráter facilitador, como já dito, tem a finalidade de fornecer conhecimento e informação, ao mesmo tempo em que

oferece suporte e apoio aos funcionários, cuidadores e familiares. A Intervenção Psicoeducativa é uma modalidade de intervenção em grupo, direcionada a pessoas que partilham um mesmo problema. Geralmente é uma intervenção de curta duração, com 4 a 12 sessões, semanais ou quinzenais, estruturadas, adaptadas à população, à cultura, e dinamizadas por um profissional da área da saúde. Os facilitadores são, usualmente, um psicólogo, ou gerontólogo ou enfermeiro, e, eventualmente, profissionais especializados nos temas das sessões (exemplo: um psiquiatra ou neurologista para esclarecer, e informar sobre sinais e sintomas de demência). Esta intervenção objetiva, além do fornecimento de informações úteis e instrumentais sobre uma doença, sua etiologia, sintomas, prevenção, e decurso esperado, prestar suporte emocional (criando espaço para a expressão e a normalização de emoções associadas à problemática e treino de competências de redução do estresse, gestão das emoções, resolução de problemas, e integração do grupo). O foco é minimizar os problemas advindos das mudanças, e das novas adaptações requeridas, proporcionando melhor qualidade de vida tanto de pacientes como de familiares, e/ou das outras pessoas envolvidas nos cuidados.

A vertente que cuida do suporte emocional, por sua vez, orienta sobre o impacto do estresse resultante da doença, ajuda na expressão das emoções, e usa estratégias mais eficazes para a resolução dos problemas, incentiva interações sociais e novas redes de apoio, bem como busca restabelecer com a família relações mais produtivas, evitando, assim, o isolamento do doente (Sousa, *et al.*, 2007).

A literatura sugere que há, comumente, falta de envolvimento ativo e efetivo entre doentes e respectivos cuidadores (Rogers, Bond, & Curless, 2001, citados em Sousa, *et al.*, 2007).

As problemáticas que poderão ser beneficiadas por uma intervenção psicoeducativa são: o cuidado informal de pessoas com demência, a autogestão da doença crônica (diabetes, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica), ou a adaptação à aposentadoria, dentre outras.

Um exemplo de Intervenção Psicoeducativa bem estruturada é a do tipo *ProLongCare* (Figueiredo, *et al.*, 2012), desenhado para grupos de pessoas que convivem, trabalham, e cuidam de pacientes com demência. Esta intervenção apresenta uma estrutura de sessões elaboradas, além de incluir sessões educativas e de apoio, procurando ao final de cada sessão fornecer material de apoio sistematizado,

por meio de resumos dos temas abordados, e dos conhecimentos adquiridos. Os resultados sugerem que estas intervenções podem fortalecer os laços sociais dos cuidadores e das pessoas cuidadas. Outro benefício relatado é o relacionado às estratégias ensinadas para o autocuidado, e o enfrentamento do estresse. Devido à limitação de tempo, e de outros obstáculos, aconselham-se novas investidas e novos estudos (Penrod, *et al.*, 2007; Figueiredo, *et al.*, 2012). As intervenções Psicoeducativas tendem a obter respostas promissoras e resultados positivos.

Outro exemplo de Intervenção Psicoeducativa foi relatado por Braun, *et al.*, (2003), numa pesquisa realizada em Hilo e Kona/Hawaí (2003), denominada PAP ou *24 horas/curriculum*, com resultados bastante positivos. O objetivo era o de aumentar os conhecimentos dos envolvidos, utilizando-se técnicas, a fim de promover empatia entre os cuidadores diretos e os idosos, por meio de um modelo de aprendizado ativo e dinâmico. O projeto estende-se em seis sessões de quatro horas. O programa foi dividido em módulos, englobando temas sobre o envelhecimento, velhice, vida saudável, doenças, debilidades, cuidar com sucesso, a morte, o morrer, e a integração dos conhecimentos, além de técnicas para administrar o estresse (Cheang, & Braun, 2003). Verificou-se que 90% dos funcionários, antes do desenvolvimento deste projeto, não dispunha de formação para cuidar de idosos. A grande vantagem deste Programa foi fortalecer o processo de aprendizado por meio de trocas interpessoais, em que os participantes podiam contar e relatar suas experiências e dificuldades ao grupo, além de competências adquiridas. Outro fator positivo era o de que os participantes eram pessoas vindas de diferentes *backgrounds*, e agências, o que favoreceu a estas pessoas uma quebra de rotina. Como se observa na literatura, os impedimentos, e limitações para aumentar estes Programas são o custo, e os fundos para treinamento, que são muitas vezes inexistentes em muitas Instituições.

