

O IDOSO INSTITUCIONALIZADO E A CULTURA DE CUIDADOS PROFISSIONAIS*
 [The institutionalized elderly and the culture of professional care]
 [El anciano institucionalizado y la cultura de cuidados profesionales]

Maria Helena Lenardt**, Mariluci Hautsch Willig***, Scheilla Cristina da Silva****, Adriano Yoshio Shimbo*****
 Ana Elisa Casara Tallmann*****, Gláucia Harume Maruo*****

RESUMO: Trata-se de estudo etnográfico focado no cuidado de si dos idosos com doenças crônicas, moradores em instituição de longa permanência (ILP), situada em Curitiba-PR, que acolhe idosos do sexo masculino. O objetivo deste trabalho foi caracterizar a cultura de cuidados dos profissionais de saúde aos idosos da Instituição. As informações foram coletadas por meio de observação participante e de entrevista etnográfica. Das análises surgiram quatro domínios, que irão subsidiar ações futuras, programadas para o cuidado de si do idoso relacionado à doença crônica. 1. O banho como controle dos odores; 2. Música e medicamentos: cuidados que significam remédios; 3. Quedas e traumas: cuidados que asseguram a independência; 4. Dietas padronizadas para controle das doenças crônicas. Evidencia-se como cultura de cuidados prestados pelos profissionais da instituição a direção da ordem e do controle de todas as situações que, pela carência de recursos humanos e financeiros, torna-se imperiosa a governabilidade dirigida e a generalização dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Idoso; Cultura; Enfermagem.

ABSTRACT: Ethnographic study on chronically-ill male elders' self-care, living in a nursing home in Curitiba-PR/ Brazil. The purpose of this study was to characterize the health professionals' culture of care to the elders in the institution. Data were collected through participant observation and ethnographic interview. Four domains emerged in the analysis, which will ground future caring actions to chronically-ill elders' self-care: 1. the bath as smell control; 2. Music and drugs: care that means medicine; 3. Falls and traumas: care that keeps independence; 4. Standardized Diets in order to control chronic diseases. It is evidenced, as a culture of care delivery by the health professionals, the management of order and control over all situations, which is fundamental due to the human and financial shortage, making indispensable governability and care generalization.

KEYWORDS: Care; Aged; Culture; Nursing.

RESUMEN: Este es un estudio etnográfico que se refiere al cuidado de si de los ancianos con enfermedades crónicas, los cuales viven en institución de permanencia prolongada, ubicada en Curitiba-PR, que acomoda ancianos del sexo masculino. El objetivo de este trabajo fue caracterizar la cultura de cuidados de los profesionales de la salud a los ancianos de instituciones. Las informaciones fueron colectadas por medio de observación participante y de entrevista etnográfica. Del análisis, surgieron cuatro cuestiones, que irán subsidiar acciones futuras, programadas para el cuidado de si del anciano en relación a la enfermedad crónica: 1. El baño como medio de contener los olores; 2. Música y medicamentos; 3. Caídas y traumas, cuidados que mantienen la independencia; 4. Dietas estandarizadas: contener las enfermedades crónicas. Se evidenció, como cultura de cuidados prestados por los profesionales de la institución la dirección del orden y como contener todas las situaciones, que, por la necesidad de recursos humanos y financieros, es imperiosa la gobernabilidad a generalización de los cuidados.

PALABRAS CLAVE: Cuidado; Cultura; Anciano; Enfermería.

* Artigo extraído da 3ª etapa do projeto em desenvolvimento pelo Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI denominado: "O cuidado de si do idoso: previsibilidade dos agravos da doença crônica".

**Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR. Líder do GMPI.

***Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPR. Membro do GMPI.

****Acadêmica. Curso de Graduação em Enfermagem - UFPR. Bolsista PIBIC/CNPq. Membro do GMPI.

***** Enfermeiro. Professor Substituto do Departamento de Enfermagem - UFPR. Membro do GMPI.

*****Acadêmica. Curso de Graduação em Enfermagem - UFPR. Bolsista Voluntária de Iniciação Científica. Membro do GMPI.

Autor corresponde:

Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos-GMPI
 Rua Padre Camargo, 280 – 80060-240 – Curitiba-PR
 E-mail: lenardthart@hotmail.com

Recebido em: 04/07/06
 Aprovado em: 14/08/06

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, crescente parcela da população brasileira vem alcançando a velhice, e desse modo questões relativas ao envelhecimento têm se tornado um assunto de extrema relevância e apesar dos esforços realizados pela ciência o processo de envelhecimento do ser humano ainda não é preciso, sabe-se que é silencioso, inevitável, implacável e não ocorre de maneira uniforme. Até o momento não se descobriu como evolui nos diferentes órgãos, tecidos e células e nem os mecanismos que o desencadeiam ou possam retardá-lo ⁽¹⁾.

Envelhecer em meio a um contexto socioeconômico desfavorável, com as projeções demográficas apontando a explosão da população idosa no terceiro milênio, em face das possibilidades do aumento do tempo de vida e das adversidades sociais, exige uma tomada de consciência de que o processo de envelhecimento é uma realidade próxima de todos ⁽²⁾.

A velhice sem autonomia, mesmo próxima de todos no Brasil, ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública e vem sendo mantida no ambiente familiar dos domicílios e em instituições asilares, o que impede melhorar a visibilidade e a preocupação política de proteção social. Em geral, famílias brasileiras de renda mensal inferior a dois salários mínimos optam por internar seu idoso em instituições asilares, quando têm esgotado a capacidade familiar de oferecer-lhes os cuidados necessários ⁽³⁾.

As entidades de atendimento ao idoso, devem oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, fornecer vestuário, se for pública, e alimentação suficiente, proporcionar cuidados à saúde conforme a necessidade do idoso e promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer e manter, no quadro do atendimento, pessoas com formação profissional específica ⁽⁴⁾.

O despreparo dos profissionais que cuidam dos idosos institucionalizados é visível, pois não basta a dedicação extrema ao idoso e o conhecimento das suas necessidades básicas. O profissional precisa buscar fontes diferenciadas de conhecimento. Um enfoque necessário e fundamental para o cuidado é o respeito pelos significados do idoso diante do cuidado que ele tem consigo. No cuidado que se realiza com ele e para ele, o profissional deve ter como princípio de que é o orientador essencial para a promoção do cuidado do idoso.

Os profissionais que cuidam de idosos precisam estar presentes como pessoas capazes de saber e fazer o cuidado específico do idoso. Do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada. A falta de diálogo e compreensão tem pautado o cotidiano profissional; muitas vezes se cuida de idosos com os mesmos conceitos de cuidados para os adultos ou, pior, para as crianças.

A enfermagem necessita perseguir duas coisas: a

percepção dos significados de cuidados e a direção que esse saber dá à vida do idoso – a direção que as pessoas percebem em suas vidas; o objetivo que acreditam existir nelas contribui para a autonomia do idoso. Os saberes populares incorporados nos idosos, especificamente no que se relaciona às práticas de cuidado de si, são extremamente importantes, devendo afluir e conseqüentemente influenciar nas práticas profissionais cotidianas da equipe de enfermagem ⁽⁵⁾.

As diversas características das pessoas em todo o mundo são conhecidas há muito tempo pelos antropólogos. Atualmente, as profissionais enfermeiras estão se interessando pelas diferenças e semelhanças culturais relacionadas ao cuidado, já que conhecer e apreciar a diversidade cultural no cuidado de enfermagem e da saúde é imperativo no sentido de proporcionar cuidado significativo e eficaz às pessoas.

O mundo de uma instituição de longa permanência (ILP) é o ambiente de geração de significados que vai constituir um sistema de significados, como cenário rico em simbolismos de rotinas, de costumes, de crenças, de rituais. Para compreendê-los faz-se necessário ouvir, observar e interpretar; isto quer dizer estudar as cenas culturais para descobrirmos as diferentes visões culturais da situação social que, muitas vezes, penetram de modo imperceptível nas atividades cotidianas dos profissionais que trabalham com idoso.

Para desenvolver o cuidado de forma harmoniosa e digna é necessário compreender o significado que as pessoas expressam para as diferentes experiências de saúde-doença; isto é indispensável para que se obtenha êxito no acometimento do cuidado ⁽⁶⁾.

