



A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais

The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals

Daniela Garcia Damaceno¹ 

Mara Quaglio Chirelli² 

Carlos Alberto Lazarini² 

Resumo

Objetivo: Analisar como o cuidado é realizado, compreender as contribuições das experiências anteriores para a prática profissional em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), reconhecer os desafios e proposições para a formação profissional e para a realização do cuidado na ILPI. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa exploratória, realizada em duas etapas com 33 profissionais e gestores de uma instituição de longa permanência de um município do interior paulista. A análise foi realizada por meio da utilização do Discurso do Sujeito Coletivo e Análise de Conteúdo na Modalidade Temática (primeira e segunda etapa, respectivamente). **Resultados:** Foi possível identificar que, na visão dos profissionais e gestores, a qualidade do cuidado está atrelada ao atendimento das necessidades básicas e que a formação dos profissionais não tem contemplado as especificidades do cuidado gerontológico. Assim, reproduzem um processo de trabalho fragmentado e mecânico. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a necessidade de revisitar os cursos da área da saúde no intuito de compreender suas abordagens sobre a formação para o cuidado à pessoa idosa.

Palavras Chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Assistência Integral à Saúde; Envelhecimento; Ensino; Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To analyze how care is performed, understand the contributions of previous experience to professional practice in Long-Term Care Facilities for the Elderly (LTCFs), and recognize the challenges and propositions for professional training and the delivery of care in LTCFs. **Method:** An exploratory qualitative study was carried out in two stages with 33 professionals and managers of a long-term care facility in a municipality in the state of São Paulo. Analysis was performed using Collective Subject Discourse and Thematic Content Analysis (first and second stage, respectively). **Results:** It was found that, in the views of health professionals and managers, the quality of care is linked to basic needs and the training of professionals does not consider the specificities of gerontological care.

Keywords: Homes for the Aged; Comprehensive Health Care; Aging Teaching; Health of the Elderly.

¹ Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Botucatu, SP, Brasil

² Faculdade de Medicina de Marília, Programa de Pós-graduação em “Saúde e Envelhecimento”, Marília, São Paulo, Brasil.

They therefore reproduce a fragmented and mechanical work process. *Conclusion:* The results highlight the need to revisit courses in the area of health in order to understand their approach to training in elderly care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo heterogêneo, complexo e natural que se estende ao longo da vida de um indivíduo, provocando alterações nas dimensões biológica, social e psicológica do sujeito¹. Esse processo aumenta a demanda por cuidados de longa duração, uma vez que a exposição prolongada a doenças crônico-degenerativas propicia situações de vulnerabilidade que permeiam a vida de muitos idosos brasileiros².

Outro fator que interfere nessa demanda são as transformações na sociedade brasileira. As alterações nas composições familiares, a redução das taxas de natalidade e o declínio dos laços intergeracionais implicam a diminuição da oferta de cuidado no contexto familiar³.

Embora o cuidado familiar represente grandes benefícios no âmbito público e privado, e ainda seja predominante, observa-se aumento na demanda por cuidado formal de longa duração⁴. Neste sentido, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) mostram-se como opção para esse tipo de cuidado. Para tal, devem atender às necessidades dessa população, considerar suas histórias de vida, preservar sua independência e autonomia, facilitando a compreensão deles sobre o processo de envelhecimento e de institucionalização, tornando-os protagonistas do seu processo de cuidar^{5,6}.

Entretanto, a maioria das ILPI brasileiras se encontra em situações precárias, sem priorização de profissionais formados para o cuidado gerontológico e com recursos limitados, o que tem dificultado a participação do indivíduo idoso no gerenciamento do próprio cuidado^{7,8}.

Em relação à força de trabalho, constata-se a predominância de profissionais que reproduzem técnicas automatizadas, contemplando apenas as necessidades fisiológicas, relegando as demandas individuais e anulando as singularidades de seus residentes⁹.

Tendo como contexto a transição demográfica com o envelhecimento populacional e as necessidades emergentes dos idosos no Brasil, destaca-se que as ILPI vêm passando por crescente ampliação na procura por parte das famílias, como uma das opções de cuidado aos idosos. No entanto, as instituições de ensino e as próprias ILPI não têm acompanhado essas mudanças, visto que não têm uma agenda estratégica voltada aos processos de envelhecimento, bem como de produção de tecnologias que possam atender às necessidades nacionais^{10,11}. Por parte da academia, ainda há pouco enfoque no cuidado ao idoso nos currículos¹², assim como nos serviços de saúde têm-se verificado problemas com a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹³. Considera-se, assim, essencial a compreensão das condições que há na ILPI para o cuidado dos idosos, bem como quais são desafios a serem enfrentados na formação dos trabalhadores para realizar o cuidado.