Como resultado foi reportada a redução do *burnout* (exaustão) e do *turn over* (rotatividade) dos empregados e funcionários, a melhora do conhecimento básico e de atitudes que estavam sob o controle dos cuidadores diretos, além de ser um modelo de programa de baixo custo.

A alta rotatividade dos funcionários, e de cuidadores diretos, em Instituições de Longa Permanência, constitui um grande problema que afeta consideravelmente o bom andamento e a qualidade de cuidado oferecido aos idosos nas Instituições (Kash,

Castle, Naufal, & Hawes, 2006, citados em Dill, 2010), o que também é largamente verificado no Brasil.

Vários Programas de Intervenção têm sido desenhados com expectativas de redução desse problema; porém, sem grandes repercussões positivas. Um modelo interessante, e bem-sucedido, foi o implementado na Carolina do Norte (EUA), denominado “The Win a Step Up”, com parceria entre o Departamento de Saúde e Serviços de Humanidade, a Universidade do Norte de Carolina, e o Instituto de Envelhecimento, da Carolina do Norte. O objetivo deste programa foi tentar reduzir ao máximo a rotatividade de cuidadores diretos nessas localidades, e melhorar a qualidade do cuidado. Foram oferecidas educação e bonificação para quem aderisse ao Programa. O Programa constou de vários tópicos, Clínicos e Interpessoais, e também de um contrato assinado, em que os empregados concordavam em assistir às classes, e continuar no emprego até no mínimo 3 meses. O resultado mostrou que a utilização dos contratos, assim como o treinamento adicional, foram eficazes no sentido de baixar a rotatividade de trabalhadores e cuidadores diretos de idosos. O maior benefício notado foi a conscientização de que os gastos com treinamentos adicionais podem ser revertidos em gastos com novos treinamentos ou bonificações que garantam a permanência dos que lá já estão. É sabido, pela literatura que, quando os cuidadores diretos ficam em suas funções por um período maior de tempo, são capazes de melhor reconhecerem as necessidades dos utentes e oferecer um melhor cuidado. Evidencia-se, com isso, que a permanência dos empregados contribui para um impacto significativo a qualquer tipo de Instituição, ao reduzir rotatividade de trabalhadores.

Seguindo esta vertente, dois outros importantes estudos obtiveram resultados bastante positivos ao manter e qualificar melhor seus funcionários. O primeiro foi o desenvolvido em Nova York, as Nursing Homes: “Growing Strong Roots”, e o segundo, “Peer Mentoring Long Term Care: Rationale, Design, and Retention” (Hegeman, *et al.*, 2007). Ambos procuraram valorizar a cultura de cuidado, tanto para residentes, como para funcionários. Os programas informativos foram desenhados por meio de *mini-lectures*, *role plays*, para ilustrar ou reforçar pontos importantes, e também focar na administração do estresse e do tempo. Os achados mostraram que, ao se valorizarem os fatores interpessoais, ao se dar suporte aos novos funcionários, e incentivar seu bom relacionamento, é bem mais favorecida a permanência desses

funcionários, e também a qualidade do cuidado prestado (Straker, & Atchley, 1999); Buckingham, & Caffman, 1999, citados em Hegeman, *et al.*, 2007).

Outros estudos também sugerem algumas mudanças, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e diminuir a rotatividade de cuidadores. Um bom exemplo é o intercâmbio que acontece entre Universidades e Hospitais de Cuidados de Longa Duração (*LTC/Long Term Care*). Poder contribuir com oportunidades de educação, supervisão e reciclagem de conhecimento, tanto para enfermeiros, quanto para cuidadores, oferecer salários mais dignos, e oportunidades de carreira, entre outros incentivos (McConnell, *et al.*, 2010), fazem uma enorme diferença na qualidade dos cuidados a serem prestados.

