

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ROBERTA ELIAS MANNA

O IMAGINÁRIO COLETIVO DE CUIDADORES DE IDOSOS NA SAÚDE
PÚBLICA: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

São Paulo
2013

ROBERTA ELIAS MANNA

O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Tania Maria José Aiello-Vaisberg

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Manna, Roberta Elias.

O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico / Roberta Elias Manna; orientadora Tania Maria José Aiello-Vaisberg. -- São Paulo, 2013.

113 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Imaginário Coletivo 2. Cuidador 3. Idoso fragilizado 4. Pesquisa psicanalítica 5. Procedimento de Desenhos–Estórias com Tema I.
Título.

RC504

Nome: MANNA, Roberta Elias

Título: O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Psicologia

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Tania Maria José Aiello-Vaisberg (orientadora)

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura:

Profa.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Profa.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Dedico este trabalho às cuidadoras de idosos do Programa Acompanhante de Idosos – Sé e à amiga Maria Celina Rangel de Andrade, por seu trabalho dedicado, transformando sonhos em políticas públicas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Tania Maria José Aiello Vaisberg, por seu olhar exigente e sua presença sustentadora na construção deste trabalho, que acolheu e completou cada rabisco meu.

Aos meus pacientes de todas as idades, por permitirem que eu entrasse em suas vidas, e confiarem suas histórias e suas dores, e que aprendesse os sentidos de cuidar, viver e envelhecer.

À Prof.^a Dr.^a Leila Cury Tardivo pela amizade, disponibilidade e oportunidades preciosas.

À amiga Dr.^a Claudia Aranha Gil e ao Prof. Dr. Gilberto Safra, pelas preciosas contribuições na qualificação desta dissertação.

À amiga de adolescência Adriana Guedes, que se faz presente neste trabalho com suas gravuras. Drica, meu mais profundo agradecimento por dedicar a mim seu tempo e sua arte.

Ao meu filho Bruno, amor incondicional...

Ao Marcelo, sempre ao meu lado, por seu amor e dedicação.

À minha mãe Lucy (*in memoriam*), por todo seu amor e dedicação e por sua presença que carrego em mim.

Ao Dr. Alfredo Naffah Neto pelo apoio acolhedor.

Aos colegas do meu grupo de pesquisa *Ser e Fazer*: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP e da PUC-Campinas, especialmente à Dr.^a Vera Mencarelli pelo precioso espaço de supervisão.

À Dr.^a Ana Trapé Trinca pelo acompanhamento significativo durante a graduação em Psicologia na PUC-SP e ao Dr. Walter Trinca pela gentileza e generosidade.

À Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo, campo fértil de aprendizado e crescimento.

À toda a equipe do PAI Sé, especialmente à Flávia Pacheco Bonavigo, coordenadora do programa, Adriane Zambonato, enfermeira, Laís, Duris e às acompanhantes de idosos, pela amizade, convivência, sensibilidade e importância do trabalho, que inspirou esta pesquisa.

À Associação Saúde da Família, especialmente ao Dr. Carlos Lima Rodrigues e à amiga Luciana Rebello, pelo amplo apoio e suporte para a realização desta pesquisa.

À gerente da URSI-Sé, Dr.^a Maria Socorro Timbó Mendes, pelo apoio e confiança em meu trabalho, pelo incentivo para a realização desta pesquisa e pelo investimento para que a URSI-Sé continue e aconteça, toda minha gratidão.

À querida amiga Maria Celina Rangel de Andrade, por tantos anos de dedicação e criação pioneira de políticas públicas fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população idosa no Município de São Paulo.

Aos colegas de trabalho da Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé, por tantos anos de convivência e aprendizado, especialmente à Adriana Micelli Baptista, Arlete Fernandes, Dr. Cantídeo Lemos, Denise Pedrosa, Flávio, José, Marcy Garbelotti, Dr.^a Maria Fernanda Mendes, Maria Izabel Marques Manesco, Mariana de Castro Couto, Dr.^a Michella Gatto, Mirella, Priscila, Dr. Renato Fabbri, Dr.^a Silvia Tamai, Simone Casarini, Soraia Rodrigues, Sueli Manesco, Tamara Neder e Dr.^a Valéria Panizza Nador, pela amizade.

À Maria de Fátima de Souza e Zorimar Cristina Belfort Moraes pela confiança e toda a ajuda na validação do nosso Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos da URSI-Sé.

Aos colegas da Ger-Ações: Pesquisas e Ações em Gerontologia, especialmente à Dr.^a Delia Catullo Goldfarb, pela confiança e possibilidade de aprendizado.

À amiga Lia Pitliuk, pelas nossas sessões de cinema, pelos saraus e por aguardar pacientemente a finalização dessa dissertação.

Ao Dr. Decio Gurfinkel pela amizade.

Ao amigo Dr. Fernando Genaro Junior, pela leitura cuidadosa e contribuições ao projeto desta pesquisa.

Aos colegas do APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP, pela acolhida carinhosa.

Aos atuais e ex-alunos do Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos da URSI-Sé, pela oportunidade de participar da formação de profissionais tão relevantes.

Aos colegas do Preparar: Curso de Preparação para a Aposentadoria da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo, especialmente Ana Paula, Katia, Mariani e Verônica, pela confiança, parceria e oportunidade de participar deste e de outros projetos.

Ao Dr. Sergio Paschoal, da Área Temática Saúde do Idoso, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo e Dr.^a Marília Berzins, pela confiança no início de meu trabalho junto à URSI-Sé.

À todos os participantes da ACIRMESP, Associação de Cuidadores de Idosos da Região Metropolitana de São Paulo, especialmente à Presidente do Conselho Diretivo, Lídia Nadir Giorge, à Vice-Presidente Marilene Gerônimo da Silva Maciel, às tesoureiras, Alice Kiyomi Tomita e Gersonita Correia Bargallo, à primeira-secretária, Daize Rosa e à segunda-secretária, Rita de Cassia Vilas Boas.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e à todos os participantes do PET-Saúde do Idoso: especialmente ao Dr. Nivaldo Carneiro, pela oportunidade, às prof.^{as} Dr.^a Adriana Gurgueira e Juliana Carvalho Araújo Leite, e à colega Elisa Canola Pereira pela parceria, confiança e troca fértil. À Sara Muniz pelo suporte cuidadoso e aos alunos dos cursos de enfermagem, fonoaudiologia e ciências médicas, Gabriela Teixeira Ugeda, Raiene Telassin B. Abbas e Gabriela de Haro M. I. Giordano, pela disponibilidade, interesse e abertura para aprender.

Às Faculdades Integradas Guarulhos, especialmente à prof.^a Sonia Motinho, coordenadora do curso de Psicologia, pela confiança, apoio e liberdade na realização de meu trabalho e à prof.^a Carla Mirella, pela oportunidade de ensinar.

Aos colegas, professores das Faculdades Integradas Guarulhos e demais funcionários, pela convivência e ambiente acolhedor.

À amiga, prof.^a Raquel Younes, pela amizade e companhia nesse nosso percurso.

Aos ex- e atuais alunos das Faculdades Integradas Guarulhos, pela oportunidade de participar da formação de futuros colegas e de acompanhar seu desabrochar.

Aos funcionários do IPUSP, em especial a Ana Maria Sanches Garcia, Cícera Eloi dos Santos de Andrade, Claudia Lima Rodrigues da Rocha, Moisés do Nascimento Soares e Sonia Maria Souza (PSE), pela ajuda e atenção em vários momentos desse percurso.

Aos funcionários da Biblioteca Dante Moreira Leite, por sua disponibilidade em vários momentos desta pesquisa, principalmente na elaboração da ficha catalográfica.

Aos meus ex-alunos do Curso de Gerontologia: Introdução à Clínica do Envelhecimento, de São Paulo e Sorocaba, pela oportunidade de trocas tão significativas.

À minha tia do coração Elenita, que me ensina constantemente o significado da palavra cuidado.

Ao meu pai Walter, por seu amor.

À minha irmã Renata por sua amizade infinita, sempre disponível.

À minha sobrinha Larissa, pelo carinho e alegria dos nossos “dias de menina”.

À minha irmã Mirtes e sobrinha Mariana, presentes que a vida me deu.

À minha vó Lydia (*in memoriam*), exemplo de velhice bem sucedida.

À Tia Léa, por estar sempre presente e por tanta ajuda, sempre. E ao tio Ivan (*in memoriam*) pelo gesto que jamais esquecerei.

À meu padrinho, tio Nelson e tia Leila, por sua casa e coração sempre abertos.

À tia Laís por seu exemplo e tio Eduardo (*in memoriam*) por suas brincadeiras.

Aos meus primos maternos: Beto (Roberto, *in memoriam*) Dani (Paulo Daniel), Dudu (Eduardo), Leilinha, Simone, Suzana, Tiago e Vanessa; e aos meus primos paternos: Adriana, Andréa, Cristina, Maira, Marcelo, Patrícia e Rodrigo, por participarem da minha descoberta da importância do brincar e pela amizade hoje.

Aos meus primos Ivan, Léa e Lydia Sayeg, pelo carinho e amizade.

Aos meus primos Idalina, Roberto, Rose e Toninho.

Agradeço à Claus Corbett, pela atenta e cuidadosa revisão deste trabalho e à Renata Lins, pela diagramação e disponibilidade neste e em tantos outros momentos.

Resumo

Manna, R.E. (2013) O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

A formação de cuidadores de idosos da saúde pública deve ser considerada, atualmente, questão de grande relevância, num país em que expressiva parcela da população não conta com recursos para enfrentar dificuldades que surgem a partir do envelhecimento. Esta capacitação deve incluir não apenas conhecimentos específicos em relação a cuidados corporais, mas também preparo de caráter psicológico, que permita a instauração de vinculação suficientemente saudável entre cuidador e idoso. Neste contexto, a presente investigação visa estudar empiricamente o imaginário coletivo de cuidadores de idosos, profissionais da saúde pública a respeito da pessoa idosa. Concebida e realizada a partir do uso do método psicanalítico, em todas as suas etapas, esta pesquisa articulou-se ao redor de uma entrevista com cuidadores, durante a qual o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi usado como recurso facilitador da comunicação emocional, bem como da consideração de experiências vivenciadas, no cotidiano institucional, em situações formais e informais, junto a idosos, cuidadores e da equipe, constituída por profissionais de várias formações. O conjunto do material emergente permitiu a elaboração de duas narrativas transferenciais, a partir das quais seis campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, puderam ser criados/encontrados: “cuidar enobrece a alma”, “cuidado com esse velho!”, “mas eu sou de confiança!”, “perdendo a autonomia”, “empobrecendo a convivência” e “vontade de viver(?)”. A condição de idoso frágil gera impactos emocionais e os cuidadores são sensíveis aos delicados aspectos que ligam a dimensão relacional inerente ao cuidado do idoso. Os seis campos criados/encontrados indicam, de modo suficientemente preciso, quais são as principais questões psicológicas em processos de capacitação de cuidadores de idosos: apresentar-lhes a dramática de vida do idoso frágil e prepará-los para lidar com as delicadas interações que este tipo singular de intimidade certamente vai gerar.

Palavras-chave: Imaginário Coletivo, Cuidador, Idoso fragilizado, Pesquisa psicanalítica, Procedimento de Desenhos–Estórias com Tema.

Abstract

Manna, R.E. (2013) The collective imaginary of caretakers of the elderly in public health: a psychoanalytic study. Master's thesis. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

The training of caretakers for the elderly in public health must be considered, nowadays, a matter of great importance, in a country in which a considerable part of the population does not have the means to handle expenses that come with aging. This training must include not only specific knowledge on physical care, but also psychological preparation which allows for the creating of a bond strong and healthy enough between caretaker and elderly citizen. In such context, this investigation aims to study empirically the collective imaginary of professional public health caretakers of the elderly regarding older citizens. Conceived and executed using the psychoanalytic method, in all its steps, this research was organized based on an interview with the caretakers, during which the Drawing-Stories with Theme Procedure was used a facilitating resource for emotional communication, in discussing experiences lived, in the institutional daily happenings, in formal and informal situations, together with the elderly, caretakers and the staff, which is constituted by professionals from several backgrounds. The resulting material allowed for the creation of two transference narratives, from which six affective-emotional or relative unconscious, fields could be created/derived: "care-taking ennobles the soul", "take care around that old man/woman!", "but I'm trustworthy!", "losing autonomy", "crippling relationships" and "will to live(?)". The condition of frail elderly citizen impacts emotionally and caretakers are sensitive to the delicate aspects that connect the relationship dimension inherent to taking care of an older person. The six fields created/found indicate, in a sufficiently precise manner, which are the main psychological issues in the training process of caretakers for the elderly: presenting them the dramatic life of a frail elderly citizen and preparing them to deal with the delicate interactions this singular kind of intimacy will certainly bring.

Keywords: Collective Imaginary, Caretaker, Elder at Risk, Psychoanalytic Research, Drawing-Story with Theme Procedure.

SUMÁRIO

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Apresentação	iii
1. Atendendo uma problemática contemporânea.....	1
1.1. Envelhecendo na contemporaneidade.....	4
1.2. Focalizando a questão do cuidado.....	13
2. Descrevendo estratégias metodológicas.....	23
3. Narrando o acontecer pesquisado.....	32
3.1. Trabalhando com cuidadoras de idosos na saúde pública.....	34
3.2. Rabiscando Desenhos-Estórias com cuidadoras de idosos.....	39
4. Apresentando campos de sentido afetivo emocionais.....	50
5. Tecendo reflexões clínico-teóricas.....	70
6. Referências.....	77
7. Anexos.....	91

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tomou forma, como pesquisa, após nossa inserção em serviço especializado no atendimento de idosos, a Unidade de Referência à Saúde do Idoso, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo. Aí, temos tido a oportunidade de atender idosos, tanto individualmente, como em grupo, coordenando a Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, modalidade diferenciada de enquadre, que se configura segundo o estilo clínico "*Ser e Fazer*". Além disso, também temos participado de processos de acompanhamento e capacitação de cuidadores de idosos, que podem ser familiares, pessoas contratadas particularmente, para acompanhamento domiciliar contínuo, ou profissionais contratados pelo poder público municipal, como agentes de saúde pública. Praticamos, portanto, uma clínica psicológica que nos tem permitido um contato próximo com situações humanas marcadas por sofrimentos e perdas significativas, que tanto envolvem os idosos como seus cuidadores.

Pudemos acompanhar a criação e desenvolvimento do trabalho das cuidadoras de idosos na saúde pública, primeiramente com o projeto piloto denominado Anjos Urbanos, que se tornou política pública para a cidade de São Paulo, rebatizado com o nome de Programa Acompanhantes de Idosos. Desde 2009, coordenamos um Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos, nesta unidade municipal de saúde pública. Trata-se de iniciativa nascida de uma impressão, que se foi fazendo cada vez mais clara, para a equipe, acerca da importância de preparo dos cuidadores, tanto em relação aos procedimentos de cuidado físico, como em relação à esfera emocional. Com este curso, visamos tanto instrumentalizar melhor os cuidadores, em termos de suas tarefas práticas, como lidar com os impactos emocionais que a proximidade com o idoso gera. Tratava-se, portanto, tanto de transmitir conhecimentos como de prover apoio e suporte emocional para o próprio cuidador. Uma noção central, neste sentido, é aquela segundo a qual o fornecimento de um certo tipo de atenção psicológica clínica pode favorecer a qualidade do cuidado, capacitando o cuidador a instaurar uma vinculação suficientemente integrada e amadurecida com os idosos de que se ocupam.

Provavelmente, a dedicação a este curso foi decisiva num processo de crescente sensibilização e interesse, de nossa parte, pelo cuidador de idosos que trabalha no contexto da saúde pública. Assim, foi precisamente em função do reconhecimento da importância deste profissional, que idealizamos esta pesquisa, visando produzir conhecimento que contribua para o aprimoramento desta capacitação. Optamos, então, por realizar uma investigação empírica

acerca do imaginário coletivo de cuidadores de idosos profissionais da saúde pública, a respeito da pessoa idosa. Como veremos, ao longo desta dissertação, trata-se de um profissional que trabalha em condições diversas daquelas conhecidas pelos cuidadores familiares, pelos cuidadores contratados particularmente para conviver com o idoso em seu domicílio e pelos profissionais que atuam em instituições asilares.

Apresentamos, a seguir, uma visão panorâmica dos diversos capítulos, que se articulam logicamente segundo as tarefas que compõem uma investigação de caráter qualitativo, que faz uso do método psicanalítico.

O primeiro capítulo, intitulado “Atendendo uma problemática contemporânea”, divide-se em duas partes. Na primeira delas, que chamamos de “Envelhecendo na contemporaneidade”, tratamos do fenômeno do envelhecimento no mundo atual, destacando sua concretude e complexidade. Na segunda parte do capítulo, denominada “Focalizando a questão do cuidado”, apresentamos as modificações sofridas pela família moderna, com sua ampla variedade de arranjos, e as formas encontradas, na atualidade, para cuidar de idoso fragilizado. É neste contexto que surge a figura do cuidador de idosos na saúde pública, cujo imaginário é estudado nesta pesquisa, sempre em contextos familiares financeiramente desfavorecidos.

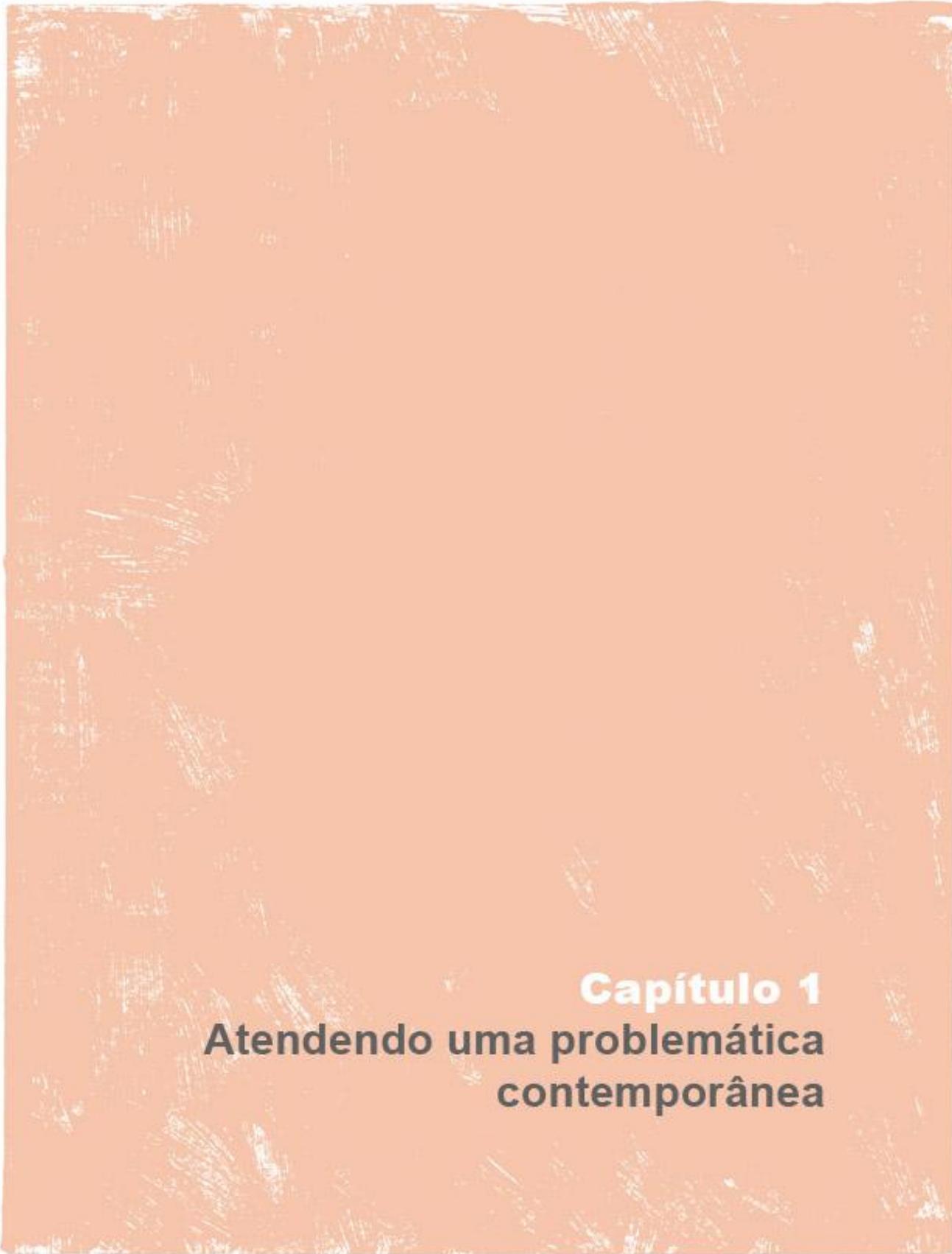
No segundo capítulo desta dissertação, “Descrevendo estratégias metodológicas”, discorreremos sobre a fundamentação das estratégias metodológicas utilizadas nesta pesquisa e descreveremos os procedimentos investigativos aqui utilizados. Fizemos uso do método psicanalítico em todas as etapas do trabalho, desde a configuração, registro e interação com o acontecer clínico. Desta forma, apresentamos as estratégias utilizadas para a configuração das situações a partir das quais se deu a produção do material clínico e explicitamos nossa opção pelas narrativas transferenciais como forma de apresentação do acontecer humano de que aqui nos ocupamos. Pode-se pensar nelas como uma espécie de registro, desde que mantenhamos clara a noção de que a experiência vivida sempre ultrapassa aquilo que podemos documentar. Neste capítulo, também, o leitor será apresentado ao modo como interpretamos as narrativas, criando/ encontrando sentidos potenciais.

No terceiro capítulo, denominado, “Narrando o acontecer clínico”, são transcritas duas narrativas transferenciais e apresentados os desenhos e histórias das cuidadoras de idosos estudadas. A primeira narrativa, mais abrangente, “Trabalhando com cuidadoras de idosos na saúde pública”, envolve nossa inserção como pesquisadoras / psicanalistas no contexto da saúde pública com idosos. Inclui experiências vividas em reuniões de equipe e em contatos e conversas informais com cuidadores, idosos e outros profissionais, no

cotidiano do trabalho institucional. A segunda narrativa “Rabiscando Desenhos-Estória com cuidadoras de idosos”, é fruto de uma entrevista coletiva, organizada ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, contando com a participação de oito cuidadores de idosos profissionalizados em programa de saúde pública.

O quarto capítulo, “Apresentando campos de sentido afetivo-emocionais”, é propositalmente bastante sucinto, na medida em que nele nos limitamos a enunciar as definições dos campos de sentido afetivo-emocionais encontrados. Em outros termos, traz compreensões interpretativas lapidadas, segundo um estilo minimalista, que visam ressaltar o que nos parece mais fundamental.

Por fim, o quinto e último capítulo traz algumas reflexões que o diálogo com os campos suscita. Como toda pesquisa qualitativa, esta pesquisa é inerentemente “não-conclusiva”, tanto porque só se debruça sobre alguns aspectos de um fenômeno altamente complexo, como porque focaliza uma realidade humana cambiante. Sendo assim, estaremos recompensadas, em nossos esforços, se pudermos aqui tecer considerações que possam contribuir para a melhoria do cuidado ao idoso e das condições de trabalho dos cuidadores.

The background of the page is a solid orange color with a visible, slightly grainy texture, resembling a book cover or a piece of paper with a fine pattern.

Capítulo 1
Atendendo uma problemática contemporânea

O fenômeno do envelhecimento vem adquirindo grande importância no mundo atual, uma vez que a expectativa de vida das populações vem aumentando de modo significativo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. Esta informação alerta para a necessidade de criação de práticas e intervenções que preparem a sociedade brasileira para essa realidade. Diante desta constatação, a presente pesquisa tem o objetivo de estudar o imaginário coletivo¹ de cuidadores de idosos profissionalizados, contratados pelo poder público², ocupação que surgiu em resposta ao contexto no qual se dá o envelhecimento na atualidade.

Envelhecer em grandes centros urbanos pode revelar-se problemático, principalmente quando desigualdades socioeconômicas estão intensificadas e a segurança pessoal pode se ver facilmente ameaçada. Frente a esta condição, novas necessidades surgem para esta população cada vez mais proeminente em nossos tempos, necessidades de naturezas diversas, que convergem em condições potencialmente delicadas e exigem posicionamentos consistentes. A vinheta abaixo ilustra esta situação:

Enquanto bordava, Nilza³ conta, em forma de segredo, o que lhe havia ocorrido naquela semana, algo que sua filha não poderia saber jamais, pois não a deixaria mais morar sozinha. Um rapaz, com idade para ser seu neto, havia interfonado para seu apartamento, dizendo que era gerente do banco. Ela, meio desconfiada, o deixou subir, serviu um cafezinho... Ele disse que foi até a casa dela porque a conhece do banco e mora perto. Pretendia evitar que ela, naquela idade, precisasse se deslocar até a agência, apenas para trocar o cartão que perdera a validade. Dias depois, Nilza descobre que havia sido enganada⁴.