Delimitou-se, portanto, como objetivo, analisar como o cuidado é realizado, compreender as contribuições das experiências anteriores para a prática profissional em ILPI, reconhecer os desafios e propor alterações para a formação profissional e para a realização do cuidado na ILPI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, realizado entre outubro de 2016 a junho de 2017, realizado em uma ILPI de caráter filantrópico com 54 moradores, de um município de médio porte do interior paulista. Utilizou-se como referencial teórico na pesquisa a Teoria das Representações Sociais (TRS)¹⁴.

Optou-se pela ILPI estudada de forma intencional por sua filosofia de trabalho dedicada à assistência aos idosos, sem distinção de qualquer natureza. Foram convidados todos os profissionais e gestores da instituição a participarem da investigação. Dos 40 profissionais da instituição, 33 aceitaram participar da coleta de dados, sendo quatro gestores e 29 outros

profissionais. O critério de inclusão foi trabalhar na ILPI há pelo menos três meses. Embora todos os profissionais sejam contratados formalmente, os gestores atuavam como voluntários.

A primeira etapa foi realizada por meio de entrevistas individuais realizadas por uma pesquisadora treinada, também autora desse artigo, com duração média de 15,7 minutos, compreendendo as seguintes questões: “O que você considera como critério de qualidade da assistência prestada nessa instituição? Por quê?” dirigidas aos gestores. O intuito de questionar a compreensão dos gestores acerca da qualidade da assistência foi compreender qual a visão deles, que atuam de forma voluntária e sem preparo prévio para a função, acerca do cuidado realizado na ILPI, identificando quais os pontos por eles valorizados e se há a necessidade de interferir ou não na formação dos profissionais dedicados a tal função.

Para os profissionais as questões foram às seguintes: “Como você realiza o cuidado no dia a dia com os idosos? Qual a contribuição de sua experiência anterior para prática profissional em ILPI? Quais são as mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI para melhorar o cuidado ao idoso? Você acha que em sua formação seria necessária alguma mudança que contribuiria para sua prática profissional? Dê exemplos?”.

Essa etapa foi analisada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que se fundamenta na TRS que busca reconstruir as Representações Sociais (RS), preservando a articulação da sua dimensão individual e coletiva¹⁵. O processamento do material foi realizado por três pesquisadores, com avaliação e validação da sistematização dos dados.

O material analisado e sistematizado foi apresentado, pela mesma investigadora, aos profissionais e gestores em cinco oficinas de trabalho (segunda etapa), com duração média de 57 minutos, no intuito de aprofundar as reflexões acerca das ideias centrais encontradas e identificar propostas para os desafios captados.

A fim de evitar constrangimentos e inibição dos participantes durante os processos reflexivos, a oficina com os gestores foi realizada separadamente.

Para a análise da segunda fase desta investigação, utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática¹⁶. Todo o material coletado por meio das entrevistas e oficinas foi gravado em áudio após o consentimento dos participantes e, posteriormente à sua transcrição na íntegra, foi guardado até a conclusão das análises dos dados e, posteriormente, desprezado. Para facilitar a apresentação dos dados coletados utilizou-se a letra G para gestores e P para profissionais seguidos de sequência numérica crescente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma faculdade pública do município do Estado de São Paulo, CAAE nº 57229316.7.0000.5413, atendendo à resolução 510/2016 para pesquisas realizadas com seres humanos e apreciado pela diretoria da ILPI estudada.

RESULTADOS

Todos os gestores entrevistados eram idosos (60-75 anos). A maioria do sexo feminino (n=3; 75%), casados, com pelo menos um curso superior, sem especialização ou curso na área de cuidado gerontológico e atuavam na instituição, em média, há 13 anos ($\pm 5,35$). Dentre os profissionais observou-se média de idade de 39,7 anos ($\pm 12,45$) e predomínio de sexo feminino (n=24; 82,7%). A maioria era casada (n=17; 58,3%), sem experiência prévia com idosos (n=15; 51,7%), 16 (55,2%) haviam cursado e um (3,4%) ainda estava cursando ensino técnico ou superior sendo um na área da assistência social, dois na área administrativa e 14 na área da saúde. Grande parte desses profissionais não tinha curso ou especialização relacionados ao cuidado com o idoso (n=20; 68,9%). Seu tempo médio de atuação na instituição era de 4,8 anos ($\pm 4,53$).

O Quadro 1 demonstra ideias centrais divergentes que foram amplamente aprofundadas nas oficinas de trabalho, sendo melhor compreendidas.