Programas educacionais bem-estruturados, e elaborados para cuidadores diretos e funcionários de ILPI, podem também melhorar a qualidade de vida de pessoas com demência e que sofrem restrições de movimento. A educação, funciona, neste caso, para diminuir o controle de movimento (*restraint reduce*) desses idosos com demência.

Exemplar nesse sentido foi o caso de um pesquisa realizada na Noruega (Stavanger University, 2005), que demonstrou que, após o treino educacional com funcionários da Instituição, conseguiu-se reduzir em 54% os problemas relacionados ao controle e restrição de movimento de pessoas com demência (Testad, *et al.*, 2005).

Portanto, as pesquisas têm confirmado a importância e eficácia de Programas educacionais que fornecem conhecimentos, informações bem apropriadas, e também suporte emocional para as pessoas que trabalham com idosos.

O mesmo pode se aplicar aos serviços de cuidados prestados em casa (*home care*), ou seja, de idosos que, por opção, permanecem em suas residências, embora a tendência observada seja de que, cada vez mais, diminua o número de pessoas interessadas em cuidar de idosos em casa, seja devido aos s salários não compensadores, seja devido aos desafios do próprio trabalho (Stone, 2004).

Recomenda-se, então, que seja preciso, por parte da sociedade e das políticas públicas, contemplar esta profissão de Cuidador de Idosos com mais seriedade, carinho, investimentos adequados à formação, e reconhecimento do valor destes profissionais, que, dia a dia, nos mostram o quanto são, e continuarão sendo, importantes e necessários neste mundo longo.

Gestão de Caso adaptado à pessoa idosa

Esta é uma estratégia colaborativa na intervenção, o que implica uma série de micro-intervenções: avaliação, acompanhamento, coordenação e negociação de serviços, mobilização de recursos e advocação de direitos.

O que vem a justificar a implementação de “Gestão de Caso” aqui trazida é a possibilidade de fornecer ao idoso uma intervenção menos fragmentada, em que se possa olhar o idoso para além da doença crônica, tentando dar conta de suas várias necessidades e também de seus desejos. O Gestor de Caso não deve voltar o olhar apenas para os problemas, mas especialmente para as competências, para os recursos e forças. E qualquer contexto é repleto de recursos (Saleebey, *et al.*, 2008).

Dentre as estratégias de um Gestor de Caso (GC), é preciso lembrar sempre que a pessoa idosa é um sistema complexo, e que cada sistema complexo tem recursos próprios. Para compreender a pessoa idosa, é importante que, em sua avaliação, se discuta, converse sobre seus interesses pessoais, seus anseios, sua história de vida, suas competências e aspirações. É importante lembrar que, enquanto houver vida, há possibilidade de mudança, de ressignificação, conforme bem o afirma Horney (1942): *“Man can change and go on changing as long as he lives”*.⁴

Após o primeiro reconhecimento, na Gestão de Caso, é imprescindível delinear um planejamento centrado nas necessidades da pessoa idosa: as explícitas e as não explícitas. E explorar as opções e ações que podem ser realizadas perante os recursos existentes, assim como fomentar o reinvestimento na vida, iniciando por simples estimulações, como as Atividades da Vida Diária (AVD).

Um projeto bastante interessante pesquisou durante nove anos possibilidades de sucesso, com a gestão para melhorar a qualidade de vida dos idosos: foi o estudo *Lifecare*, com idosos de risco moderado nos Estados Unidos (Atkinson, *et al.*, 2003), realizado por uma Organização não Governamental, objetivando um maior bem-estar às pessoas envolvidas. Este projeto teve como lema desconstruir a perspectiva de que o envelhecimento vem sempre acompanhado por dependência, quando os idosos se veem sem forças e incapazes de satisfazer suas necessidades. Buscou encorajar os profissionais que trabalham com os idosos a se confrontarem com os mitos do

⁴ “O homem pode mudar e continuar mudando enquanto viver.” (tradução nossa).

envelhecimento e trabalhar numa perspectiva de empoderamento. Para isso, foram utilizadas intervenções sociais para facilitar a autoestima, incentivos a um melhor controle pessoal nas AVD, e envolvimento em ações sociais existentes. Neste caso, a função do Gestor de Caso é maximizar a eficiência e custo por meio da utilização de serviços, assegurar a comunicação com organizações envolvidas nos serviços, fazendo uma ponte entre os serviços disponíveis e o consumidor (Gruman, 1997, citado em Atkinson, *et al.*, 2003).