Nilza, que nesta época estava com oitenta e cinco anos, morava sozinha em seu apartamento e vivia constantemente incomodada pela preocupação de sua filha. Já aposentada, a filha de Nilza havia se mudado com o marido e os filhos para uma chácara e pretendia insistentemente que a mãe fosse morar com sua família. A idosa temia muito perder sua liberdade, sua casa, seu estilo de vida, conquistado ao longo dos anos vividos no

¹O termo Imaginário Coletivo será aqui utilizado para designar um conjunto de produções ideofetivas coletivas que se constituem como condutas e que correspondem, ao lado da linguagem, dos utensílios e dos usos e costumes, ao que se pode designar como ambiente humano ou cultural. É o campo a partir do qual toda conduta emerge. O conceito de imaginário é frequentemente usado para designar o conjunto das produções de uma função mental denominada imaginação. Para o propósito desta dissertação, entendemos tanto imaginação, imagem e imaginários como fenômenos da conduta (c).

²Os cuidadores de idosos estudados nesta pesquisa são contratados, com verba pública, pela OS (Organização Social) Associação Saúde da Família. Não são, portanto, funcionários públicos concursados e estáveis.

³Este e outros nomes apresentados nesta dissertação são fictícios, para preservar a identidade dos pacientes e participantes da pesquisa.

⁴Esta confissão foi feita à pesquisadora em atendimento psicoterapêutico em Oficina Terapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados.

centro de São Paulo, primeiro ao lado de seu marido e, depois de seu falecimento, sozinha. Gostava de visitar a filha, de passar finais de semana em sua companhia, mas se aliviava ao voltar para sua própria rotina.

Neste dia, contou algo *que ninguém mais poderia saber*: havia sido enganada por um estranho, um jovem de boa aparência, que batera em sua porta. Espantava-se pensando em como poderia tê-lo deixado subir! Mesmo desconfiada, aceitou o que aquele estranho falava. Sempre morou no centro de São Paulo, e mesmo assim se expôs a esta violência. Nilza, apesar de perceber com estranheza a presença daquele rapaz, não conseguiu se defender frente à sua aproximação. Ela se perguntava o que poderia fazer para evitar estes perigos, sem precisar deixar sua casa e morar com a filha. Pensava nos outros perigos a que poderia estar submetida, sem conseguir se defender sozinha.

Compreendemos as indagações de Nilza e destacamos o que esta história denuncia. Não se trata apenas de uma “velhinha” indefesa que precisa ser protegida do mal, mas de uma situação atravessada por uma multiplicidade de questões que deixam os idosos desamparados física, psíquica e socialmente. Como podemos constatar, as opções que esta senhora tinha diante de si implicavam pesadas perdas. Para manter seu estilo de vida abdicava do apoio familiar, enquanto a proximidade dos parentes custar-lhe-ia perder a casa e a liberdade. Encontramos realidades como essa, em que mesmo quando vínculos familiares estão preservados, não há condições para que o cuidado seja realizado satisfatoriamente. Uma resposta encontrada pela sociedade contemporânea para este tipo de situação tem sido o cuidador profissional⁵.

⁵A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162 (BRASIL, 2011). Nela, se define que o cuidador realiza seu trabalho “a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (2008, BRASIL, p.8).

1.1. Envelhecendo na contemporaneidade

O cuidador de idosos⁶ é um profissional que surge como resposta às novas condições de vida na velhice e no envelhecimento nos tempos atuais. Assistimos, nos dias de hoje, a uma crescente preocupação com o bem estar dos idosos e, sobretudo, dos idosos frágeis⁷, que se diferenciam dos adultos autônomos, como as crianças, os adolescentes e pessoas que vivem condições especiais de doença ou deficiência.

Na sociedade contemporânea, diferentemente de períodos históricos anteriores, o reconhecimento de que a infância e a adolescência se constituem como bases da vida adulta, portanto, necessitando de proteção e cuidado, tornam-nas questões a serem consideradas desde os pontos de vista social e ético (ARIÈS, 1981). Atualmente, dispositivos sociais, civis, jurídicos, sanitários e educacionais estabeleceram-se como recursos auxiliares no suporte a estes períodos fundamentais de constituição do ser humano. Assim, não surpreende o fato de nascer, neste mesmo contexto social, preocupação análoga com a pessoa idosa, na medida em que a velhice, quando fragilizada, exige cuidados especiais (DEBERT, 1999a; 1999b, MESSY, 1999; RODRIGUES et al, 2001; MINAYO, 2006):

Delimitado inicialmente a partir de sua dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo e, em consequência, tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio (CORIN, 1985; DEBERT, 1999). Cristalizou-se, assim, uma visão orgânica do envelhecimento. Entretanto, estudos realizados em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento, questionando a universalidade da visão ocidental e ensinando que uma representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal (UCHÔA, 2003, p. 850).

Esta citação deixa claro que há mudanças corporais significativas no envelhecimento e na velhice, assim com na adolescência. Porém, é a elaboração social e cultural desta base

⁶Utilizaremos nesta dissertação o termo “cuidador de idosos” como sinônimo de “acompanhante de idosos”, por entendermos que correspondem a funções que se sobrepõem.

⁷Fragilidade é um conceito do campo da geriatria e da gerontologia, para referir à condição clínica desfavorável do idoso. Foi usado oficialmente, pela primeira vez, em 1970, pelos membros do Federal Council on Aging (FCA) dos Estados Unidos da América. Segundo Andrade et al (2012), esta terminologia buscava descrever idosos que, com o avanço da idade, passavam a exigir maior demanda de cuidados, apresentando fraqueza física e déficit cognitivo, vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis. A fragilidade em idosos se constitui como um evento multidimensional e multideterminado, caracterizado por vulnerabilidades corporais, psicológicas e ambientais, porém, recebe definições teóricas diversas e não consensuais, enfocando principalmente seu aspecto clínico.

biológica o que confere sentido humano ao que é vivido no corpo. Esta experiência é muitas vezes bastante diferenciada do fenômeno orgânico em si⁸.

Diferentes culturas criaram imaginários coletivos diversos sobre o velho. Para algumas, envelhecer é uma experiência negativa e degradante, enquanto que para outras ser velho é alcançar um lugar de sabedoria e respeito, digno de admiração.

A antropologia também oferece recursos para ampliarmos esta perspectiva cristalizada sobre o envelhecimento e a velhice. Minayo (2006), numa visão antropológica do envelhecimento humano, vai afirmar:

“... é absolutamente diferente envelhecer no campo ou na cidade; numa família rica ou numa família pobre; ser homem ou mulher; ter tido um emprego e se aposentar, ou ter vivido apenas em atividades do lar ou informais e viver de forma independente.” (p. 48).

Na mesma direção, mas partindo da psicanálise, Goldfarb (1998) fala das múltiplas velhices e da dificuldade para categorizar este momento de vida, que é um constante e sempre inacabado processo de subjetivação:

... ao falar de velhice percebemos que aquilo que supúnhamos saber não é suficiente para defini-la, e, mais ainda, verificamos que esse saber precário é produto de uma visão parcial engendrada na prática de cada profissional e de preconceitos fortemente enraizados no cultural. Então, de que realmente falamos quando falamos de velhice? E quando falamos do velho? Do velho reivindicativo que briga com todo mundo e por tudo, ou do velho passivo que aceita seu destino sem reclamar? Do velho engajado, ativo e divertido, ou do outro, deprimido e solitário? Daquele que vive em família ou do que foi depositado em um asilo? Da velha elegante que passeia nos bairros nobres, ou da faxineira que ainda ajuda a criar os netos? Do velho que trabalha a nosso lado ou daquele que renunciou a lutar? Dos que renunciaram à sexualidade ou dos que reivindicam seu direito ao prazer? Dos que vemos na fila do banco ou no banco da praça? Da velha ‘bruxa’? Do velho ‘sábio’? Do doente? Dos poderosos ou dos marginalizados? (pg. 13).

Percebemos assim que a velhice não é período homogêneo, definido pelo alcance de determinada idade ou pela apresentação de determinados marcadores biológicos ou sociais. Não há razão para se falar numa velhice “*in abstracto*”, descontextualizada, retirada das condições concretas de vida da pessoa que envelhece. Concordamos com Goldfarb (1998), tendo em vista nosso cultivo de uma visão epistemológica que concebe que os fenômenos estão dialeticamente inter-relacionados e que sempre ocorrem de modo contextualizado.

⁸Fazemos aqui uma distinção entre corpo e organismo. No humano “organismo em si” só pode ser encontrado em laboratório, já o corpo é sempre corpo vivido a partir do que é social, psicológica e culturalmente experienciado.

Souza et al (2002) realizaram pesquisa que pretendeu estabelecer uma análise de discurso sobre acontecimentos do cotidiano veiculados por alguns jornais, o olhar da imprensa a respeito do idoso. Entre outras perguntas, que nortearam este estudo, a questão de “como a sociedade encara e retrata seus idosos” parece-nos interessante para a presente dissertação. No período estudado, as matérias apresentavam o idoso como problema social. Ressaltamos o destaque desse estudo com relação ao importante papel da mídia na influência do imaginário a respeito do velho. Acrescentamos que, ao mesmo tempo que os meios de comunicação influenciam nas crenças sobre o idoso e o envelhecimento, também sofrem influência da cultura na qual estão inseridos.

Já Miguel (2010), sob outra perspectiva, estudou aspectos formais e de conteúdo do acervo digital da revista *Veja* de 1968 à 2009, com relação a reportagens referentes ao “envelhecimento”. Encontrou que a partir de 1990 o tema começou a ter destaque, em matérias escritas por profissionais da saúde ou do envelhecimento. Foi a partir deste período que as informações deste meio de comunicação voltaram-se para o idoso, inicialmente sem uma preocupação maior com o envelhecer e com aspectos preventivos e de cuidado. Das 412 matérias analisadas, 61,6% referiam-se diretamente ao idoso, enquanto que 38,4% ao processo de envelhecer.

A partir daí, com o envelhecimento mais acentuado da população brasileira, a preocupação passou a ser a prevenção. Ou seja, o desenvolvimento de novas tecnologias, o aparecimento de novas fórmulas cosméticas, novas técnicas de cirurgia plástica, o estímulo a realização de exercícios físicos, alimentação saudável, a descoberta de genes relacionados a longevidade, tudo isso com a finalidade de retardar o processo de envelhecimento. (p. 45)

Esta observação salienta um aspecto importante da experiência de envelhecimento na sociedade atual, marcada por uma busca de recursos e tecnologias que possam acabar, ou ao menos minimizar, problemas e desconfortos deste momento da vida.

Também interessada nos efeitos emocionais vividos pelo sujeito com a passagem do tempo, Gavião (2002) estudou 180 idosos brasileiros, por meio de entrevista e aplicação do método de Rorschach. Nesta pesquisa, o idoso foi abordado como “sujeito coletivo” e as pranchas de Rorschach foram usadas como mediador transferencial entre o “sujeito coletivo idoso” e a pesquisadora. Segundo a autora:

Contrariamente às representações preconceituosas e patologizantes da velhice, as configurações subjetivas que se destacaram revelam a flexibilidade do funcionamento lógico-emocional do idoso aqui estudado, o que favorece a elaboração da finitude de seus vínculos com a vida.

Outra autora contemporânea, Lopes (2007), em sua tese de doutorado, apresenta as faces do envelhecimento, identificadas a partir de entrevistas abertas realizadas com oito pacientes idosos, com o objetivo de analisar alterações psíquicas que ocorrem por conta

deste momento da vida e as características dessas alterações. Chama a atenção a conclusão desta pesquisa, que, sob enfoque da psicanálise, destaca a grande turbulência emocional na velhice, muito provavelmente pela proximidade da morte, que pode ser vivida de forma dissociada do *self*. A autora conclui ser necessária a constituição de espaço transicional para que questões como a morte sejam integradas ao *self*. De todas as tarefas vitais do ser humano, temos que reconhecer que, talvez, a mais importante seja lidar com a finitude do eu, e, em nossa cultura, isso é fonte de muitas angústias. Não basta adquirir determinada idade cronológica para a conquista de amadurecimento emocional, que é diferente de envelhecimento cronológico. É importante também lembrar que, numa perspectiva winnicottiana, o amadurecimento emocional conquistado, é fundamental para lidar com estas angústias.

Também em nosso meio, Gil (2005) faz percurso que vai de uma concepção que buscava compreender as características e dinâmica psíquica de pacientes idosos como entidade ou categoria a ser estudada, num paradigma sujeito-objeto, para outro sujeito-sujeito. Procurou o idoso deprimido, e, no contato com os pacientes estudados, encontrou o ser humano em sofrimento. A autora aponta que, em nossa sociedade, é muito comum certo distanciamento, que gera a tendência de tratarmos, de modo compartimentado e cindido, de temas que se relacionam com o idoso e o processo de envelhecimento, como se não fizessem parte de nossa vida. Isto se deve pela defesa despertada frente a angústia no contato com a velhice, que pode nos assustar como possibilidade de existência e perspectiva futura.

Abordar o ser humano a partir do paradigma sujeito-sujeito, como mencionado acima, pode ser melhor compreendido ao considerarmos os pressupostos de Politzer (1928) e Bleger (1963/1984), autores que destacam a importância da dramática da vida, compreendendo que toda manifestação humana é dotada de sentido emocional humano. Para Bleger (1963/1984), o objeto de estudo da psicologia é a conduta, sempre emergente do campo, ou seja, do contexto interpessoal no qual ocorre. Por isso é importante abordar o ser humano concreto, “...em cada uma de suas manifestações, vinculado em sua condição humana ao meio social” (BLEGER, 1963/1984:27).

Segundo o autor:

Sabemos que o homem é um produto histórico, transforma a natureza e nesse processo, cria a cultura e transforma sua própria natureza. Com o homem aparece uma nova maneira de se adaptar: a de criar novas condições ambientais, transformando o meio natural, e esse processo o pode realizar, em parte, prevendo os resultados e os objetivos. O próprio homem é também produto de um desenvolvimento histórico e se torna uma nova natureza: a humana. (BLEGER, 1963/1984:17).

A nosso ver, Bleger (1963) auxilia na compreensão psicológica do que se passa com idosos como Nilza. Para entendermos sua vivência de mal estar e perplexidade diante do ocorrido, precisamos olhar para os fenômenos de modo contextualizado. É fundamental

considerar tanto a fase de vida desta pessoa, com seus oitenta e cinco anos, morando no centro de uma grande metrópole, como o momento histórico atual. Recorrendo novamente a Minayo (2006), pensamos que é diferente ter mais de oitenta anos em 2013 ou envelhecer no início de 1900. Bleger, na citação acima, evoca a existência de uma nova natureza, não a naturalização da vida humana, da velhice, da infância, etc., mas a “natureza humana”⁹, que se constitui no contato com outros seres humanos, desde o nascimento. É a vida como convivência que nos torna humanos desde nosso próprio ponto de vista, e esta condição humana está intimamente vinculada ao ambiente social ao qual fazemos parte.

Afirma Bleger (1963/1984):

As qualidades de um ser humano derivam sempre de sua relação com o conjunto de condições totais e reais. O conjunto dos elementos, fatos, relações e condições constitui o que se denomina situação, que cobre sempre uma fase ou um certo período, um tempo (BLEGER, 1963/1984: 35).

Nossas manifestações corporais, emocionais ou sociais sempre emergem das relações que estabelecemos em certo momento, seja um momento particular de vida, como a velhice, seja o momento histórico, ter oitenta e cinco anos em 2013. Existem problemas concretos que podem acometer a vida humana, que não podem ser ignorados, desde doenças físicas até problemas de ordem social, perdas, violência, etc., que exigem assistência social, proteção jurídica e amparo da comunidade. Sem desconsiderar a necessidade de leis e suportes sociais, jurídicos e civis¹⁰, criados para dar conta de problemas concretos, nossa formação psicanalítica atesta também a importância de dispositivos que busquem oferecer cuidado emocional a um sofrimento que se apresenta na atualidade, a longevidade fragilizada¹¹.

Encontramos tanto fragilidades tão evidentes e facilmente reconhecíveis, que impossibilitam a pessoa de sair de uma cama e viver sua vida fora de seu próprio quarto, quanto a vulnerabilidade de Nilza, que foi percebida por um estranho e que parece gerar preocupações em sua filha, que insiste para que ela se mude para junto da família. Este pequeno fragmento da história desta mulher revela uma condição complexa, decorrente de múltiplos fatores, potencialmente presente de forma variada em uma parcela da população idosa.

⁹Aqui vale lembrar que a noção de “natureza humana”, ainda que não precisamente definida, desempenha um papel importante no pensamento de Winnicott (1990). Bleger não reporta sua afirmação sobre a “natureza humana” à obra de Winnicott, contudo, desde nossa perspectiva, a preocupação mais conscientemente política de Bleger se harmoniza com a clínica sensível e atenta ao concreto da experiência vivida desenvolvida por Winnicott.

¹⁰Podemos aqui mencionar, como dispositivos sociais e legais de proteção ao idoso o Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional do Idoso (1994) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (2006).

¹¹Entendemos serem os sofrimentos de ordem física e sociais tão concretos quanto os sofrimentos psicológicos, que não são aqui considerados como experiências puramente abstratas, descontextualizadas da vivência da pessoa. Tendo em Bleger importante interlocutor, compartilhamos de sua ideia de que as condutas psicológicas, físicas e sociais estão intimamente vinculadas, precisando ser assim consideradas. Ter uma vida longa trás implicações concretas de ordem físicas, psicológicas e sociais concomitantemente.

As condições concretas de vida da maior parte da população brasileira¹², caracterizadas pela exclusão, desigualdades sociais, dificuldade de subsistência, solidão, individualismo, marcam o processo de envelhecimento na sociedade contemporânea. Bleger (1963/1984) ajuda a compreender que não podemos falar em envelhecimento como um fenômeno passível de ser abordado de modo desvinculado das condições concretas de vida.

As pessoas chegam à velhice carregando as consequências das dificuldades sociais, psicológicas e de saúde física, experienciadas ao longo da vida. As condições concretas, vivenciadas por indivíduos e coletivos, dependendo de suas características, podem gerar maior ou menor sofrimento emocional. O sofrimento não é aqui entendido como fatalidade inescapável, mas como fenômeno produzido pelas condições concretas sociais, econômicas, políticas e culturais. Deve, assim, ser compreendido no contexto da relação com outras pessoas e com o mundo em que se vive, e jamais como evento intrapsíquico que teria lugar na mente de sujeitos isolados (WINNICOTT, 1962; AIELLO-VAISBERG, 2002, 2003, 2007a, 2007b; AROS e AIELLO-VAISBERG, 2009; SAFRA, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006a, 2006b, 2006c, 2009; BIRMAN, 1997; GIL, 2005, 2010; CRUZ, 2012; GENARO JUNIOR, 2013).

A partir destas considerações, no momento histórico atual, no qual o envelhecimento se apresenta como fenômeno proeminente (GORDILHO et al., 2000), podemos destacar uma condição pouco considerada pela literatura psicanalítica. Trata-se do sofrimento de pessoas que alcançaram uma fase da vida até poucos anos praticamente inexistente¹³. Hoje em dia, encontramos idosos acima de oitenta e cinco anos, a chamada quarta idade, que já não se trata de um caso isolado e curioso de longevidade, mas sim de uma parcela significativa da população. Nem todas são pessoas que gozam de condições privilegiadas de cuidado, tanto do ponto de vista emocional, da saúde física, como do ponto de vista social e econômico. Essa nova condição (BIRMAN, 1997; MEDEIROS e OSÓRIO, 2001, 2002; GARRIDO, MENEZES, 2002; CAMARANO e GHAOURI, 2003; VERAS, 2009, 2007) é, sem dúvida, fruto do desenvolvimento sanitário e de novas tecnologias em saúde que, por outro lado, fazem surgir novas formas de sofrimento humano, dos pontos de vista físico, social e emocional.

Deparamo-nos, portanto, com um novo momento no processo de subjetivação humana, que se traduz, de modo imediato, como problemática de saúde pública, com centenas de milhares de pessoas que se deparam com questões existenciais muito concretas, que incluem limitações físicas e sociais (SILVA, CARVALHO, SANTOS, MENEZES, 2007). Nos países periféricos, com marcadas desigualdades sociais, como o Brasil, estes sofrimentos são acentuados e intensificados pela precariedade social. Os

¹²Segundo censo do IBGE, informações obtidas em fevereiro de 2013, a síntese dos indicadores sociais apontam redução da desigualdade na década 2001-2011. Porém: “Apesar da evolução, a desigualdade persiste, pois os 20% mais ricos ainda detêm quase 60% da renda total, em contrapartida ao pouco mais de 11% detidos pelos 40% mais pobres”. O índice de envelhecimento (relação entre idosos de 60 anos ou mais e crianças de até 15 anos) no Brasil cresceu de 31,7 em 2001, para 51,9 em 2011.

¹³Aqui, cabe observar, que o que se apresenta como um fenômeno novo não é a existência de centenários, mas a existência de um grande número de pessoas com cem anos ou próximas a esta idade.

idosos enfrentam dificuldades várias, tais como, dificuldades para comprar remédios, fazer exames, ir ao médico, ter acesso a lazer e outras.

Este quadro se torna ainda mais complexo com as mudanças culturais vividas no mundo ocidental, que geraram uma transformação na posição da mulher na sociedade, ao deixar o espaço privado para compartilhar o espaço público. As tradicionais “guardiãs do lar” não tem a mesma disponibilidade de antigamente. Em outros momentos históricos, enquanto o homem enfrentava os desafios do mercado de trabalho, a mulher era a responsável pelos cuidados da família, pelo bem estar das crianças e idosos (BOHM, 2009; MAZZA, 2008; CAMARANO e GHAOURI, 2003; AQUINO E CABRAL, 2002; ANDRADE, 2001; MEDEIROS e OSÓRIO, 2001, 2002; ANGELO, 2000; DEBERT, 1999b). Com a dupla jornada enfrentada pelas mulheres, e com as diferentes formas encontradas pelas famílias para se constituírem na atualidade, não mais classicamente formada por pai, mãe, filhos, tios e avós, os cuidados dedicados aos idosos também foram se modificando.

Gordilho et al (2000: 14) falam em “intimidade à distância”, para designar quando diferentes gerações ou membros de uma mesma família ocupam residências separadas. Outros fatores, tais como aumento no número de divórcios, múltiplos casamentos, migração dos mais jovens em busca de melhores condições de trabalho, aumento no número de famílias chefiadas por mulheres, tornam a questão ainda mais complexa. Todas estas situações precisam ser consideradas na avaliação do suporte que as famílias podem oferecer a seus idosos na sociedade brasileira.

Diante desta realidade, novas maneiras de cuidar dos idosos fragilizados vem se constituindo. Podemos destacar algumas formas encontradas pelas famílias, na atualidade, para oferecerem cuidado ao seu membro idoso, quando fragilizado:

- 1- O cuidado é realizado por mulheres da família, que herdaram a responsabilidade do cuidado ao idoso, às vezes por serem solteiras, por não terem filhos, ou por não estarem inseridas no mercado de trabalho. Em algumas situações, quando os ganhos auferidos são baixos, a mulher se vê obrigada a deixar seu trabalho e sua remuneração para cuidar de um parente idoso.
- 2- Outra forma encontrada pela sociedade contemporânea para atender a necessidade de cuidado daquele que envelhece com fragilidade tem sido a institucionalização. As antes chamadas “casas de repouso”, ou os tradicionais “asilos” foram rebatizados como “instituições de longa permanência para idosos”, ou ILPIs.
- 3- Algumas famílias, quando dispõem de rendimentos suficientes, preferem contratar um empregado doméstico especializado, um cuidador de idosos. Há situações em que a contratação deste profissional é feita pelo próprio idoso.
- 4- Por fim, outra forma de oferecer cuidado ao idoso se dá pela contratação, pelo poder público, de cuidadores de idosos. Muitos idosos e suas famílias são contrários à institucionalização, ou a veem como a última possibilidade de cuidado, apenas desejável quando todas as outras alternativas falharam. Nestes casos, quando há ou não família, mas sem a possibilidade de se responsabilizar e arcar financeiramente

pelo cuidado do idoso fragilizado, é dever do poder público oferecer condições para que este cuidado seja adequado¹⁴.