À medida que o profissional se envolve no universo cultural dos indivíduos, o processo de cuidar torna-se mais eficaz e, para tanto, exige que os profissionais busquem a informação de como o doente se cuida. O cuidado de si é função primordial, inerente à sobrevivência de todo ser humano e tem início na cultura greco-romana, em que o cuidado de si era uma das regras mais significativas para a conduta pessoal e social, na arte de viver e de se governar ⁽⁷⁾.

A prática do cuidado de si implica que o sujeito se constitua em face de si próprio não como um indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve deles cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tenha competência. O cuidado de si do idoso envolve hábitos e crenças herdados, influenciados pelo contexto no qual vive e adquire conhecimentos. Assim como os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde fazem parte da cultura acadêmica de orientação deles, local de aprendizagem/ aquisição de conhecimentos. Esta cultura advém do modelo biomédico alicerçado no método científico^(5,32).

Os profissionais devem abrir espaço para que o paciente idoso possa verbalizar sua prática de cuidados e

considerar as dimensões desse saber. Os cuidados profissionais não podem relegar para segundo plano o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos sujeitos, a sua razão de existir. As informações que os idosos transportam precisam ser sistemática e deliberadamente estudadas, além de intencionalmente utilizadas⁽⁸⁾.

O propósito desta etapa do estudo foi caracterizar a cultura de cuidados relacionada às doenças crônicas desenvolvida pelos profissionais de saúde de uma instituição de longa permanência (ILP). Na busca dessa cultura de cuidado, primeiramente foi necessário desenvolver a inteiração e compreensão dos detalhes do cuidado profissional cotidiano, dos cuidados oferecidos pelos profissionais, com a intenção de apreender corretamente o caráter essencial do cuidado e não apenas dos vários modos de ser de cada profissional e das rotinas institucionais, mas dos vários tipos de idosos que eles cuidam.

2 METODOLOGIA

Este estudo etnográfico focado foi desenvolvido com profissionais que prestam cuidados aos idosos com Doença de Alzheimer em uma Unidade de Saúde do município de Curitiba, no período de agosto de 2005 a julho de 2006. Os profissionais que participaram do estudo foram: auxiliares de enfermagem, (5), técnica de engenheiro, (1), enfermeira, (1), nutricionista, (1), musicoterapeuta, (1), fisioterapeuta, (1), terapeuta ocupacional, (1), banhistas (cuidadores de idosos), (4).

Para a coleta das informações foram utilizadas a observação participante e a entrevista etnográfica⁽⁹⁾. A técnica da observação participante oferece a oportunidade para o pesquisador ficar mais próximo das cenas culturais que acontecem no cenário da pesquisa. Por meio do olhar e do ouvir o pesquisador integra-se ao campo de estudo; os informantes passam a conhecê-lo. Durante a observação participante são detectadas informações que nem sempre se consegue na entrevista etnográfica.

Os dados captados no tempo da observação foram registrados em um diário de campo, utilizando notas de observação (NO), resultantes da observação e audição do pesquisador sem a interpretação do mesmo; notas teóricas (NT), por meio delas que se compreendem as notas de observação; notas metodológicas (NM), lembranças de fatos no campo e que aos poucos vão sendo recordados pelo observador⁽¹⁰⁾. A observação participante esteve presente durante todo o período de permanência no campo.

A entrevista etnográfica é um discurso particular identificado em diferentes ocasiões sociais que se realiza dentro de determinada cultura⁽⁹⁾ e foi utilizada concomitante à observação participante.

Segundo Spradley⁽⁹⁾ (1980), a entrevista etnográfica é caracterizada por três tipos de questões: as questões descritivas que têm por objetivo expandir a explicação dos participantes, o que permite o conhecimento do modo pelo

qual as pessoas vêem o mundo; as questões estruturais, que segundo o autor, permitem compreender como as pessoas organizam aquilo que sabem; e as questões contraste que são formuladas a medida que o pesquisador nota diferenças específicas na forma que o informante descreve determinada situação. Houve troca de informações entre o pesquisador e os informantes durante as entrevistas, que responderam às seguintes questões etnográficas: como, onde, quando e por quê cuidam dos idosos com doenças crônicas?