Muitos estudos apontam, ainda nos dias de hoje, a figura do idoso carregada de preconceitos, associada a uma imagem social de dependência, inutilidade, decadência e improdutividade. Pesquisadores por décadas têm percebido que o ser humano tem a tendência de categorizar as pessoas por raça, gênero e idade. Esta tendência é tão automática que estas são consideradas categorias primitivas. Caso do “Ageísmo” (*Ageism*), que é um termo utilizado para caracterizar o preconceito e o estereótipo dirigido, pelo senso comum, ao idoso e, ao mesmo tempo, considera equivocadamente a condição de “envelhecer”, de “ficar velho”, como algo totalmente negativo (Sousa, Lodovici, Silveira & Arantes, 2014).

Segundo estes estudos, a sociedade ainda não está preparada para receber e lidar com o aumento da longevidade. Muitos continuam a classificar os idosos como indivíduos de segunda classe, nada tendo de novo a oferecer à sociedade. O que ocorre, geralmente, são associações em que o velho é relacionado sempre com qualidades negativas, e cuja contribuição deixa de ter validade às demais gerações. Os pesquisadores apontam que esta tendência pode vir a piorar (Branco, & Williamson, 1982; Palmore, 1999, citados em Nelson, 2002). O maior responsável por tudo isso parece ser um certo medo — o medo de ficar velho, o medo de ficar vulnerável e frágil. O envelhecimento, que deveria ser visto como um processo natural da vida, agora, passa a ser visto como um problema social. E a mídia parece contribuir e perpetuar este “Ageísmo”,⁵ quando reforça a veiculação de textos jocosos (piadas, charges etc.) nos quais se expõem idosos em situação desfavorável, como se sempre fossem incapazes, deficientes, vulneráveis. No trabalho, na família, e até pelos médicos, nos consultórios e hospitais, podem ser encontrados comportamentos inadequados aos idosos quando estes, por exemplo, são infantilizados por parte dos

⁵ Ageísmo é um ato de preconceito e de discriminação contra a pessoa idosa, baseada na crença de que o envelhecimento torna a pessoa menos atrativa, menos inteligente, menos sexualmente produtiva (Atchley, 1997; Macionis, 1998, citados em Nelson, 2005; e em pesquisa de Sousa, Lodovici, Silveira, & Arantes, 2014).

mais jovens, sob o pretexto de oferecimento de afeto; assim é que as pessoas acabam falando mais alto com os idosos, com frases mais curtas ou, pelo contrário, com demasiado carinho. O que menos se vê é a vontade de estender a conversa com idosos, ou desafiá-los em temas mais difíceis (Rodin, & Langer, 1980, citados em Nelson, 2002).

Côrte e Ximenes (2007) citam que há na ILPI um “Assistencialismo” camuflado, em que o residente é visto como um coitado, mas que ao mesmo tempo não se dá importância à facilitação de novas interações sociais, entre eles, e não se investe em outros interesses, outros afazeres, como na facilitação para as AVD. Estas pesquisadoras chamam a atenção para o “não fazer” típico das instituições, que é altamente nocivo à saúde do idoso, podendo levar sua capacidade física ao declínio devido ao progressivo “desuso” das funções do corpo, prejudicando as AVD (Pais, 2003, citado em Côrte, 2007).

Corroborando com essas ideias, faz-se ver uma corrente de senso comum que insiste em dizer que ser velho é morrer socialmente. Então, o idoso pode introjetar um tal decreto de “morte social”, e passar a agir como se não tivesse mais nada a fazer na vida (Guillermund, 1972, citado em Guia, 2007).