Os cuidadores de idosos inseridos em programa de saúde pública são, portanto, uma alternativa institucional para o cuidado a aqueles idosos que não tem família, ou não dispõe de recursos próprios para custear seu cuidado. Estes profissionais tem seu horário de trabalho dividido para o cuidado a alguns idosos no domicílio e em acompanhamento em situações da vida na comunidade. Cada vez que está com “um” idoso, o cuidador está com uma só pessoa, mas pode acompanhar vários idosos por dia. Isto faz com que sua situação se modifique muito, principalmente do ponto de vista emocional, tendo que se adaptar a diferentes necessidades de cuidado ao longo de sua semana de trabalho. São pagos pelo poder público, recebendo em média menos de dois salários mínimos, por quarenta horas de atividades semanais e não dormem ou comem na residência do idoso. Não se confundem, portanto, com cuidadores domiciliares, contratados particularmente, que devem ser registrados segundo a Consolidação das Leis do Trabalho, tendo como empregador o próprio idoso ou membro da família. Cabe aqui ressaltar a importância de considerarmos as condições concretas de vida deste cuidador de idoso na saúde pública, com suas dificuldades sociais, econômicas, familiares, emocionais e também dependendo do serviço público, quando necessita cuidar de sua saúde.

Neste cenário, a formação de trabalhadores da saúde, encarregados do cuidado de idosos, se apresenta como tarefa de muita importância. Esta capacitação¹⁵ (BOTELHO, AIELLO-VAISBERG, 2011) deve incluir não apenas conhecimentos específicos em relação a cuidados corporais, mas também formação de caráter psicológico, que permita a instauração de vinculação saudável e amadurecida entre cuidador e idoso.

Este cuidador, financiado pelo poder público, no contexto da saúde pública, é uma resposta a esta nova condição social do idoso que não conta com recursos próprios para prover e bancar seu próprio cuidado. Constatamos a necessidade de um estudo que foque esta questão neste contexto e suas implicações, pois podemos encontrar um paradoxo nesta ocupação. A oferta de cuidado a uma condição complexa, multideterminada e produto de uma história de vida, causa impacto emocional no cuidador, no qual as mesmas questões ecoam, por serem inerentes ao curso da vida, como a finitude, o envelhecimento e as perdas. Por este motivo, o cuidador de idoso necessita não apenas estar capacitado, no

¹⁴O Estatuto do Idoso aprovado como Lei nº 10741, em 10 de outubro de 2003, é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Em seu artigo 3º “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. Atribui assim, tanto à família, como à sociedade e ao Poder Público, a obrigação de oferecer cuidado ao idoso, quando necessário. Em seu parágrafo V dispõe: “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

¹⁵A palavra capacitação é aqui utilizada segundo Botelho e Aiello-Vaisberg (2011), que, desde uma perspectiva winnicottiana, definem competência como domínio técnico e capacidade como apropriação de conhecimentos procedimentais e teóricos que inclui a inventividade de quem realiza determinada ação especializada. Assim, capacidade é a possibilidade de criar / encontrar a técnica.

sentido do conhecimento de práticas de cuidado ao idoso, mas também de receber, ele próprio, atenção e suporte emocional. Portanto, tanto necessita estar bem preparado, do ponto de vista do conhecimento, como satisfatoriamente sustentado do ponto de vista emocional.

1.2. Focalizando a questão do cuidado

Cabe aqui retomar o problema, que encontrou no cuidador de idosos contratado pelo poder público uma solução possível: a ausência de relações familiares, na atualidade, que se ocupem deste cuidado e a impossibilidade financeira de muitas famílias de contratarem este profissional, quando necessário.

As pessoas estão envelhecendo e, com a saída das mulheres para o mercado de trabalho, deixando de atuar apenas no ambiente privado e familiar, para ganhar espaço e relevância nos ambientes públicos e profissionais, o cuidado aos idosos modificou-se. Já não é mais exclusivamente a tarefa e vocação de filhas, esposas, netas ou vizinhas, para ganhar, na atualidade, o estatuto de ocupação profissional¹⁶.

No contexto do cuidado de idosos em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), realizado na maioria das vezes por mulheres contratadas em troca de um salário, Batista e Araújo (2011) discutem a “mercantilização da vida íntima”. O trabalho, antes não remunerado, fruto da obrigação ou vocação feminina, passa a ganhar um novo *status*, de ocupação profissional. As autoras destacam que esta nova forma de trabalho deriva do *habitus* feminino, culturalmente constituído, de se responsabilizar pelo cuidado das crianças, dos enfermos e dos idosos.

Para as autoras, o trabalho das cuidadoras contratadas adquire, assim, uma “feição de mercadoria” e de “valor econômico”. Entendem o *habitus* feminino de cuidado como disposições afetivas e morais adquiridas pelas mulheres nas relações familiares, que seriam recriadas nas interações entre as cuidadoras e os idosos.

As disposições afetivas (emoções e sentimentos) das mulheres cuidadoras podem se expressar no amor, na discrição, no temor, na paciência, no tato, na piedade, na devoção; ou no ressentimento, no ódio, na inveja, no nojo, na violência psíquica e física. As disposições morais do trabalho de cuidado, produtos da dinâmica sexuada de solidariedades e reciprocidades familiares, supõe sempre, em alguma medida, a entrega sacrificial das mulheres do grupo. A viabilização do grupo familiar, enquanto tal, demanda um contrato fluído entre seus membros, o que na prática os produz ora como sacrificantes, ora como vítimas (cf. Hubert & Mauss, 1981). O sacrifício do cuidado dos mais velhos pelas mulheres da família constrói o senso de proteção do grupo (BATISTA E ARAÚJO, 2011: 179).

Compreendemos que oferecer cuidados a uma pessoa pode ser vivido como vocação, sentido de vida e prazer, como tarefa gratificante ou como tarefa difícil, limitante, como peso e prejuízo. É diferente quando uma neta índia cuida de sua avó, sem precisar se

¹⁶O Projeto de Lei 284/2011 que regulamenta a profissão de cuidadores de idosos foi aprovado dia 17 de outubro de 2012 em turno suplementar, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado. Segue agora para a Câmara dos Deputados.

preocupar com contas que estão para vencer, ou uma filha se afasta do trabalho e cuida de seu pai idoso e enfermo, pois não poderia conceber outra pessoa realizando este cuidado, ou quando uma mulher ou homem cuidador profissional é contratado. Ainda podemos encontrar diferenças quando uma filha ou filho empresário necessita parar de trabalhar, ou se dividir entre sua atividade profissional e os cuidados dedicados a um pai, mãe, tia ou avó, ou quando uma dona de casa “herda” os cuidados a uma sogra com quem não tem muita intimidade. Também percebemos diferenças quando um cuidador é contratado pela família ou pelo poder público. O cuidador de idosos contratado pelo poder público é um agente de saúde, responde a compreensões de cuidado definidas tanto por equipe profissional da qual faz parte, como pelas expectativas de cuidado dos idosos e de seus familiares. Estas diferenças, na experiência de cuidar de uma pessoa idosa, devem-se à concretude do que é vivido, ao momento em que o cuidado precisa ser exercido e ao sentido que tem para quem cuida e para quem é cuidado.

Cuidar pede dedicação e atenção a necessidades que nem sempre correspondem aos recursos emocionais de quem cuida. Não surpreende, portanto, a ocorrência de dificuldades de relacionamento entre cuidadores e idosos, cujas condutas refletem, de uma forma ou de outra, os diferentes modos como lidam com suas vidas. O quadro geral é complexo, porque aos desafios de uma convivência bastante próxima se somam as práticas diversas de cuidado, envolvendo inclusive contatos corporais de grande intimidade.

Na presente pesquisa, focalizaremos o cuidador de idosos contratado pelo poder público para exercer sua função, normalmente alguém que não conhecia o idoso antes da necessidade do cuidado, não é uma sobrinha, filha, esposa ou irmã. O que é exigido nos dias atuais de um cuidador de idoso profissional não pode simplesmente ser aprendido tecnicamente¹⁷, com aulas ou transmissão de informações e conhecimentos de forma desafetada do drama. Trata-se de um trabalho que, quando mal conduzido, pode tornar o idoso muito desamparado e adoecer física e emocionalmente o cuidador.

O cuidado depende do reconhecimento de uma necessidade, de uma situação fragilizada, que não exclui a história e o potencial de quem é cuidado. Significa poder se deparar com a própria finitude e fragilidade, pois o cuidador tem que lidar com sofrimentos humanos que não são exclusivos dos idosos, que estão presentes na vida de todos, tais como, solidão, desamparo, fragilidades, perdas, adoecimento e medo da morte. Porém, em idades avançadas, estes sofrimentos perdem os suportes que, em outros momentos da vida, geralmente estão mais presentes.

Existem pessoas que envelhecem prescindindo de cuidados especiais, provavelmente em virtude de fatores genéticos e da observação de práticas de saúde ao longo da vida, envolvendo o cultivo de bons hábitos alimentares e a prática de exercícios, entre outras. Entretanto, quando um idoso necessita de um cuidador, estamos diante de problemas de

¹⁷Usamos o termo técnica para nos referirmos a um bem fazer que independe de quem faz. Segundo Zimmerman (1997), técnica é um “Conjunto de procedimentos e de regras, de aplicabilidade prática, e que fundamentam a exequibilidade da operação” (p. 33).

saúde física, social e ou emocional que se traduzem como fragilidades e dificuldades para lidar com limitações pessoais, familiares e sociais.

Os desafios e sobrecarga dos cuidadores vem sendo reconhecidos a partir de diferentes pesquisas, que convergem nos seus achados, mesmo quando partem de perspectivas teórico-metodológicas diferentes. Estes cuidadores domiciliares, tal qual os cuidadores contratados pelo poder público, deparam-se com uma velhice repleta de doenças, perdas, fragilidades e dependência. (BRACCIALLI et al, 2012; SANTOS et al, 2011; MOREIRA et al, 2011; FREITAS, NORONHA, 2010; CRUZ, HAMDAN, 2008; CASSIS et al, 2007; LEMOS, 2006; MAFFIOLETTI, 2006; PAES e SANTO, 2005; GARRIDO e MENEZES, 2004; LAHAM, 2003; NERI e SOMMERHALDER, 2002; REZENDE e RODRIGUES, 2000). Enfrentam contextos de grande imprevisibilidade, mesmo quando há um plano de cuidado e monitoramento por equipe de saúde, tendo que responder ao momento em que as situações ocorrem. Vivenciam mudanças em aspectos importantes de sua vida, além de muitas experiências que despertam sentimentos de impotência e onipotência, que costumam oscilar. São solicitados a lidar com todo o entorno dos idosos assistidos, com a família, vizinhos, amigos, demais membros da comunidade e profissionais de saúde, o que torna mais complexa a prática do cuidado. Passam grande parte do tempo sozinhos com os idosos, sem a proteção das paredes e recursos de um estabelecimento institucional, expostos às adversidades do ambiente familiar da pessoa cuidada. Neste contexto, são frequentes sentimentos de não saber o que fazer, de não dar conta das necessidades do idoso assistido¹⁸, além de estabelecer relação de muito envolvimento emocional e proximidade física.

Aqui, não podemos deixar de lembrar do trabalho da enfermagem, que se ocupa do cuidado a pacientes, idosos ou não. O enfermeiro é profissional de nível superior, que atua na área da saúde, nos setores assistencial, administrativo ou educacional, responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde de coletivos e indivíduos de diversas idades. Além do enfermeiro graduado, há o auxiliar de enfermagem, com formação no ensino fundamental, e o técnico de enfermagem, com nível médio. Estes profissionais podem ser confundidos com o enfermeiro com formação superior, mas exercem funções distintas, com qualificações também diferentes.

Encontramos, no site do Conselho Federal de Enfermagem¹⁹, uma diferenciação entre auxiliar de enfermagem e cuidador de idosos, que é por eles entendido como um novo profissional. O auxiliar de enfermagem precisa ter, no mínimo, o primeiro grau completo e realizar curso de capacitação em escola credenciada pelo Conselho Estadual de Educação e o Coren. Somente após a conclusão do curso é permitida a atuação em hospitais, clínicas, ILPIs e unidades de saúde.

O técnico de enfermagem atua sempre sob a supervisão e orientação de um enfermeiro e não pode realizar muitas das atribuições que cabem apenas a este. Pode

¹⁸A equipe da URSI-Sé faz reuniões periódicas com a equipe do Programa Acompanhantes de Idosos, com o objetivo de discussão de casos e dificuldades no trabalho das cuidadoras.

¹⁹Acessado no site <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/5891>, em fevereiro de 2013.

prestar cuidados simples de enfermagem, observar e monitorar o paciente, além de cuidar de sua higiene em contexto de instituição de saúde ou no domicílio. Por sua vez, segundo o Documento Norteador do Programa Acompanhantes de Idosos do Município de São Paulo (2012), ao cuidador é atribuído acompanhar o idoso em tarefas do dia a dia e em atividades de reabilitação e grupos terapêuticos. Deve estar junto ao idoso e oferecer companhia, ajudar nos cuidados à saúde, como exercícios físicos e respiratórios, conforme orientação profissional, além de cuidar de sua higiene, quando necessário. Outra atribuição do cuidador é monitorar o uso adequado do medicamento prescrito pelo médico, estar atento às datas e retornos e acompanhar o idoso às consultas e exames. Segundo Gordilho et al. (2000), o cuidador:

...é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano – como a ida a bancos ou farmácias -, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (p. 48-49).

Percebemos, assim, que o cuidado oferecido pelo cuidador de idosos profissional é, em muitos aspectos, parecido com o profissional de enfermagem, e, em outros aspectos, diferente. As semelhanças estão no cuidado ao idoso doente ou dependente, na administração da medicação de rotina. O cuidador também está às voltas com o corpo do idoso em sua concretude, em contato direto com a pele, a ferida, a dor encarnada, o banho que já não dá mais para ser tomado sozinho. Ao cuidar, tanto cuidador de idoso quanto profissional de enfermagem acabam se aproximando do paciente em situação de angústia, de medo e fragilidade. As diferenças referem-se ao acompanhamento em atividades da vida cotidiana, passeios, banco, casa de amigos e parentes, mas, principalmente, aos procedimentos e técnicas biomédicos, aplicados a diversas especialidades da medicina. O cuidador de idosos pode receber orientação de profissional especializado, enfermeiro graduado, para realizar procedimentos simples, tais como auferir a pressão, aplicar insulina ou fazer um curativo, apenas para o idoso que cuida naquele momento. Caso precise realizar o mesmo procedimento com outro idoso, necessita de outro treinamento individualizado para o paciente em questão.

Nesta aproximação entre o cuidador de idosos e o profissional de enfermagem, constata-se a recorrência de trabalhos de pesquisa que privilegiam aspectos que vão além da dimensão puramente orgânica e técnica, aproximando-se do registro subjetivo da experiência humana e do cuidado emocional (MUNOZ et al, 2003; VIEIRA, MARCON, 2008; PIMENTA et al, 2009; PROCHET et al, 2012). Encontramos vasta literatura sobre a enfermagem como profissão de cuidado e de proximidade. Vieira, Fialho e Moreira (2011) realizaram estudo bibliográfico, em teses e dissertações de enfermagem, entre 1979 e 2007, sobre a produção científica brasileira sobre o cuidado informal do idoso realizado por um

familiar. Procuraram também identificar propósitos, temáticas e modelos teóricos dessas produções, relatar o conceito de cuidador utilizado e descrever o perfil sócio demográfico desses cuidadores.

Constataram que a maioria dos estudos foram realizados no Sul e Sudeste brasileiro e que buscavam compreender o cuidado familiar dispensado ao idoso com doença crônico-degenerativa na perspectiva do cuidador. A maioria dos cuidadores era mulher, filha ou esposa, com 40-60 anos, casada, com baixa escolaridade e do lar.

Analisaram 27 resumos, dos quais 15 foram acompanhados o texto em sua totalidade. Entre os resumos pesquisados, dezoito apresentaram abordagem qualitativa, devido ao grande número de questões subjetivas presentes no processo do cuidado familiar ao idoso. O ato de cuidar é por eles definido como a possibilidade de:

“vivenciar um misto de sentimentos, que, na maioria, são ambivalentes, o que se deve ao envolvimento afetivo proporcionado pelos laços familiares dos cuidadores com os idosos, aflorando sentimentos como amor, retribuição, medo, bem-estar, gratificação, pena, impotência, dentre outros” (VIEIRA, FIALHO, MOREIRA, 2011, p. 163).

A nosso ver, este é um estudo muito importante, em primeiro lugar, justamente pelo fato de apontar a importância da dimensão emocional no cuidado a idosos. Em segundo lugar, por esta conclusão se dar no campo da enfermagem, que, como sabemos, inclui a saúde mental, mas que está primariamente assentado na saúde orgânica.

Cabe também destacar outra modalidade de cuidado, o acompanhamento terapêutico que, em certos aspectos, também se aproxima do trabalho do cuidador de idosos, e que é realizado por profissional de saúde mental: psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, sociólogos, filósofos e outros. Consiste em trabalho clínico voltado a contextos de intenso sofrimento a partir da constituição de um sofisticado enquadre flexível, com o objetivo do acompanhamento do paciente. Segundo Possani (2010):

O AT abre a possibilidade de outra concepção de tratamento e atende/revela uma das facetas do adoecimento de nosso tempo: o tratamento passa a se dar pelo acompanhamento, pela companhia humana num resgate, numa constituição de encontro que permita habitar e acontecer no mundo.

Disso decorrem três alicerces fundamentais do AT que nos revelam três aspectos fundamentais da condição humana: o corpo como lugar de revelação de sentidos para além do biológico; a companhia humana como fundamento para a existência e o caminhar como a possibilidade de destinar-se (p.20).

Estes três aspectos da condição humana estão presentes tanto no trabalho do cuidador de idosos como no acompanhamento terapêutico, que guardam semelhanças e diferenças entre si. Ambos têm na companhia humana profissional um recurso fundamental

de cuidado e no caminhar, no estar no mundo, uma possibilidade para a continuidade para o devir humano. Muitas vezes, o cuidador de idosos serve de apoio, ao dar seu braço para que o idoso caminhe com sustentação e segurança. Também o corpo de ambos acompanhantes está implicado na relação.

Possani (2010) se utiliza da psicanálise winnicottiana para apresentar o fazer do acompanhante terapêutico como o de um cuidador da vida emocional e não um decifrador de sentidos ocultos de sua conduta. Nesta perspectiva, o trabalho do at se aproxima muito do psicoterapeuta winnicottiano e do oficineiro da *Ser e Fazer* (GIL, 2005, 2010; MANNA, AIELLO-VAISBERG, 2005, 2006a, 2006b, 2006c, 2009, 2010; MANNA, MICELLI-BAPTISTA, AIELLO-VAISBERG, 2004, 2005, 2006; MANNA, MENCARELLI, AIELLO-VAISBERG, 2006).

Ao ser capaz de receber o que o paciente apresenta, o at/psicanalista pode exercer seu papel de cuidador devotado da vida emocional, isto porque na origem o ser humano precisa ser encontrado e reconhecido por um outro. Estas funções não se dão pela aplicação técnica, mas pela qualidade de presença do analista.

Podemos utilizar esta reflexão como metáfora para o cuidado, sendo que o cuidador de idosos também testemunha, também tem a função de reconhecimento de uma história e sofrimento humano. É através do encontro que as potencialidades de ambos, cuidador e idoso podem aflorar e “servir à criatividade” e “cumprir sua função de cuidador”. Esta função se constitui pela qualidade do encontro e da presença do cuidador. Receber o que o idoso pode oferecer na relação com o cuidador, mesmo quando muito adoecido, e reconhecer sua singularidade pode favorecer a comunicação e a relação de cuidado.

Estas semelhanças entre o cuidado psicanalítico, o acompanhamento terapêutico e o cuidador de idoso se dão pela condição e necessidade humana de cuidado, porém guardam diferenças marcantes que precisam ser destacadas. Dizemos isso porque o cuidador de idoso, particular ou contratado pelo poder público, é normalmente profissional com pouca instrução formal e sem suporte psicoterapêutico para a realização de trabalho de extrema complexidade. Este profissional se depara com condições de muita precariedade humana, recebendo pouca ou nenhuma formação e amparo adequado para a realização de seu trabalho. Outra característica muito frequente é serem os cuidadores também idosos ou pessoas com cinquenta anos ou mais, que vivenciam conflitos muito próximos dessa fase da vida (DIOGO, CEOLIM e CINTRA, 2005; MAZZA, CEOLIM e CINTRA, 2005; BRAZ, 2008; ANJOS, 2010; GAIOLI, 2010).

Muitos cuidadores particulares são contratados como empregados domésticos para exercerem múltiplas funções, cuidam da casa, do idoso, da comida, das roupas, tendo que se dividir entre as tarefas e o cuidado às necessidades complexas do idoso fragilizado. O cuidador de idosos, na saúde pública, não é um empregado doméstico, responsável pela limpeza da casa, o que não o impede de auxiliar o idoso em pequenas tarefas em sua residência. Em situações extremas, de muita precariedade no cuidado da higiene do ambiente do idoso acompanhado, o cuidador pode realizar uma verdadeira faxina, juntamente com o idoso, outros membros da equipe, ou até empresa especializada.

Há que ter claro o foco deste estudo, ou seja, o cuidador de idoso contratado pelo poder público para atendimento domiciliar a idosos inscritos em programas de saúde pública. Este profissional foi proposto, institucionalmente, no contexto da saúde pública, como alternativa ao asilamento, à retirada do velho de sua residência, quando falham outros dispositivos sociais e familiares. A internação em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) é uma opção que não é bem vista pela sociedade e é rejeitada pelo Estado por seu alto custo. Gera nos familiares a fantasia de estar abandonando seu pai, mãe ou avô, denunciando sua falência da condição de oferecer suporte às necessidades físicas, psicológicas e sociais ao idoso.

Goffman (2001) criou o termo “instituições totais” para designar instituições fechadas, com equipe dirigente que apresenta discurso que busca atender aos objetivos institucionais e que separam o internado da sociedade mais ampla, tais como manicômios, prisões e conventos. Podemos ampliar este olhar também para os “asilos”, em seus aspectos mais pejorativos. Nestes “asilos totais”, idosos internados terminam por perder o resto de sua autonomia, identidade e dignidade e transformam-se novamente em “bebês” dependentes, que incomodam por suas necessidades e desamparo. Em condições como estas, processos de desubjetivação que podem se expressar, por exemplo, através de dissociações, encerram em esquecimento de personalidades, vivacidades e integridades.

Este fechamento e caráter total da instituição agem sobre o indivíduo, que sofre transformações drásticas em sua vida, em seus aspectos pessoais e sociais. Segundo o autor, a pessoa passa por um processo de “mortificação do eu”, que são ataques à “concepção de si mesmo”, com o “despojamento” de seus bens e de tudo que é próprio e pessoal. As regras e rotinas da instituição devem ser rigidamente seguidas, independente das necessidades de um indivíduo em particular, e podem gerar tanto privilégios – quando obedecidas – quanto represálias, mais ou menos sutis.

Internar um idoso em uma ILPI é uma decisão normalmente muito difícil para familiares, que sofrem pela culpa e pelos olhares e atitudes desaprovadoras de outros familiares, vizinhos e amigos. É como se estivessem desprezando o idoso, despejando-o em um ambiente degradante e insalubre, mesmo quando esta parece ser a melhor opção de cuidado. Esta é uma observação importante, pois há inúmeras situações em que ficar em sua própria casa é perpetuar um abandono e isolamento, tal qual uma instituição total operaria. Por outro lado, a possibilidade de internação em uma ILPI, na qual se mantenha um cuidado integral, pode consistir em resgate e garantia de condições ambientais fundamentais para a sustentação de um *self* suficientemente integrado.

A oferta de cuidado ao idoso por uma instituição, família ou cuidador contratado vai se dando em função de novas necessidades sociais, que fazem com que as pessoas elaborem concepções de envelhecimento nessa fase da vida. Neste sentido, Barbieri (2008) realizou estudo de caso etnográfico sobre as representações de velhice, envelhecimento e cuidado de profissionais que trabalham em uma instituição asilar para idosos, articulando psicanálise e antropologia social. Segundo a autora:

...foi percebido no trabalho de campo que as ações são bem intencionadas. Porém, verificou-se que mesmo estas ações acabam por aniquilar a subjetividade do outro sem que isto seja visto desta forma, pois culturalmente não se tem o costume de analisar a necessidade que move o benfeitor de fazer o bem, independentemente das implicações para os envolvidos na relação (p. 184).