A entrevista etnográfica foi realizada progressivamente, conforme Spradley⁽⁹⁾ (1980); desta forma o pesquisador retorna ao campo e entrevista o informante mais de uma vez. Os informantes tiveram o conhecimento prévio dos propósitos dos encontros com o pesquisador.

Os dados foram dispostos em quadros e analisados por meio de domínio cultural que é constituído de três elementos: termos cobertos, que são frases e palavras extraídas das notas de campo e da entrevista etnográfica e transcritas do lado esquerdo do quadro; o termo incluído é uma categoria menor que é parte integrante do domínio cultural, colocado à direita do quadro; e as relações semânticas são duas ou mais palavras que ligam o termo coberto ao incluído e se equacionam à ação observada, definindo o termo incluído⁽⁹⁾. Dentre as relações semânticas apontadas por Spradley⁽⁹⁾ (1980), destacamos: a de função (é usado para); de atribuição (é uma característica de); de inclusão estrita (é um tipo de); de causa-efeito (é um modo).

Na seqüência foi realizada a análise taxonômica, em que um grupo de categorias é organizado a partir de uma relação semântica, e se diferencia do domínio por apresentar a relação entre os termos culturais de um discurso.

Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida, segundo Resolução 196/96. A instituição foi comunicada e esclarecida quanto à viabilidade do estudo e do compromisso de manter o anonimato, tendo autorizado o acesso aos profissionais que prestam o cuidado aos idosos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Setorial de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, em 28 de julho de 2004.

3 RESULTADOS

As análises de domínios estão apresentadas na linguagem descritiva, alguns trechos do êmic que, segundo a etnografia, tem o objetivo de conhecer o ponto de vista do outro, isto é, entender a visão que os informantes têm do seu mundo (visão êmica).

3.1 DOMÍNIO CULTURAL 1: O banho como controle dos odores

A preocupação por parte dos profissionais encarregados de efetuar a higiene é seguida com rigor para que nenhum dos idosos fique sem o banho diário.

“ Todos os idosos devem ter tomado banho até as 11 horas, que é o horário do almoço” (A.E.M., abril 2005).

“ Os que são dependentes nós conseguimos manter a higiene em dia, mas os que se “viram” não temos como controlar (...) a gente pergunta se eles já tomaram banho; se eles dizem que sim a gente acredita, alguns chegam até a trocar de roupa, alguns já ficaram sem tomar banho por uma semana, mas aí nós conversamos, explicamos que o banho faz bem, ajuda na saúde; aí nós ajudamos os banhistas para que eles não dêem trabalho” (A.E.T., abril 2005).

As práticas e as necessidades de higiene podem variar com a idade, características herdadas da pele e dos cabelos, os valores culturais e os problemas de saúde. A higiene reporta-se a práticas que promovem a saúde por meio da limpeza pessoal, como o banho, a escovação dos dentes, a limpeza e manutenção das unhas dos pés e das mãos e lavar e pentear os cabelos ⁽¹¹⁾.

O banho promove a restauração da limpeza, remove o suor, oleosidade, a poeira e os microrganismos da pele. A eliminação de odores desagradáveis do organismo, diminuição do potencial de infecções, estimulação da circulação, sensação refrescante, relaxamento e melhora da auto-imagem são considerados benefícios proporcionados pela higiene corporal ⁽¹¹⁾.

Segundo a Lei n. 7.498 de 1986, que trata do Exercício Profissional da Enfermagem, o banho é atribuição dos auxiliares de enfermagem, pois estes exercem atividades de nível médio e de natureza repetitiva, cabendo-lhes, entre outras tarefas, executar ações de tratamento simples e prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente ⁽¹²⁾.

A instituição possui uma equipe de enfermagem composta por uma enfermeira e onze auxiliares de enfermagem. Estes últimos estão divididos em três turnos e não são responsáveis pelos banhos dos idosos. Os “cuidadores de idosos”, chamados pela comunidade interna de “banhistas”, são pessoas contratadas pela instituição para auxiliar na higiene desses idosos, conforme justificativa da auxiliar de enfermagem do turno da tarde.

“ Os banhistas são mais fortes, e há um deles que trabalha aqui já faz 30 anos; então os idosos já estão mais acostumados com eles, preferem tomar banho com um, cortar a barba com outro” (A.E.M, abril 2005).