Temos necessidade urgente de desconstruir tais modelos que insistem em cristalizar a ideia de que o idoso seja frágil, vulnerável e incapaz. E nos lembrarmos de que as fragilidades, as vulnerabilidades e as incapacidades não são trunfo de uma categoria de idade, e sim de toda a nossa humanidade. E voltando a pensar em nossa própria humanidade, não podemos desperdiçar o precioso tempo de que dispomos, nosso tempo vivencial, o tempo *Kairós*, o tempo das oportunidades intergeracionais, conforme o reafirmam Souza, Lodovici, Silveira, & Arantes, 2014):

Em suma, é imprescindível que as ações de esclarecimento e sensibilização junto à sociedade contem com o envolvimento dos próprios idosos que desejem acertar contas com seu atual tempo — em que lhes é dado viver mais com as consequentes tarefas que lhes concernem —, às quais eles precisam dar ouvidos e das quais não podem se distanciar. À luz de Agamben (2009), pode-se dizer que o compromisso colocado aqui aos idosos não pode estar ligado simplesmente a um tempo cronológico: são procedimentos que urgem dentro deste e que devem introduzir nesse tempo a

“desomogeneidade”, trazer transformações nas relações entre gerações, ou mais precisamente, deslocar/desfazer discursos improdutivos, explícitos ou implícitos nas relações cotidianas do “tempo-de-agora” (o tempo existencial, ou kairosiano).

De um lado, tem-se um imaginário social que insiste em colocar o idoso como dependente, velho, desgastado, desarticulado, e sem ambição. No outro polo, situa-se um sujeito que, embora não deixe de ser velho, por manter seus desejos, sente-se pronto para se reinventar. Não se pode esquecer de que, dentro destas duas polaridades, há diversidades, que se entrecruzam, e se manifestam de diferentes maneiras; os diferentes velhos, as diferentes velhices.

Lembrando os pressupostos de Jung (1962), mantemos um impulso natural de sobrevivência, mas é, precisamente no momento crítico da meia-idade, que nossa psique começa a buscar o que é autêntico, verdadeiro e significativo. Mas neste momento de “libertação”, nem sempre estamos ainda “independentes”. Muitas vezes nossos desejos e necessidades estão atrelados ao suporte e à boa-vontade alheia. Temos, sim, desejos, e desejos não morrem nem envelhecem. O indivíduo, independentemente de idade, permanece um sujeito com desejo (Messy, 1999), e é preciso ser motivado para continuar neste processo dinâmico, apesar das possíveis limitações. Mas a ideia deve ser sempre a de instigarmos o idoso, com a ideia de enfrentamento, e não de paralisação, diante dos acontecimentos da vida.

Um trabalho de prevenção se torna necessário para valorizar, e priorizar a autonomia no maior tempo possível na fase da velhice para garantir a manutenção da independência do idoso. Se não insistirmos junto aos idosos para buscar suas forças e explorar competências, a doença e a dependência podem se instalar, processo não raras vezes irreversível.

Um importante estudo realizado em diversas ILPI na região Nordeste do Rio Grande do Sul no Brasil (Herédia, 2004) revela que, a partir do instante em que o idoso perde a autonomia/independência, junto perde a condição de tomar decisões e, portanto, de cuidar e gerir sua própria vida, mesmo antes do internamento em Instituições. E, quando internado, essa situação pode vir a se potencializar, e o idoso fica cada vez mais à mercê da vontade e das decisões da Instituição, perdendo, assim aos poucos, até sua identidade.

Algumas sugestões muito válidas propostas pelos autores deste estudo podem ser utilizadas também como instrumentos de prevenção, que corroboram os preceitos dos projetos Psicoeducativos mencionados antes. Algumas sugestões citadas pelo estudo seriam: a priorização da manutenção dos vínculos familiares; orientação e informação sobre o processo de envelhecimento às Instituições, pelos conselhos municipais e outros órgãos governamentais; adequação de planos de trabalho e projetos para o conhecimento da legislação pertinente junto ao idoso; a valorização e implementação de ações essenciais visando ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, espirituais, de comunicação e interações sociais, por parte das Instituições asilares; capacitação e formação de profissionais qualificados para atuarem junto aos idosos Institucionalizados; aumento de práticas de estágios curriculares em Instituições asilares; incentivar, sensibilizar e mobilizar a comunidade a participar de atividades junto às Instituições de Longa Permanência, e incentivar e envolver os idosos em atividades comunitárias. E, principalmente incentivar os idosos internados na medida do possível, para continuarem a envolver-se com as AVD.

Portanto, existem boas alternativas e opções de trabalho dentro de um projeto de capacitação de pessoas para trabalhar com o segmento idoso dentro dos CD e CC, assim como nas ILPI, fazendo uso de intervenções desenhadas para este fim.