Quadro 1. Ideias centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) de profissionais sobre como realizam o cuidado na ILPI, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Cuidado cronometrado e sistemático	É muito corrido, o dia passa muito rápido, é bem puxado. Então, precisa trabalhar com horário aqui dentro, porque senão não dá conta, se não colocar horário não consegue realizar o cuidado. Não é igual particular, aqui tem horário do banho, horário do café, para tudo tem horário. A gente segue um padrão da casa. De dia fica aquela coisa meio sistemática, porque não tem como né, porque eu já trabalhei durante o dia e você entra num quarto o outro já vai chamando. (P1, P4, P6 a P8, P14, P15, P17 a P23, P25 a P29)
Cuidado em equipe	É gratificante, tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe e somos uma equipe aqui, quando uma precisa a outra ajuda, somos uma parceria. Cada plantão faz o seu para não deixar sujeira para o outro. (P19, P24)
Cuidado longitudinal	Eu tento fazer um seguimento longitudinal de forma mais lenta, não tem uma rotina de reavaliação estabelecida, mas com a frequência eu consigo [...] um acompanhamento longitudinal. (P5)
Cuidados básicos com qualidade	Tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe. Por exemplo, é muito importante no banho conversar, não é entrar no chuveiro e sair. Tem que ter esse olhar diferenciado. São os cuidados de higiene. A gente toma conta para eles não fugirem, não se machucarem, não brigarem entre si. (P1, P4, P19, P21)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo.

No sentido de ampliar essa discussão durante as oficinas, após a validação da ideia central pelos participantes, a investigadora os questionou se essa forma de “produzir assistência” comprometia a qualidade do cuidado e de que forma isso se dava. A partir desse questionamento surgiram duas categorias que se apresentam como contraditórias “não comprometimento da qualidade da assistência” e “comprometimento da qualidade da assistência”.

Percebe-se que os profissionais não acreditavam que a qualidade do cuidado fica comprometida, visto que, em sua perspectiva, não deixam de cumprir nenhuma das atividades propostas:

“Eu acho que não fica prejudicado não. A gente não deixa sem fazer, mesmo que esteja corrido. [...] não fica um banho sem dar[...]” (P1)

“Não, eu não acho que quer dizer que ele é mecânico. Eu acho que tem uma rotina como em todos os lugares que você for [...]” (P7)

Já a categoria contraditória “comprometimento da qualidade da assistência”, referente à visualização do comprometimento da assistência não relacionado às técnicas, mas ao suprimento das necessidades dos idosos, parte de um conceito de cuidado e assistência focado nas técnicas.

“[...] acaba ficando mais mecânico. Porque quando você vai iniciar você sabe que naquele corredor esse banho é assim você vai gastar tanto tempo, aquele banho é aquilo, você vai gastar tanto tempo. Fica mecânico. Não tem como não ficar [...]”. (P8)

O DSC referente ao trabalho em equipe mostra-o como uma potencialidade da instituição, contudo nas oficinas pode-se identificar certa fragmentação do cuidado quando relata que:

“Os plantões fazem coisas completamente diferentes, [...] na maioria das vezes não avisa, quando a gente chega, [...] a gente não está sabendo o que está acontecendo”. (P10)

Embora durante as entrevistas a problemática da comunicação tenha surgido de forma sutil, durante as oficinas ela se apresentou como uma dificuldade encontrada pelos profissionais no cotidiano na instituição, impactando na realização do cuidado. Para tanto, os profissionais propuseram, como estratégia de superação do desafio, a melhora na forma de comunicação a partir de ferramentas visuais, como a organização de um mural de recados com a finalidade de padronizar a oferta de cuidado aos idosos. No entanto, não avançaram na possibilidade de construção de formas de diálogo entre eles nas atividades cotidianas.

O DSC, expresso pela IC “cuidados básicos com qualidade”, traz uma representação social de cuidado associado a alimentação, conversa e banho, reduzindo-o ao desconsiderar conceitos importantes, como corresponsabilização do sujeito e estímulo à autonomia.

Já a IC relacionada ao cuidado longitudinal, considera que a continuidade do cuidado se dá pelo fato de alguns desses idosos residirem na instituição há mais de 20 anos. Embora essa possibilidade mostra-se como uma potência no processo de cuidar, não quer dizer que exista a proposição de operacionalização do cuidado integral, considerando que está centrado nas técnicas e não nas pessoas e em suas necessidades percebidas nem na constituição de autonomia do sujeito.

A concepção dos gestores sobre a realização do cuidado na ILPI está apresentada no quadro 2.

A IC “cuidado humanizado” traz um sujeito coletivo que considera como humanização características relativas a interação entre o binômio idoso-profissional, para a “sobrevivência” do idoso.