A lavagem das mãos vem-se confirmando como a forma mais segura de prevenir infecções e autocontaminações ⁽¹³⁾. Entretanto a lavagem das mãos é prática utilizada sobre os idosos dependentes pelos auxiliares, apenas quando a sujidade é visível, como afirma a profissional.

“ Deveriam ser lavadas sempre, mas como não tem tempo, não fizemos; é estranho porque os que são independentes

fumam, vão para rua e não lavam as mãos para comer, é uma questão de costume deles...” (V. R., abril, 2005).

O sistema de conhecimento que gerou a cultura de higiene (limpo ou sujo) para o idoso é diferente daquele que alicerça a cultura de higiene para os profissionais de enfermagem, que desenvolveram a consciência da necessidade. A identidade dos idosos referente à sujidade é confirmada, quando ela está visível; muitos deles pertencem à geração que não estudou o micróbio (microbiologia) e tampouco adquiriram conhecimento que permite a compreensão de que existem “bichos invisíveis” (microrganismos) capazes de provocar doenças.

3.2 DOMÍNIO CULTURAL 2: Música e medicamentos: cuidados que significam remédios

Com o envelhecimento há redução no tamanho e função do fígado; entre 25 a 65 anos de idade ocorre diminuição de 45% da circulação hepática, que pode afetar a distribuição de algumas drogas. Alguns medicamentos, por si só e quando combinados, provocam efeitos colaterais que dão origem aos problemas cognitivos e comportamentais ⁽¹⁴⁾. Dos idosos internos estudados 91,9% utilizam pelo menos um fármaco diariamente ⁽¹⁵⁾.

A enfermeira e uma auxiliar de enfermagem são as responsáveis pela farmácia na ILP; distribuem os medicamentos que ficarão no posto de enfermagem para serem distribuídos durante três dias.

“ É preciso separar as medicações, a gente coloca sempre para três dias, mas já estamos pensando em fazer para um mês. Colocamos a medicação que está com a data de vencimento próximo na frente para ser usada antes” (T. L., abril, 2005).

“ Agora os medicamentos são colocados em plásticos separados pelo horário da medicação e colocado no outro plástico com o nome do paciente, por que aí, os funcionários que vão dar a medicação para o paciente sabe o que está dando, fica mais fácil até para prestar atenção no que foi dado em horário” (O. A, abril, 2005).

Os medicamentos podem ser combinados com alimentos ou líquidos diferentes, o que torna a ingestão mais saborosa e previne a irritação gástrica ⁽¹⁴⁾.

Na instituição o refeitório é um lugar para prestar cuidado, é neste ambiente que normalmente são administradas as medicações, nos horários das refeições.

“ Alguns não conseguem engolir o remédio com a água, então a gente dá com o “leitinho” que fica mais fácil para eles, no caso foi autorizado até adiantar a medicação das 18 horas para esses que não conseguem engolir com água,

para a hora da janta às 17:15 porque aí eles tomam com leite" (A. M., abril, 2005).

Há preocupação dos profissionais em não deixar de administrar a medicação, pois recorrem até mesmo ao alto falante da instituição, quando não conseguem encontrar o paciente para administrar a medicação. Conforme um idoso interno, e que tem diagnóstico de hipertensão:

"Eles vão onde eu tiver pra me dar o remédio ou trocar o curativo da perna" (M.N., abril, 2005).

A instituição conta também com o serviço de musicoterapia, que tem sala própria para as reuniões com os internos. Além de instrumentos musicais (violão, pandeiro, triângulo, tamborim, chocalhos), possui um aparelho de som, espelho e cadeiras para acomodar os participantes. As reuniões acontecem duas vezes por semana, nas terças e quintas-feiras, em dois grupos, o primeiro horário dedicado ao ensaio do grupo musical da instituição, e o segundo com os outros internos que participam como terapia, sem se preocupar com a estética musical. Segundo a própria musicoterapeuta:

"Essas reuniões servem para aumentar a auto-estima, socializar os idosos, por que eles têm muito problema de relacionamento entre eles, aqui eles aprendem a se respeitar e também respeitar o outro; por isso eu pergunto que tipo de música que cada um quer ouvir para que eles aprendam que as pessoas têm gostos diferentes" (C.M., abril, 2005).