Como dito, é importante primeiramente conhecer a Instituição, saber das competências, e recursos existentes. Em seguida, elaborar um projeto de capacitação voltado à gestão, um cronograma possível para aquela realidade, e reunir estas forças para implementar possíveis e benéficas mudanças. Dessa forma, contrariando uma cultura assistencialista que marcou por muito tempo o percurso sócio-histórico das pessoas idosas, pode-se promover, nas instituições de atendimento a idosos, uma “cultura mais pró-ativa” (no sentido de Quaresma, 2008), diante da gestão de uma vida adulta que se prolonga, e que a um só tempo exige uma mudança qualitativa de expressão de seus direitos.

Concluindo, é importante ressaltar o que se tem como meta, ou seja, que as políticas públicas não só reconheçam a necessidade, mas que implementem Programas de Capacitação para pessoas que trabalhem com o segmento idoso, cada vez mais, e com mais qualidade, bem como cumpram as normas de seus programas já existentes no papel, conforme verificado no Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003/Presidência da República do Brasil, Artigo 18, capítulo IV). O

Estatuto reporta o direito do idoso à saúde, recomendando que as Instituições de Saúde devem atender aos critérios propostos às necessidades dos idosos e promover o treinamento e a capacitação dos funcionários responsáveis, assim como orientação a cuidadores formais e informais, e grupos de autoajuda. Oxalá isso se cumprisse de fato!

Aspectos importantes a serem debatidos, refletidos e estudados num projeto de capacitação para pessoas que visam a trabalhar com a pessoa idosa

- * Discutir e oferecer noções sobre o Envelhecimento, Psicologia do envelhecimento. Como relacionar-se com o Envelheci(do)/(mento).
- * Universo das ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos)
- * Conhecer a população: Quem são estes idosos que habitam as ILPI?
- * Respeitar e compreender a singularidade de cada pessoa idosa; conhecer seus desejos e vontades. O que querem estes idosos?
- * Desenvolver competências interpessoais: compreensão, sensibilidade, respeito, aceitação, empatia, colaboração, esperança, apoio, compromisso confiança, disponibilidade interior e afetividade. Posso ajudar? Estou pronto?
- * Estimular mudanças positivas para melhorar a qualidade de vida. O que podemos fazer para melhorar?
- * Envolver os cuidadores formais e informais em oficinas dinâmicas e interações socioeducativas adaptadas, para experimentar o lugar do idoso, para “utilizarem seu tempo livre”, mas também para obterem um espaço de escuta e expressão. Que tipos de Oficinas podemos utilizar? É importante conhecer material desenvolvido (*Geras Vitalis*), e também outros instrumentos, assim como criar e desenvolver novos, novas técnicas e novas estratégias.

Obs.: * Um encontro não pode nunca ser normatizado. Para isso, devemos utilizar os instrumentos como meios de interação, e não como protocolo de resposta. Importante não criar expectativas, e ou esperar esta ou aquela resposta. Não existe certo ou errado. É preciso abrir espaço para o imprevisível.

Referências

Atkinson, K.A. (2003, May). *A Case Management Model For Community Dwelling Older Adults At Moderate Risk for Institutionalization*. A Master's Project. Gerontology Center. The University of Utah. Recuperado em 01/07/2014, de: <<http://content.lib.utah.edu/utls/getfile/collection/ehsl-GerInt/id/34/filename/6.pdf>>.

Braun, K.L., Cheang, M., & Shigeta, D. (2005). Increasing Knowledge, Skills, and Empathy among Direct Care Workers in Elder Care: A Preliminary Study of an Active-Learning Model. *The Gerontologist*, 45(1), 118-124. (doi: 10.1093/geront/45.1.118).

Campos, A. (2014, abril). Sofre de mais de cinco doenças crônicas? Pode vir a ter um gestor de Saúde. *Jornal online "Público" Portugal*, de 17/04/2014. Recuperado em 01/07/2014, de: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/sofre-de-mais-de-cinco-doencas-cronicas-pode-vir-a-ter-um-gestor-de-saude-1632720>>.