A IC “preparo do profissional” se refere à efetividade dos profissionais frente aos problemas levantados, sendo validado na oficina pelo seguinte fragmento:

“[...] eles mesmos mostram quando eles gostam de um funcionário [...] eles nem falam, mas a gente percebe, elas falam ‘ela cuida bem de mim’ [...]. Então, é porque devem gostar... ainda mais eles que são como criança, eles são autênticos [...].” (G2)

Contudo, as representações do cuidado e sua operacionalização resultam no desenvolvimento de relações de dominação dos cuidadores e de quem é

cuidado. Assim, a partir dessa relação verticalizada, a resolubilidade pontuada pelos gestores nem sempre significa a contemplação das necessidades do morador. Essa verticalização é reforçada pela representação do idoso como “criança” e não como uma pessoa que possa decidir sobre suas necessidades.

Com o intuito de aprofundar a compreensão da realização do cuidado em ILPI por parte dos profissionais, questionaram-se quais seriam as mudanças necessárias na formação, na ILPI e no trabalho.

No Quadro 03, destacaram-se as necessidades de mudanças no processo de trabalho e na instituição (ILPI).

As modificações necessárias estão associadas às mudanças no processo de trabalho, sustentadas pela necessidade de envolvimento dos familiares para o cuidado de qualidade ao idoso. Seria necessário ter formação específica para atuar em ILPI, ter mais profissionais para o cuidado na instituição e melhorar o processo de comunicação entre os profissionais e com a gestão. Nesse sentido, o DSC traz a visão de que aumentando o número de profissionais, melhoraria a qualidade da assistência. Nesta perspectiva, as oficinas possibilitaram a identificação de uma categoria relacionada à “sobrecarga de trabalho”, física e psicológica:

“[...] só sobrecarrega um pouco a gente. Porque igual, de manhã, tem muita saída para médico, os banhos, a gente acaba dando sozinha [...]” (P13)

No Quadro 4 os profissionais destacam as propostas de mudanças na formação para que possam ter um melhor desempenho na prática profissional com idosos.

Quadro 2. Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre o que consideram como critérios de qualidade do cuidado prestado na ILPI, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Cuidado humanizado	A primeira qualidade é a humanização. Aqui se trata o idoso de uma maneira que ele se sinta como se ele estivesse em casa. Afinal, você não está mexendo com uma planta, então se você não gosta, não tem paciência, procure outro emprego. (G1 e G3)
Condições físicas do idoso e do ambiente	Está sempre tudo limpo [...]. Está sempre tudo limpo, eles não cheiram, estão sempre limpinhos. Os quartos são limpos, cheiram pessoa que tomou banho, o ambiente é limpo, a cozinha sempre impecável, a alimentação é de qualidade e, além disso, sempre são seguidas as normas dada pelo médico responsável pelo tratamento do idoso. (G2; G3 e G4)
Preparo do profissional	Os idosos são muito bem cuidados [...] e eles não querem sair daqui porque devem gostar daqui. Os funcionários são muito atentos, trazem os problemas e as soluções. Há excelentes funcionários que vestem a camisa do asilo, em contrapartida, busca-se dar todas as condições disponíveis para todos os profissionais, dar a melhor assistência aqui. (G4)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo

Quadro 3. Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Não acha necessário mudanças	Eu não percebo, acho que eu vou fazendo meu trabalho. Sinto-me realizado, eu amo o que eu faço. E está ótimo do jeito que está. No meu setor pelo menos eu acho que não. Há um tempo a gente até pensava, mas hoje tudo está normal e eu estou contente onde eu estou. (P2, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P19, P26)
Maior disponibilidade de tempo	Eu precisaria de mais tempo na verdade, eu não consigo realizar todas as atividades que eu teria que organizar e o acompanhamento que eu faço acaba sendo segmentado em vários momentos. Gostaria de ter mais tempo para poder falar com eles, dar um pouquinho mais de atenção, que eles gostam, dar carinho e acabam sentindo, falta essa parte do cuidado. [...] porque eles são mais carentes, para conversar, para dar um abraço. [...] porque durante o dia é muito mecânico o trabalho, é muita coisa [...]. (P1, P3, P5, P18, P20, P21, P22, P23 P24, P28)
Maior número de profissionais	Para atender as necessidades das pessoas precisaria mais profissionais para cuidados específicos. [...] faria tudo e teria mais tempo para poder sentar conversar, cortar uma unha, no fazer a unha dá pra conversar com eles, brincar. E fica pesado, tem bastante acamado. (P1, P2, P5, P7, P18, P21, P22, P23, P24, P25, P29)
Necessidade de mais formação	Eu preciso ganhar mais conhecimento e até estou procurando fazer outros cursos para ver se traz alguma coisa nova para agregar aos nossos conhecimentos. [...] Contudo, a gente já teve tentativa de capacitação, mas não é fácil o entendimento de quem trabalha por remuneração. Então, se não agrega no financeiro, eles não veem com bons olhos. (P4, P5)
Maior participação da família dos idosos	Cobriria mais atenção da família. É a falta da família para eles que atrapalha muito o trabalho. (P4, P25)
Melhorar a comunicação interprofissional e com a gestão	A comunicação tanto com os demais colegas de serviço, quanto com a parte superior. Melhoraria a convivência. Ter mais diálogo para a melhoria dos próprios idosos. (P15, P26)
Novas formas de estimular o processo cognitivo dos idosos	Mudaria o manejo, as formas de interagir, deveria ter outras maneiras de estimular o processo cognitivo de quem está lá dentro. Mas não tem, por falta de capacitação, por falta de espaço, por falta de criatividade, por estar querendo estabelecer outras rotinas lá dentro, por falta de pessoal com conhecimento na área.[...] Acrescentaria alguém para poder ler, contar uma história, fazer um teatro, alguma coisa, pessoas que chamem a atenção deles, porque não podem ficar só dormindo. (P5, P19, P28)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo.