Para esta autora, as representações são inerentes à prática de cuidado, que se dá na relação, sempre de caráter transferencial. Conclui que, na prática profissional destes cuidadores, o dom é separado da técnica, e que o discurso de caridade – desejo de cuidar e fazer o bem – e o discurso biomédico – conhecimento tecnológico produzido para facilitar o cuidado – convergem para um mesmo tipo de prática que aliena o asilado e podem subjugar o idoso e seu conhecimento de vida, adquirido ao longo dos anos, seus sentimentos e sensações. Quando o cuidador realiza um fazer inconsistente, alienado ou dissociado, pode promover prática cronificante e até iatrogênica, ao invés de alcançar o objetivo de oferecer cuidado ao idoso fragilizado.

Sob professada intenção de cuidar, ideologias dominantes podem acarretar perdas subjetivas graves, cronificação e até apagamento do que é próprio. Cuidar, além de sua dimensão concreta, carrega seríssimas implicações éticas e políticas. Posicionar-se frente a um outro, que necessita de ajuda, significa um esforço de reconhecimento e resgate de sua singularidade e de oferta das condições de sustentação para que sua identidade permaneça em devir, até seus últimos dias. Desta forma, a formação de um cuidador se dá essencialmente no campo ético, muito mais do que no campo técnico, no constante exercício do reconhecimento empático das necessidades do outro.

Rodrigues et al (2001) também estudaram as representações sociais de quinze cuidadores formais de uma ILPI a respeito do cuidado a idosos. Utilizaram entrevistas semiestruturadas, com o referencial da Teoria das Representações Sociais, realizando análise de conteúdo que permitiu a elaboração de categorias. A nosso ver, chegam a interessantes conclusões, entre as quais ressaltamos o fato dos cuidadores mesclarem conhecimentos provenientes da ciência e do saber popular. Além disso, também nos parece importante o fato dos cuidadores representarem a velhice como situação de degradação humana, o que certamente afeta suas práticas cotidianas. Finalmente, concordamos com seu posicionamento quando apontam para a necessidade de uma reformulação do modelo tradicional de atenção aos idosos, por isto a importância de compreender o significado que o cuidado a idosos tem para o cuidador.

Já no campo do cuidado domiciliar, Andrade (1996) desenvolveu pesquisa exploratória-descritiva sobre a representação social do cuidador familiar de idosos que sofreram acidente vascular cerebral. Cinco cuidadores participaram da investigação, com idade entre quarenta e nove e setenta anos, quatro do sexo feminino e um do sexo masculino e estavam vivenciando, pela primeira vez, “cuidar de idoso” com sequela de AVC no domicílio. Realizou primeiramente entrevista estruturada com o objetivo de caracterizar

os sujeitos do estudo, como sexo, idade, ocupação, renda familiar, número de filhos, grau de parentesco com o idoso, tempo que exerce o papel de cuidador e estado de saúde. Em momento seguinte utilizou o Desenho-Estória com Tema para a investigação das Representações Sociais dos cuidadores estudados.

Segundo o autor:

(...) tanto a literatura como a experiência têm mostrado que o cuidado com idosos enfermos, por familiares, é atributo de um investimento afetivo, ou mesmo uma obrigação; nestes casos, estão envolvidos sentimentos ambivalentes, muitas vezes inconscientes, portanto de difícil acesso através de técnicas convencionais, como questionários ou entrevistas fechadas (p.50).

Segundo Andrade (1996), os cuidadores constroem um sistema de conhecimento particular acerca do cuidado com o idoso no domicílio, baseado nas situações cotidianas da prática de cuidar. São estes elementos do cotidiano que envolvem o processo de cuidado num ambiente social específico, gerando estratégias que privilegiam o saber do senso comum na condução desta prática. A criatividade e o improviso são fatores que muitas vezes desafiam e podem servir como estímulos para o cuidador no seu cotidiano.

Consideramos interessante destacar dois temas levantados por Andrade: a criatividade e a sustentação religiosa como formas intuitivas de suporte para esta atividade. Torna-se claro, a partir desta pesquisa, que a saúde emocional, a inventividade e a capacidade criativa e de brincar²⁰ são geradoras de transformação e proteção para o cuidador e, conseqüentemente, para quem é cuidado. Frente a uma situação de necessidades intensas, se o cuidador não se mune de recursos de auto cuidado, possivelmente não terá condições de sustentar sua prática ao longo do tempo, por conta dos diversos tipos de desgastes e sofrimento envolvidos neste fazer. Nesse contexto, a busca por suporte religioso, por sua vez, revela reconhecimento da necessidade de amparo.

Bohm (2009) estudou as histórias de vida de cuidadores de idosos familiares, com o objetivo de compreender formas de concretização destas práticas, por meio de entrevistas com três mulheres cuidadoras de suas mães. A autora buscou explicitar a atividade de cuidar de uma mãe idosa dependente e outros aspectos da vida da cuidadora, tais como rotina, trabalho e sentimentos. Apresentou as transformações que a necessidade de cuidado vivida pela mãe gera na vida de suas filhas cuidadoras, como parar de trabalhar para cuidar da mãe ou ter que trabalhar para ter condições financeiras de cuidar da mãe. Aponta que a atividade de cuidar é solitária, pela dificuldade das cuidadoras em dividir o cuidado da mãe com outra pessoa e, quando conseguem, sentem culpa.

Este estudo corrobora o de Andrade (1996) acerca do desamparo do cuidador, da solidão presente nesta atividade e da complexidade envolvida na formação e sustentação do cuidado em diversos níveis. São atravessadas pela culpa, por ser uma atividade sem

²⁰No sentido winnicottiano do termo.

exigência de qualificação acadêmica, oriunda de uma confluência e uma confusão de papéis (mãe, filha, irmã, amiga, avó, neta, funcionária). É possível que tanto os cuidadores familiares, estudados por Andrade (1996) e Bohm (2009), como os cuidadores deste estudo, contratados pelo poder público, apresentem pouca discriminação entre o papel profissional e pessoal.

Neste trabalho, pretendemos investigar o imaginário coletivo dos cuidadores de idosos contratados pelo poder público para trabalhar no domicílio de idosos. Estamos assim interessadas em produzir conhecimento que nos ajude a esclarecer sobre uma proposta institucional em saúde pública, o cuidado no domicílio a idosos realizado por cuidadores profissionais contratados pelo poder público.

Pretendemos investigar o cuidador de idoso real e concreto, aquele que encontramos na vida cotidiana, com suas faltas, limitações e virtudes e não o cuidador de idoso ideal. É essa figura que será aqui estudada, sua compreensão sobre o envelhecimento e sobre o idoso cuidado, profissional que emerge como elemento fundamental em nossos tempos de longevidade e que comporta a complexidade, fragilidade e potência de um posicionamento ainda carente de fundamentação, estudo e suporte.



Capítulo 2
Descrevendo estratégias
metodológicas

O presente trabalho é uma pesquisa empírica, na qual utilizamos uma abordagem psicanalítica, considerando-a como uma das opções teórico-metodológicas no campo das pesquisas qualitativas (AIELLO-FERNANDES, AMBRÓSIO, AIELLO-VAISBERG, 2012). Como sabemos, o enfoque qualitativo segue a mesma lógica de toda investigação empírica. Assim, trabalhando na intersubjetividade, tratamos, sempre, de definir um problema, de demonstrar sua relevância científica, teórica, clínica e social, de propor uma metodologia epistemologicamente fundamentada, que se preste à investigação dos objetivos e de “criar/encontrar” o material sobre o qual nos debruçaremos reflexivamente, em diálogo com outros autores. Mesmo que não seja estritamente observado o modelo consagrado na chamada abordagem quantitativa (objetivo, justificativa, metodologia, resultado e discussão), a *démarche* investigativa empírica, sob a qual se inscrevem tanto pesquisas quantitativas como qualitativas, segundo diferentes referenciais, não deixam de seguir uma mesma organização como trabalho intelectual.

A pesquisa qualitativa psicanalítica se concretiza por meio de procedimentos investigativos, que aqui denominamos “procedimentos de configuração do acontecer clínico”, “procedimentos de apresentação do acontecer clínico” e “procedimentos de interpretação do acontecer clínico”. Neste trabalho, todas estas etapas se concretizaram mediante o uso do método psicanalítico, ou seja, como fruto da interação entre dois movimentos: associação livre e atenção flutuante. A associação livre corresponde a uma das regras constitutivas do método investigativo freudiano, segundo a qual o paciente é convidado a dizer tudo o que lhe vier à cabeça, sem orientação ou controle por seleção voluntária do pensamento (LAPLANCHE, 1992). A liberdade na associação livre não denota uma indeterminação, para antes colocar em evidência uma ordem determinada que operaria em registro inconsciente. A segunda regra metodológica, de caráter complementar, conhecida como atenção flutuante, consiste no cultivo de um modo particular de escuta, que se ancora numa atitude fenomenológica de abertura à comunicação emocional do paciente. Na prática, isso se traduz numa espécie de interjogo, no qual as fantasias dos interlocutores articulam-se em busca de um consenso, sempre questionado e inerentemente provisório, a respeito do avesso do que foi dito. Assim, o método da psicanálise caracteriza-se por abertura, construção e participação (LINO DA SILVA, 1993: 20).

Visando facilitar a compreensão daqueles que optam por fazer uso do método psicanalítico, tanto em enquadres psicoterapêuticos, padrão ou diferenciados, como em pesquisas que abordam fenômenos sociais e culturais, Herrmann (2001/2004) propõe uma sequência de “palavras de ordem” a serem observadas pelo psicanalista: *deixar que surja, tomar em consideração e completar o desenho*. O primeiro ato, “*deixar que surja*”, consiste no cultivo de postura aberta o suficiente para esperar que o paciente, ou participante da pesquisa, traga o que necessita a seu tempo, “*aguardando que algum broto de sentido comece a surgir*” (p. 72). O segundo ato diz respeito a “*tomar em consideração*” aquilo que surgiu, sem permitir que se perca ou desapareça (p. 73). O terceiro ato se dá pela possibilidade de ir compreensivamente ao encontro do que foi apresentado pelo paciente para complementar a configuração de sentido afetivo-emocional emergente. Deste modo,

um tipo muito importante de conhecimento específico do campo psicanalítico, de caráter compreensivo emocional, poderá surgir (ORANGE, 1995).

Quando o psicólogo / psicanalista está inserido na saúde pública, todas as situações de atendimento, formais e informais, toda a interação com colegas, profissionais de diferentes áreas, tudo pode se tornar material de pesquisa, alvo de reflexão psicanalítica. Foi deste modo que a presente pesquisa se concretizou, delineando-se a partir de nossa inserção profissional em um contexto institucional que apresenta contornos próprios, verdadeiramente singulares. O psicólogo / psicanalista aí inserido responde a demandas *sui-generis*, que diferem daquelas encontradas quando clínica em outros campos de atuação (MENCARELLI, AIELLO-VAISBERG, 2012).

Sustentamos nossa prática como psicanalítica, apoiando-nos em Winnicott (1962), autor que ampliou o conceito da atividade clínica do psicanalista, que pode, no seu entender, dar-se de dois modos:

1. fazendo uso do dispositivo padrão freudiano, forjado para atendimento individual de pacientes neuróticos ou
2. sendo um psicanalista que faz outra coisa mais apropriada para a ocasião.

Ser um psicólogo / psicanalista na saúde pública exige a consideração de importantes especificidades, caso não queiramos praticar uma clínica pouco atenta à concretude das vivências de sofrimento da população sob nossos cuidados.

Entre nós, Herrmann (1979), afirma, baseando-se em Freud (1923), que a psicanálise se define, primária e essencialmente, como método de pesquisa. Colocado em marcha, este método gera conhecimentos que são elaborados por meio da proposição de teorias. O tratamento seria, nessa perspectiva, um tipo específico de uso do método, entre outros, na medida em que podem ser psicanaliticamente abordados, tanto patologias individuais, como fenômenos sociais e culturais. Em sua radicalidade, o método psicanalítico se assenta sobre o pressuposto de que todo acontecer humano é dotado de múltiplos sentidos afetivo-emocionais (AIELLO-VAISBERG, 1999). Apoiando-se em Bleger (1963/1984), leitor de Politzer (1928), diz Aiello-Vaisberg (2004a):

Dizer que toda manifestação humana está dotada de sentido significa dizer que faz parte, inevitavelmente, do acontecer humano. Portanto, a base do método psicanalítico é uma ética que consiste, sucintamente falando, na inclusão da alteridade. Trata-se, pois, de assumir o reconhecimento de todas as condutas dos seres humanos, cruéis, monstruosas, bestiais, sublimes, generosas, bizarras, ou o que mais se quiser acrescentar – são manifestações humanas e devem ser compreendidas como possibilidades do acontecer humano. Deste modo, quando o método é respeitado em sua radicalidade, compromete o profissional no sentido do lúcido repúdio a todo tipo de exclusão, concreta ou simbólica, de indivíduos e grupos. (AIELLO-VAISBERG, 2004a, p. 90-91).

Como vemos, os pressupostos psicanalíticos contrapõem-se, à visão da psiquiatria clássica, segundo a qual algumas condutas seriam incompreensíveis e apenas biologicamente causadas (BERCHERIE, 1980). De acordo com Herrmann (1999), sabemos que um psicanalista está trabalhando quando emprega o método psicanalítico, ou seja, quando coloca o método em ação, seja clinicando, terapêutica ou preventivamente, em consultório privado ou instituição, seja investigando fenômenos culturais e sociais.

O que denominamos configuração do acontecer clínico corresponde ao conjunto de procedimentos a partir dos quais se produziram os dois tipos de encontros que se constituem como fundamento empírico do presente trabalho. Compreendem as seguintes situações:

1. O encontro da pesquisadora com o contexto clínico / institucional em questão, que se concretizou por múltiplas interações, formais e informais, com diferentes atores institucionais, ao longo de dez anos. Abrange uma variedade de situações que ocorrem cotidianamente, para serem apenas posteriormente tomadas como material de pesquisa. Deste modo, surgiram "naturalmente", sem que nenhum procedimento de pesquisa tenha sido colocado em marcha.
2. A realização do encontro com cuidadoras de idosos da saúde pública, no contexto de uma entrevista grupal (DUSCHENE; HAEGEL, 2004), configurada para a investigação da personalidade coletiva "cuidador de idoso".

Esses dois tipos de encontro geraram, respectivamente, a primeira e a segunda narrativa transferencial²¹, que apresentamos a seguir, no terceiro capítulo. Vale notar que, no presente trabalho, a atenção aos cuidadores de idosos se realizou como suporte clínico a necessidades reais, tornando-se simultaneamente material de pesquisa. Seguimos, portanto, um modo de investigar bastante comum no campo da psicanálise, na medida em que os atendimentos são feitos segundo necessidades clínicas, servindo também como material de pesquisa.

Excelente exemplo, neste sentido, é aquele de Winnicott (1941), que estudou cientificamente uma situação padronizada de atendimento, que veio a ser conhecida como "jogo da espátula". Enquanto atendia cada criança, o psicanalista inglês se mantinha exclusivamente preocupado com as necessidades daquele caso particular, que pode, posteriormente, ter seus registros utilizados na investigação científica. O mesmo se pode dizer sobre suas consultas terapêuticas, que geraram obra de grande valor (WINNICOTT, 1971b).

Como vimos, o encontro entre a pesquisadora e o campo deste trabalho se deu ao longo de múltiplas atividades, abrangendo diferentes enquadres, formais e informais. Foi com o olhar e a ação pautados no método psicanalítico, que a presente pesquisa foi se definindo, a partir do contato da pesquisadora com as cuidadoras de idosos do Programa Acompanhante de Idosos, PAI, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo, em

²¹A narrativa transferencial (AIELLO-VAISBERG, MACHADO, AYOUCHE, CARON, BEAUNE, 2009) é um estilo de registro do acontecer clínico, que inclui a subjetividade do pesquisador/psicanalista.

diferentes contextos. Estes contatos e interações se deram em reuniões de equipe, durante o Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos da URSI-Sé²², e em conversas informais com as cuidadoras de idosos do PAI e demais membros da equipe.

O segundo encontro, configurado a partir de linhas mais estreitamente definidas, teve lugar sob forma de entrevista para abordagem de personalidade coletiva. Constituiu-se como acontecer diretamente inspirado pelo "jogo do rabisco" (WINNICOTT, 1964) e pelo "jogo da espátula" (WINNICOTT, 1941). Nele usamos o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (AIELLO-VAISBERG 1997,1998,1999) como "rabisco", no sentido winnicottiano do termo, enquanto nos mantivemos atentas, buscando favorecer a ocorrência de uma experiência completa, segundo a sucessão espontânea das fases de aproximação, envolvimento e desapego do objeto.

Conforme os princípios do Estilo Clínico *Ser e Fazer*, importará, sempre, estejamos na clínica ou na pesquisa, favorecer a superação de dissociações pela via de uma (re)aproximação de si mesmo, em ambiente humano suficientemente bom. Vale dizer, ambiente capaz de acolher e responder a necessidades emocionais fundamentais. Entretanto, sobre este fundo, que sempre nos norteia, destacamos, *a posteriori*, em função do objetivo da presente investigação, o imaginário dos participantes sobre a pessoa idosa, para sobre este nos debruçarmos interpretativamente, criando/ encontrando campos de sentido afetivo-emocional, ou seja, inconscientes relativos.

A partir destes dois encontros, com o contexto institucional e com os participantes da entrevista coletiva, chegamos à produção do que consideramos o material clínico desta investigação, que consiste em duas narrativas, a segunda das quais inclui desenhos-estórias produzidos pelos participantes. Vale aqui notar que estes últimos são, também, expressões narrativas, na medida em que contam, sob forma figurativa e verbal, como os cuidadores imaginam²³ os idosos, recortando uma parte significativa da dramática vivenciada (Politzer, 1928).

Cabe, agora, focalizar o acontecer retratado na segunda narrativa mais detalhadamente. Trata-se de uma entrevista coletiva, configurada como enquadre psicanalítico transicional (AIELLO-VAISBERG, 2004a, GIL, 2005, 2010; GAVIÃO, 1996, 2002). Nesta, utilizamos o Procedimento do Desenho-Estória com Tema, criado por Aiello-Vaisberg²⁴ (1997, 1998, 1999), a partir do Desenho-Estória de Walter Trinca (1972,1976), no intuito de dialogar transicionalmente com cuidadores de idosos que trabalham na saúde pública, sobre seu imaginário acerca de pessoas idosas.

²²O Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos da URSI-Sé é coordenado pela pesquisadora desde 2009 e oferecido pela equipe da Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé URSI-Sé. As aulas são ministradas pela equipe da URSI-Sé e do PAI, a funcionários da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo e interessados da comunidade.

²³Pensamos ser importante lembrar que, na medida em que a concepção de imaginação, aqui adotada, não se firma sobre uma contraposição entre falso e verdadeiro, podemos abordar o que imaginam pessoas sobre pessoas, situações ou objetos, como fenômeno altamente significativo.

²⁴Mestrados e doutorados tem sido defendidos na PUC-Campinas (Corbett, 2009; Tachibana, 2006) sob a orientação da Prof. Dr.^a Tania Maria José Aiello-Vaisberg, comprovando o valor heurístico deste procedimento na pesquisa sobre imaginários coletivos. O leitor interessado pode acessar esta produção na página da biblioteca do site www.puc-campinas.edu.br.

O Procedimento do Desenho-Estória com Tema busca ser um facilitador dialógico, que pode ser compreendido como estratégia clínica de cunho apresentativo e expressivo, no sentido winnicottiano do termo (AIELLO-VAISBERG, CORRÊA e AMBROSIO, 2000). Visa favorecer a manifestação dos participantes no encontro com o pesquisador clínico, para além de conteúdos conscientes ou de intelectualizações dissociadas da experiência, segundo paradigma intersubjetivo de pesquisa. Deste modo, pretende permitir que comunicação emocional profunda se estabeleça, para além de fenômenos conscientes, respeitando a radicalidade do método psicanalítico que, em última análise, aponta para a ideia de que toda conduta humana é dotada de sentido emocional humano (BLEGER, 1963; BERCHERIE, 1980; AIELLO-VAISBERG, 1999).

Tomar o Procedimento do Desenho-Estória com Tema como recurso mediador da comunicação emocional (AIELLO-VAISBERG, 1998), inspirado no “jogo do rabisco” de Winnicott (1965), consiste em cuidar da instauração de ambiente acolhedor e lúdico, capaz de permitir a manifestação de comunicação genuína e tão espontânea quanto possível, conforme amadurecimento emocional conquistado. Vale salientar, então, que aqui seguimos uma ideia de Winnicott, que não concebia seu jogo do rabisco como técnica projetiva, para que conteúdos inconscientes pudessem se manifestar na folha em branco, com a ajuda do psicanalista, que se manteria em postura de neutralidade não interferente. Winnicott brincava²⁵ ativamente com seus pacientes, como forma especial de diálogo (AIELLO-VAISBERG, CORRÊA e AMBROSIO; 2000), mantendo claro o objetivo de ajudar seu paciente por meio da compreensão emocional que poderia facilitar a retomada do desenvolvimento emocional eventualmente estagnado, no sentido de incremento da integração pessoal (WINNICOTT, 1965). Isto significa que qualquer ação do analista deve se dar, sempre e exclusivamente, em função das necessidades emocionais do paciente.

No “jogo do rabisco”, o terapeuta realiza um rabisco qualquer, convidando o paciente a completá-lo ou modificá-lo. Em seguida, o paciente faz seu rabisco, que será transformado pelo terapeuta e assim sucessivamente. O objetivo deste jogo é facilitar a comunicação emocional entre paciente e terapeuta. Em texto sobre as consultas terapêuticas, Winnicott (1965) diz:

Não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta, uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao caso. O princípio básico é o fornecimento de um *setting* humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. O piquenique é do paciente, e até mesmo o tempo que faz é do paciente (p. 247).

²⁵O brincar é aqui entendido, numa concepção winnicottiana, como posição existencial (AIELLO-VAISBERG, 2004).

Baseamo-nos paradigmaticamente neste jogo winnicottiano, quando realizamos atendimentos nas Oficinas Psicoterapêuticas *Ser e Fazer*²⁶, usando diversas materialidades, tais como, bordado-rabisco, flor-rabisco, papel-rabisco, vela-rabisco, cores-rabisco, (VITALI, AIELLO-VAISBERG, 2003; VITALI, 2004), todas intimamente ligados à personalidade do terapeuta. De forma similar, quando pesquisamos o imaginário coletivo, podemos usar o Procedimento do Desenho-Estória com Tema como rabisco brincante (VITALI, AIELLO-VAISBERG, 2003; VITALI, 2004).

Na presente pesquisa, este Procedimento concretizou-se por meio da solicitação de que os participantes fizessem um desenho de uma pessoa idosa e escrevessem uma história sobre a figura desenhada. Após a realização dos desenhos e da escrita das histórias, o material foi colocado em local visível para todos. Buscamos promover espaço de acolhimento e abertura às mais variadas manifestações, verbais e não-verbais, dos participantes para que pudessem atentar para a experiência vivida naquele momento. Buscamos cultivar ambiente suficientemente bom e confiável, capaz de acolher comunicações variadas e de tornar menos necessária a adoção de condutas defensivas. Não pedimos aos participantes que identificassem suas produções, pois nosso objetivo foi investigar a personalidade coletiva (GOLDMANN, 1971), ou transindividual, do cuidador de idosos e não o imaginário particular e pessoal de determinado indivíduo.

Quando o psicólogo / psicanalista está inserido na saúde pública, atendimento e pesquisa se produzem simultaneamente (MENCARELLI, AIELLO-VAISBERG, 2012). Tudo o que acontece na prática pode ser tomado como objeto de pesquisa. Cada encontro, cada interação, pode ser abordado como material clínico. Entretanto, a riqueza deste material poderia se perder facilmente, caso alguma forma de registro não seja realizada. Evidentemente, nenhum registro pode dar conta do acontecer humano, que é sempre devir inerentemente complexo, multifacetado. Contudo, tal como a partitura, que não é a música, mas um certo tipo de memória, podemos elaborar registros que nos mantenham num contato suficiente, para efeitos da realização de reflexões teórico-clínicas, com aquilo que vivenciamos.