"Esses idosos lá da enfermaria eu tenho sempre que passar por lá, para que eles me vejam e lembrem que tem "aula" naquele dia, porque alguns esquecem mesmo, se perdem no tempo" (C. M., abril, 2005).

"Já no outro grupo eles levam a sério porque eles fazem apresentações fora daqui, e os ajuda porque todos do grupo têm ou já tiveram problemas com álcool; então um cuida do outro, para não beber, principalmente quando tem apresentação perto. Por que eles sabem que quando bebem dão vexame mesmo" (C. M., abril, 2005).

A música acompanha o desenvolvimento humano e, por mais que sobressaiam os avanços científicos/tecnológicos, ainda não foi possível identificar como a música exerce influência sobre os seres humanos. Sabe-se que abrange as seguintes dimensões humanas: biológica, mental, emocional e espiritual. Mesmo assim, na história tem-se observado sua utilização como recurso terapêutico pela medicina. Na enfermagem sua utilização terapêutica iniciou com Florence Nightingale, seguida anos depois, por Isa Maud Ilsen e Harryet Seymon no cuidado aos feridos das I e II Guerras Mundiais⁽¹⁶⁾.

3.3 DOMÍNIO CULTURAL 3: Quedas e traumas: cuidados que asseguram a independência

O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos; tende a ser linear, em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais fases⁽¹⁷⁾. Dentre as principais alterações anatômicas e morfológicas ocorridas durante este processo destaca-se a insuficiência súbita de controle postural (queda), que é considerada uma síndrome, por envolver aspectos biológicos, psicológicos, sociais e funcionais, podendo ser um sinal de alerta de uma debilidade e vulnerabilidade física⁽¹⁸⁾.

Dentre os principais fatores de quedas em idosos estão: quedas da própria altura, (61,54%) e piso escorregadio (29,03%), além de ambientes familiares como cozinhas, banheiros e quartos⁽¹⁹⁾.

Os idosos que apresentam dificuldades de locomoção, na instituição pesquisada, possuem cadeiras de rodas ou andadores; em todo o interior da instituição há corrimão nas paredes, o que confirma a preocupação dessa entidade com a prevenção de traumas e quedas de seus internos. Porém no chão da instituição é passado cera para polir, que torna o piso muito escorregadio e no refeitório existem vários bancos bastante baixos que colaboram para as quedas.

Quando um interno tem dificuldade de locomoção e precisa deslocar-se rapidamente, os profissionais utilizam cadeiras de rodas para transportar o paciente com segurança e agilidade.

"Ele anda, mas como tem Parkinson, é muito devagar e estou com pressa, por que ainda vou levar outro interno ao hospital para fazer exames" (B. L., abril, 2005).

Os internos que precisam de ajuda para tomar banho são os que não conseguem manter uma postura ereta sem apoio de objetos e utilizam cadeira de rodas, andadores ou bengalas. No banheiro da instituição há cadeira de banho, maca e uma cadeira.

"A gente sempre coloca na cadeira de banho ou na maca para que eles não escorreguem, e eles que não usam cadeiras de rodas, ficam esperando para tomar banho sentados nessa cadeira, antigamente tinha um banco, era muito melhor, agora eles ficam muito perto do lixo, dá pena" (N. G., abril, 2005).

3.4 DOMÍNIO CULTURAL 4: Dietas padronizadas para controle das doenças crônicas

A alimentação é necessidade humana básica e seus hábitos são aprendidos no início da vida; desta forma o tipo de alimento consumido e os padrões alimentares são influenciados por variáveis culturais⁽¹¹⁾. A alimentação é

considerada elemento fundamental do controle e promoção da saúde.

Alterações provocadas pelo envelhecimento podem colocar em risco a capacidade do idoso em manter bom desempenho nutricional, o que requer uma atenção especial da enfermeira⁽¹⁴⁾.

A alimentação é oferecida aos idosos quatro vezes ao dia, em horários determinados e fixados nas paredes próximas ao refeitório. No horário da refeição a sineta é tocada por um dos moradores da casa, e segundo uma funcionária:

“Se a sineta não tocar eles não se lembram de comer, por que tem alguns que quando não ouvem a sineta não sabem que está na hora de comer” (A.T, abril, 2005).