Quadro 4. Ideias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias para a formação profissional, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Não acha necessário mudanças	Eu acho que não, abordaram tudo. Primeiro se aprendeu na teoria, foi para a prática e voltou para mais teoria, acho que tem que ser assim mesmo. (P2, P19, P29)
Maior carga horária de atividades práticas	Eu não tive muito essa formação nos estágios. Na teoria você até vê o papel do profissional, mas não pratica não. Então, eu acho que teria que ter mais parte prática. Se durante o curso tivesse mais isso, sairia com mais aprendizado. Fica muito na teoria e é diferente você ler num livro ou pegar a prática ali do hospital, que é uma correria. (P1, P18, P21 a P24, P27)
Conteúdos específicos do cuidado gerontológico	Não teve nada voltado ao idoso no meu curso na área da enfermagem. E se teve geriatria, não teve um acompanhamento, um idoso específico para cuidar ou para poder entender como é. É uma matéria de pouca carga horária, passam porque precisam passar aquele conteúdo, mas são os cuidados básicos, um pouco de psiquiatria [...]. Os cuidados são gerais e relatavam o paciente como uma coisa só, criança, adulto, idoso, mas específico como aqui dos cuidados não. [...] Lá o foco não é no paciente e aqui já é no idoso, é diferente. (P1, P4, P18, P20, P22, P23, P25, P26)
Conteúdos específicos do cuidado em ILPI	É difícil uma faculdade que tem contato com uma ILPI, porque é um manejo diferente do ambulatorial, do internado no hospital, da visita domiciliar. Porque você lida com o aspecto psicológico, com o aspecto do abandono. O aspecto da fragilidade social, às vezes, ele é preponderante no cuidado da pessoa. Então você tem que saber focar na necessidade daquela pessoa, você controla o seu ímpeto de querer tratar tudo a todo custo, porque é impossível. Tem que manejar melhor a sua ansiedade [...]. Então, eu acho que se o acadêmico tivesse contato longitudinal com isso, eu acho que ia acrescentar [...]. É claro que a população que trabalha com ILPI é muito pequena, então isso talvez não desperte a necessidade no diretor acadêmico, mas, pelo outro lado, quando há necessidade é um susto. Acaba tendo que descobrir o que você vai fazer sozinho. ” (P3 e P5)
Disponibilização de atualizações e troca entre profissionais	Teria que ter sempre uma atualização, curso, uma reciclagem, [...] cada um passar uma experiência nova. (P28)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo.

Acerca das mudanças necessárias no processo de formação para o cuidado em ILPI surgiu a necessidade de ampliação com “maior carga horária de atividades práticas”, por terem “insuficiência na prática na formação”, expressa também na oficina de trabalho. Segundo o DSC, o sujeito não vivenciou em sua formação atividades práticas que o possibilitassem refletir acerca do cuidado, tendo o enfoque teórico como única ou principal fonte de formação. Isso também demonstra que os profissionais não receberam formação para um cuidado geral e nem específico ao idoso.

Nesse sentido, na visão desses profissionais, essa falta de prática traz algumas complicações referentes à inserção desse profissional no mercado de trabalho, o que se mostra evidente na categoria “insegurança profissional”:

“[...]vejo que quem vem de algum curso, eles vêm assim com medo, eu acho, assim, passar uma segurança a mais”. (P6)

A ideia central “conteúdo específico do cuidado gerontológico” identifica um sujeito que não encontrou em sua formação conteúdo específico do cuidado à pessoa idosa, sendo o assunto discutido superficialmente em disciplinas amplas, como saúde do adulto, clínica médica, entre outros. Esse fato consolida o que foi apresentado na ancoragem “a teoria é diferente da prática” abordada na questão anterior.