Com a finalidade de “*tomar em consideração*”, não perder o que foi vivido e completar a configuração de sentido afetivo-emocional emergente, usamos a narrativa transferencial (AIELLO-VAISBERG, MACHADO, AYOUCHE, CARON, BEAUNE, 2009; GRANATO, AIELLO-VAISBERG, 2004a) como metodologia de registro do que foi vivido no cotidiano institucional e na entrevista coletiva com cuidadores de idosos. A nosso ver, as narrativas transferenciais são uma alternativa que favorece a apresentação do material, na medida em que facilita uma experiência criativa, durante a qual o leitor pode dialogar com o texto, num processo de coprodução de sentidos. Esta metodologia de registro do acontecer clínico pode apresentar

²⁶Granato, 2000; Sato, 2001; Camps, 2003; Mencarelli, 2003; Vitali, 2004; Ambrosio, 2005; Manna, R.E., Aiello-Vaisberg, T. M. J., 2006a; Aiello-Vaisberg, T.M.J., Manna, R.E., 2009; Manna, R.E., Aiello-Vaisberg, T.M.J., 2006a/ 2006b/ 2006c/ 2005; Manna, R.E., Micelli-Baptista, A., Aiello-Vaisberg, T.M.J., 2006/ 2005/ 2004; Manna, R.E., Mencarelli, V.L., Aiello-Vaisberg, T.M.J., 2006; Aiello-Vaisberg, T.M.J. 2009/2010/2011; Botelho, Aiello-Vaisberg, T.M.J., 2011.

de forma útil uma série de materiais que, de outra forma, ficariam inacessíveis. São confeccionadas em primeira pessoa, a partir das associações livres da pesquisadora relacionadas ao material clínico. O que ganha destaque, no momento da escrita, é o produto da atenção flutuante, que ressurgue nas associações da psicanalista / pesquisadora, presentes no que foi vivido. Nas narrativas transferenciais, a cronologia e a ordem formal perdem lugar para as nuances da relação, tem, portanto, como baliza fundamental, o interjogo transferencial e contratransferencial. Este estilo de registro preserva a qualidade e nuances intersubjetivas do encontro clínico, de forma mais integrada e que considera necessariamente o psicanalista / pesquisador como constituinte do campo. É quase como contar um sonho, no qual relatamos o acontecer de forma espontânea e acrescentamos sentimentos, associações de ideias e impressões.

De acordo com Politzer (1928), a narrativa seria o gênero que melhor expressa o caráter eminentemente dramático da experiência humana, aspecto que valorizamos na medida em que optamos por um posicionamento epistemológico que visa teorizar em máxima proximidade com a concretude do acontecer clínico (BLEGER, 1963). Apoiando-nos no acontecer, reconhecemos imediatamente a importância do campo transferencial, entendendo que é a partir dele que pesquisa psicanalítica se sustenta. Em outras palavras, podemos dizer que a interação humana é o lugar primordial do acontecer clínico em psicanálise.

Como vimos, consideramos, nesta pesquisa, dois tipos de encontros: um encontro com a instituição, vivenciado em situações formais e informais de interação com idosos, cuidadores e outros profissionais, e outro encontro, configurado sob a forma de entrevista coletiva com cuidadores. Deste modo cumprimos uma primeira etapa de uma *démarche* investigativa qualitativa, que adota a psicanálise como método (AIELLO-VAISBERG, MACHADO e AMBROSIO, 2003). A segunda etapa consistiu na elaboração de narrativas transferenciais, a partir de lembranças do vivido, *“na consideração metodológica de que a seleção do que é psicologicamente importante far-se-á pela via de impactos emocionais vividos pelo pesquisador clínico”* (AIELLO-VAISBERG, 2007b). Tais narrativas correspondem a uma elaboração que pode ser lida e relida pelo próprio autor e por outros leitores, o que permite que se coloque em marcha um processo inerentemente inconclusivo de produção de sentidos afetivo-emocionais.

Depois de interagir “a sós” com as narrativas e os desenhos-estória, a pesquisadora realizou sua apresentação²⁷ ao coletivo de pesquisadores da *Ser e Fazer*: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, serviço do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP²⁸. Este momento tem o objetivo de promover uma interlocução grupal e não

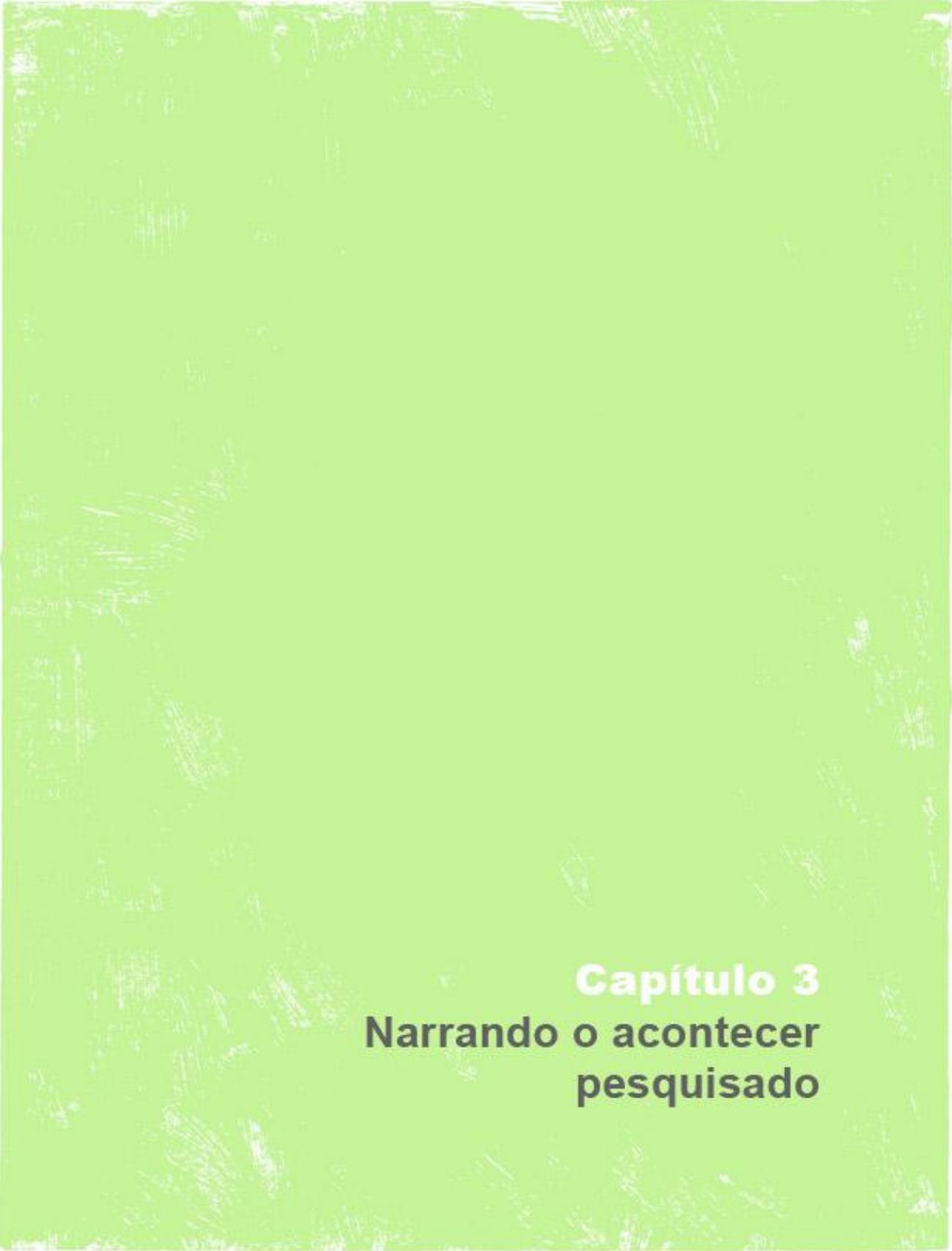
²⁷ Apresentação é aqui entendida na acepção winnicottiana do termo, para conotar “o encontro criador da pessoa com o mundo humano, no sentido de reconhecer que se processa como criação/ encontro do ‘not me’” (Aiello-Vaisberg, 2007b).

²⁸ Coordenado pela professora Leila Cury Tardivo e registrada como grupo de pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, sob liderança da prof.^a Dr.^a Tania Maria José Aiello Vaisberg.

de descobrir o “verdadeiro” significado dos acontecimentos contidos no material criado/encontrado.

(...) da interlocução assim estabelecida surgirão percepções criativas, eventualmente capazes de lançar luz e de alargar nossa compreensão sobre a complexidade do fenômeno do preconceito e estimular nossa inventividade no sentido de transformar as condições inter-humanas das quais se alimenta (AIELLO-VAISBERG, 2007b).

O método psicanalítico, portanto, mantém-se fielmente preservado ao longo das etapas desta pesquisa, por radicalizar a vocação psicanalítica do entre, da geração de abertura e comunicação.



Capítulo 3
Narrando o acontecer
pesquisado

Esperando termos sido suficientemente claras quanto a nossas opções metodológicas no capítulo anterior, apresentaremos aqui, duas narrativas transferenciais, “Trabalhando com cuidadores de idosos na Saúde Pública” e “Rabiscando Desenhos-Estória com Cuidadores de Idosos”.

A primeira narrativa, “Trabalhando com cuidadores de idosos na Saúde Pública”, abrange acontecimentos que tiveram lugar antes que o problema desta pesquisa tivesse sido formulado. Inclui eventos que contribuíram de modo decisivo para o estabelecimento do objetivo da pesquisa. Apresenta nosso contato com as cuidadoras, com idosos e profissionais, no contexto da instituição, em um lapso de tempo maior, além de informações necessárias à compreensão do que será aqui focalizado. Inclui diferentes acontecimentos, ocorridos em situações formais e informais, tais como nossa aproximação, reuniões de equipe e conversas espontâneas.

Já a segunda narrativa, “Rabiscando Desenhos-Estória com Cuidadores de Idosos”, versa sobre um acontecer clínico bem delimitado no tempo, realizado para atender a finalidade deste estudo. Consistiu numa entrevista coletiva feita com o grupo de cuidadoras, participantes desta pesquisa, ao redor do uso do Procedimento do Desenho-Estória com Tema.

Ambas narrativas têm em comum o fato de terem sido confeccionadas segundo a mesma metodologia, descrita no capítulo anterior, na medida em que são elaboradas de memória, a partir da observação das regras constitutivas do método psicanalítico, vale dizer, atenção flutuante e associação livre de ideias. A partir da consideração psicanalítica de ambas as narrativas, bem como dos desenhos-estórias que compõem a segunda delas, procederemos ao trabalho interpretativo de criação/encontro dos campos de sentido afetivo-emocionais subjacentes ao complexo acontecer em foco. Tais campos correspondem a interpretações, que serão apresentadas no capítulo 4.

3.1 Trabalhando com Cuidadores de Idosos na Saúde Pública

Para escrever esta narrativa transferencial de nossa experiência com o trabalho com as cuidadoras de idosos aqui estudadas, se fez necessário apresentar o campo vivencial que levou à necessidade deste profissional no contexto da saúde pública. Evocamos a presença de Jairo, idoso atendido pela equipe, cuja morte muito nos marcou²⁹:

A cena do velório de Jairo, sem ninguém para velar seu corpo, nos deu a dimensão de sua solidão. Pudemos perceber seu isolamento, falta de vínculos e de pessoas presentes em sua morte, que também estavam ausentes em sua vida. Várias vezes fomos à sua casa, acompanhados pela enfermeira da equipe, que cuidava de sua ferida, que nunca cicatrizava. Sabíamos que a visita seria demorada, ele tinha muito que conversar, mesmo sem ter onde sentar. Jairo morava em uma quitinete pequena, e em sua sala / quarto havia sua cama e a de seu irmão, que tinha morrido atropelado meses atrás. Sobre as camas havia muitas sacolas amarradas com seus pertences, em que ninguém podia mexer.

Jairo tinha sua casa, era independente para muitas de suas atividades, podia ir sozinho ao posto de saúde, mas não conseguia cuidar de sua(s) ferida(s), tanto a que carregava na perna como a que o distanciava das pessoas, de cuja presença tanto necessitava. Recebia a visita da equipe da Unidade de Referência à Saúde do Idoso URSI-Sé, enfermeira, técnicos de enfermagem, nutricionista, geriatra, psicóloga, assistente social. Por mais que tentássemos reservar um tempo maior para ele, parecia não ser suficiente, tanto tinha para contar. Era como se, com suas histórias, que se repetiam, tentasse segurar, ou “ganhar”, um pouco mais de presença humana. Esta necessidade, da presença constante de uma pessoa dedicada, que se mantivesse por um período maior que uma consulta médica, ou de outro profissional de saúde, era frequente entre os idosos atendidos pela equipe no domicílio.

Outro atendimento que nos marcou, de forma diferente do impacto vivido com Jairo, foi o encontro na casa dos irmãos Heitor e Oswaldo:

Heitor e Oswaldo são dois idosos diagnosticados como deficientes intelectuais, que moram sozinhos desde que sua mãe faleceu. Oswaldo chora todas as noites, bate um cajado com força no chão e grita de saudades da mãe. Uma vizinha cuida de ambos, levando-lhes, em duas visitas diárias, almoço e jantar. A casa é descuidada, a pintura está descascada... Sua alegria é um “bichinho de estimação”: um “singelo” ratinho que vez ou outra sai de um buraco do chão da casa!

Fomos chamadas para conhecer Heitor e Oswaldo após reclamações da vizinhança, que não suportava seus gritos de desespero e solidão pela ausência materna. Muito afetivos, nos receberam alegremente, mostrando a pequena casa vazia, sem móveis. A vizinha, que voluntariamente os ajuda levando comida, conta que só pode entregar a porção que comerão naquela refeição. Caso contrário, todo o alimento é consumido ou descartado,

²⁹A escolha das histórias apresentadas nesta narrativa segue, como afirmado acima, o método psicanalítico, através da atenção flutuante e associação livre de ideias. Foram escolhidas as experiências da pesquisadora que mais se sobrepuseram no momento de escrita da narrativa, por uma compreensão de que a importância do material se dá por sua potencialidade de marcar o psicanalista de diferentes formas.

independente da qualidade ou quantidade, pois apresentam grande dificuldade de planejar sua vida no tempo e no espaço, ignorando que dali a algumas horas terão fome novamente.

O isolamento e solidão de Jairo e o encontro com a história de dor e precariedade desses órfãos, nos deu a dimensão da importância do trabalho do cuidador de idosos no contexto da saúde pública. Pretendíamos evitar internações desnecessárias, e a grande maioria dos idosos atendidos não dispunham de familiares presentes, ou em condições de se dedicar ao cuidado do idoso, além das precárias condições econômicas para contratar um cuidador, apesar da grande necessidade de cuidado.

Desta forma, o trabalho realizado na casa de idosos como Jairo, Heitor e Oswaldo se iniciou quando a equipe começou a perceber que uma parcela da população, aquela que mais necessitava de ações e cuidados, estava excluída dos serviços tradicionais de saúde, por apresentarem limitações e fragilidades físicas, sociais e emocionais intensas. Passou a fazer parte da rotina da equipe a busca ativa pela população idosa e seus familiares, que não conseguiam chegar para atendimento no espaço físico da URSI. Iniciou-se, assim, o atendimento domiciliar realizado pelo geriatra, nutricionista, assistente social e equipe de enfermagem. Quando integramos a equipe da URSI, passamos a acompanhar colegas a estes atendimentos.

Ao buscar ativamente aqueles idosos que não chegavam ao serviço, a equipe foi se deparando com realidades como a de Jairo, Heitor e Oswaldo. Encontramos também o senhor Paulo³⁰, que, após derrame, não saía da cama para nada e, embaixo do seu lençol, andavam várias baratas. A senhora Conceição, muito obesa, que vivia sozinha após o falecimento de sua única filha, tendo como companhia apenas seu cachorrinho, que ficava todo o tempo em sua cama. A senhora Isabel, que vivia cega e sozinha em seu apartamento, sempre muito limpo, e a senhora Tereza, que, após uma queda, tinha muito medo de sair de seu quarto, em um cortiço na região central de São Paulo. Lembramos de uma senhora que conhecemos, que criou um “elevador” com uma corda, que colocava em sua janela para entregar a chave de sua porta e permitir a entrada de quem chegasse. Seu apartamento não tinha elevador e, com sua dificuldade para descer as escadas, de outra forma ficava muito difícil abrir a porta para quem fosse visitá-la.

Foram tantas as histórias vividas / encontradas pela equipe que realizava visita domiciliar, atendimento e monitoramento da saúde, que se fez necessário pensar em estratégias que pudessem dar conta da necessidade apresentada por esta população. É diante desta realidade que o cuidador de idosos da Prefeitura³¹ passou a se fazer presença essencial, figura com a qual ainda não contávamos neste trabalho.

Naquele tempo, há 10 anos, a mesma equipe interprofissional era responsável pelos atendimentos na residência do idoso, atendimentos ambulatoriais (individuais e em grupo)

³⁰Como mencionado anteriormente, todos os nomes são fictícios, para preservar a identidade dos pacientes.

³¹Os cuidadores de idosos estudados nesta pesquisa são contratados, com verba pública, pela OS (Organização Social) Associação Saúde da Família.

da população que se matriculava no serviço e seus familiares, atividades de prevenção e promoção à saúde, grupos de sociabilidade, memória, atividades corporais³², treinamento de profissionais em geriatria e gerontologia, curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos, participações em atividades inter setoriais e na comunidade, em movimentos populares, além de ações de inclusão social, como os núcleos de convivência para idosos moradores de albergues.

Foi neste contexto³³ que o projeto piloto “Anjos Urbanos” foi criado, em 2003, por uma parceria entre a antiga Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade³⁴ e a Secretaria Municipal da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Idoso, para a implantação do projeto social denominado “Começar de Novo”. Este projeto oferecia uma oportunidade de trabalho para pessoas com mais de 40 anos que, pela idade, se viam afastadas do mercado de trabalho. Uma possibilidade era se candidatarem a “Acompanhantes de Idosos”. Foram selecionados vinte e oito pessoas que passaram por um treinamento, oferecido pela UNIFESP,³⁵ para desenvolverem atividades de cuidado e acompanhamento de pessoas idosas.

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde – Saúde do Idoso e Saúde Mental – estabeleceu parceria com a Associação Saúde da Família, para implantar o projeto piloto “Anjos Urbanos”. Inspirado no livro *O Diário de uma Boa Vizinha*,³⁶ da escritora Doris Lessing, ganhadora do prêmio Nobel de Literatura 2007, este projeto tinha como objetivo contratar pessoas para acompanharem idosos das regiões Sé e Santana, que haviam realizado a capacitação do “Começar de Novo”, supervisionadas pela equipe da URSI-Sé.

O projeto piloto “Anjos Urbanos” ganhou, no ano de 2007, como um dos cinco projetos vencedores em todo o território nacional, a 9ª edição do Concurso do Banco Real, Talentos da Maturidade, na categoria Programas Exemplares. Foi reconhecido, em 2008, como uma das vinte experiências exitosas do SUS durante o XXIV Congresso Nacional das Secretarias Municipais e V Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz. Após estes reconhecimentos, o projeto piloto “Anjos Urbanos” recebeu financiamento para sua ampliação³⁷ e se tornou política pública para a cidade de São Paulo, sendo agora

³² Yoga, alongamento e caminhada.

³³ O leitor interessado pode consultar: São Paulo – SP. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo – 2012/ Tiragem: 6000 exemplares.

³⁴ Hoje, Secretaria Municipal do Trabalho e do Empreendedorismo.

³⁵ Instituição parceira, por meio do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG).

³⁶ Neste romance, a autora conta a história de uma jornalista que perde o marido e a mãe e passa a dedicar seu tempo aos seus vizinhos idosos na cidade de Londres. Entre várias atividades que a comunidade da região oferece aos idosos, fazer compras, limpar a casa, cuidar da alimentação, companhia, está o que chamam de “Boa Vizinha”. A tarefa da “Boa Vizinha” é visitar com frequência a pessoa idosa que não tem família e destas visitas nasce uma forte relação afetiva entre a jornalista e uma idosa.

³⁷ Segundo informações do site da Prefeitura Municipal de São Paulo http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_idosa/index.php?p=5498, acessado em fevereiro de 2013, atualmente existem 22 equipes do Programa Acompanhante de Idosos em diversas regiões da cidade de São Paulo. A relação segue no anexo.

denominado *Programa Acompanhante de Idosos – PAI*. Conta atualmente com equipe própria de saúde, ficando a equipe da URSI como retaguarda, responsável pela assessoria e supervisão do trabalho. A equipe do PAI é formada por uma assistente social, coordenadora do programa, um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um motorista e dez cuidadoras de idosos. A pesquisa aqui apresentada foi realizada com oito das dez cuidadoras de idosos do Programa Acompanhante de Idosos da Sé.

O primeiro grupo de cuidadores de idosos contratados pela Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo foi batizado com o nome de “Anjos Urbanos”. São anjos da cidade grande, talvez o desejo fosse contar com seres protetores, anjos da guarda. Lembramos, nesse momento, do filme *Asas do Desejo*³⁸, no qual anjos pairam em um mundo de humanos, desejando sentir, seja amor ou o gosto de uma fruta. Dariam a própria eternidade pela possibilidade de sentir algo, invejando os humanos e sua mortalidade. Este parece ser um campo presente no universo dos cuidadores de idosos, que devem agir como anjos, seres sublimes, com qualidades especiais, como se nada sentissem. Paradoxalmente, devem cuidar do idoso com tal dedicação, independente dos sentimentos despertados. Interessante notar que o dia municipal do cuidador voluntário é dia 26 de agosto, data em que nasceu Madre Thereza de Calcutá, símbolo de dedicação e abnegação.

Porém, na sociedade contemporânea, perdemos algumas ilusões, já não esperamos que existam pessoas perfeitas, livres de defeitos ou problemas. Ao mesmo tempo, fica uma imagem de dedicação quase absoluta para os cuidadores, que lidam com situações concretas e reais, na maioria das vezes de grande dificuldade.

Quando se torna política pública, os Anjos Urbanos recebem o nome de PAI (Programa Acompanhante de Idosos). A sigla PAI vem carregada de significado, que não podemos deixar de evocar. Em nossa sociedade ocidental, o bom pai ainda é visto como cuidador e provedor, responsável por uma atenção diferente do cuidado materno. Em contrapartida, muitas famílias brasileiras são chefiadas por mulheres, que inúmeras vezes são pai e mãe, quase anjos. Ainda a palavra PAI é utilizada, na cultura cristã, para evocar Deus e sua proteção.

Os cuidadores de idosos do Programa Acompanhantes de Idosos estudados são cuidadoras, mulheres com idade entre 25 e 59 anos, algumas são casadas, mas também há viúvas e solteiras, com ou sem filhos. São mulheres das classes populares, com escolaridade até o ensino médio e sem formação anterior na área da saúde. A maioria nunca trabalhou como cuidadora de idoso antes de ingressar no programa, eram donas de casa, vendedoras, operadoras de telemarketing. Muitas chefiam a própria família, além de

³⁸Na Berlim pós-guerra, dois anjos perambulam pela cidade. Invisíveis aos mortais, eles leem seus pensamentos e tentam confortar a solidão e a depressão das almas que encontram. Entretanto, um dos anjos, ao se apaixonar por uma trapezista, deseja se tornar um humano para experimentar as alegrias de cada dia. Sinopse retirada do site: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-2682/>

vivenciarem situações de perdas e dificuldades variadas, inclusive financeiramente. Outras residem com seus pais idosos, de quem cuidam ou são cuidadas por eles.

O nosso contato com as cuidadoras envolvidas nesta pesquisa se deu com a inserção da pesquisadora como psicóloga da equipe da Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé. De início, foi uma aproximação tímida. Participávamos das reuniões entre a equipe da URSI-Sé e do PAI e identificávamos, pelos relatos das cuidadoras, forte dedicação e proporcional sofrimento pelas dificuldades encontradas. Apresentavam as necessidades e sofrimentos dos idosos acompanhados, e para nós ficavam evidentes as necessidades e sofrimentos das cuidadoras, mas não sabíamos como ajudá-las. Tentávamos delicado movimento de aproximação, mas não tínhamos resposta.

Certo dia, uma dessas mulheres aparece na sala da URSI muito preocupada, percebendo que algo estava acontecendo lhe oferecemos um café e perguntamos se poderíamos ajudar. Imediatamente surpreendemo-nos por seu relato de violência, abandono e traição. Encontrava-se em absoluto desamparo e o que pudemos fazer naquele e em outros momentos que nos procurou, foi acompanhar sua história e nos oferecer enquanto presença humana e dedicada. Após alguns encontros em que nos procurou informalmente e nos mostramos disponíveis, ela nos agradeceu e confidenciou que antes nos achava arrogantes. “Nossa! Como nos enganamos com as pessoas!”