“A ceia, depois do jantar, fica disponível na copa para quem quiser, para a ceia eles não têm um horário específico” (A. M., abril, 2005).

“Acho que teremos problemas com o horário da janta no verão que sai muito cedo às 16:40, porque para sair mais tarde seria necessário contratar mais profissionais; no inverno não tem problema porque todo o mundo vai dormir mais cedo, e escurece mais cedo, mas com o horário de verão serão 15:40 na hora da janta e o dia vai estar bem claro ainda” (H. M., abril, 2005).

Com exceção da carne, toda a alimentação fornecida pela instituição aos idosos é recebida através de doações; por isso não há como fazer uma “dieta balanceada”, segundo a enfermeira e a nutricionista da instituição.

“Aqui as refeições são padronizadas hipossódica e hipocalórica para todos, o controle que se tem são com os diabéticos que tomam adoçante no lugar de açúcar. Todo dia tem arroz e feijão, uma carne, legume refogado ou massa e duas saladas. Sobremesa é fruta e conforme a disponibilidade tem suco de frutas também” (J.N., abril, 2005).

“Todos os alimentos não perecíveis são doações e parte dos legumes também; às quintas-feiras há uma confeitaria da cidade que faz doação para o café toda quinta vem uma coisa diferente” (N. N., abril, 2005).

Para se ter certeza de que o interno comeu nos quatro horários, o controle é feito pelos lugares ocupados à mesa.

“Os auxiliares observam quando faltam as refeições porque cada um tem um lugar certo à mesa, e quando percebem que alguém não veio comer eles vão atrás” (T.M, abril, 2005).

“Os registros de quem não come só é feito e encaminhado ao médico se faz dois dias ou mais que ele não come” (S. M., abril, 2005).

“São poucos que têm falta de apetite, alguns específicos que nós já sabemos que comem menos. Por exemplo, tem um interno aqui que gosta de dormir tarde e acordar tarde, daí ele nem toma café” (A. M., abril, 2005).

Pessoas com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e que uma das áreas afetadas seja a coordenação da deglutição podem desenvolver problemas de disfagia⁽²⁰⁾. E este é o único cuidado dispensado aos idosos, quando alimentados pelos auxiliares, banhistas e auxiliares de limpeza.

“Deixamo-los eles comer sozinhos para que não criem dependência, apenas quatro precisam de auxílio constante. Só temos cuidado para que eles não se engasguem” (A.M., abril, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das informações coletadas emergiram interpretações que evidenciam a estrutura organizacional dos cuidados prestados pelos profissionais, como aquela em que predomina a direção da ordem e do controle de todas as situações. Por meio da generalização, o controle se torna mais eficaz e menos dispendioso.

A instituição carece de recursos humanos e financeiros para atender um quantitativo de 110 idosos internos do sexo masculino. Torna-se imperiosa a governabilidade dirigida ao controle da harmonia na convivência, dos cuidados em geral, quando se tem carência de pessoal para as funções e cuidados básicos. Padroniza-se a dieta (todos recebem hipossódica) na tentativa de controle/cuidado da hipertensão arterial, que representa prevalência na instituição. Dos 74 prontuários consultados, em pesquisa anterior, 40 (54,05%) deles apresentaram o diagnóstico de hipertensão arterial⁽¹⁵⁾.

A higiene, especificamente o banho, também faz parte do princípio básico de controle harmônico de convivência. Os odores exalados pela ausência de banho tornam a convivência pouco agradável e até mesmo motivo para gerar conflitos entre os idosos. Já a não exigência da lavagem das mãos antes das refeições não infringe os princípios básicos da boa convivência e não impede a harmonia do coletivo.

No cuidado ao idoso desenvolvido pelos profissionais há diminuição do diálogo. E a linguagem dos sinais contribui com essa atitude por meio do condicionamento do idoso interno, e pode ser percebido no horário das refeições em que uma sineta é tocada ou quando a musicoterapeuta anda pela ILP para lembrar aos idosos que está no horário da reunião.