Na IC “conteúdo específico do cuidado em ILPI”, o sujeito coletivo identifica que é difícil o curso superior que tem a ILPI como um cenário de prática profissional, abordando as especificidades dessa modalidade de cuidado.

DISCUSSÃO

Identificou-se, tanto pelas entrevistas como na validação dos dados na oficina de trabalho, que a representação que os trabalhadores de ILPI têm sobre a forma de cuidar, caracteriza-se como cronometrado, fragmentado e sistemático. Esse tem suas raízes na revolução industrial e relaciona-se ao desenvolvimento dos modelos de produção fordista/taylorista, baseado na divisão por tarefas e, conseqüentemente, automação da produção. Assim, a representação desse modelo, embora amplamente criticado, mas ainda muito presente, que os trabalhadores possuem, demonstra que existem poucos espaços reflexivos sobre o que estão produzindo, sendo esse processo de cuidado fortemente enraizado nos serviços e nas práticas profissionais¹⁷. Isso também fica claro quando os profissionais mencionam que há necessidade de mudanças na comunicação interprofissional e com a gestão institucional.

Por outro lado, na visão dos gestores, esse cuidado se dá de forma humanizada, sendo representado como ter paciência, atender às necessidades de higiene e o comprometimento dos profissionais que realizam o cuidado, apontando que ocorre resolução dos problemas. Para os profissionais, o cuidado necessita de atenção aos detalhes, por exemplo, observar atentamente alguma alteração durante o banho, cuidar para não se machucarem. No sentido da Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização do cuidado fortalece a responsabilização de todos os envolvidos com o intuito de construir autonomia e protagonismo dos sujeitos e dos coletivos que o permeiam¹⁸.

Assim, percebe-se que o conceito de humanização e cuidado, apresentado pelos gestores e profissionais, não se relaciona à PNH, uma vez que se perpetua a visão assistencialista e verticalizada do processo de cuidado na ILPI, atribuindo um papel passivo ao idoso, contrário ao de protagonista previsto pela política. Essa verticalização é reforçada pela representação do idoso como “criança”.

Essa infantilização pressupõe uma atitude paternalista, e no cenário das ILPI, permeado pelos conceitos de caridade e benevolência que se chocam

com o referencial de cuidado gerontológico, que enfatiza a importância da autonomia e independência¹⁹.

Verifica-se, portanto, que a forma de se realizar o cuidado, tanto na visão dos profissionais como dos gestores, tem características voltadas para o enfoque assistencialista e caritativo, que desconsidera uma formação específica e ampliada do cuidado à pessoa idosa. Um dos determinantes para que esse processo de cuidado ocorra de forma fragmentada e sem especificidade está centrado na formação inicial dos trabalhadores. A investigação revela que essa formação tem ocorrido durante a abordagem da saúde do adulto, mas desconsiderando o cuidado gerontológico e suas especificidades. Além disso, destaca-se que o cenário das ILPI não tem sido selecionado como possibilidade de aprendizagem nas atividades realizadas durante a graduação ou no ensino técnico-profissionalizante.

Pela literatura, identifica-se que, mesmo nos cursos de ensino superior, os profissionais têm pouca aproximação com as práticas para o cuidado gerontológico e, principalmente, para o cuidado no cenário da ILPI^{12,20}.

Costa et al²¹ analisaram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) das 14 carreiras da graduação na área da saúde, aprovadas no período de 2001 a 2004, e identificaram que, na enfermagem e algumas outras carreiras, há indícios de avanços na prática do cuidado, na gestão e organização curricular expressos na DCN, ao propor um perfil com formação de um profissional crítico, reflexivo, eticamente responsável por processos de mudanças frente aos contextos vividos. O cuidado gerontológico não aparece de forma explícita nas DCN.

Há desafios para orientar o desenvolvimento curricular fundamentado nas melhores práticas, levando-se em conta a integração e a articulação do mundo do trabalho e a formação, com práticas interprofissionais e interdisciplinares, buscando a ampliação de projetos singulares e apoiados nas necessidades sociais.

Nesse sentido, a forma inespecífica, com a qual o cuidado à pessoa idosa é considerado nas DCN das profissões da área da saúde, compromete a inserção desse conteúdo nos planos pedagógicos dos

cursos, não promovendo novos olhares ao cuidado gerontológico^{22,23}. A única DCN dos cursos de saúde que aborda a necessidade de inserir o estudante de graduação nesse cenário é a diretriz curricular do curso de medicina²³, publicada no ano de 2014.