Episódios como esse passaram a se suceder com certa frequência. Sem que houvéssemos instituído um espaço de atendimento para essas mulheres, muitas delas passaram a nos procurar para confidenciar desejos, anseios ou situações difíceis de suas vidas. Sempre, o assunto que as trazia até nossa presença era ligado a suas vidas pessoais e só indiretamente aos idosos acompanhados. Sempre tivemos claro que este não se constituía como um espaço de atendimento psicológico às cuidadoras, pois fazíamos parte da mesma equipe, mas o fato da pesquisadora ser também a psicóloga da equipe e de estarmos disponíveis para conversar e ouvi-las, quando nos procuravam, promoveu os encontros.

Certamente foi o impacto vivido no contato com estas cuidadoras e o interesse por sua experiência emocional que motivou o desejo de realizar esta pesquisa.

3.2 Rabiscando Desenhos-Estória com Cuidadores de Idosos

Este trabalho foi realizado a partir de encontro com o grupo de cuidadoras de idosos³⁹ contratados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo⁴⁰, responsáveis pelo acompanhamento domiciliar a idosos da Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé, URSI-SÉ, mais especificamente com cuidadoras de idosos contratadas pelo projeto piloto “Anjos Urbanos”, atualmente política pública denominada PAI – Programa Acompanhante de Idosos. Pretendemos aqui realizar uma narrativa transferencial do encontro, que ocorreu com a totalidade das integrantes ativas do programa, ou seja, com oito das dez cuidadoras que fazem parte da equipe em questão. Duas das cuidadoras estavam em licença médica e não puderam comparecer neste dia. A entrevista coletiva (DUSCHENE, HAEGEL, 2004) foi realizada com o grupo de cuidadoras de idosos e não com cada uma individualmente, por entendermos que troca entre o grupo é momento propiciador de crescimento e mudança.

Convidamos as cuidadoras de idosos para participarem de um encontro, que tinha o objetivo de obter material de pesquisa e, secundariamente, constituir-se como um momento de cuidado. Sentamos em círculo, olhando umas para as outras, e distribuímos às participantes folhas sulfite A4, canetas hidrocor, lápis e gizes de cera coloridos. Solicitamos que desenhassem um idoso e contassem uma história sobre o idoso desenhado. Falamos que não precisariam identificar o seu desenho e se preferissem poderiam realizá-lo em qualquer espaço disponível da sala, que é bastante ampla. Todas permaneceram sentadas à nossa frente, sem intenção de se distanciar para que nós, ou qualquer outra participante, não identificasse seu desenho. Prontamente aceitaram o que solicitamos, demonstrando grande interesse e receptividade na atividade. Pareceu-nos que se sentiram cuidadas, pois a psicóloga da equipe da URSI ofereceu espaço para falarem de seu trabalho e dificuldades.

A entrevista transcorreu em clima descontraído e lúdico, conforme o delineamento adotado a partir do Jogo do Rabisco. O grupo de cuidadoras de idosos, participantes desta pesquisa, apresentou desenhos dos idosos que são efetivamente por elas cuidados, mencionando o nome do idoso escolhido, mas em vários momentos, referindo-se ao “meu idoso”, demonstrando o envolvimento e pertencimento à relação estabelecida.

Durante toda a atividade, falavam e interagiam umas com as outras e com a pesquisadora, sempre em tom de brincadeira. Com muitos risos, olhares e brincadeiras, o grupo de cuidadoras de idosos realizou o que lhes foi pedido, desenhar um idoso e contar uma história, em meio a várias verbalizações espontâneas:

“O meu está feio”, “vai ficar assim mesmo”, “está bonitinha a minha idosa”, “vou fazer a minha idosa com a mão na cintura”, “não vale colar”, “Roberta, fala para ela que não pode

³⁹Todos os participantes desta pesquisa concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em anexo.

⁴⁰A contratação dos cuidadores de idosos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo se dá pela parceria com a Associação Saúde da Família, Organização Social responsável pelo gerenciamento do programa com verba pública.

colar!”, “o meu idoso está com o braço engessado”, “coitado!”, “até que a minha idosa está simpaticinha”, “novinha minha idosa”, “pode por o nome da idosa?”, “você não fala mal da minha idosa!”, “tá com o vestido muito curto”, “o idoso não é bonitinho, a gente que olha com o olho do coração”, “tem idoso lindo sim!”, “a idosa cai e ela que adocece!”.

Colocamos os vários desenhos ao chão, no centro da sala e sentamos à volta para olharmos a produção do grupo por alguns minutos. Neste momento todos ficaram em silêncio, que foi interrompido pela leitura das histórias e compartilhamento dos desenhos realizados, também em clima lúdico.

Uma das cuidadoras contou que a idosa cuidada por uma colega havia levado uma queda, mas quem estava doente e de licença médica era a referida colega. Este relato nos fez pensar algo que já vínhamos percebendo no nosso contato com as cuidadoras de idosos. Muitas vezes, o sofrimento do idoso reflete o sofrimento da cuidadora, numa forte e complexa interação cuidadora / idoso cuidado. Podemos compreender que esta fala comunica, de forma sutil e profunda, um adoecimento intimamente relacionado entre idoso e cuidadora.

Ouvimos, quase como um sonho, e, em seguida, nos distraímos pela reação do grupo, que assume, neste momento, um clima de seriedade. Várias participantes contam como tem sido difícil realizar este trabalho, um verdadeiro desafio, que procuram assumir como uma missão, conta uma das cuidadoras.

“Depois de trabalhar durante anos como vendedora, apenas com moda e coisas bonitas, minha vida deu uma reviravolta, mudou muito e entendo que o que estou vivendo, nesta nova fase, é algo pelo qual tenho que passar, tem algo que preciso aprender com tudo isso!”

Este relato também nos parece significativo de uma comunicação de sentidos presentes na experiência, não apenas da cuidadora que verbaliza a questão, mas do grupo pesquisado.

O encontro seguiu com a leitura das histórias, compartilhamento dos desenhos e relatos, que atestam a vinculação destas mulheres com os idosos cuidados, e algumas dificuldades encontradas na realização do trabalho de acompanhar e cuidar de idoso fragilizado. Falam da preocupação com os pais velhinhos morando longe, com os filhos que deixam em casa sozinhos, com vizinhos, ou com a mãe idosa para poder trabalhar. Falam da solidão na vida e no trabalho, do excesso de responsabilidades, da obrigação de fazer um bom trabalho. Uma das cuidadoras desabafa, diz que precisam “aguentar” as situações difíceis, pois necessitam do trabalho e, além de tudo, o idoso não tem culpa, “coitado!” “Quando eles xingam, a gente tem que suportar, não pode responder, não pode se irritar, porque estão doentes!”

Mas, novamente nos distraímos pelo movimento do grupo, que aponta para um dos desenhos, lendo a história e contando o que sabem sobre o idoso desenhado. É a história

de dona M. desenhada com uma bengala: “Ela parece que carrega uma espada! Parece uma guerreira!” E lê a história em voz alta:

“D. M. é uma paciente impaciente, sistemática e bastante depressiva. Emocionalmente, sofre abalos nos feriados prolongamentos por conta que se sente desamparada em que diz respeito a ajuda na parte da saúde.

É uma idosa que tenho que lidar com muito carinho e cuidado, senão recebe a informação ao contrário e daí se ofende e surta”

O grupo ouve atentamente e ao final acrescenta: “Ela é exatamente assim! Se não formos com jeitinho, ela pensa que a abandonaremos e nos agride!” Todas parecem saber de quem se trata o desenho e quem desenhou.

Em seguida, mostram o desenho do Sr. A. e, após ler a história, duas cuidadoras relatam as queixas do idoso desenhado, destacando seu anseio por ter uma companheira. Uma delas, que ouvia as colegas, fala: “Homem viúvo não consegue ficar sozinho, rapidinho eles casam! Até que está demorando!”

Outra participante aponta para o desenho de outra dona M., com suas pernas inchadas, cabelos encaracolados, óculos e uma bengala. As participantes falam rindo da bengala: “Parece uma cobra!” Outra responde: “Parece que a bengala tem vida própria!”. “Para mim parece outra coisa!”, fala uma, em tom malicioso. Todas riem, se olham e continuam rindo, agora esperando nossa reação, mas antes que pudéssemos dizer qualquer coisa, outra participante acrescenta: “Que vestidinho curtinho!” Conseguimos apenas rir com o grupo, que parece se divertir, ao mesmo tempo que esconde certa ansiedade.

O grupo pega do chão o desenho de B., cuja história apresenta também seu marido A., e elogiam os traços da desenhista, ressaltando que descobriram hoje os talentos da colega.

Sucessivamente vão olhando cada desenho, relatando e compartilhando sua experiência, com o grupo e com a pesquisadora. Por vezes, perguntam se conhecemos determinado idoso, o que pensamos dele, como devem lidar com os esquecimentos do Sr. Carlos⁴¹. E com a ausência dos familiares da Sr.^a Miranda? Com as frustrações e solidão do Sr. Maurício?

A partir de todo este contato, percebemos que há uma comunicação significativa por parte das cuidadoras de idosos, desde um desabafo com o oferecimento de um café e de um espaço de acolhimento, dos relatos, alguns aparentemente despretensiosos, outros comoventes e nos conteúdos dos desenhos. Em todas estas variadas situações, podemos encontrar formas de comunicação emocional, que apresentam campos de sentido afetivo entre as cuidadoras e o tema estudado: o idoso.

Abaixo seguem os desenhos realizados pelo grupo durante o encontro.

⁴¹Nomes fictícios.

Desenho 1



Dona H

Minha idosa é muito
 vaidosa sempre que chega
 está cheia, arrumadinha.
 Quando D.V.P.
 adora ouvir Roberto
 Carlos. Não p/ fazer
 compras -

Desenho 2



↳ idosa muito dependente...
atrito.

Desenho 3

Sr. E

Sr. E um homem muito culto e estudado, viajou muito, conheceu muitos países, hoje enfrenta os problemas causados pela Idade.

Com 85 anos luta ~~essa~~ contra o Mal de Alzheimer, ~~o~~ esquecimento ~~o~~ deixa muito triste. ~~portanto~~ ~~essa~~ um Idoso muito alegre, comunicativo gosta de contar o que já passou em sua vida porém não sabe dizer e deixa transparecer a tristeza e a vontade de morrer.



Desenho 4



D. M. é uma paciente impaciente, sistemática, e bastante depressiva. Emocionalmente sofre abalos nos feriados prolongamentos por conta que se sente desamparada em que diz respeito a ajuda na parte da saúde. É uma idosa que tenho que lidar com muito carinho e cuidado, senão recebe a informação ao contrário e daí se ofende e surta.

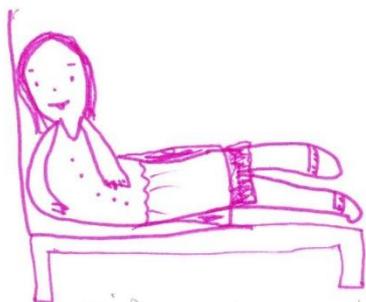
Desenho 5



Este idoso tem 84 é viúvo e tem muita vontade de viver, ele é muito solitário por morar sozinho, reclama muito quer se casar de novo. O que mais admira é por causa de vontade de de
Nita

Sr. A

Desenho 6



Minha avó; é uma pessoa; que no passado foi batalhadora; já eu vivia muito cedo; morando com os filhos pequenos; veio p/ São Paulo; batalhar muito quando os filhos;

Hoje, foi encontrada acamada; com vários problemas de saúde; mora com sua filha; que a ajuda em tudo.

meu trabalho com a avó é incentivar para que tenha um final de vida melhor; ajudando; nas tarefas de casa; teve Admissão cultural. artes.

lê a bíblia e conta os navios

Dona. Ni

Desenho 7



Esta idosa é a Sra. Be ela é casada
com Sr. Os, ela tem um A.U.C.
e está sempre sentada no sofá, tem 9
filhos e já faleceram 3, mora com seu
esposo e uma ajudadora (empregada)
mas ela é muito feliz, está sempre
cantando e eu gosto muito sempre com
ela

Desenho 8



Dona M. está c/ as pernas bastante inchadas, precisa fazer uso da bengala, está ansiosa porque precisa de um acompanhante p/ ajuda-la ir ao Posto de Saúde.



Capítulo 4
**Apresentando campos
de sentido afetivo emocionais**

As narrativas transferenciais apresentadas no capítulo anterior, que incluem 8 desenhos-estórias produzidos durante uma entrevista coletiva, foram visitadas e revisitadas, no contexto do grupo de pesquisa e de encontros de orientação, permitindo a emergência de diversas associações livres, a partir de múltiplos olhares. Esta prática é coerente com uma visão epistemológica que considera o processo interpretativo como comunicação emocional inter-humana e não como busca de um sentido único e verdadeiro. Lidamos aqui com "verdades emocionais", que são um tipo bastante peculiar de verdade, de caráter eminentemente paradoxal, multifacetado e mutante. O trabalho coletivo evidentemente configura um fenômeno transferencial diferenciado, já que os integrantes do Grupo de Pesquisa interagiram com estas narrativas transferenciais. No entanto, vale frisar que um trabalho de finalização e seleção, que permite a apresentação dos campos de sentido afetivo-emocional, como avesso produtor das manifestações, corre sob responsabilidade direta da parceria orientanda-orientadora.

Optamos, assim, por apresentar seis campos de sentido afetivo-emocional que, a nosso ver, permitem uma compreensão interessante da questão aqui investigada. Três deles referem-se à situação vivida pelo idoso, "*perdendo a autonomia*", "*empobrecendo a convivência*" e "*vontade de viver(?)*". Os outros três campos organizam-se em torno da relação cuidador-idoso, "*cuidar enobrece a alma*", "*cuidado com esse velho!*" e "*mas eu sou de confiança!*".

Estes campos são aqui definidos de modo propositalmente sintético, resultando num capítulo forçosamente curto, à luz do qual deverá ser lido o capítulo seguinte, "Tecendo reflexões clínico-teóricas". De acordo com a metodologia que adotamos, toda interpretação deve buscar a regra, crença ou valor fundamental, ao redor do qual se organiza cada campo, porque será a partir desse fundamento que as diferentes condutas adquirirão seu sentido afetivo-emocional.

Cuidar enobrece a alma



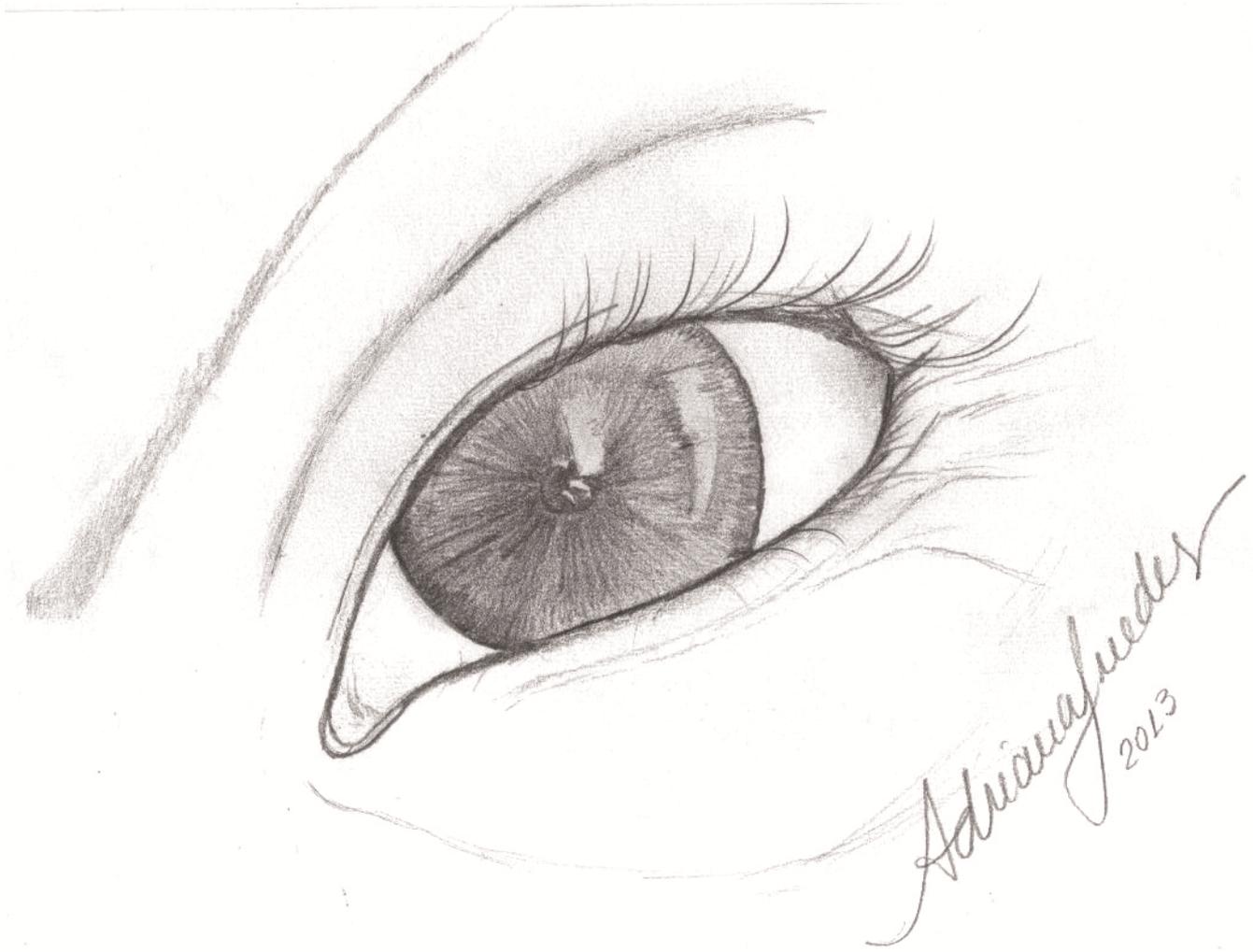
O campo “*cuidar enobrece a alma*” se organiza ao redor da crença de que, cuidar de idoso de forma abnegada enobrece os cuidadores, conferindo valor e significado a esta prática.

Cuidado com esse velho!



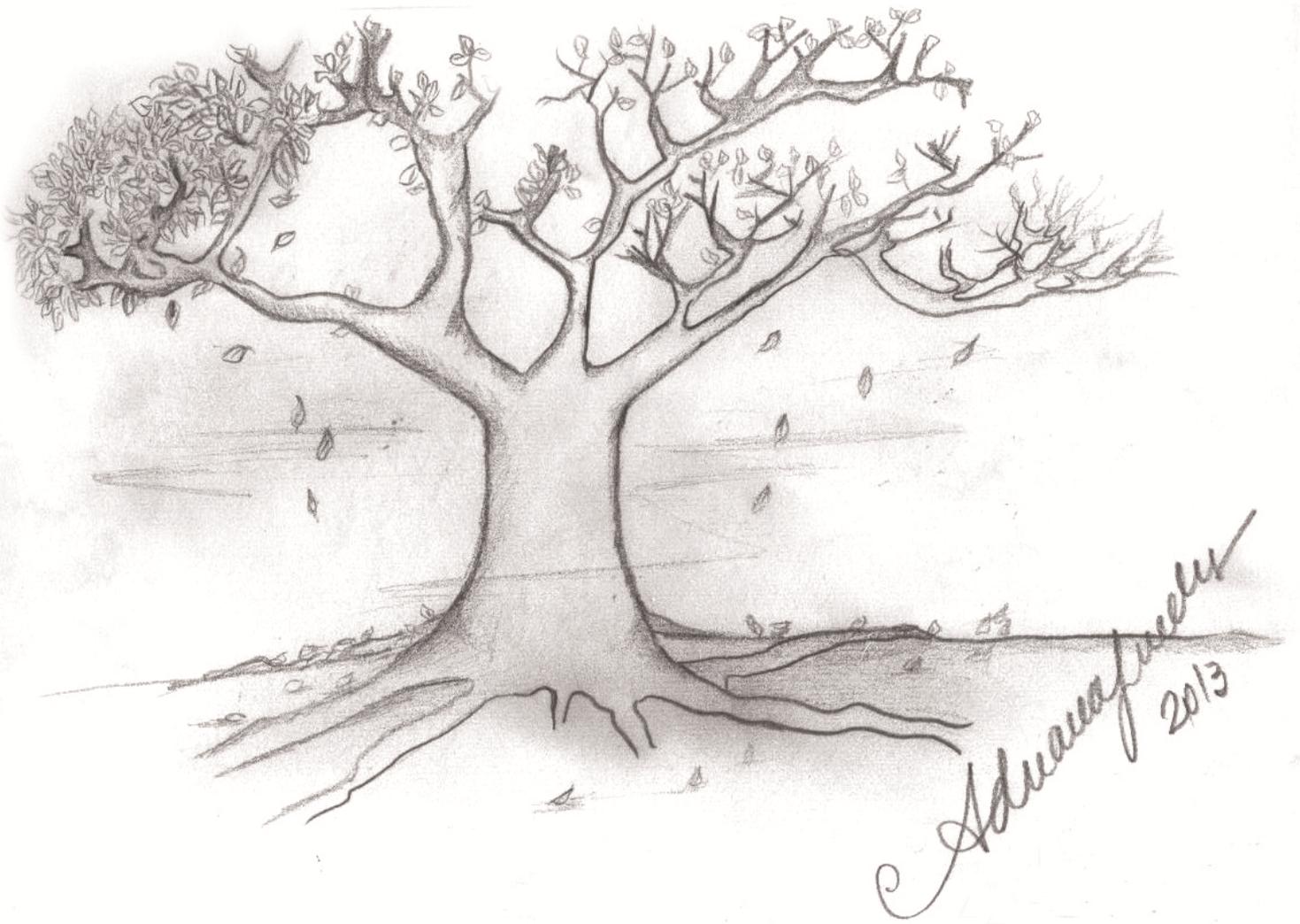
O campo que aqui denominamos como “*cuidado com esse velho!*” organiza-se ao redor da crença de que os idosos podem se comportar de modo hostil e agressivo em relação aos cuidadores, que, deste modo, tornar-se-iam suas vítimas.

Mas eu sou de confiança!



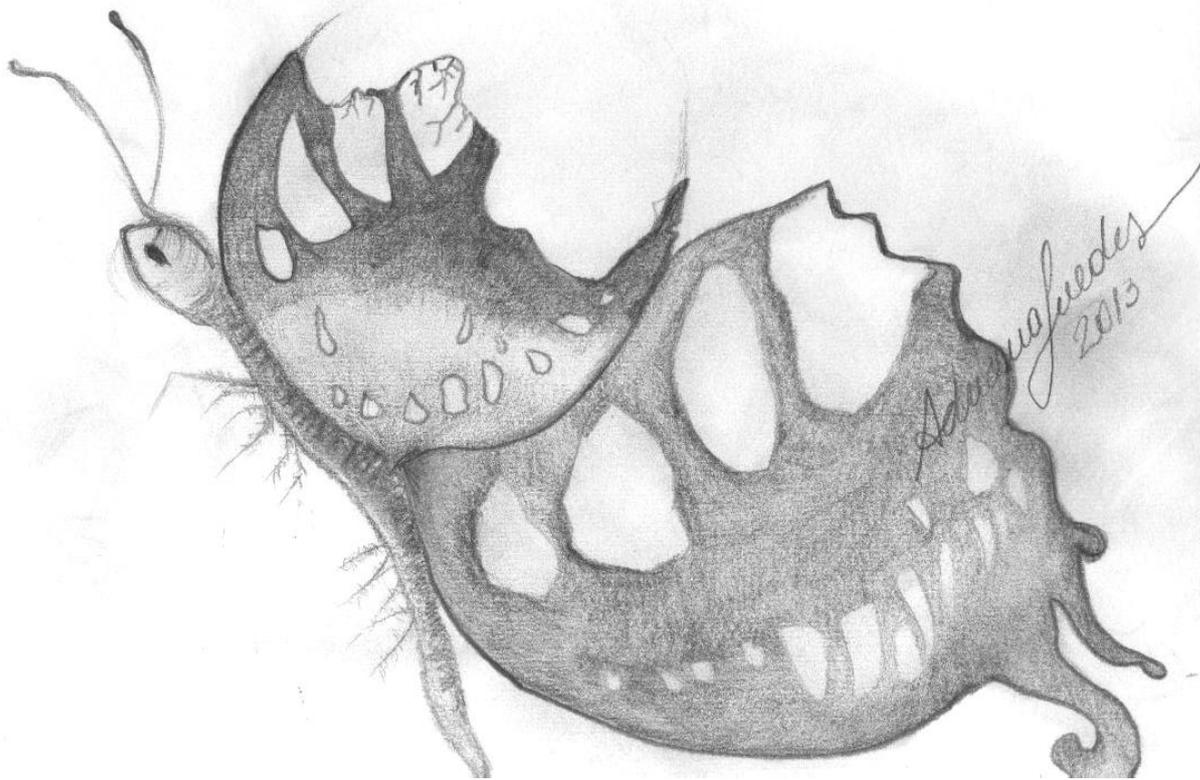
O campo "*Mas eu sou de confiança!*" organiza-se ao redor da crença de que cuidadores ocupam posição que lhes permite maltratar e agredir o idoso.