A relação estabelecida entre quem pratica e quem recebe a sua atenção parece ser predominantemente desigual entre sujeitos, em que um é responsável pelos cuidados do outro e responsável pelo outro ⁽²¹⁾. Nesta concepção de relação entre quem cuida e quem é cuidado, o cuidado de si do idoso pode ficar comprometido, visto que a comunicação com outrem se torna atividade primordial no cuidado de si, pois se constitui em prática social e não em exercício de solidão ⁽⁵⁾.

O cuidado exercido pelos profissionais deve proporcionar autonomia e independência, minimizando as incapacidades e reduzindo os sofrimentos ⁽²²⁾. Cabe destacar que, ao apontar a responsabilidade pelo idoso como necessária numa linha de poder pastoral exercida pelo pastor sobre suas ovelhas, a crítica se faz porque, em nome de um exercício de bondade e de "melhor controle", assume-se tudo por ele, prejudicando suas próprias decisões, em relação a si como parte do seu cuidado de si ⁽²¹⁾.

Cumprir lembrar que cuidar adequadamente dos idosos demanda apropriadas políticas públicas que visem ao ambiente de trabalho, ao modelo de formação e atuação dos profissionais. Precisamos reconhecer que, nesta situação de despreparo, o sujeito que mais sofre é o idoso, em razão da fragilidade de sua autodeterminação e de assegurar os seus direitos.

É preciso inserir outras dimensões de valores e atitudes para enriquecer a visão de cuidado do idoso na ILP, para encontrar resultados mais profícuos e que representem, de forma privilegiada, o que é devido ao idoso como ser humano.

A equipe necessariamente multiprofissional deve apoiar-se em atividades de cuidado, construindo um modelo em que resgate a dimensão da manutenção da capacidade funcional do idoso. A vigilância à saúde do idoso requer atenção e acompanhamento contínuos mediante as práticas de saúde promocionais, preventivas e curativas, combinando os saberes profissionais específicos da geriatria/gerontologia e os populares do idoso institucionalizado.

A regra é não impor limites desnecessários; os cuidados profissionais devem permear obsessivamente a autonomia e o protagonismo do idoso. Para que a cultura de cuidados profissionais represente a autonomia e o protagonismo do idoso, necessariamente deve ser realizada em bases interprofissionais; para tanto é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados, mediante a abertura de disciplinas nas universidades que identifiquem área da geriatria e gerontologia.

REFERÊNCIAS

1. Cançado FAX, Horta ML. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV, et. al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 112-127.
2. Pinto ALF. Resignificando a assistência à saúde do idoso: relato de experiência. [monografia]. Belo Horizonte (MG): Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1994.
3. Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidados. Cad Saúde Públ 2003; 19(3):861-866.
4. Brasil. Decreto-Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
5. Lenardt MH. A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
6. Monticelli M. Nascimento: como um rito de passagem: abordagem para o cuidado as mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe; 1997.
7. Foucault M. História da sexualidade III. O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
8. Collière EMF. Promover a vida. Lisboa: Lidel; 1999.
9. Spradley JP. Participant Observation. Florida: Holt, Rivelant and Winston; 1980.
10. Schatzman L. Strauss SA. A field regeardi: strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1973.
11. Timby BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Brasil. Decreto-Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem.
13. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N, Graziano KU, Cavalcante NJF, Lacerda RA. Infecção hospitalar e suas interfaces da área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
14. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. Porto Alegre: Artmed; 2005.
15. Silva SC, Lenardt MH, Willig MH, Benetti SRD. O cuidado de si do idoso: previsibilidade dos agravos da doença crônica. [relatório de iniciação científica]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2005.
16. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica. Rev Latino-Am de Enferm 2004; 12(2):235-241.
17. Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
18. Vieira EB. Manual de gerontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
19. Lenardt MH, Kami MTM, Brey C. Insuficiência postural no idoso: prática assistencial numa abordagem investigativa. Cogitare Enferm 2001; 6(1):90-96.
20. Atkinson & Murray. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
21. Lunardi VL. A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na Enfermagem. Pelotas: UFPel; 1999.
22. Marin RAG. Cuidados de si do idoso prostático cirúrgico: uma abordagem investigativa e educativa. [monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2001.