Atualmente, as DCN dos cursos da saúde estão sendo revistas, o que poderá possibilitar novas abordagens referentes ao cuidado gerontológico e em ILPI, assim como ao processo ensino-aprendizagem. Não se trata somente de inserir cuidados técnicos, mas realizar a abordagem da pessoa na perspectiva da integralidade do cuidado, utilizar as tecnologias leves, leve-dura e dura. É preciso considerar os problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica e adotar métodos ativos de ensino-aprendizagem para que se construa significado aos conteúdos aprendidos e que os profissionais possam realizar o processo de trabalho por meio de gestão compartilhada e práticas interprofissionais, constituindo sujeitos no cuidar a fim de decidirem sobre suas necessidades.

Outro aspecto importante é a representação que os gestores têm com relação à formação dos profissionais inseridos na ILPI. Ao considerarem que os idosos necessitam de cuidados para sua higiene, alimentação e carinho, desconsideram as diversas dimensões específicas do cuidado gerontológico, não apontando que os profissionais precisariam dessas dimensões. Isso pode ser atribuído à falta de formação específica em gestão, ocupando o cargo voluntariamente, sem terem profissionalização para atuar na ILPI⁸, mas também justificada pela concepção que têm sobre a finalidade das ILPI ainda ser assistencialista e de caridade.

Em contrapartida, os profissionais, nas oficinas de trabalho, identificaram lacunas na formação específica para cuidarem dos idosos e propuseram a educação permanente em saúde (EPS) como estratégia para suprir as dificuldades encontradas na prática profissional, sugestão apoiada pela fala: *“talvez alguma coisa uma vez por mês, uma coisa mais rápida [...]”* (P7)

Vale ressaltar que a forma como se tem constituído, no geral, o processo de ensino-aprendizagem nos cursos da área da saúde, centrado nos professores e pela transmissão dos conteúdos,

não favorece a aprendizagem ao longo da vida. A EPS poderá proporcionar estratégias para que os profissionais reflitam sobre sua prática e busquem novos conhecimentos a partir das necessidades vividas durante a vida profissional, mas que também possam construir novas estratégias e práticas coletivamente²⁴. Para Freire, ensinar não pode se reduzir à transferência de “conhecimentos”, significa possibilitar que o estudante gere seu próprio modo de pensar, dando significado ao que é aprendido²⁵.

Apesar de algumas ILPI destacarem que realizam a formação esporádica dos cuidadores, justificando que não há necessidade, que há falta de recursos financeiros e profissionais para realizarem as ações, essas ainda estão focadas em técnicas, primeiros-socorros e nutrição²⁶. Necessita-se ampliar as abordagens ao idoso no seu processo de envelhecimento a partir da clínica ampliada e a humanização do cuidado, construindo novos significados para o cuidado em ILPI, por parte dos profissionais e dos gestores para, assim, superar a visão assistencialista e caritativa das instituições.

Percebe-se a necessidade urgente da priorização do idoso na elaboração de políticas públicas direcionadas à qualidade dos serviços realizados, com ações intersetoriais que qualifiquem o cuidado à pessoa na ILPI²⁷.

CONCLUSÃO

Identificou-se que na Instituição de Longa Permanência para Idosos os profissionais reproduzem um processo de trabalho fragmentado e mecânico, com dificuldade de comunicação e continuidade entre as atividades dos plantões, mas longitudinal na perspectiva de os idosos permanecerem por muitos anos na instituição.

Os gestores da instituição têm como referência de qualidade do cuidado as condições necessárias para a sobrevivência do idoso (alimentação, limpeza e humanização), sendo importante ao profissional ter paciência na realização de suas ações. Porém, tanto os profissionais como os gestores não consideram a possibilidade de o idoso ser sujeito ativo no processo de cuidado.

A formação dos profissionais que atuam nessa Instituição de Longa Permanência para Idosos não tem contribuído para mudanças no cuidado ao idoso. O enfoque da formação ainda está na saúde do adulto, com pouca especificidade ao idoso e pouca ou nenhuma atenção ao idoso institucionalizado. Observou-se também que esses profissionais, além de não terem conteúdos específicos sobre cuidado gerontológico, continuam aprendendo a cuidar de forma fragmentada, desconsiderando a integralidade dos sujeitos nas abordagens realizadas nos cenários de formação, sendo essas muito mais frequentes nas instituições hospitalares.

Nesta perspectiva, outro problema identificado é a desarticulação da formação com relação ao mundo do trabalho, ou seja, os processos de ensino-aprendizagem e os conteúdos não estão fundamentados a partir das necessidades sociais de saúde. Os cursos, em nível técnico ou superior, não têm auxiliado na sustentação de uma ação profissional que contemple as mudanças nos cenários de atenção à saúde, por uma prática integral, com corresponsabilização e constituição de sujeitos com tomada de decisão autônoma e consciente, que possam proporcionar outras perspectivas quanto a visão dos profissionais em relação aos idosos na realização do cuidado.