Perdendo a autonomia



A regra fundamental ao redor da qual se organiza o campo “*perdendo a autonomia*” é a crença de que o envelhecimento traz perda progressiva da capacidade de cuidar de si mesmo como um adulto.

Empobrecendo a convivência

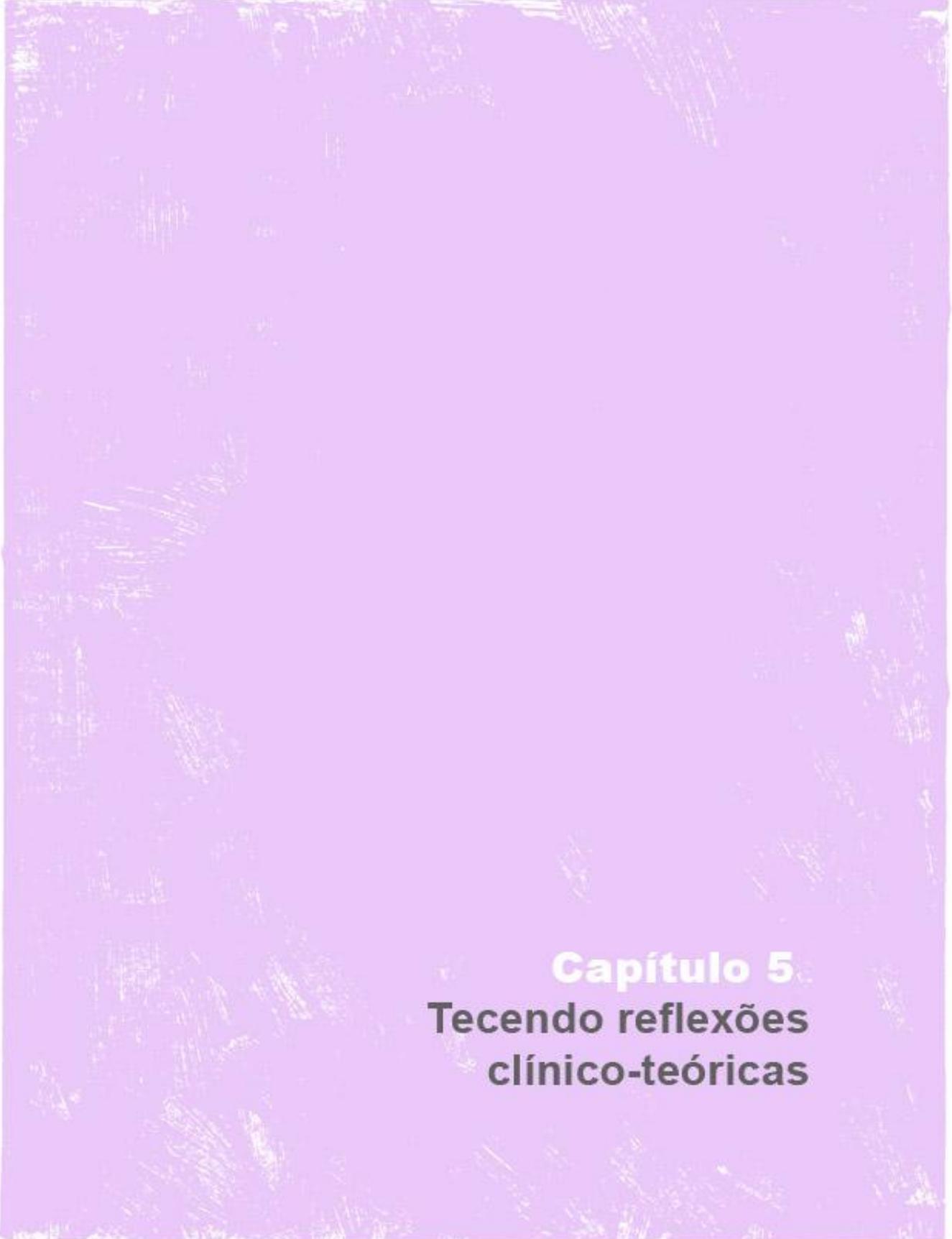


O campo “*empobrecendo a convivência*” se organiza ao redor da crença de que viver muito coloca a pessoa numa posição existencial de assistir tanto à morte de muitos daqueles com quem conviveu, como ao afastamento cotidiano dos mais jovens, que devem se envolver com suas próprias responsabilidades.

Vontade de viver (?)



O campo da “*vontade de viver(?)*” se organiza ao redor da crença de que a proximidade da morte coloca o idoso numa situação emocionalmente paradoxal, na qual coexistem necessidades opostas de sobrevivência e de desapego à vida.



Capítulo 5
Tecendo reflexões
clínico-teóricas

Neste capítulo final, buscamos refletir sobre os campos de sentido afetivo-emocionais produzidos interpretativamente quando interagimos psicanaliticamente com as narrativas transferenciais e os desenhos-estórias. Criamos/encontramos seis campos, que sustentam o imaginário dos cuidadores de idosos a respeito do idoso. Três destes campos organizam-se em torno da relação cuidador-idoso: "*cuidar enobrece a alma*", "*cuidado com esse velho!*" e "*mas eu sou de confiança!*". Os outros três campos se referem à situação vivida pelo idoso fragilizado: "*perdendo a autonomia*", "*empobrecendo a convivência*" e "*vontade de viver(?)*". Lembramos que os campos são interpretações, configurações de sentido, verdadeiros mundos emocionais, que se organizam ao redor de um valor, de uma regra ou de uma crença.

Começaremos tecendo comentários sobre o campo denominado "*cuidar enobrece a alma*". Trata-se de um campo de idealização e apaixonamento, sob a vigência do qual as dificuldades inerentes às tarefas do cuidador de idosos podem ser defensivamente negadas. Organiza-se ao redor da crença de que o cuidador seria alguém especial, possivelmente eleito pelo destino, ou por poderes sobre-humanos, para realizar trabalho difícil, do qual poucos dariam conta. Tudo se articula como se o cuidar correspondesse a uma oportunidade para o exercício de dedicação abnegada a outros seres humanos, carentes e fragilizados, a partir do qual o cuidador alcançaria crescimento espiritual.

Este campo de sentido está, provavelmente, vinculado à noção religiosa de conquista da santidade por meio do serviço, da dedicação aos mais necessitados, que motiva viagens heróicas de pessoas abnegadas a rincões de pobreza e doença, tendo em vista proporcionar alívio do sofrimento alheio.

Relaciona-se também à condição da mulher contemporânea, o que não surpreende, dado que cuidar de crianças, idosos, doentes e deficientes tem sido, na sociedade ocidental, obrigação feminina. Quando encaram as pesadas responsabilidades, vinculadas à conhecida dupla jornada, na qual se acumulam obrigações profissionais e afazeres domésticos, desde um imaginário que valoriza a "rainha do lar", para quem sobram as tarefas mais difíceis e menos nobres no dia a dia. Luta, muitas vezes, para manter relações conjugais sofridas, para garantir esta nobre e honrosa condição, ao lado do marido que pode se desonerar de qualquer tipo de participação nas lides domésticas, para apenas gerar ganhos financeiros – ou, até, enfrentando períodos de desemprego, sem se tornar mais ativo e participativo no âmbito familiar.

O fato é que cabe, aos cuidadores e às mulheres, encarregar-se de tarefas difíceis, que se vinculam diretamente ao trabalho de limpeza - da casa, da cozinha e do banheiro, bem como da higiene corporal e íntima de bebês, crianças, idosos, deficientes e doentes. Ainda que toda limpeza seja absolutamente fundamental, aqueles que dela se encarregam são socialmente desvalorizados e tendem a receber remuneração modesta, segundo a ideia de que quem "não estudou", "não tem preparo", deve se sujeitar a assumir este tipo de

trabalho. Ora, é exatamente esta desvalorização social das atividades do cuidador o que mobiliza a fantasia de predestinado, que deve encontrar sua recompensa numa esfera de espiritualidade, enquanto tolera salários modestos e os efeitos de uma certa humilhação social (GONÇALVES, 1998).

Há ainda que notar que, no caso de contratação pelo poder público, muitos cuidadores vivenciam a entrada na profissão como uma forma de promoção trabalhista, uma vez que vem de posições laborais ainda mais subalternas. Contudo, como todos sabem, esta mudança de posição ainda é pequena.

Passando para a consideração do campo “*cuidado com esse velho!*”, percebemos que se organiza ao redor da crença de que o idoso seria agressivo e rabugento, ou seja, capaz de maltratar quem está por perto e tenta ajudá-lo. Este idoso nunca estaria satisfeito, por mais que o cuidador fizesse e se dedicasse. Nunca mostrar-se-ia grato. Parece-nos que estamos diante de um tipo muito especial de poder e força, a força do mais fraco, que requer que o mais forte seja capaz de, valendo-se da própria fraqueza, prejudicar fortemente a reputação do cuidador.

No avesso desse campo, no qual o idoso é temido, está “*mas eu sou de confiança!*”, que se relaciona ao campo anterior, pois ambos revelam a questão da violência em facetas distintas. Enquanto “*cuidado com esse velho!*” evoca, no imaginário do cuidador, os perigos a que pode estar submetido, caso não seja aceito pelo idoso, “*mas sou de confiança!*” destaca a crença na possibilidade do cuidador maltratar o idoso. Ambos são campos paranoides, nos quais alguém seria capaz de humilhar e maltratar o outro. Cuidador e idoso são colocados em polos distintos, ao redor da questão: “Quem oferece perigo, o cuidador ou o velho?” Ambos podem maltratar e se confundir, projetando no outro a precariedade e as dificuldades de sua própria existência. Há, porém, que lembrar que a relação cuidador-idoso pode se dar com certa assimetria. Nestes casos, o idoso frágil apresenta seu pragmatismo afetado em algum nível, enquanto a capacidade de ação psicomotora do cuidador é condição para exercício de sua atividade. Evidentemente, quando o cuidador é pago pelo idoso, diferentemente dos cuidadores da saúde pública, a assimetria com relação às capacidades psicomotoras é compensada pelo seu poder financeiro.

“*Mas eu sou de confiança!*” apresenta, como lugar de sentido, no imaginário dos cuidadores, o medo do idoso ser vítima de quem cuida dele. Neste campo, o cuidador parece temer sua reação frente às dificuldades vividas na relação com o idoso cuidado.

Tanto o campo “*cuidar enobrece a alma*” como “*cuidado com esse velho!*” podem indicar reações a adoecimentos emocionais, a afastamentos de si. Os campos “*cuidado com esse velho!*” e “*mas eu sou de confiança!*” apresentam certa dissociação da vivência de ódio, na relação de cuidado. Vale ressaltar que estes três campos correspondem ao que Bleger (1963) chamou de estrutura de campo, definindo-se como campos paranoides, na medida em que dimensões amorosas e odiosas da experiência humana se mantêm fortemente dissociadas.

O campo “*perdendo a autonomia*” coloca em discussão a questão da dependência, da perda da capacidade. Este campo apresenta o inverso do que se passa com a criança, que, nas fases muito iniciais de seu desenvolvimento, apresenta dependência absoluta (WINNICOTT, 1983), mas que, com a provisão ambiental suficientemente boa, caminhará rumo à dependência relativa e a condições cada vez mais próximas da independência. Este é um processo que pode se dar ao longo de toda a vida e em qualquer idade.

Porém, um idoso que adoece e perde sua autonomia não é uma criança, é um adulto que adquiriu certa independência e a perdeu. Este quadro evidentemente se aproxima mais da dependência pela doença do que da falta de autonomia do bebê. Contudo, temos constatado, em nossa prática, que alguns cuidadores infantilizam o idoso, tratando-o como uma criança incapaz. Entendemos que esta atitude, que muitas vezes se expressa pela preferência no uso de falas sempre no diminutivo, seja uma tentativa defensiva do cuidador, que inconscientemente busca tirar o idoso do campo da morte, para trazê-lo para o campo da vida. Secundariamente, a nosso ver, a infantilização se apresenta como defesa contra a sexualidade, fato bastante compreensível, dada a proximidade corporal. Em suma, acreditamos que, ao se dirigir ao idoso, como se este fosse uma criança pequena, busca-se tanto retirar o idoso da posição de fragilidade e temor da morte como do campo do erotismo, que se associa aos cuidados pela manipulação do corpo.

A dialética dependência / independência é fundamental na discussão do cuidado ao idoso. Na verdade, desde uma perspectiva do desenvolvimento humano, estamos mais bem preparados, pessoal e socialmente, para lidar com a dependência transitória da criança saudável, que, antevendo conquistas em seu desenvolvimento, vai se tornar um adulto autônomo. A situação aqui é diferente, pois temos uma pessoa que era autônoma e caminha para deixar de sê-lo, em função das perdas vividas. Quando entramos na questão do envelhecimento fragilizado, há alguém dependente, depois de haver conquistado patamares maiores de autonomia.

O cuidado, seja qual for, sempre exige uma presença humana concreta. É a concretude da presença humana o ponto comum de qualquer modalidade de cuidado. Quanto maior a fragilidade da condição – corporal, psicológica e social – a ser cuidada, maior a necessidade de devoção, presença e consideração das necessidades do outro em suas múltiplas dimensões. Ou seja, quando se aplica um cuidado concreto, se aplica também o mais sutil e profundo dos cuidados, que envolve sempre a presença de quem cuida.

Uma pessoa que goze de autonomia e sustentação na vida, também necessita se alimentar desse cuidado em qualquer fase de sua vida. Porém, para alguém com perdas de laços afetivos, perda cognitiva, perda de autonomia, poder contar com uma conversa, com uma comida, com o banho, é poder contar com o reconhecimento de sua existência, ser

alguém e existir em alguém. A concretude do cuidado pode ser o ponto de encontro de todas estas dimensões, concretude tal como gesto, como *holding*⁴².

O campo “*empobrecendo a convivência*” se organiza ao redor da dimensão da solidão e do isolamento. Nossa sociedade está organizada de forma centrada na família nuclear, prevendo algumas trocas com a família ampliada, mas longe de um compartilhamento de responsabilidade com a comunidade, quando cuidados especiais se fazem necessários. Isto faz muita diferença, em termos das condições de convivência e sustentação com que podemos contar. Provavelmente, a prática de cuidados é diferente em sociedades que tem na comunidade a organização primordial, pois isto implicaria a todos seus membros na responsabilidade pelos cuidados das crianças, dos idosos e dos enfermos. A convivência se vê claramente empobrecida nas atuais condições de vida social. Provavelmente, este campo emerge a partir de uma experiência generalizada de isolamento e solidão, presente nas cidades grandes na contemporaneidade.

O idoso vê-se isolado ou solitário porque as pessoas de sua geração, bem como os mais velhos, com os quais se vinculou, vão se afastando pelo falecimento, enquanto os mais jovens se distanciam porque estão cuidando de suas próprias vidas, trabalho, filhos, lazer, maridos ou esposas. Nestas circunstâncias, o dia a dia do idoso pode ser vivido como vazio, e as relações vão se perdendo ou se limitando. Evocamos novamente aqui Gordilho⁴³ et al (2000), que se referem à “intimidade à distância”, quando membros de uma mesma família, de diferentes gerações, residem em casas separadas. Esta realidade contemporânea está na base da crença ao redor da qual este campo se define. Nesse momento de nossa pesquisa, percebemos a importância de nos apropriarmos dos estudos do campo da sociologia, que se debruçam sobre essa temática. Fica aqui como sugestão de continuidade desta investigação.

Chegamos, por fim, ao campo “*Vontade de viver(?)*”, que se organiza ao redor da dialética vida e morte, de forma paradoxal, ao interrogar o imaginário dos mais velhos com relação à vida e à morte. Podemos morrer a qualquer momento da vida, porém podemos sair vivos da infância, da adolescência, da idade adulta, mas não saímos vivos da velhice.

Winnicott (1941) apresenta o “jogo da espátula” como forma de observação e comunicação com bebês, utilizando um abaixador de língua brilhante. Através deste jogo, o pediatra/psicanalista podia conhecer a forma de estar no mundo de bebês, entre cinco e treze meses. Sem a interferência de Winnicott ou da mãe, a criança com desenvolvimento saudável sente-se atraída pelo objeto, quer pegá-lo, mas hesita. Este primeiro momento foi chamado por Winnicott de período de hesitação. No período de posse, após superar o período de hesitação, a criança pega a espátula e leva à boca, com muita salivação. Por fim, a criança vive um período de repulsa pelo objeto, jogando-o ao chão, mesmo quando lhe é

⁴²A palavra inglesa *holding* foi usada por Winnicott para definir uma forma especial de sustentação fornecida pela mãe a seu bebê e, analogamente, oferecida por um terapeuta devotado.

⁴³Citado na página 10 do capítulo 1 desta dissertação.

restituído repetidas vezes. Desta forma, após e só quando pôde fazer uso do objeto, a criança pode deixá-lo e partir, já que pôde vivenciar uma experiência completa. Podemos utilizar este jogo como metáfora da vida humana, por sua utilidade para auxiliar na compreensão da dialética vida e morte, com os três períodos do ciclo vital do *self*: nascimento, acontecer de si pela apropriação do mundo e possibilidade de morrer (SAFRA, 1999). O morrer é entendido por Winnicott como parte da saúde e do processo maturacional. Para morrer, a pessoa precisa primeiramente viver, existir e acontecer no mundo. Segundo Safra (1999):

... assim como há a necessidade de que o *self* crie e tome como parte de si o tempo, o espaço, o mundo, há também necessidade de realizar o mesmo com o morrer. Tanto é importante para o indivíduo que entre no mundo humano, quanto é importante que, em um ponto de seu processo, o abandone. (...) O indivíduo pode acolher a morte, se aconteceu e se contribuiu com suas pegadas, com sua vida, com sua singularidade, na história da humanidade (p: 155).

Esta afirmação nos parece muito interessante e pertinente, pois aponta para uma possibilidade de morte. Entretanto, não podemos deixar de mencionar que o enfrentamento dessa situação é complicado na sociedade contemporânea. A clínica nos mostra que o ganho da idade nem sempre vem acompanhado de amadurecimento, que é sempre um desafio a ser alcançado. A morte é, com muita frequência, lidado como evento sofrido, pois, afinal de contas, caminhamos todos de forma individualizada, apesar da necessidade do outro.

No fundo da dificuldade com a partida, temos o medo da morte e do desaparecimento de nós e dos que nos cercam. Este, talvez, seja o maior desafio, não só do cuidador, mas de todos: lidar com o limite da vida. Alguns idosos estão, como condenados à pena máxima, no corredor da morte, assistidos pelo cuidador que vislumbra o destino humano de forma nua e crua. Esta experiência é, na maioria das vezes, vivida como terror puro e aniquilamento do *self*. Aqui, a célebre frase de Simone de Beauvoir (1990), "*velho é o outro*", auxilia na proteção dissociativa da morte e do viver, algo tão humano.

Refletindo sobre os campos encontrados, entendemos que a condição de idoso frágil gera impactos emocionais e que os cuidadores são sensíveis aos delicados aspectos que ligam a dimensão relacional inerente ao cuidado do idoso. Entendemos, portanto, ser fundamental uma capacitação continuada, pois mesmo aqueles cuidadores que já alcançaram uma boa experiência devem seguir frequentando grupos e consultorias terapêuticas (GRANATO, AIELLO-VAISBERG, 2004b), um dos enquadres diferenciados "*Ser e Fazer*", voltado ao acolhimento que emerge no contexto da interação entre profissionais de saúde e seus pacientes.

Para finalizar, destacamos que os seis campos criados/encontrados indicam, de modo suficientemente preciso, quais são as principais questões psicológicas em processos de capacitação de cuidadores de idosos: apresentar-lhes a dramática de vida do idoso frágil

(Poltzer, 1928) e prepará-los para lidar com as delicadas interações que este tipo singular de intimidade certamente pode gerar.

Referências

AGOSTINHO, M.L. O Porco-Espinho, o Menino do Furacão e outras Estórias: Quadros de uma Exposição Psicanalítica. 2003. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

AIELLO-FERNANDES, R.; AMBRÓSIO, F.F. AIELLO-VAISBERG. T.M.J. O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: Considerações Preliminares. In: Anais da Jornada APOIAR. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2012.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Investigação de Representações Sociais. In: W. Trinca (org.) Formas de Investigação Clínica em Psicologia. São Paulo, Vetor, 1997.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999). Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Sofrimento Humano e Práticas Clínicas Diferenciadas. In: Tania Maria José Aiello Vaisberg; Fabiana Follador e Ambrósio. (Org.). Trajetos do Sofrimento: Desenraizamento e Exclusão. 1 ed. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2002, v. 1, p. 6-14.

AIELLO-VAISBERG T.M.J. Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. In: AIELLO-VAISBERG T. M. J.; AMBROSIO F. F. (Org.). Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004a. p. 23-58.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999). O uso do objeto teoria. In: Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida, S.P.: Ideias e letras, 2004b (Coleção Psi-Atualidades, 3).

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Sofrimento Humano e Exclusão Social: Pesquisa de Enquadres Diferenciados para Abordagem Psicanalítica Preventiva de Condutas Preconceituosas. (Projeto de Pesquisa) Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2006.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Psicopatologia e Contemporaneidade. In: II Encontro Psicologia da Saúde, 2007, São Paulo. II Encontro de Psicologia da Saúde - Mackenzie. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2007a.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Preconceito, Exclusão e Perversão social: Pesquisa Psicanalítica sobre Potencialidade Mutativa de Práticas Psicológicas em Instituições. Grupo de Pesquisa: Atenção Psicológica em Instituições: Prevenção e Intervenção. Projeto Temático para Orientação de Iniciações Científicas e Mestrados e Doutorados do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2007b.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Subjetividade e alteridade: considerações sobre o fundamento de uma clínica grupal na perspectiva winnicottiana. Revista da SPAGESP. v. 10, p. 26-33, 2009.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Etre un psychanalyste qui faire autre chose: Art-thérapie dans la clinique winnicottienne du self. In: Richard Forestiner. (Org.). Profession art-thérapeute. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2010, v. p. 131-136.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O uso de materialidades mediadoras na psicoterapia de grupo Winnicottiana: A proposta ser e fazer. In: Anais do XIV Simpósio Cefas. VÍNCULOS NA PÓS-

MODERNIDADE E INTERVENÇÕES CLÍNICAS: Grupos, casal, família e instituições. Campinas, São Paulo, 2011. P. 219.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M. C. L. ; AYOUCHE, T. ; CARON, R. ; BEAUNE, D. Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: Daniel Beaune. (Org.). Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues. 1ed. Paris: L'Harmattan, 2009, v. 1, p. 39-52.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M.C.L. & AMBROSIO, F.F. (2003) A Alma, o Olho e a Mão. In: Aiello-Vaisberg, T.M.J. Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. São Paulo: Ideias e Letras, 2004. p. 89-101.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J, MACHADO, M. C. Sofrimento humano e estudo da “eficácia terapêutica” de enquadres clínicos diferenciados, In: Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade. Org. por Tânia Aiello Vaisberg e Fabiana Follador e Ambrosio, São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J., Corrêa, Y. B., & Ambrosio, F. F. (2000). Encontros brincantes: o uso de procedimentos apresentativo-expressivos na pesquisa e na clínica winnicottiana. In: T.M.J. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrosio, (Orgs.). Cadernos *Ser e Fazer*: reflexões éticas na clínica contemporânea (pp. 55-67). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J., MANNA, R.E., A Arteterapia Ser e Fazer no Atendimento ao Paciente Idoso In: I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2009, Faro.

AMATUZZI, M. M. O Resgate da Fala Autêntica. Campinas, Papirus, 1989.

AMBROSIO, F.F. Ser e Fazer Arte de Papel: Uma Oficina Inclusiva. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

ANDRADE, A. do N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 21, n. 4, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400004>.

ANDRADE, O.G. Suporte ao sistema de cuidado familiar ao idoso com AVC a partir de uma perspectiva holística de saúde [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

ANDRADE, O.G. Cuidado ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 1996.

ANGELO, M. O contexto familiar. In: Duarte, Y.A.O; Diogo, M.J.D.E. organizadores. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 27-31.

ANJOS, A.C.Y dos. As repercussões do cuidar do idoso em quimioterapia oncológica na vida do familiar cuidador. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

AQUINO, F.T.M.; CABRAL, B.E.S. O idoso e a família. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A.L. Cançado, F.A.X.; Gorzoni, M.L.; Rocha, S.M. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara. 2002. p. 1056-60.