Colombo, F., et al. (2011, May). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. Paris (France): OECD Publishing. (ISBN 9789264097582 (print). ISBN: 9789264097759 (E-book). (336 pp.). Recuperado em 01/07/2014, de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Dill, J.S., Morgan, J.C., & Konrad, T.R. (2010, April). Strengthening the Long Term Care Workforce. The Influence of The WIN A STEP UP work place Intervention on the turnover of Direct Care Workers. University of North Carolina at Chapel Hill. *Journal of Applied Gerontology*, 29(2), 196-214. Recuperado em 01/07/2014, de: <<http://jag.sagepub.com/content/29/2/196>>.

Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008, jan.-jun.). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15-24 (Dossiê Saúde dos Idosos). ISSN 0870-9205.

Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012, fev.). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(N.º Especial 11, "Redes Sociais e Velhice"), 31-55. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12776/9267>.

Hegeman, C., Hoskinson, D., Munro, H., Maiden, P., & Pillemer, K. (2007). Peer Mentoring in Long Term Care: Rationale, Design, and Retention. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), 77-90. Haworth Press, Inc. Recuperado em 01/07/2014, de: <<http://gge.haworthpress.com>>.

Lima-Silva, T.B., Ordonez, T.N., Suzuki, M.Y., Almeida, E.B.de, Martins, D., & Salmazo-Silva, H. (2012, dezembro). Propostas de gestão dos equipamentos de atenção ao idoso: Relatos de experiência do profissional gerontólogo. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), pp.515-528, "Vulnerabilidade/ Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais". Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17320/12865>.

Martins, J.de J., Schier, J., Erdmann, A.L., & Albuquerque, G.L.de. (2007). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação de profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rio de Janeiro (RJ): *Rev.Bras.Geriatr.Gerontol.*, 10(3).

McConnell, E.S., Lekan, D., & Corazzini, K. (2010, Mar.-Apr.). Assuring the Adequacy of Staffing of Long-Term Care, Strengthening the Caregiving workforce, and making Long-Term a Career Destination of choice: From Mission Impossible to Mission Critical? *NC Med.J.*, 71(2).

Nelson, T.D. (2001). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. "A Bradford Book". United States: Massachusetts Institute of Technology.

Quaresma, M.de L. (2008, dez.). Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 11(2), 21-47.
URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2391/1484>.

Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A.P. (2007). Enfrentar a velhice e a doença crônica. Lisboa (Portugal): *Cadernos Climepsi de Saúde*, 1.

Souza, A.C.S.N.de, Lodovici, F.M.M., Silveira, N.D.R., & Arantes, R.P.G. (2014, dez.). Alguns apontamentos sobre o Idadismo: A posição de pessoas idosas diante desse agravo à sua subjetividade. Porto Alegre (RS): *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(2). ISSN 1517-2473 e ISSN 2316-2171. UFRGS. URL: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/issue/archive>.

Stone, R.I. (2004). The Direct Care Worker: The third Rail of Home Care Policy. *Annu. Rev.Public.Health*, 25, 521-537. Institute for the Future of Aging Services, American Association of Homes and Services for Aging, 2519. Connecticut Avenue, NW, Washington,DC 2008-1520.

Testad, A.M., Aasland, A., & Aasland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single blind randomised controlled Trial restraint in Demência. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 587-590.

Recebido em 02/09/2014

Aceito em 29/09/2014

Sônia Azevedo Menezes Prata Silva Fuentes - Psicóloga, doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestra em Gerontologia/PUC-SP.

E-mail: soniapratafuentes@gmail.com

Daniela Figueiredo - Licenciada em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Doutorada em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; Membro do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS.UA) / Portugal.

E-mail: daniela.figueiredo@ua.pt

Elisabeth Frohlich Mercadante – Antropóloga e Doutora; Docente, Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais: Antropologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/PUC-SP.

E-mail: elisabethmercadante@yahoo.com.br

Flamínia Manzano Moreira Lodovici - Professora Doutora; Docente, Pesquisadora, linguista filiada ao Departamento de Linguística da FAFICLA/PUC-SP, e docente/pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP, Brasil.

E-mail: flalodo@terra.com.br / flodovici@puccsp.br

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny - Doutora em Psicologia (Psicologia Clínica), pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil (1992). Professor assistente-doutor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

E-mail: ceneidecerveny@gmail.com