Considerando esse contexto, torna-se urgente a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos projetos pedagógicos de curso, tanto em nível técnico como na graduação e pós-graduação, ampliando e sustentando a prática profissional na área da saúde. Essas devem contemplar necessidades e demandas do processo de transição demográfica brasileiro, tendo o enfoque na constituição de tecnologias que superem essas necessidades e que se sustentem nos conceitos de integralidade do cuidado e na cogestão de coletivos, modificando as concepções reduzidas do processo saúde-doença e a fragmentação no processo de trabalho em saúde.

A Educação Permanente em Saúde mostra-se como uma estratégia potente para reflexão da prática profissional, tanto no ensino como nos serviços, constituindo-se em espaço para a elaboração de proposições de mudanças.

Verifica-se a necessidade de ampliação da investigação junto às instituições de ensino de nível médio e superior para melhor compreensão das abordagens sobre a formação dos profissionais para realizarem o cuidado ao idoso e as especificidades para sua atuação em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

REFERÊNCIAS

1. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities. *Texto & contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 19 mar. 2019];24(1):128-37. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002170013>
2. Soares PPB, Gonçalves JRL, Amaro EDA, Corrêa CC, do Amaral AP, Contim D. Perception of purpose in life of elderly with depressive symptoms. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago. 2018];20(4):670-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41553>
3. Carrara BS, Espírito Santo PMF. Old age institutionalized in postmodern times: the identity in parallel universe? *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. 2018];10(5):1672-89. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13542/1631>
4. Marin MJS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso em 20 ago. 2018];15(1):147-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100016>
5. da Silva HS, Gutierrez BAO. A Educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. *Educ Rev* [Internet]. 2018 [acesso em 19 mar. 2019];34(67):283-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.54049>
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. *Diário Oficial da União*, nº 186. 27 set. 2005.

7. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 19 mar. 2019];18(2):259-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073>
8. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago. 2018];20(2):286-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160053>
9. de Oliveira JM de, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 19 mar. 2019];67(5):773-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>
10. Pasqual KK, Rezende KTA, Chirelli MQ. O Cuidado prestado pela Estratégia Saúde da Família na percepção das mulheres idosas. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago. 2018];7(2):685-99. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs248/index.php/rgs/article/view/22048>
11. de Camargo SM, Chirelli MQ. Cuidado aos homens no envelhecimento: a formação dos profissionais de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. 2018];29(Supl):128-37. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p128>
12. Mateos-Nozal J, Cruz-Jentoft AJ, Ribera Casado JM. A Systematic review of surveys on undergraduate teaching of Geriatrics in medical schools in the XXI century. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2014 [acesso em 19 mar. 2019];5(2):119-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.12.006>
13. Costa NRC, de Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. *Rev Pesqui Saúde* [Internet] 2015 [acesso em 19 mar. 2019];16(2):95-101. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>
14. Rocha LF. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014 [acesso em 19 mar. 2019];34(1):46-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a05.pdf>
15. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto & Context Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago. 2018];23(2):502-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
17. Thofehrn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Work processes of nurses in health production in a University Hospital in Murcia / Spain. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 20 mar. 2019];14(1):924-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.22094>
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Vol. 1: Formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B, Textos básicos de saúde).
19. Santos RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Coutinho NPS. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesqui Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. 2018];17(3):179-83. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6793/4335>
20. Moreira WC, de Carvalho AR, Lago EC, Amorim FCM, Alencar DC, Almeida CAPL. Training of nursing students in integrated care for the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 19 mar. 2019];21(2):186-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170137>
21. Costa DAS, da Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: an analysis according to curriculum development theories. *Interface (Botucatu, Online)* 2018 [acesso em 20 ago. 2018];22(67):1183-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/en_1807-5762-icse-1807-576220170376.pdf
22. São Paulo. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Conselho Regional do Senac. Habilitação profissional técnica de nível médio em enfermagem: Eixo Tecnológico: ambiente e saúde. São Paulo: SENAC; 2016. Autorizado pela Resolução no 15/2016 de 26 de julho de 2016.
23. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: CNE; 2014.
24. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 19 mar. 2019];21(4):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&tlng=en

25. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 49º ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
26. Barcelos BJ, Horta NC, Ferreira QN, Souza MCMR, Mattioli CDP, Marcelino KGS. Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 20 ago. 2018];21(1):16-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000100016&lng=en&tlng=en
27. Lacerda TTB, Horta NC, Souza MCMR, Oliveira TRPR, Marcelino KGS, Ferreira QN. Characterization of long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago. 2018];20(6):743-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600743&lng=en&tlng=en