ARIÉS, P. A História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

AROS, A.C.C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Clube da Luta: Sofrimentos Radicais e Sociedade Contemporânea. Psicologia. Teoria e Prática, v. 11, p. 3-16, 2009.

AVILA, C. F. de. As gêmeas cantoras e o menino que sonhava jogar futebol: o imaginário de professores sobre inclusão escolar. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2008. 113p.

AVILA, C.F. de, TACHIBANA, M., & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. Paidéia (Ribeirão Preto), 18(39). Recuperado em 05 de agosto, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br.

BARBIERI, N.A. O dom e a técnica: o cuidado a velhos asilados. 2008. 207f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

BARRETO, M.A.M. Do vôo preciso: considerando o imaginário coletivo de adolescentes. 2006. 197p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2006. 197p.

BARRETO, M.A.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O tornar-se adulto no imaginário coletivo de estudantes interioranos. Psicologia em Revista (Impressa), v. 16, p. 310-329, 2010.

BATISTA, A.S.; ARAÚJO, A.B. Intimidade e Mercado: o cuidado de idosos e instituição de longa permanência. Revista Sociedade e Estado - Volume 26 Número 1 Janeiro/Abril 2011. <http://www.scielo.br/pdf/se/v26n1/v26n1a09.pdf>.

BERCHERIE, P. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Tournai-Belgique, Ed. Navarin, 1980.

BIRMAN, J. O Futuro de todos nós: Temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Estilo e Modernidade em Psicanálise. São Paulo, Editora 34, 1997.

BLEGER, J. (1963) Psicologia da Conduta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BOHM, V. Histórias de vida de cuidadores de idosos. 2009. 73f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Prof. Dr. Sergio Antonio Carlos.

BOTELHO, A.A.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Desenvolvimento de capacidades e gestualidades espontâneas. Paidéia (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 21, p. 257-262, 2011.

BEAUVOIR, S. A velhice. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1990.

BRACCIALLI, L.M.P.; BAGAGI, P.S.; SANKAKO, A.N.; ARAÚJO, R.C.T. Qualidade de vida de pessoas com necessidades especiais. Revista Brasileira Educação Especial, Marília, v. 18, nº 1, p. 113-126, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portal Atividade Legislativa: Projetos e matérias legislativas. http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=100403,

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto do idoso, Lei No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>, Acesso em 28 de agosto de 2011.

BRASIL. IBGE, (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Anuário Estatístico do Brasil 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.

BRASIL. Coren (Conselho Federal de Enfermagem) <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/5891>, 2013.

BRAZ, E. Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

CALDAS, C.P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Antropologia, saúde e envelhecimento. Minayo, M.C.S. & Coimbra Jr., C.E. (org.). p. 51-72. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

CAMARANO, A.A.; GHAOURI, S.K. El. Famílias com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro: IPEA; Ministério do Planejamento orçamento e gestão. 2003. (textos para discussão).

CAMPS, C.I.C.M. A Hora do Beijo: Teatro Espontâneo com Adolescentes numa Perspectiva Winnicottiana. 2003. 132 f Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

CASSIS, S.V.A.; KARNAKIS, T.; MORAES, T.A.; CURIATI, J.A.E.; QUADRANTE, A.C.R.; MAGALDI, R.M. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Revista Associação Medica Brasileira, 2007; 53(6): 497-501.

CID, C. ; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre Adolescentes em Produções Cinematográficas Brasileiras do Ano de 2009. In: XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas, 2011, Campinas. Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas, 2011. v. 1.

CORBETT, E. Até que a morte nos separe e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre sexualidade / Elisa Corbett. - Campinas: PUC-Campinas, 2009. 73p.

CRUZ, M.S. Reflexões sobre a relação entre personalidade borderline e as adicções. 2012. 132f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CRUZ, M.N.; HAMDAN, A.C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.

DEBERT, G.G. A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do envelhecimento. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 1999a.

DEBERT, G.G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: Neri, A.L.; DEBERT, G.G. organizadoras. Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus, 1999b. p. 41- 68.

DIOGO, M.J.D.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Revista da Escola de enfermagem da USP. v. 39, nº 1, p. 97-102, 2005.

DUSCHENE, S.; HAEGEL, F. L'entretien collectif. Paris : Armand Colin, 2004.

FERREIRA, J.C. Encontrando a Mulher: a Psicanálise do Self na Abordagem de um Singular Plural. 2004. 213f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

FERNANDES, E.S.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Abordagem Psicanalítica do Imaginário Coletivo sobre Adolescência nos Dias de Hoje a partir de Produções Cinematográficas Brasileiras. In: XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas, 2011, Campinas. Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas, 2011. v.1.

FREITAS, A.V.S.; NORONHA, C.V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.33, p.359-69, abr./jun. 2010.

FREUD, S. 1923. Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise e Teoria da Libido.

GAIOLI, C.C.L.O. Cuidadores de idosos com doenças de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2010. 105f.

GALLO-BELLUZZO, S.R. O imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre o primeiro atendimento clínico: um estudo psicanalítico. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Orientador: Tania Maria Jose Aiello Vaisberg.

GARRIDO, R.P.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.24 supl.1. São Paulo, abr. 2002. doi: 10.1590/S1516-44462002000500002.

GARRIDO, R.P.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*. v. 38, nº 6, p. 835-41, 2004.

GAVIÃO, A.C.D. Envelhecimento e psicoterapia psicanalítica: um estudo piloto através do método de Rorschach. 1996. 201 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

GAVIÃO, A.C.D. A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas: psicanálise, Rorschach e envelhecimento. São Paulo: Vetor, 2002.

GENARO JUNIOR, F. Clínica do envelhecimento: sobre o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS. 2013. 105 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

GIL, C. A. Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico. 2005. 179 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

GIL, C.A. Recordação e Transicionalidade: A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. São Paulo. 2010. 181f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOLDFARB, D.C. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GOLDMANN, L. La creation culturelle dans la societe moderne. Paris, Mdiations/Poche,1971.

GONÇALVES, M. Imaginário Coletivo de professores de loga brasileiros: um estudo sobre campos psicológicos. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2008. 103p.

GONÇALVES FILHO, J.M. (1998). Humilhação social – um problema político em psicologia. *Psicol. USP* vol.9 n.2, São Paulo.

GORDILHO, A.; SERGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L.R.; FREIRE, M.P.A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Unati: Rio de Janeiro. 2000. 92p. (isbn: 85-87897-01-2).

GRANATO, T.M.M., AIELLO-VAISBERG T.M.J. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12 (2), jul-dez 2004, 253-271p.

GRANATO, T.M.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. . Consultorias Terapêuticas: cuidando do profissional. *Cadernos Ser e Fazer/ IPUSP*, São Paulo, v. 4, p. 75-80, 2004b.

GRANATO, T.M.M. Encontros Terapêuticos: a Preocupação Materna Primária à Luz do Pensamento de Winnicott. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

GRANATO, T.M.M.; RUSSO, R.C. de T.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. *Mudanças (IMS)*, v. 17, p. 43-48, 2009.

GRATÃO, A.C.M. Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade. 2010. 160p. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

HERRMANN, F. (1979). *Andaimos do real: o método da psicanálise*. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 328p.

HERRMANN, F. (2001) *Introdução à Teoria dos Campos*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: *Pesquisando com o método psicanalítico*. Organizadores: Herrmann, F.; Lowenkron, T. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 43-83.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais (2012). Inf. Obtidas em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=2268,

KAMKHAGI, D. *Psicanálise e velhice: sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via Lettera, 2008.

LAHAM, C.F. Percepções de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. 2003. 161p. [Dissertação em Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEMOS, D.N.; GAZZOLA, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade* v.15, n.3, p.170-179, set-dez 2006.

LESSING, D. *O Diário de uma boa vizinha*. Rio de Janeiro, Editora Record,. 1.984. 222p.

LINO DA SILVA, M.E. (1993). *Pensar em Psicanálise*. In: *Investigação e Psicanálise*. Organizador: Lino da Silva, M.E. São Paulo: Papyrus.

LOPES, S.C. (2007). *As faces do envelhecimento sob um olhar psicanalítico*. Tese de doutorado (149 p.). Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 1085-1092, 2006.

MANNA, R.E., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados: Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública* In: IX Congresso Paulista de Saúde Pública: Saúde e Desenvolvimento, 2005, Santos.

MANNA, R.E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados: Bordando a Vida Ponto-a-Ponto*. In: *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários Coletivos como Mundos Transicionais*./Organizado por Tânia Aiello-Vaisberg e Fabiana Follador e

- Ambrosio. – São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006a. – p.95-115.
- MANNA, R.E., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Marathonist, Aninha, Runner, Flor: Stories Embroidered by Patients In: 16º Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo, 2006b, São Paulo.
- MANNA, R.E., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. The Workshop "Being and Doing" of Tapestry and Other Embroideries: A Differenced Modality of Group Psychotherapy in Public Health Care In: 16 Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo, 2006c, São Paulo. p.150 – 150.
- MANNA, R.E., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. A artepsicoterapia Ser e Fazer no atendimento ao paciente idoso. Congresso Luso Brasileiro da Psicologia da Saúde. Faro, Portugal. 2009.
- MANNA, R.E., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. El Estilo Clínico Ser y Hacer: Un Modo Diferente de Practicar Psicoanálisis en Equipamientos de la Salud Pública. In: TRIMBOLI, A. et a I. (Org.). Trauma, História y Subjetividad. Buenos Aires. Buenos Aires, Asociación Argentina de Salud Mental, 2010. p. 60-61.
- MANNA, R.E., MICELLI-BAPTISTA, A., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Bordado e Biscuit: Oficinas Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública In: XIII Encontro Latino Americano sobre o Pensamento de D.W. Winnicott, 2004, Porto Alegre.
- MANNA, R.E., MICELLI-BAPTISTA, A., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Tapeçaria e Biscuit: Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública. In: 13º Encontro de Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo: Práticas Psicológicas em Instituições, 2005, São José dos Campos - SP. 13o Encontro de Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo. 2005.
- MANNA, R.E., MICELLI-BAPTISTA, A., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Tapeçaria e Biscuit: Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública In: Práticas Psicológicas em Instituições: uma reflexão sobre os Serviços-Escola. 01 ed. São Paulo: Vetor Editora, 2006, v.1, p. 99-108.
- MANNA, R.E., MENCARELLI, V.L., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Da flor frágil e despetalada ao brotar da Florzinha: menina super poderosa. In: I Simpósio Internacional de Pesquisa em Psicoterapia, 2006, Campinas: SP.
- MARTINS, P.C.R. O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais coletivas. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2007. 99p.
- MARTINS, P.C.R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Dificuldades sexuais masculinas e imaginário coletivo de universitários. Barbarói (UNISC. Online). v. 31, p. 18-35, 2009.
- MARTINS, P.C.R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Será que ele é? O imaginário coletivo sobre a homossexualidade. Perspectiva (Erexim), v. 33, p. 148-148, 2010.
- MARQUES et al. O idosos após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. v. 14, nº 3, p. 364-371, 2006.

- MAZZA, M.M.P.R. O cuidado em família sob o olhar do idoso. [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.
- MAZZA, M.J.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosos que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. v. 39, nº 1, p. 97-102, 2005.
- MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Brasília: IPEA; 2001. (Textos para discussão, 886).
- MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. Mudanças nas famílias brasileiras: as composições domiciliares entre 1978 e 1998. Brasília: IPEA; 2002. (Textos para discussão, 788).
- MENCARELLI, V.L.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Cuidado emocional na saúde pública: a psicologia clínica ampliada. In: Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional. São Paulo: Editora Vetor. 2012.
- MENCARELLI, V.L. Em Defesa de uma Clínica Psicanalítica Não Convencional: Oficinas de Velas Ornamentais com Pacientes Soropositivos. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.
- MESSY, J. A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: ALEPH, 1999.
- MICELLI-BAPTISTA, A. Consulta Psicoprofilática ao Residente de Medicina: Proposta de um Enquadre Diferenciado à Luz da Perspectiva Winnicottiana. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.
- MIGUEL, R.R. (2010). Envelhecimento Humano na mídia: análise de 41 anos de publicação da revista Veja. Dissertação de Mestrado (120 p.). Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- MINAYO, M.C.S. Visão antropológica do envelhecimento humano. In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC, 2006.p.47-5.
- MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005.
- MINHOTO, M. Meninos de Rua e Meninos de Casa? Representação Social de Adolescentes: Um Estudo Sobre Alteridade. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.
- MOREIRA, P.H.B.; MAFRA, S.C.T.; PEREIRA, E.T.; SILVA, V.E. Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, M.G. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL. RIO DE JANEIRO, 2011; 14(3):433-440.
- MUNOZ, L.A. et al. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 37, n. 4, Dec. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342003000400009&Ing=en&nrm=iso>.

Access

on 10 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000400009>.

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador. In: Neri, A.L. organizadora. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Ed. Alínea, 2002. p. 9-63.

ORANGE, D.M. Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology. Guilford Press, 1995.

PAES, P.F.A.; SANTO, F.H.E. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v. 9, nº 2, p. 192-8, 2005. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127720493005.pdf>.

PIMENTA, G.M.F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300016&Ing=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300016>.

PROCHET, T.C. et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100013&Ing=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100013>.

POLITZER, G. (1928). Crítica aos Fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

PONTES, M.L.S.; BARCELOS, T.F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. Psicologia: Teoria e Prática (Impresso), v. 12, p. 85-96, 2010.

PONTES, M.L. da S. A hora H: O imaginário coletivo de profissionais de saúde sobre a adolescência. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Tania Maria Jose Aiello Vaisberg.

POSSANI, T. (2010). A experiência de 'sentir com' (*Einfühlung*) no Acompanhamento Terapêutico: a clínica do acontecimento. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

REZENDE, C.H.A.; RODRIGUES, R.A.P. O estresse do cuidador de idosos. Arquivos de Geriatria e Gerontologia. v. 4, nº3, p. 93-7, 2000. <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/4145/3092>.

RIBEIRO, D.P.S.A. Transicionalidade e uso do procedimento de desenhos-estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2007. 175p.

ROCHA, M.P.F.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores de idosos. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 61, nº 6, p. 801-8, nov-dez, 2008.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>. Acesso em 28 de agosto de 2011.

RODRIGUES, R.A.P.; ANDRADE, O.G. de; MARQUES, S. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 7-12, janeiro. 2001.

RUSSO, R.C.T. O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2008. 132p.

RUSSO, R; COUTO, T.H.A.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Pessoas com Deficiência. Psicologia e Sociedade. v. 21, p. 250-255, 2009.

SAFRA, G. A face estética do self: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

SAFRA, G. Investigação em Psicanálise na Universidade. Psicologia USP, 2 (12), 171-175. 2001a

SAFRA, G. Influência de aspectos históricos, sociais e políticos na situação da psicoterapia no Brasil. In: 28 Congresso Interamericano de Psicologia, 2001b.

SAFRA, G. Desenraizamento e exclusão no mundo contemporâneo. In: Trajetos do Sofrimento; Desenraizamento e Exclusão, 2002, São Paulo. Trajetos do Sofrimento: Desenraizamento e Exclusão. São Paulo : Instituto de Psicologia, 2002. v. 01. p. 34-40.

SAFRA, G. O conceito de pessoa: necessidade ética na clínica contemporânea. São Paulo: LET, 2003 (Vídeo Conferência).

SAFRA, G. A po-ética na clínica contemporânea. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.

SAFRA, G. O Narrar: perspectiva clínica na pós-modernidade? São Paulo: Edições Sobornost, 2005 (Vídeo Conferência).

SAFRA, G. Clínica Psicanalítica na Contemporaneidade: O ETHOS E O REAL. São Paulo: Edições Sobornost, 2006a (Vídeo Conferência).

SAFRA, G. PROFOCO - Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica à ética. São Paulo: Edições Sobornost, 2006b (Vídeo Conferência).

SAFRA, G. Reinventando a clínica contemporânea: Novos parâmetros para novas formas de sofrimento e adoecimento. São Paulo: Edições Sobornost, 2006c (Vídeo Conferência).

SAFRA, G. A Violência Silenciosa: o eclipse do ethos humano no mundo contemporâneo. Portal Rumor à Tolerância, L E I FFLCH/USP, p. 1 - 1, 27 mar. 2009.

SANTOS, R. L.; SOUSA, M.F.B.; BRASIL, D.; DOURADO, M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Revista Psiquiatria Clínica. 2011; 38(4): 161-167.

São Paulo – SP. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo – 2012/ Tiragem: 6000 exemplares.

SATO, H. Práticas Psicanalíticas em Instituições: Oficinas de Arranjos Florais. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tania Maria José Aiello Vaisberg.

SILVA, C.A.; CARVALHO, L.S.; SANTOS, A.C.P. DE O.; MENEZES, M. do R. de. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. v.16 n.1 Florianópolis jan./mar. 2007. doi: 10.1590/S0104-07072007000100012.

SONIA BATISTA, A.; ARAÚJO, A.B. Intimidade e Mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Revista Sociedade e Estado*. Vol. 26, nº 1. Janeiro / Abril 2011.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; XIMENES, L.F.; DESLANDES, S.F. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo, M.C.S. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 191-209.

TACHIBANA, M. Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Campinas: PUC – Campinas, 2006. 167p.

TACHIBANA, M. Fim do Mundo: O Imaginário da Equipe de Enfermagem sobre a Gravidez Interrompida. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Tania Maria Jose Aiello Vaisberg.

TRINCA, W. (1972). O Desenho livre como estímulo de apercepção temática. Tese de doutorado não publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

TRINCA, W. (1976). Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 19 (3): 849-853, maio-junho, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 23, nº 10, p. 2464-6. 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*. v. 43, nº. 3, p. 548-54. 2009.

VIEIRA, C.P.B.; FIALHO, A.V.M.; MOREIRA, T.M.M. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 160-166. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/19.pdf>.

VIEIRA, M.C.U.; MARCON, S.S.. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.

42, n. 4, Dec. 2008. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400019&lng=en&nrm=iso>. access
on 10 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400019>.

VITALLI, L.M., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. “Flor-rabisco”: a oficina psicoterapêutica de arranjos florais. In: *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e Materialidade*, Organizado por Tânia Aiello-Vaisberg e Fabiana Follador e Ambrosio. – São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. – 200p. IPUSP (2003).

VITALI, L.M. Flor-Rabisco: Narrativa Psicanalítica de uma Experiência Surpreendente. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), São Paulo, Universidade de São Paulo, 2004.

World Health Organization (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.

WINNICOTT, D.W. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradutor Irineo Constantino Schuch Ortis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 268p. Título original: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*.

WINNICOTT, D.W. (1971a) *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.

WINNICOTT, D.W. (1971b) *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1984.

WINNICOTT, D.W. (1965) *O valor da Consulta Terapêutica*. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.244-248, 1994.

WINNICOTT, D.W. (1964) *O Jogo do Rabisco*. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 230-243, 1994.

WINNICOTT, D.W. (1962) *Os Objetivos do Tratamento Psicanalítico*. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 152-155, 1983.

WINNICOTT, D.W. (1960) *Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro Self*. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Tradução Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D.W. (1945) *O Desenvolvimento Emocional Primitivo*. In *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução Davi Bogomoletz, Rio de Janeiro, Imago, 2000.

WINNICOTT, D.W. (1941) *A observação de bebês em uma situação estabelecida*. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (trad. Por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1958 / 1993.

ZIMMERMAN, D.E. *Fundamentos Teóricos*. In: *Como trabalhamos com grupos*. Zimmerman, D.E. ; Osório, L.C. (org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 33- 40.

Anexos

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

Título da Pesquisa: “Rabiscando Desenhos-Estórias com Acompanhantes de Idosos”

Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP
“*Ser e Fazer*”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Unidade de Referência à Saúde do Idoso Sé

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Rabiscando Desenhos-Estórias com Acompanhantes de Idosos”. Você foi selecionado por ser acompanhante de idoso e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora Roberta Elias Manna, ou com a instituição URSI-Sé Unidade de Referência à Saúde do Idoso Sé. O objetivo deste estudo é investigar o que os acompanhantes de idosos, enquanto grupo, imaginam sobre o idoso. Sua participação nesta pesquisa consistirá em dois encontros, nos quais a pesquisadora pedirá para você desenhar um idoso e contar uma história sobre seu desenho. Em seguida, conversará com o grupo sobre a atividade, não sendo necessária sua identificação nos desenhos. Esta pesquisa não oferece riscos, sendo na verdade uma contribuição efetiva para o estudo.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a oportunidade de poder falar do assunto em pauta – o idoso - com o qual você se depara em seu cotidiano profissional. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Seu nome, idade e outras informações que possibilitem sua identificação não serão revelados. Os desenhos produzidos pelo grupo de acompanhantes de idosos estudado poderá ficar de posse da pesquisadora Roberta Elias Manna, que está autorizada a utilizá-los na presente pesquisa, bem como em outras publicações científicas, resguardando a identidade dos participantes. Caso o(a) senhor(a) queira ficar com seu desenho, autoriza a pesquisadora a fotocopiá-lo. O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Roberta Elias Manna
Rua Vitorino Carmilo 599 F: 11 36633844
CEP: Rua General Jardim, 36, 1º andar F: 11 33972464 / 1133972465

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em Participar.

Acompanhante de Idoso
Nome:
RG:
CPF:
F:

Relação do Programa Acompanhante de Idosos – PAI

Coord.	Super. Regional	Unidade	Telefone / Endereço
Centro-Oeste	Lapa/ Pinheiros	UBS Dr. José Barros Magaldi	3168-6571 / 3167-0837 / 9963-7565 Rua Salvador Cardoso, 177 Itaim Bibi
	Sé	UBS Nossa Sra. do Brasil	3541-3704 / 3284-4601 / 6486-0602 Rua Almirante Marques Leão, 684 Morro dos Ingleses
	Sé	UBS Boraceia	3392-1281 / 6486-0645 Rua Boraceia, 270 Barra Funda
	Sé	URSI Sé	3663-3844 / 3666-2034 / 6486-0604 Rua Vitorino Carmillo, 599 Santa Cecília
	Lapa/ Pinheiros	UBS Faria Lima	9 127-7341 Rua Francisco Iasi, 94 Pinheiros
	Lapa/ Pinheiros	UBS Vila Romana	3672-0911 / 9961-8926 Rua Vespasiano, 679 Vila Romana
	Butantã	Butantã (Super. de Saúde Butantã)	9 124-0835 Rua Corifeu Azevedo Marques, 3596 Butantã
	Sul	Santo Amaro Cidade Ademar	UBS Jd. Castro Alves
Cidade Dutra		UAD Cidade Dutra	5666-4343 Rua Guaruvá, 429 – Cidade Dutra UAD Cidade Dutra
Cidade Ademar		URSI Cidade Ademar	5565-6607 / 6473-5984 Rua Sebastião Andrade Bonani, 340 Jardim Prudência
Sudeste	Mooca Aricanduva	UBS Pari	3227-0081 / 9801-8529 Rua das Orlárias, 503 Canindé
	Mooca Aricanduva	UBS Comendador José Gonzalez	2910-0235 / 2216-7583 / 9809-4713 Rua Nossa Sra. das Dores, 358 Vila Formosa
	Mooca Aricanduva	UBS Vila Bertoga	3895-9333 Rua Farol Paulistano, 410 Vila Bertoga
	Mooca Aricanduva	URSI MOOCA	3578-5199 Rua Marina Crespi, 91 Mooca
	Ipiranga	UBS São Vicente de Paula	2273-4592 / 9811-2893 Rua Vicente da Costa, 289 Ipiranga
	Penha	UBS Vila Esperança	2957-6630 Rua Eneida nº 54 Vila Esperança
Norte	Freg do Ó Brasilândia	CAPS AD Brasilândia	3923-6947 Rua Olintho Fraga Moreira, 275 Vila Itaberaba
	Casa Verde Cachoeirinha	CAPS Infantil Cachoeirinha/ Casa Verde	2233-2839 Rua 7 de Dezembro, 72 Casa Verde
	Santana	UBS JAE	2973-0733 / 6473-5982 Av. Bras Leme, 2945 Santana
	Santana	UBS José Toledo Piza	2241-7317 / 6486-0580 Av. Antonio Cesar Neto, 387 Jaçanã
Leste	Itaquera	UBS N. Sra. do Carmo	2748-5103 Rua Veríssimo da Silva, 136 Itaquera
	São Miguel Paulista	UBS Vila Jacuí	2297-8709 / 6486-0653 Rua Edipo Feliciano, 165 Vila Jacuí

